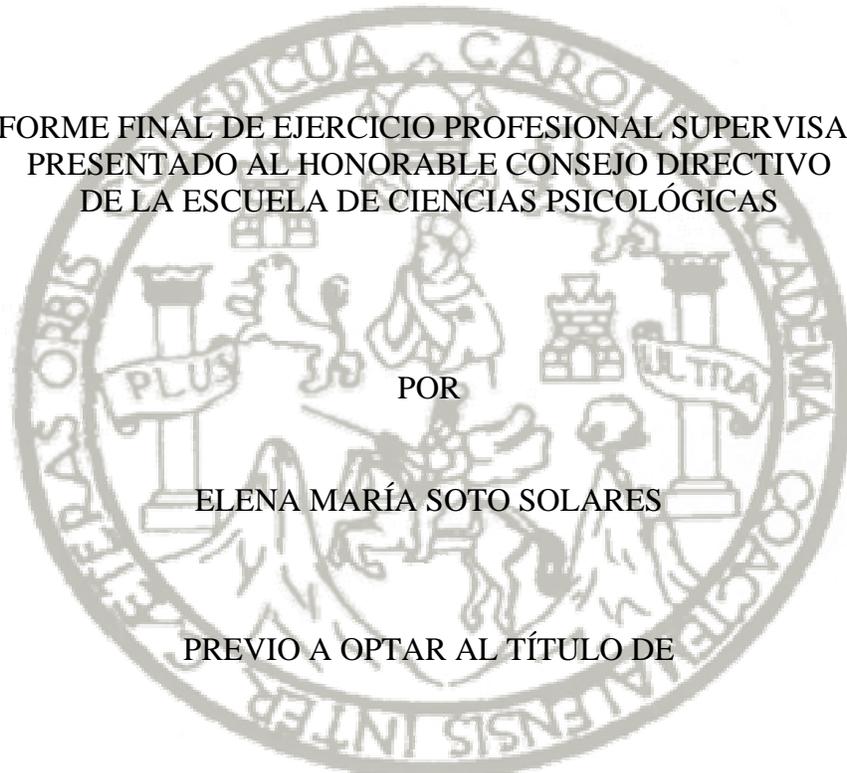


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR,  
QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



POR

ELENA MARÍA SOTO SOLARES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA.

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
**DIRECTORA**

Licenciado Helvin Orlando Velásquez; M.A.  
**SECRETARIO**

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

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

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



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

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  
EPS  
Archivo  
REG.672-06  
CODIPs. 476-2007

**De Orden de Impresión Informe Final de EPS**

9 de abril de 2007

**Estudiante**  
**Elena María Soto Solares**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Edificio**

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto **TERCERO (3o.)** del Acta **DIECISEIS GUIÓN DOS MIL SIETE (16-2007)** de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 28 de marzo de 2007, que copiado literalmente dice:

**"TERCERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

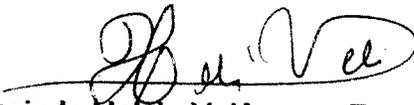
**ELENA MARÍA SOTO SOLARES**

**CARNÉ No.200113843**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por a la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz 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 o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

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



c.c.r.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

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

EPS 016-2007

Reg. 672-2006

19 de marzo de 2007

Escuela de Ciencias Psicológicas  
23 MAR 2007

*g* 18:00 672-06

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS– de **Elena María Soto Solares**, carné No. **2001-13843**, titulado:

**“ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado  
COORDINADORA DE EPS



/Gladys  
c.c. Control Académico  
Expediente



**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

EPS 016-2007

Reg. 672-2006

19 de marzo de 2007

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS– de **Elena María Soto Solares**, carné No. **2001-13843**, titulado:

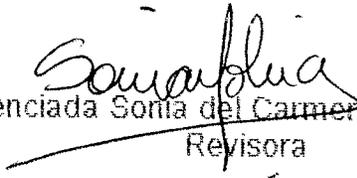
**“ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz  
Revisora



/Gladys  
c.c. Expediente



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
**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

EPS 016-2007  
Reg. 672-2006

19 de marzo de 2007

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Señores:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Elena María Soto Solares** carné No. **2001-13843** titulado:

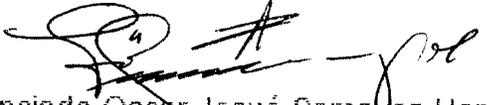
**"ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT"**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
Asesor Supervisor



/Gladys  
c.c. Expediente



**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

EPS

Archivo

Reg. 672-2006

CODIPs. 834-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

25 de mayo de 2006

**Estudiante**

Elena María Soto Solares

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO QUINTO (25º) del Acta VEINTITRES GUIÓN DOS MIL SEIS (23-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 05 de mayo de 2006, que literalmente dice:

**"VIGÉSIMO QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**ELENA MARÍA SOTO SOLARES**

**CARNÉ No. 2001-13843**

Dicho proyecto se realizará en La Antigua Guatemala, ubicándose a la Doctora Cynthia Akú como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requeriente y al Licenciado Josué Samayoa Herrera por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/Gladys



**Tu Salud**  
es nuestro compromiso



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT



Ministerio de Salud Pública

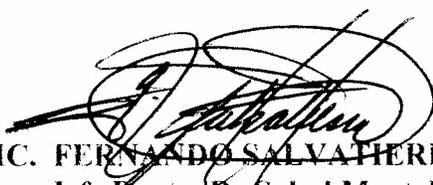
Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala,  
02 de Octubre, 2006

LICENCIADA  
CLAUDIA RIVERA  
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM.  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **ELENA MARIA SOTO SOLARES**, carné 200113843, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 30 de enero al 30 de septiembre del año 2006, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **“ATENCION Y APOYO PSICOSOCIAL AL ADULTO MAYOR, QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,

  
**LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.**  
Jefe Depto. De Salud Mental  
Hospital Nacional de Antigua



C.c. archivo

PADRINOS:

FELIPE ENRIQUE SOTO URBINA, MÉDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO 1120

RICARDO ENRIQUE SOTO SOLARES, INGENIERO MECÁNICO  
COLEGIADO 8135.

## AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: Por su amor y apoyo incondicional y por brindarme la oportunidad de llegar hasta donde me encuentro ahora.

A MI HERMANO: Por ayudarme y apoyarme en todo y por estar conmigo siempre que lo he necesitado.

A MIS TIOS(AS), PRIMOS(AS) Y SOBRINO: Ya que siempre he podido y podré contar con su apoyo y cariño, y un agradecimiento muy especial a mi tía Telma y a mi primo Juan Pablo, que donde quiera que estén siempre los voy a recordar.

A MIS AMIGOS(AS): Por brindarme su amistad y por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A MIS MAESTROS(AS), ASESOR Y REVISORA: Por ayudarme en la elaboración del presente informe y compartir conmigo sus conocimientos.

## INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Página(s)</u>
• Resumen .....	1-2
• Introducción.....	3-5
• Capítulo I	
Antecedentes.....	6-15
• Capítulo II	
Referente Teórico Metodológico.....	16-37
• Objetivos	
Generales y Específicos.....	38
• Metodología de Abordamiento.....	39-41
• Capítulo III	
Presentación de Actividades y Resultados.....	42-65
• Capítulo IV	
Análisis y Discusión de Resultados.....	66-93
• Capítulo V	
Conclusiones.....	94-95
Recomendaciones.....	96-97
• Bibliografía.....	98-99

## RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado que lleva por título “Atención y apoyo psicosocial al adulto mayor, que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt” que se llevó a cabo en la Aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, se proporcionó al adulto mayor, las herramientas psicológicas que le ayuden a reflexionar acerca del proceso de vida y de envejecimiento, para que exista en él la capacidad de aceptar y manejar de mejor forma éstas circunstancias, encontrando el sentido a su vida y contribuir de esta manera a mejorar su Salud Mental, herramientas como actividades de autoestima, de recreación, por medio de la psicoterapia, escucha activa y el diálogo, entre otras. Así mismo se brindó atención psicológica a nivel individual como grupal, para mejorar la Salud Mental y la calidad de vida del adulto mayor, también se propiciaron actividades en las cuales el adulto mayor se reconoce como un ser capaz, útil y autorrealizado.

También se dieron a conocer los conflictos emocionales que se presentan durante la tercera edad, como lo son trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, duelo, miedo a la muerte, problemas económicos, sociales y políticos, recreación, hiperactividad y falta de actividad, por mencionar algunos, así como sus consecuencias a nivel individual y a nivel familiar, se describieron y definieron cada uno de los conflictos emocionales y sus causas y se reconoció la influencia de la comunidad en el origen de los mismos en el adulto mayor.

Para llevar a cabo el presente Ejercicio Profesional Supervisado, se abarcaron los subprogramas de servicio, docencia e investigación.

El subprograma de servicio, se dedicó principalmente a la atención clínica, tanto individual como grupal, se realizaron entrevistas, historias clínicas, pruebas psicológicas, que a lo largo del presente informe mencionaremos, de las que se registró información relevante de la problemática así como datos importantes para definir y llevar a cabo el proceso, esta información obtenida fue de manera confidencial.

En el subprograma de docencia, se impartieron charlas participativas, en donde se dieron a conocer diversos temas, entre los cuales podemos mencionar:

autoestima, depresión, relaciones familiares, estrés, actividades de relajación, ansiedad, salud mental, cómo manejar conflictos, las emociones, violencia intrafamiliar, trastornos del sueño, memoria, inteligencia e inteligencia emocional. Estas charlas fueron impartidas tanto en salas de espera de consulta externa como en grupos organizados, como AJUPENSA (Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez), APROBIDI (Asociación pro-bienestar del diabético), y el programa de VIH, los cuales describiremos más adelante, se realizaron también por parte del Departamento de Psicología, charlas que se impartieron al personal del hospital, con el fin de dar a conocer aspectos psicológicos importantes dentro del ámbito hospitalario, también se realizaban informes mensuales de las personas asistentes al Departamento como personas que eran atendidas en otros servicios.

El subprograma de investigación, basado en la observación que se realizó, se optó por trabajar el tema “Conflictos emocionales más comunes en el adulto mayor y su impacto en la familia”.

El tipo de investigación que se llevó a cabo fue la cualitativa, en la cual se obtuvieron datos subjetivos que se desarrollaron, y sustentaron el trabajo que se llevó a cabo durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

Esto por medio de entrevistas y cuestionarios que eran dirigidos a personas de la tercera edad con el objetivo de obtener la información que manejan acerca del tema “Conflictos emocionales en el adulto mayor” y de reconocer cuales son los que ellos conocen y describen.

## INTRODUCCION

El aproximarse y/o dar inicio a la tercera edad, conlleva grandes cambios, tanto físicos, sociales, como psicológicos, en estos últimos se incluyen las emociones y los sentimientos, los cuales muchas veces no son tomados con la importancia debida, principalmente por los familiares y por la sociedad en general.

Esta falta de importancia favorece el aumento de angustia, miedos, tristeza y preocupación que de por sí pueden presentarse en esta etapa. Por lo tanto, es de vital importancia que tanto el adulto mayor como sus familiares, reciban apoyo y orientación que les permitan tener una mejor adaptación y aceptación de este nuevo ciclo.

Teniendo como base lo anteriormente descrito, se estableció un programa de atención y apoyo psicosocial al adulto mayor, que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, se implementaron herramientas psicológicas necesarias que ayuden al adulto mayor a reflexionar acerca del proceso de vida y de envejecimiento, para que exista en él, la capacidad de aceptar y manejar de mejor forma éstas circunstancias, encontrando el sentido a su vida y contribuir de ésta manera a mejorar su Salud Mental. En los siguientes capítulos, se hace referencia a la descripción monográfica en donde se da a conocer la fundación de la aldea de San Felipe de Jesús en el siglo XVII, así mismo se menciona que la religión predominante entre los habitantes de dicha aldea es la católica, su censo más reciente es de 4627 personas, sus habitantes se dedican en su mayoría a la agricultura, se menciona también que la aldea cuenta con todos los servicios públicos necesarios, en el aspecto socio-cultural se dan a conocer sus días festivos, en el aspecto ideológico-político, se da a conocer que la aldea cuenta con una alcaldía auxiliar, y una de las principales formas de pensar de los habitantes de la aldea está basada en la espiritualidad, así mismo se da a conocer una descripción del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, fundación, ubicación en la aldea de San Felipe y su infraestructura, el hospital beneficia a más de 20,000 personas al año, está compuesto por una dirección ejecutiva, comités de apoyo, subdirección ejecutiva y subdirección administrativa financiera, se dan a conocer también los objetivos del Hospital,

que son prevenir enfermedades, curar enfermedades y la rehabilitación, se mencionan también los recursos físicos, equipo y materiales, también se describe la población a la cual se dirigió este Ejercicio Profesional Supervisado, que son personas que llegan a este centro asistencial y que se encuentran internados en medicina tanto de hombres como de mujeres, sus edades oscilan entre 18 y 80 años de edad, también se realizaron actividades con personas que asisten a la Asociación de Jubilados y pensionados de Sacatepéquez, y a la Asociación pro bienestar de los diabéticos, también se brindó apoyo psicológico a personas que han sido diagnosticadas con VIH.

Se plantearon los problemas y necesidades observados, como la falta de información acerca de temas como el sida, embarazos y discriminación a personas con VIH, poco seguimiento al tratamiento en personas internadas y la poca o nula atención que se le da al adulto mayor, éstos problemas y necesidades requerían una intervención psicológica y se abordaron de manera científica, teórica y metodológica, aplicando el conocimiento adquirido durante la formación académica. También se hace referencia a las actividades que se realizaron durante los ocho meses del Ejercicio Profesional Supervisado con personas de la tercera edad, personas internadas en encamamiento y personas del programa de VIH, así mismo se brinda un análisis de las actividades y de los resultados obtenidos en donde se da a conocer cada actividad realizada con cada uno de los grupos con quienes se trabajó, los resultados positivos y negativos, y la evaluación que se realizó en cada una de ellas. Se da a conocer también información acerca del número de participantes asistentes a cada actividad, en donde se puede observar la falta de asistencia a algunas actividades, principalmente en el grupo de personas diabéticas, así mismo se presentan los rangos de edades de las personas que asistían a dichas actividades, así como el sexo que prevalece que es el femenino. Se brindan también conclusiones y recomendaciones generales y específicas, acerca de lo observado, de la experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado, y la información obtenida, por medio de encuestas, fichas clínicas y la terapia misma.

El presente Ejercicio Profesional Supervisado, que se llevó a cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, se hizo necesario debido a la poca o nula importancia que se le da al adulto mayor, a la discriminación y al aislamiento del que es objeto, no solo por la familia, sino por la sociedad en general, ocasionándole conflictos emocionales, que pueden conllevar a patologías más severas. Todo esto aunado a los cambios naturales de ésta etapa, que generalmente son difíciles de enfrentar por el individuo, por la familia y por la sociedad. La falta de información es un factor importante que influye en el trato que se le da al adulto mayor, según lo observado en la visita diagnóstica realizada en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en el mes de Diciembre del año 2005.

Debido a los pocos estudios que se tienen del presente tema, se hizo necesario brindar este aporte, para futuras investigaciones, así mismo se proporcionó información a epesistas y a la población en general a quien le es de importancia, ya que se observa que la información muchas veces no es la adecuada, o la poca información genera otros conflictos más.

El adulto mayor en nuestra sociedad, cada vez ha sido más descuidado, dado a los cambios que en el sistema económico y la cultura se han sucedido. Pero no se puede generalizar ésta situación para toda la sociedad, ya que siendo una sociedad multiétnica y multicultural, existen diferentes formas de actuar frente a los ancianos. Así como en las grandes ciudades y debido a múltiples circunstancias económicas y sociales, existe mayor descuido y aprecio para el adulto mayor, entre los mayas se ha descrito un respeto y aprovechamiento de la experiencia de los ancianos.

En una sociedad empobrecida como la nuestra, son pocos los esfuerzos que se han realizado para apoyar la investigación, que identifique dentro de los grupos sociales, la situación de los ancianos y las ancianas, en el grupo familiar y en la sociedad, pero generalmente se puede apreciar que existen problemas serios que sufren los adultos mayores, por lo mismo se realizó el presente EPS y se da a conocer la información, para cualquier persona o población y le sea de utilidad.

CAPITULO I  
ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar:

San Felipe de Jesús, la aldea, fue fundada en el siglo XVII, por disposición del muy noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del reino de Guatemala, Santiago de los Caballeros de Guatemala, hoy la Antigua Guatemala en el valle que está al pie de las colinas de “El Rejón” a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial, estando unida a ella por una carretera asfaltada. El nombre de San Felipe de Jesús se le dio por rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el nuevo mundo, ya que San Felipe nació en primero de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, pocos meses antes, San Felipe de Jesús, ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el cinco de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando así el testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo, en 1760, fue consumido por el incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe apóstol, patrono del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo lugar, un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, allí el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1978, se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia, quedando terminada en 1984. El uno de diciembre de 1984, se consagró el santuario y el Altar mayor, en 1986 es elevada a la categoría de vicaria episcopal, el 27 de julio de 1986, por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado por ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellicer Samayoa. El dos de mayo de 1986, es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del ilustrísimo Monseñor Prospero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala, en ese entonces.

Su altura sobre el nivel del mar es de 1535 metros, goza de un clima templado durante todo el año.

Su censo más reciente de 4627 personas.

Hombres 2225                      mujeres 2402

Religión:

Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, algunos profesan otras religiones de distinta denominación.

Orografía:

La Aldea de San Felipe de Jesús, colinda con el cerro de la Cruz y está al pie de la colina de “El Rejón”, dos kilómetros al norte de la ciudad de Antigua Guatemala. Entre sus principales fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folie, esta última desaparecida debido a la poca producción de café.

Aspecto social económico:

Sus habitantes se dedican en su mayoría a la agricultura, existiendo además excelentes artesanos y profesionales. Del total de la población 1172 hombres y 616 mujeres son económicamente activos.

Entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras, variadas hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases, entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas. Objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad. Una gran parte de habitantes se dedican a ventas de comida típica en la plazuela central de la aldea, tales como: atole de elote, atole blanco, arroz, rellenitos, así como artesanías propias del lugar.

El núcleo familiar tiene un promedio de cinco a siete integrantes, su idioma es el español. Los ladinos conforman el 99% y el 1% de indígenas de etnia kaqchikel.

Servicios Básicos Urbanos:

Cuentan con todos los servicios públicos necesarios: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos, hospital y una auxiliatura de la Municipalidad.

Infraestructura:

En su amplia plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII), y al norte de la misma, la auxiliatura municipal, en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente, un moderno mercado de artesanías,

comedores y otros centros comerciales para turistas. Su comercio lo efectúa con la cabecera departamental y la ciudad capital.

Aspecto socio-cultural:

San Felipe de Jesús se encuentra ubicado en el departamento de Sacatepéquez, que es la cuna de las nuevas formas danzarias que aparecieron en esta región centroamericana a partir de su colonización por la cultura hispano-europea. En la Semana Santa antigüeña, además de las expresiones de carácter popular, procesionan imágenes de alto valor artístico dentro de la imaginería colonial guatemalteca de los siglos XVII, XVIII y XIX. En cada municipio de Sacatepéquez, la pasión y muerte de Cristo es conmemorada con mucho fervor. De la aldea de San Felipe de Jesús, salen algunas de las procesiones vistas en Antigua Guatemala, durante la semana mayor. Entre las festividades que celebran, se encuentran principalmente la fiesta patronal de San Felipe Apóstol, el uno de mayo, la cual es celebrada con actos religiosos, culturales, deportivos, sociales y populares, así mismo se celebra el jueves de Ascensión del señor, el corpus Christi y la Navidad.

San Felipe de Jesús, la aldea, es un centro turístico religioso, donde se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso. Una población profundamente cristiano católica mantiene dentro de sus tradiciones las hermandades que corresponden a las distintas imágenes. El 25 de Julio se celebra la feria de la Aldea de San Felipe de Jesús.

En los alrededores más cercanos a San Felipe de Jesús se trabaja la cestería, que es el arte de entretejer fibras para producir recipientes y objetos planos. Desde tiempos remotos el hombre se desenvolvía como cazador nómada, ya comenzaba a entretejer cestos y otros productos de fibras vegetales con el propósito de guardar y acarrear diversos artículos. Por lo cual muchas de estas artesanías son vendidas en el mercado de San Felipe de Jesús, la materia prima utilizada para elaborar productos de cestería es variada, se utiliza la palma, tule, mimbre, cibaque, paja de trigo, bambú y corteza de cajeta. El bambú y la corteza de cajeta se usan como base o pie de cestería.

También es muy famosa la fabricación de instrumentos musicales, que son llevados a la aldea de San Felipe de Jesús, para fabricarlos se utiliza la madera de pino y de cedro en forma combinada, en su acabado es barnizada para conservar el color natural de la madera. Se elaboran guitarras, violines y contrabajos.

#### Educación:

La aldea cuenta con una escuela rural mixta, llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y dos colegios, uno llamado Centro Pedagógico Antigüeño que atiende nivel primario, básico y diversificado, y el otro que tiene nivel pre primario, llamado Fantasía de colores.

#### Histórico antropológico:

Es un área de la etnia kaqchikel, entró en contacto con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior a la colonización en los siglos XVII y XVIII. En la región de Sacatepéquez, quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista.

Está presente la herencia española y occidental, con su temática específica, así como la herencia de la tradición oral Kaqchikel.

Los pobladores de ésta aldea, se dedican a la agricultura, entre sus principales productos agrícolas están: maíz, frijol, verduras, variadas hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases, sobresale el café que es de muy buena calidad, la caña de azúcar, trigo. Asimismo, hay crianza de ganado vacuno y caballar. Entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas, se elaboran tejidos típicos, cerámica tradicional vidriada y moldeada, muebles de madera estilo colonial, cestería, jarcia, instrumentos musicales, frutas de madera, productos de hierro, la fabricación es sobretodo en los alrededores más cercanos, pero estos productos son vendidos en la aldea de San Felipe, se utilizan éstas formas de vida, la venta en uno de los mercados más visitados de Sacatepéquez, el que está situado en la Aldea, el mercado cuenta con un espacio pequeño, pero produce una venta satisfactoria, lo que se puede encontrar son artesanías, barro, cestería, dulces y comidas típicas, lo cual hace famoso al mismo.

### Ideológico Político:

No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala, la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con una alcaldía auxiliar, dicha alcaldía posee un comité pro mejoramiento de la aldea, que coordina actividades con la municipalidad de Antigua.

Una población profundamente cristiano católica mantiene dentro de sus tradiciones, las hermandades que corresponden a las distintas imágenes de la Pasión y Muerte de Jesucristo, ya que es famosa por sus tradiciones de la Semana Mayor, principalmente en Antigua Guatemala. Sin embargo, tanto las hermandades como las numerosas y distintas cofradías mantienen una constante actividad durante todo el año.

Una de las principales formas de pensar, de los habitantes de la aldea, está basada en la espiritualidad, y es que los seres humanos, tienen la responsabilidad de proteger todo lo que tiene vida.

Así mismo se encuentra la literatura oral en prosa como leyendas, mitos, casos y cuentos maravillosos. Y en la literatura oral en verso, están las coplas, corridos, décimas, romances y romancillos.

En Antigua Guatemala, existen variedad de historias y de creencias en leyendas animísticas de aparecidos y ánimas en pena, todas de herencia occidental, y por su cercanía, a San Felipe de Jesús, estas historias no varían en lo absoluto, una de las historias más famosas es la que cuenta “que los espantos salen cuando uno espía a la gente, se mete en la vida de los demás, y como en Antigua todos nos metemos con todos de “shutes”, los Rezadores salen cada noche a castigar a los metiches Herreros y se dirigen camino a San Felipe de Jesús”

### 1.2 Descripción de la Institución

Al realizarse la erección de la Catedral de Guatemala, se dispuso que una parte del dinero de los diezmos de la iglesia se destinara para la fabricación y manutención de un Hospital para los eclesiásticos y desde luego que se comprara una casa o predio para construirlo.

El 16 de octubre de 1654, el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 3 de noviembre siguiente.

Hecha la bendición de ésta casa, así como la de la primera piedra para la iglesia, bendiciones que hizo el Obispo Fray Payo Enríquez en noviembre de 1662, en mayo de 1663 comenzaron a llegar enfermos, nombrándose entonces para primer rector del Hospital a Don Antonio Álvarez de la Vega y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija.

Los religiosos de San Juan de Dios se hicieron cargo de la administración del Hospital, en mayo de 1663 y al dos de diciembre del mismo, cuando tanto el Hospital como el templo ya terminados, fueron bendecidos Fray Payo Enrique de Rivera, trasladándose enseguida y provisionalmente la Catedral al referido templo, hasta el 6 de noviembre de 1680 en que se estrenó la nueva.

A causa de tener que generalizar el servicio hospitalario, no solo para los eclesiásticos sino para todos los hombres, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos de San Juan de Dios tuvieron que dejar la administración del Hospital de San Pedro, sustituyéndolos más tarde, en 1865, las Hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa.

Notables reformas ha tenido el Hospital de San Juan de Dios, y también ha prestado importantes servicios, siendo el único en la ciudad de Antigua Guatemala que se ha sostenido a través de nuestra historia.

En 1869, las Hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en aquel centro de beneficencia y fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad, congregación fundada por San Vicente de Paúl.

Hoy se conoce aquel establecimiento como HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT. Su nueva ubicación es en la Aldea San Felipe de Jesús, cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios, un excelente personal y el equipo indispensable, beneficiando así a más de 20,000 personas al año. Fue inaugurado en 1991 y un año más tarde inicio sus labores, está construido al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social en 1972 del cual depende, así como de la Dirección Área de Salud.

Está compuesto principalmente por un Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, Subdirección Ejecutiva y Subdirección Administrativa Financiera.

De la primera subdirección se desprenden todos los servicios médicos y servicios técnicos de apoyo, de la segunda se desprenden la Jefatura Administrativa y Financiera de la cual dependen todos los Departamentos Administrativos y el Departamento de Recursos Humanos.

#### Filosofía del Hospital Regional Pedro de Bethancourt

Hospital Regional al servicio médico del individuo, la familia y la comunidad a que nos debemos, en el concepto que al hablar de medicina integral, nos estamos refiriendo a prevenir, curar y rehabilitar la salud, con un alto espíritu de servicio, eficiencia, eficacia, justicia y humanismo, en la ejecución de nuestros fines, sin tomar en cuenta la condición económica, social, racial o religiosa del individuo, la familia o la comunidad.

Objetivos:

1. Prevenir enfermedades: inmunizaciones, saneamiento del medio, educación sanitaria, control del niño sano y atención a la mujer embarazada.
2. Curar enfermedades: atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento médico quirúrgico, atención del paciente ambulatorio y educación para recuperar la salud.
3. Rehabilitación: educación para recuperar y mantener la salud, integración del hogar y seguimiento en consulta externa o en la comunidad.

Funciones del centro: baja morbilidad del área de influencia.

Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, estimulación temprana, ginecología, pediatría, nutrición en niños, nutrición en adultos, crecimiento y desarrollo, medicina de mujeres y de hombres, cirugía, cirugía plástica, traumatología, dermatología, neurología, odontología, cirugía menor, terapia de lenguaje, endoscopía, radiología, laboratorio, ultrasonido, curaciones varias. Trabajo social, farmacia interna y externa, programa para diabéticos, clínica del adolescente y emergencia.

Recursos Físicos, equipo y materiales: el Hospital cuenta con cuatro niveles, en los que se encuentran distribuidos cada uno de los servicios que presta, así mismo cuenta con un salón de Dirección, que es utilizado para sesiones y charlas, un salón de usos múltiples para el personal de la institución con capacidad de 35 a 50 personas, cada uno de los niveles cuenta con servicios sanitarios y con duchas tanto para los pacientes internos como para el personal del Hospital. Se cuenta con tres clínicas de Psicología en consulta externa, y con los materiales necesarios para terapia.

Recurso humano: cada departamento Médico del Hospital, cuenta con un equipo que comprende, dos médicos graduados con especialización en el servicio en que se encuentran, estos se encargan de pasar visita diaria en las primeras horas de la mañana, dos enfermeras graduadas quienes se encargan de supervisar la administración de fármacos a los pacientes de cada servicio, cuatro enfermeras auxiliares encargadas de administrar medicamentos y estudiantes de medicina que acompañan al médico graduado al momento de la visita y revisan los signos vitales de los pacientes.

### 1.3 Descripción de la Población Atendida

El Ejercicio Profesional Supervisado, que se llevó a Cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, se dirigió a personas que llegan a este Centro Asistencial y que se encuentran internados en medicina tanto de hombres como de mujeres, sus edades oscilan entre 18 y 80 años, en su mayoría, procedentes tanto de los alrededores de la Aldea, así como de la ciudad capital o de diferentes departamentos, la mayoría de personas que se presentan poseen un nivel socioeconómico medio bajo, la religión que prevalece es la católica, habiendo también personas que profesan la religión evangélica, y en menor cantidad personas de religiones de distinta denominación.

Así mismo se coordinaron actividades con la Asociación de Jubilados y pensionados de Sacatepéquez -AJUPENSA-, y personas que participan en un grupo en pro de los diabéticos y su bienestar -APROBIDI-, quienes asisten al Hospital, sus edades oscilan entre los 50 y los 80 años de edad, son personas provenientes de Antigua Guatemala, que viven en condiciones de vida

favorables, un nivel socioeconómico medio, la religión que profesan en su mayoría es la católica.

En cuanto a la población interna a la que se le brindó el servicio, una parte de ellos, como en el caso de las mujeres, se dedican a las labores del hogar, y en el caso de los hombres, ejercen o ejercieron trabajos manuales, como albañilería, carpintería, lavan carros, meseros, guías turísticos, entre otros. En su mayoría son indígenas, alfabetos (a nivel primario), analfabetas que por situación económica no tuvieron oportunidad de estudiar o de continuar sus estudios.

Las personas que asisten a la Asociación de Jubilados, son en su mayoría profesionales, maestros que asisten al programa, también asisten personas que sin ser afiliadas desean participar en las actividades tanto recreativas como formativas que organiza dicha asociación. Estas personas son en mayor parte ladinos, alfabetos, de clase social media y media baja, que actualmente se dedican a labores domésticas y a la organización y dirección de todas las actividades que lleva a cabo la asociación.

Se brindó servicio también a personas que han sido referidas por tener un diagnóstico no favorable, se trabajó tanto con ellos como con sus familiares, brindando apoyo y orientación, son personas que oscilan entre los 20 y los 45 años, entre ellos prevalece la religión católica, seguida de la religión evangélica, en su mayoría son procedentes de lugares aledaños a la aldea.

#### 1.4 Planteamiento del problema

Teniendo como base la observación que se realizó, y la información obtenida por personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, surgieron necesidades que allí se presentaron, entre ellas podemos mencionar, la falta de información acerca de distintos temas de importancia como lo es el sida y maneras de contraerlo, los embarazos, la discriminación hacia una persona infectada con el virus del Sida, en Medicina tanto de hombres como de mujeres existe también la falta de conocimiento acerca de la Psicología, el poco seguimiento que se le da a la psicoterapia en esta área, y en lo referente al adulto mayor, la poca o nula atención que se le da a las personas de la tercera edad.

Por lo mismo, se hizo de vital importancia, abordar este último tema, ya que hay que reconocer que el adulto mayor se encuentra en un período de adaptación, aceptación y de integración a un nuevo ciclo de su vida, en muchas ocasiones el llegar a ésta etapa puede ser sinónimo de alegría y satisfacción, pero en otros casos puede ser lo contrario, frustración y tristeza.

Durante esta etapa, surgen distintos conflictos y temores, a la muerte, a la soledad, angustia, adaptación a un modo de vida distinto, sedentario, impotencia al ver que cada vez existen menos motivaciones, y menos fuerza, otro factor importante es la jubilación, que al dar fin a su vida productiva, en un trabajo, se pierden relaciones personales, contacto con la gente, sentirse útil, ágil, y por tanto se pierde el sentido de vida.

Es importante que el adulto mayor encuentre nuevamente un sentido de vida, debe aceptar la edad y que a pesar de eso, el puede valerse por sí mismo, y que aunque naturalmente se presentan límites que es importante que los reconozca y que conviva con ello, pero debe darse la oportunidad de realizarse interiormente, elevar su autoestima y encontrar ese sentido de vida perdido, se hizo de vital importancia realizar actividades grupales, que ayudaran a elevar el autoestima, como caminatas, actividades de autoconocimiento, aceptar esta nueva etapa, realizar retos y lograr metas, así mismo solucionar conflictos y liberar ansiedades.

CAPITULO II  
REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Abordamiento teórico-metodológico

Tanto en la sociedad guatemalteca, como en muchas sociedades a nivel mundial, se ha desvalorizado y discriminado al adulto mayor, por considerarse una persona inútil y que solamente estorba la agitada vida de los demás, muchas veces ha existido la violencia y el maltrato físico, golpes, peleas, y el abuso psicológico hacia ellos, como, gritos, insultos, hacerlos de menos, y en algunas ocasiones se ha llegado al asesinato; debemos considerar los factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato: Pérdida de rol social, Baja autoestima, Niveles de dependencia, derivada de algunas patologías, Bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros o a depender económicamente de ellos. De los fenómenos anteriormente descritos, se pudo observar en la práctica, que existían pacientes que sufrían de discriminación tanto por parte de sus familiares como en la calle, ya que algunos referían que los trataban como “si no sirvieran para nada”, “como si fueran solamente un estorbo”, “como inútiles que solo quitaban tiempo y espacio”, en nuestra sociedad se pueden observar estos fenómenos por parte de personas que agreden, insultan o discriminan al anciano, una de las razones puede ser no conocer ésta nueva etapa de vida ni lo que ella conlleva, así mismo existía baja autoestima en algunos de los pacientes que asistían a consulta, y según lo observado y lo referido, muchos de ellos son golpeados y maltratados psicológicamente.

A medida que nuestra sociedad envejece, que el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más, en una preocupación nacional, ya que se observa en la sociedad que los ancianos y ancianas no son tomados en cuenta para muchas de las construcciones, no existe ese apoyo y esa atención a ellos, ya que muchas veces se ha observado y referido que los lugares construidos no cuentan con espacios para caminar libres de gradas, subidas y bajadas, ni lugares para descansar.

Los paradigmas relacionados con la vejez, como una actitud aceptada en nuestra sociedad, hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato. No obstante, en general, es posible distinguir los siguientes tipos de maltrato: El maltrato físico, El abuso sexual, El maltrato psicológico o emocional, El abuso patrimonial o maltrato económico, La negligencia o abandono.<sup>1</sup>

Cuando se habla de abuso patrimonial o maltrato económico se refiere al "mal uso o explotación de dinero o de las posesiones del anciano, así como el bloqueo de acceso a éste de dichos bienes, lo que implica, daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores".<sup>2</sup> Muchas veces en nuestro país se observan personas de la tercera edad trabajando en las calles para poder mantenerse y poder pagar lo que consumen, se han dado casos en donde sus propios familiares ponen a trabajar a los ancianos y ancianas para ellos.

En este sentido, se ha constatado que muchas veces es el propio entorno familiar más cercano el que provoca este tipo de abusos, dejando al adulto mayor sin posibilidad de decidir en que gastar su dinero. Esto incide directamente en la pérdida de autonomía del Adulto Mayor. Muchos de estos adultos mayores no satisfacen sus necesidades básicas de alimentación y salud, porque han sido despojados de sus ingresos o es mínimo lo que les dan para mantenerse.

El segundo tipo de maltrato, es la negligencia o abandono, que se ha definido como "la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados".<sup>3</sup>

En este sentido, es posible distinguir una negligencia o abandono pasivo y uno activo, dependiendo de si ésta es producto del desconocimiento o incapacidad del cuidador, o cuando el acto se realiza intencionalmente.

En Guatemala ha ocurrido un incremento lento y sostenido de la proporción de personas de 60 años o más con respecto a la población total. Según las

---

<sup>1</sup> [www.enplenitud.com/articuloid7324](http://www.enplenitud.com/articuloid7324)

<sup>2</sup> [www.enplenitud.com/articuloid6891](http://www.enplenitud.com/articuloid6891)

<sup>3</sup> [www.gerontologia.docx](http://www.gerontologia.docx)

estadísticas el país es joven, el 43% de la población es menor de 15 años; el aumento de las personas que pasan los 60 años, dentro del dato poblacional general va en aumento.

La inequidad por razones sociales y económicas no es menos precaria para el adulto mayor, pues la baja escolaridad, poco acceso al mercado laboral por la edad, viene a acentuar de manera mucho más alarmante su situación reflejada en el poco acceso a los servicios más elementales, como: salud, insuficiencia de programas sociales que tengan una cobertura de forma integral, bajos montos en pensiones de jubilación, menor capacidad para generar ingresos propios, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social.

Con el envejecimiento la capacidad de reserva y adaptación a la exigencia se va perdiendo. El adulto mayor puede respirar normalmente y caminar sin problemas, es capaz de estudiar con calma, pero al aumentar las exigencias no le es posible rendir como él quisiera. El adulto mayor, está ingresando a la tercera edad, la cual es una etapa de la vida, del desarrollo y de la evolución del individuo. Aunque este proceso abarca toda la vida y sus efectos varían según el individuo, se considera que la tercera edad comienza a los 60 años.

A esta edad, se presentan diversos cambios, los cuales pueden ocasionar en el adulto mayor, “depresión, que se define como un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, angustia, que en el lenguaje freudiano, es una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con referencia a sus manifestaciones corporales”, (Warren, Howard. Diccionario de Psicología, 2000, pg.123), alteración de sus emociones, y muchas veces es difícil que puedan aceptarla y comprenderla. Durante esta etapa se presentan diversos conflictos emocionales, como lo son frustración que se define como un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado, al dar una mirada al pasado, y darse cuenta que no se realizaron las metas y los logros, enojo hacia algún miembro de la familia, por el abandono y trato inadecuado que se le da, “tristeza que se define como una actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable” (Warren, Howard.

Diccionario de Psicología, 2000, pg. 285) por el llegar a una etapa que cierra una vida, entre otros.

Una vida con calidad significa para el adulto mayor, un encuentro entre el reconocimiento de sus necesidades y la búsqueda eficaz de su satisfacción. Las necesidades humanas son tanto las materiales básicas como el conjunto de necesidades no materiales tales como las de participación, creación, reflexión... y todas constituyen un sistema de modo que la satisfacción de unas y otras están mutuamente condicionadas. Todas estas necesidades se consideran necesidades objetivas; las necesidades subjetivas son el estado de carencia sentido por las personas. Esta diferencia entre necesidades objetivas y subjetivas permite decir que puede haber un estado de carencia o de necesidad no satisfecho, aún cuando las personas afectadas no sientan esta carencia. Comenzar a escuchar lo que quiero y necesito y no sólo lo que debo, lo que viene de adentro mío y lo que viene del contexto, produce modificaciones en la persona.

La calidad de vida se expresa a través de las conductas que (el adulto mayor) tiene para sí mismo y para con la comunidad. El tiempo libre como calidad de vida, es fundamentalmente el resultado de una actitud. Y estas actitudes, como los conocimientos, los hábitos o las habilidades, se aprenden.

Aprendizaje: Es común creer que con la vejez decrecen todas las capacidades de aprendizaje y se deterioran las funciones intelectuales.

El ocio, es otra de las necesidades del adulto mayor, entre los beneficios psicológicos de este, se encuentran, por ejemplo, la percepción de un sentido de libertad, independencia y autonomía, mejoramiento de la autoestima, autoeficacia, autoconfianza y autoseguridad, mejoramiento de las habilidades de liderazgo, mejor habilidad para relacionarse con los otros, tolerancia y comprensión y mejoramiento de la capacidad para ser miembro de un equipo; clarificación de valores, mayor creatividad, expresión y reflexión espiritual, valores y orientación, incremento de la eficiencia cognitiva, incluyendo mayor capacidad para resolver problemas, mayor adaptabilidad y elasticidad, mayor

sentido del humor, mayor disfrute de la vida y mejor percepción de la calidad de vida, mayor aprendizaje de la historia, la cultura, las ciudades, una mirada más positiva, cambio de actitudes negativas y reducción del sentido personal de alienación social.

Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación. En nuestra sociedad no existe ningún esfuerzo por parte del gobierno, ni por parte de la sociedad misma, para ayudar a las personas a envejecer de la manera más adecuada posible, ya que no se brinda la atención necesaria a esta nueva etapa de la vida del ser humano, no se le da la libertad de disfrutar y prepararse para ésta nueva vida, se le imponen limitaciones de espacio, trabajo, tiempo, salud, seguridad y respeto.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos. El ocio y la recreación, desde ésta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes: Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística, favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado, fomentar los contactos interpersonales y la integración social, mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas, hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas, mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal, servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de ésta etapa de la vida, contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal, fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre, mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades, fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento

de relaciones interpersonales ricas y variadas, propiciar el bienestar y la satisfacción personal.<sup>4</sup>

Lo referido es una situación ideal, que en algunos países, principalmente en Europa se está desarrollando. En Guatemala, es mínimo lo que se hace y para un sector particular, los jubilados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tienen espacios en donde pueden realizar diversas actividades positivas para el adulto mayor, pero esto es poco relacionado con la población de la tercera edad que como anteriormente se menciona, aumenta aceleradamente.

Es también de vital importancia que se tome en cuenta al adulto mayor, para la construcción de espacios dirigidos a ellos, con el fin de que pueda recrearse, distraerse y volver a experimentar y explorar, sin ser considerado inútil o un enfermo, así mismo, es importante el juego durante la tercera edad, ya que es una actitud frente a la vida que nos permite ser creativos. Esta actitud, es la que interesa preservar, acrecentar y/o rescatar en el adulto mayor. Será una actitud vital ante su tiempo, ante su vida, contribuyendo a mejorar la calidad de vida. El juego, rebasa la breve época de la niñez, en que se lo ha confinado, constituyendo experiencia de aprendizaje actitudinal. Lo que establece la pauta acerca del contenido lúdico de una actividad es la actitud de la persona que la está ejerciendo. Tanto Piaget, como Chateau, muestran cómo la actividad lúdica contribuye a la educación y proporciona fuerzas y actitudes que permiten hacerse a sí mismo en la sociedad. Prepara la entrada en la vida y el surgimiento de la personalidad, por eso la necesidad del mismo en todas las etapas, dentro del modo propio de cada una de ellas. Es juego todo aquello que enmarquemos voluntariamente como tal. Para introducir el juego en una organización recreativa, hacen falta ciertas actitudes individuales tales como, creer en el valor del juego, no tenerle miedo, reconocer las oportunidades y comprender la importancia de generar esa actitud en el otro. No hay forma de imponer el juego a la fuerza.

---

<sup>4</sup> [www.saludparalavida.com](http://www.saludparalavida.com)

La creatividad contiene la realidad vital y vivencial del sujeto. Toda actividad lúdica no sólo da al niño la posibilidad de expresarse y descubrirse, esto también es válido para el adulto y el adulto mayor, que el juego le permita redescubrirse.

Ciertas características que existen en la estructura de la personalidad del adulto mayor se ven favorecidas por la creatividad y el juego, realzan la autonomía, el no conformismo para pensar y actuar, estar abierto a nuevas experiencias, conservar la capacidad de asombro, saber controlarse interiormente, resistir a los estereotipos con posibilidad de expresar sus emociones, fantasías, pensamientos. Para los adultos mayores, la configuración de un ámbito de empatía y reconocimiento, es esencial para la recuperación de un equilibrio narcisístico y la superación de duelos.

El espacio lúdico permite jugar con las diversas precariedades objetivas o fantaseadas que acosan al adulto mayor. Es éste un momento privilegiado de la vida para jugar con las faltas y falencias en un espacio compartido.

En Guatemala, el desarrollo de una entidad encargada de brindar todo lo anterior a los adultos mayores, no existe, y debería ser tarea del estado, con la contribución de la Universidad Nacional, de iniciar un movimiento que logre sensibilizar al gobierno en dar una atención adecuada al adulto mayor. Tomando en cuenta la información obtenida del personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, se observó la necesidad de brindar atención a las personas de la tercera edad, por lo mismo, se abordó el tema, **“Conflictos emocionales en el adulto mayor y su impacto en la familia”**.

Y para dicho abordaje se definió el tema de los conflictos emocionales; primeramente se describió que son las emociones, “es un término empleado frecuentemente como sinónimo de sentimientos y que en psicología se emplea para denominar una reacción que implica determinados cambios fisiológicos, tales como la aceleración o la disminución del ritmo del pulso, la disminución o el incremento de la actividad de ciertas glándulas, o un cambio de la temperatura corporal. Todo ello estimula al individuo, o alguna parte de su organismo, para aumentar su actividad.

Las tres reacciones primarias de este tipo son la ira, el amor, y el miedo, que brotan como respuesta inmediata a un estímulo externo, o son el resultado de un proceso subjetivo, como la memoria, la asociación o la introspección” (Biblioteca de consulta, Microsoft Encarta 2004-2005: pgs 400-401).

Y para abordar que son los conflictos emocionales, que se definen como toda reacción negativa que afecta los sentimientos y las emociones del ser humano, es importante también hacer una breve referencia al significado de la inteligencia emocional, ya que interfiere de manera directa en la reacción negativa o positiva a un estímulo, y esta se define como la “inteligencia que nos permite tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo, acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo y adoptar una actitud empática y social, que nos brindará más posibilidades de desarrollo personal”<sup>5</sup> cuando existen aspectos que afectan nuestra inteligencia emocional y la forma de enfrentarlos, es cuando surge un conflicto emocional.

Entre los conflictos emocionales más comunes de la tercera edad están, el inicio de ésta etapa, que no llega de improviso, la antecede la presenectud, y como todo proceso tiene altibajos, ansias y temores, que pueden ser continuaciones de las etapas anteriores o ser matices nuevos por los reajustes de ésta misma etapa, y hay quienes demuestran que es una adultez en plenitud.

Hay procesos superficiales de comportamiento y otros vuelven a incidir como eco de lo que se denomina fondo de la personalidad, uno de ellos es la adaptación al medio, a la vejez, el niño y el adulto joven buscan una adaptación al medio, no la adaptación a ser niño o ser adulto joven, porque están en fase de crecimiento; en el caso del adulto mayor, la alternativa es de morir prematuramente o envejecer... lo que supone doble esfuerzo: adaptarse al medio más hostil y con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y, un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable, con el cambio o desaparición del sentido de la vida propia, también existen cambios en la relación con los objetos y sujetos anteriores, se entiende por objeto a lo inanimado, la

---

<sup>5</sup> [www.desasocial.com/art101](http://www.desasocial.com/art101)

persona que llega a este nivel de madurez tiene que aceptar las realidades deficitarias: disminución de la memoria reciente y aumento de la memoria de evocación o nostalgia; reducción de la curiosidad intelectual, fatiga en el trabajo, disminución sensorial, motriz; todo esto perturba la vida habitual, y ahora tiene que crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse a la nueva realidad; ha de dar a los objetos otro valor, otra dimensión; ha de buscar la gratificación o salida a sus tensiones o encontrar otras formas o renunciar a ello. Sus reacciones y conductas pueden ser variadas, pueden regresar a épocas anteriores (infantilismo) o superar lastres y lograr un nuevo equilibrio de fuerzas contrapuestas. Esto es claro en los cambios de carácter, de conducta, en las necesidades de dominio y auto-afirmación.

En la etapa anterior daba plenitud a sus necesidades afectivas, emocionales e instintivas; en la nueva etapa, las necesidades cambiaron y no le es posible hacer un mundo adecuado a sus necesidades... y como los instintos y apetito siguen vivos, sólo le queda buscar o elegir nuevas reacciones a nivel profundo, ya sea limitando sus posibilidades o regresando a épocas infantiles, en lo referente a rasgos psicológicos, se manifiestan algunos que habían estado ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor.

El esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente.

También existen manifestaciones negativas como el aislamiento en el cual se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales, al igual se encuentra el apegamiento a sus bienes ya que conserva todo, en la postura permanente de retener, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas

infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad; una explicación de por qué algunos padres no son capaces de compartir con sus hijos aún cuando sea conveniente.

La fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica, existe así mismo un refugio en el pasado, al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación, la vida se llena de recuerdos; es forma de revalorizar el pasado en el presente, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás, se presenta también una reducción de sus intereses ya que la vida le enseñó a ser realista y esto unido a la dificultad de asumir la complejidad de las nuevas opciones posibles, hacen que se limite el mundo al ámbito de lo que puede controlar; al tiempo que disminuye la capacidad de agresión, conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción, otra manifestación muy común es el negarse al cambio, ya que al enfrentarse con los esfuerzos de adaptación, aparece un temor consciente de rechazo al cambio y traslado a una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda porque los mecanismos de defensa para sobreponerse son limitados, a la vez que así limita aún más, se da la agresividad y hostilidad, cuando se presenta la necesidad de reacomodar a las personas y cosas, aparece como recurso y puede ser la única posibilidad de refugio para mantener intocable y estable el "yo".

Un problema mayor durante la tercera edad, es el maltrato y la calidad de vida. Por ello, para abordar el tema del maltrato y la violencia en relación con la calidad de vida de las personas de edad, hay que partir de hacer una rápida reflexión sobre varios aspectos fundamentales: La manera en que envejecen las personas depende, en gran medida, de las condiciones y las oportunidades que le hayan sido dadas en el transcurso de su vida, lo cual significa que "El envejecimiento es primero un destino social y después una modificación funcional u orgánica" (Hans Thomae / Ursula Lehr , 1968, pgs. 362-363). Es importante reconocer las diferencias regionales y de la época en que nacieron y crecieron hombres viejos y mujeres viejas, estableciendo la diferencia de género,

porque ello plantea una serie de costumbres, hábitos y relaciones distintas a las que se viven hoy, de lo contrario estamos hablando de maltrato cultural, generalizando se puede afirmar que en nuestra sociedad existe una cultura de maltrato hacia los ancianos y ancianas, esta misma se evidencia en nuestra sociedad, ya que existen muchos casos de personas de la tercera edad golpeadas, trabajando en tareas duras, maltratadas psicológicamente, internadas y abandonadas.

Así mismo, hay que identificar las características de su entorno actual, las de nuestra sociedad, en el marco de la crisis económica y social, y de los sistemas de seguridad social, educación y salud. Hablar del maltrato en la vejez como un problema generalizado, que surge por la alta vulnerabilidad biológica y psicológica de las personas viejas en razón de su edad, conlleva una visión estereotipada. Dicha visión, omite una realidad social, económica y política, en la cual se encuentran diferentes agentes generadores de maltrato, y está relacionada con la violación de los derechos humanos, por lo cual en nuestro país se creó la Ley del Adulto Mayor, como parte de afrontar este maltrato hacia las personas de la tercera edad, ésta ley dispone una ayuda económica mensual para los mayores de 65, para cubrir sus necesidades básicas, el beneficio se dará previo estudio socioeconómico. A los que tengan alguna enfermedad seria, se les incluirá automáticamente, será con base en el 40 por ciento del salario mínimo para los trabajadores del sector agrícola, que es de Q42.26 por día, lo que representará unos Q509.52 mensuales, ésta ley es un inicio para la educación y formación en pro del adulto mayor.<sup>6</sup> Empíricamente se puede afirmar que en nuestro país, las condiciones de vida de los ancianos del 80% de la población que es pobre son miserables. Probablemente en los estratos superiores de la sociedad exista menos problemas. La persona de edad no sólo puede llegar a ser maltratada. Ella también puede ser quien maltrate. Este aspecto es más difícil de abordar, porque plantea la necesidad de romper con la imagen de bondad y de ternura que la sociedad ha decidido otorgarle. Sin embargo, es una realidad necesaria de visualizar porque afecta un grupo de población importante. Por una

---

<sup>6</sup> [www.prensalibre.com](http://www.prensalibre.com)

lado están los cuidadores, y por el otro, aquellos familiares que conviven con las personas de edad, o se encuentran muy cerca de ellas, como puede ser el caso de las hijas adultas.<sup>7</sup>

Otro de los problemas de las personas mayores es el nivel de ingresos y el bienestar económico. Dado que en nuestro país la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica. Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos, en Guatemala se creó la ley del Adulto Mayor que anteriormente mencionamos. A pesar de ello, muchas personas mayores (en su mayor parte mujeres y miembros de grupos étnicos y de otras minorías con una seguridad económica casi siempre precaria) viven prácticamente en el nivel de pobreza, como anteriormente mencionamos existe una gran parte de la población de adultos mayores que sus condiciones de vida no le permiten llenar sus necesidades básicas, por lo cual se creó la ley del Adulto mayor, como beneficio para ellos y para sus familiares, así mismo para la sociedad en general. En Occidente se tiende hacia una jubilación voluntaria antes de los 65 años, cuando la persona todavía dispone de un capital suficiente y puede aprovecharlo. Las personas mayores en su mayoría están casadas y viven con su pareja en su propia casa. Sin embargo, es importante destacar que el hecho de que debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto, y estos suelen ser mayores que sus esposas, la situación de viudez es más normal entre las mujeres mayores. Lo cual acarrea una serie de conflictos, no sólo por la muerte del cónyuge sino además por el hecho de tener que enfrentar ahora la vida sola. Si el marido, en este caso, ha sido la principal fuente de sustento ya sea económico, afectivo o de otra índole, su muerte suele implicar cambios en el nivel de vida. Incluso el despertarse adquiere otro significado cuando nos damos cuenta que a nuestro lado ya no hay nadie. Las mujeres viudas aprenden a funcionar en su propia casa sin la presencia de su marido. Ellas además enfrentan numerosos estresores que desafían los recursos adaptativos. También tiene fuertes fluctuaciones en sus recursos financieros. La mayoría de las mujeres siente que la pérdida del esposo

---

<sup>7</sup> [www.gerontologia.com](http://www.gerontologia.com)

es una pérdida de apoyo emocional. Por su parte los hombres viudos, tienden a sufrir de intensa depresión luego de la muerte de sus esposas, lo cual se traduce en la búsqueda rápida de una nueva pareja para casarse. La persona viuda, entonces, debe reconstruir una identidad cuyo elemento esencial pudo haber sido la persona casada durante la mayor parte de su vida adulta. Como plantea el psiquiatra Colin Parkes (1972), “aun cuando las palabras siguen siendo las mismas, cambian de significado. La familia no es lo que era. Ni el hogar, ni el matrimonio.” Sólo el 20% de las personas mayores vive en el hogar de un hijo adulto (mayoritariamente personas muy mayores o que tienen graves problemas de salud) y un 5% en instituciones como hospitales o residencias.

Una de las causas del tipo de relación paterno-filial que pueda darse, depende de cómo han sido las relaciones anteriormente, el trato que haya existido entre la familia, determina el trato actual que se le da a cada individuo. También se presenta el problema de vivienda, ya que muchas veces, los cambios que presentan las personas al iniciar esta etapa, no les permiten vivir solos, puede ser debido a alguna enfermedad o algún problema físico, como ceguera, sordera, etc., para muchos de ellos el vivir con alguien más representa inutilidad, y esto les afecta de gran manera, algunos adultos mayores optan por vivir solos, en lugares seguros y con gente conocida cerca que pueda ayudarlos si es necesario.

En diversas ocasiones, el adulto mayor, siente que el ser ubicado en una institución para su cuidado y vivienda, es señal de rechazo, abandono, o de que no lo quieren, muchas veces las causas son por falta de lugar, falta de tiempo, falta de persona que lo pueda cuidar y atender bien, y a veces los familiares son quienes lo hacen con tristeza y sentimientos de culpabilidad. En varias ocasiones, debido a la circunstancia familiar, esta es la única solución.

Otro problema muy importante es la muerte, ya que es uno de los factores que ocasionan mas angustia, estrés, depresión y temor, entre el adulto mayor, la confrontación con algo nuevo y desconocido, y no solamente la muerte propia, sino el pensar en la muerte del ser con el que ha convivido por mucho tiempo y con el que ha compartido muchas cosas y experiencias en su vida.

Es importante tener en cuenta que en esta etapa del desarrollo las reacciones del duelo serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que el anciano tiene más dificultades para adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional del anciano.

En la mayoría de los casos la percepción de su futuro como adulto mayor, es pesimista, esperan la muerte como su proyección, sienten que su vida futura es la soledad y aislamiento al interior del hogar y fuera de este. Creen que el estado no tiene una preocupación real frente a ellos, se sienten desprotegidos, solo se observa en uno de los casos que la percepción se torna positiva y recuperadora para su situación actual, ya que dice “contar con el cariño de sus hijas e hijos que fortalecen su alma, le dan cariño y afecto”.

Para el anciano la muerte no solo le pone término a la vida, sino que ahora esta más presente que nunca. El duelo en el anciano es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esta actitud de búsqueda o vuelta a la dependencia, se debe a la expresión de la respuesta instintiva a la separación que observamos en la infancia. Este impulso no solo se provoca cuando perdemos a la figura de apego más importante en cualquier etapa de la vida, sino que es específico de los seres humanos. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo.<sup>8</sup> También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza ésta seguridad.

No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida. El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia. La vejez es la cercanía a la muerte, y eso es algo que todos sabemos, y por lo tanto el miedo a envejecer se presenta a determinada edad y luego proviene el miedo a la muerte.

Es importante el papel que juegan los hijos en esta situación, ya que son ellos quienes deben tratar de aliviar esta soledad. Durante el primer año de

---

<sup>8</sup> [www.gerontologia.com](http://www.gerontologia.com)

condolencia o duelo, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas, lo que no implica totalmente el hecho de estar desarrollando un cuadro patológico.

A medida que se acerca la tercera edad, se hace más frecuente la presencia de otro de los grandes problemas, las enfermedades, estas pueden deberse a la baja de defensas, debilitamiento de los músculos, malos cuidados, también pueden ser provocadas por aspectos emocionales como soledad, tristeza, abandono, aislamiento, etc.

Es importante tener en cuenta que existirán cambios de comportamiento y reacciones determinadas ante diversos estímulos. Existirá la disminución de capacidades físicas y mentales, como pérdida de la visión, audición, agilidad, esto conllevará a la dependencia en algunos aspectos de alguien más.

El adulto mayor tiene un sueño con alteraciones normales del envejecimiento. Estas alteraciones pueden ser disminución del tiempo total de sueño, aumento de despertares nocturnos y mayor somnolencia y fatiga nocturna. Los principales trastornos del sueño del adulto mayor son el insomnio y la apnea del sueño, él necesita menos horas de sueño que el niño o el joven; y que muchas veces un adulto mayor aburrido querría dormir más de lo necesario o mal interpreta su fatiga diurna. El insomnio puede deberse a causas ambientales (ruido, frío), dolores o molestias físicas, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), ingestión de café, alcohol o estimulantes. La apnea del sueño generalmente se debe a obstrucción de la vía respiratoria: edema por infecciones, obesidad, alcohol o hipnóticos. La obstrucción hace roncar y la apnea produce falta de oxígeno e interrumpe breve o parcialmente el sueño, que se hace poco reparador y provoca somnolencia diurna.

Otra problemática que surge es la sexualidad, el deseo sexual no se pierde con la edad, y los adultos mayores pueden ser o no sentirse sexualmente atractivos.

La sexualidad normal implica mucho más que el coito; implica caricias, un afecto que, mientras más se mantenga en el tiempo y más específico sea, podemos estimar como más desarrollado. El amor de Don Juan, que cambia fácilmente de

pareja, es un afecto totalmente inmaduro. En el hombre adulto mayor puede existir impotencia, defecto para lograr la erección y la eyaculación.

Su causa puede ser psicológica o física; los estudios urológicos pueden descubrirla. En la mujer, incluso joven, es frecuente que exista falta de deseo e impotencia - defecto en lograr el orgasmo - , habitualmente, esto se debe a razones psicológicas y a defectos de su pareja.

En efecto, la cultura machista que impera en gran parte de nuestra población prioriza el orgasmo masculino y reduce a la mujer a un rol pasivo que inhibe su plena realización sexual. El hombre o mujer mayor de 60 años, puede tener una sexualidad satisfactoria, que dependerá más de su estado general que de su edad. Para mantenerla debe evitar el exceso de alcohol o tranquilizantes, mantener su capacidad física con ejercicio regular, y, especialmente, mantenerse interesado y unido a su pareja.

Otra dificultad muy marcada es la alteración de las emociones, tres emociones presiden la vida del ser humano: el miedo, la cólera y la ternura; que en cada etapa de la vida adquieren diferentes matices, que se modifican en función del objetivo de la tendencia de cada una en el momento concreto.

En la infancia es egocéntrica, en la adolescencia es social y en la madurez es práctica. Lo importante para el equilibrio interno es armonizar la fuerza de la emoción con la compensación de la tendencia para una canalización adecuada.

Y esto se complica en la etapa de la adultez mayor porque, el miedo, como emoción es algo que se impone al adulto mayor, sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que siente, miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física, tras años de lucha profesional para conseguir una estabilidad económica.

Esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia; además desea conservar el prestigio.

El adulto mayor teme que le quede poco tiempo: debe crear, debe proyectar realidades, ha de trascender y dejar huella; suele aparecer el temor al daño físico, como hipocondría que le hace estar atento a cualquier trastorno, teme excederse y no resistir un ritmo fatigante y reaparecen los temores adolescentes de hacer el

ridículo, se afecta en su narcisismo. Los miedos asaltan al adulto mayor con mayor o menor intensidad. Muchos miedos están en relación con la toma de conciencia de la idea del tiempo, de la vejez, de la propia muerte.

Si bien están ligados entre sí, se manifiestan de distinta manera y tienen, como todas las cosas que suceden en el envejecer, características singulares, únicas, propias de cada adulto mayor y en relación con su historia de vida.

Al encontrarse con la idea de tiempo, se pone en juego el pasado y el presente.

El pasado, lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, asignaturas pendientes o situaciones que se hubieran querido vivir distinto. El presente, con tiempo libre como nunca se tuvo antes y no saber que hacer con él. Ya no se ejercen ahora roles que daban identidad, como el laboral o la educación de los hijos.

El aburrimiento y la rutina pueden ensombrecer este presente, la soledad es una compañera muy temida. El tiempo futuro trae de la mano la idea de la vejez y la de la muerte.

Negarlos solo sirve para transformarlos en temibles fantasmas. Al encontrarse el adulto mayor con los cambios que le suceden a nivel biológico, psicológico y social, esto le significa una carga de inquietud, desasosiego, incertidumbre, inseguridad y por supuesto, miedo. A lo nuevo, a lo desconocido y más aún a lo mal conocido.

Con la toma de conciencia del tiempo se desencadenan: el miedo a la vejez, el miedo a la soledad y el miedo a la muerte.

La idea de tiempo es inquietante porque nos indica que somos mortales, finitos, perecederos, y aparece como mensajero de la ineludible meta final.

Este experimentar el transcurso del tiempo, y en especial ese final, es angustioso porque golpea duramente sobre nuestro narcisismo. Y entonces aparecen las preguntas cómo viví, qué hice, qué dejé de hacer.<sup>9</sup>

El daño emotivo que se acerca le agobia y su reacción resulta dramática, no-menos real. La previsión en este terreno, sólo puede lograrse si otros contenidos más hondos le han dado plenitud y conciencia del propio valor, otra de las emociones es la cólera, que es una emoción básica, poco estudiada y muy mal

---

<sup>9</sup> [www.enplenitud.com/articuloid6891](http://www.enplenitud.com/articuloid6891)

tratada, adentra sus raíces en el conjunto de las emociones que la filosofía tradicional ha denominado virtudes o pulsiones irascibles que se vinculan a la agresividad.

En el adulto mayor la cólera aparece cuando el mundo “lógico y ordenado”, que se ha construido tras años de lucha, se ve alterado por “algo” que no encaja; cólera difícil de controlar porque nace en capas hondas del ser humano.

Lo que la desata es aquello que le resulta ilógico, inesperado y carente de sentido, no es el dato objetivo lo que le molesta, sino el torbellino emotivo que remueve tal dato. La emotividad queda como desamparada, con peligro de desencadenar –otra vez- la agresión física o la verbal, porque son los modos aprendidos.

Es la explicación a conductas de crisis agresivas, protestas colectivas verbales, en una sociedad afectivamente mediocre y emotivamente envejecida; la cólera del adulto mayor se acrecienta ante su propio sentimiento de impotencia, frente a la gran máquina que impide sus sueños. No encuentra la salida en la creatividad y la originalidad, entonces vivirá en permanente cólera, y la siguiente emoción es la ternura que es la emoción más compleja y en la edad adulta se hace práctica, identificando lo práctico con lo pragmático, lo rentable, que da beneficio o reporta una ventaja sin ser “interesada”, es más sosegada, agridulce, como dar sin apenas esperar, lo que no le quita emotividad.

Aparece un amor incondicional, que sabe dar, quiere dar, que sabe renunciar sin angustia ni ira, éste es el carácter práctico; no es ternura sexualizada y erotizada, sino una ternura madura y coherente, precedida por el principio de la realidad y no por el del placer y del interés. No es puro egoísmo, tampoco altruismo total; no pocas veces buscará ser atendido, escuchado, comprendido y en otras demostrará que sabe atender, escuchar y comprender; resulta que está buscando, sin saber, un modo “práctico” de llenar su necesidad de ternura.

La ternura está implicada con el miedo, el adulto mayor ama y es tierno, aunque teme dominar y desea conquistar con la misma ternura. Puede canalizar su afecto hacia quienes le aseguren corresponder a su ternura.

Es un juego misterioso y enigmático que puede plantear tensiones conflictivas en el interior de la persona, al adentrarse en las zonas de identidad del “yo”. Y que si las supera, enriquecerá enormemente a la personalidad de quien la vive, será encontrar una nueva adaptación, un reajuste vital que logre un impulso más maduro, hondo y tierno.

Es cierto que la madurez proporciona estabilidad, como también aparecen tensiones al buscar una nueva forma de vida y que tienen raíces profundas con tres manifestaciones psicológicas: tensión por frustración como se mencionaba anteriormente, frustración se define como, estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado, agresividad compensatoria que se define como un tipo de conducta caracterizado mas por la disposición a atacar que por la tendencia a eludir, y esto se da como compensación de otras áreas en las cuales se ve lejano y débil y adaptación progresiva que se define como una aceptación a un cambio o ajuste, y esta se va incrementando.

La tensión por frustración se refiere a que todo ser humano está en crecimiento continuo y cualquier interrupción en este proceso lleva a una tensión, o un desajuste; esta interrupción puede ser por la presencia de un obstáculo físico, psíquico o social, o puede ser un conflicto derivado de la presencia de varios deseos de incentivos que no se alcanzan al mismo tiempo; esa tensión lleva a la frustración por no conseguir lo buscado.

La presencia de obstáculos obliga a buscar caminos de superación: el transitorio uso de mecanismos de defensa inconscientes que son definidos como “procedimientos que el yo pone en marcha para evitar la realización de impulsos internos o protegerse de estímulos externos que siente como amenaza.

El psicoanálisis, y en general las escuelas dinámicas de psicología, entienden la estructura psíquica como un sistema de fuerzas, equilibradas, en parte, por los mecanismos de defensa” (Biblioteca de consulta, Microsoft Encarta 2004-2005, pgs. 644-645), la aceptación más o menos soportada o el más sano, el de la adaptación equilibrada.

Así mismo se observó también la hiperactividad en el anciano, término que se define como el incremento del nivel de actividad de una persona por encima de la norma general aceptada en el ambiente en el que actúa para funcionar y relacionarse consigo mismo y con los demás. Este aumento suele ser moderado y causa pocos o ningún problema a la persona que lo padece o a quienes le rodean y no llega a ser incapacitante.

Este síndrome es resultado del defecto de muchos factores que van desde los orgánicos, desordenes genéticos hasta lo emocional en un individuo inmerso en su mundo de relaciones con su ambiente, es decir la sociedad, cultura, amigos y familia.

El paciente con problemas de hiperactividad tiene dificultad para mantener la atención y al mismo tiempo controlar sus acciones, lo cual requiere mucha energía y con facilidad se sienten frustrados, pueden sufrir de algún grado de depresión asociado a miedos de fracaso y cólera por sentirse diferentes y en realidad serlo sin poder hacer prácticamente nada para corregirlo por ellos mismos.

Se hizo de vital importancia informar acerca de lo que es el Sida, debido a la poca o nula información existente, en primer lugar definiremos qué es Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (1993-2003 Microsoft Encarta, pgs.524-525).

Es importante, tomar en cuenta las siguientes estadísticas del Sida, ya que afecta a más del 95% en los países de ingresos bajos y medianos, cerca de 2 000 menores de 15 años de edad, aproximadamente 12 000 adultos (de 15 a 49 años de edad), de los cuales:

Cerca del 50% son mujeres y aproximadamente el 50% tienen de 15 a 24 años de edad.<sup>10</sup>

En Guatemala, las estadísticas más recientes muestran que la situación de VIH/SIDA en Guatemala, se encontrara fuera de control. Los datos aproximados que

---

<sup>10</sup> [www.psicoeedu.com](http://www.psicoeedu.com)

se tienen sobre personas contagiadas con VIH llegan a ser 75,000, mientras que los enfermos de SIDA podrían llegar a ser más de 3,000 personas. El último estudio realizado en Sacatepéquez, acerca de las estadísticas de personas contagiadas con VIH, es 1 de cada 100 personas, en su mayoría de sexo masculino.

Al igual que la poca información que se tiene del Sida, otra problemática es la discriminación hacia las personas que poseen esta enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro país, este es un problema mayor, ya que puede ser ocasionado por la ignorancia, por la educación que se ha tenido, o simplemente por imitación.

Es importante definir la discriminación, es un trato de inferioridad dado a una persona o grupo de personas por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de filiación o ideológicos, entre otros, (1993-2003 Microsoft Encarta, pg. 296), este trato de inferioridad dado a una o varias personas, puede tener como resultado, maltrato, tanto físico como psicológico, y esto afecta al individuo, como a su familia.

En respuesta a la epidemia de VIH/SIDA, que ha ido adquiriendo cada vez mayores proporciones, muchos gobiernos de la región han tomado medidas de prevención y tratamiento, que en algunos casos se han incorporado a los servicios de salud reproductiva. Varios países han promulgado leyes o regulaciones que protegen los derechos de las personas que han contraído el virus de VIH/SIDA (Bolivia, Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana). En otros (Argentina, Brasil y Colombia), se han aprobado leyes sobre la provisión de servicios de salud para los afectados. Los gobiernos de Haití, Honduras y Jamaica están abocados a la promulgación de leyes relacionadas con el virus de VIH/SIDA.

Varios países han desarrollado programas, políticas, proyectos y campañas con el objeto de prevenir el contagio del VIH/SIDA y, a la vez, proveer servicios de salud a aquellos infectados con el virus (Argentina, Barbados, Bolivia, Colombia, Cuba, México, Ecuador, Guatemala y Trinidad y Tobago).

En muchos de estos proyectos se da prioridad al cambio de actitudes y la eliminación de estigmas sociales mediante una educación adecuada. Sin embargo, estas medidas no han impedido que el porcentaje de mujeres afectadas haya aumentado dramáticamente, desde alrededor de un 10% cuando se inició la epidemia hasta más de un tercio de los enfermos en ciertos países del Caribe en los últimos años.

De acuerdo a una de las explicaciones de este fenómeno que cuentan con más aceptación, las mujeres sufren las consecuencias del comportamiento sexual de sus parejas, de la falta de información y de servicios, y de discriminación de quienes padecen esta enfermedad.

El incremento del número de mujeres afectadas ha sido acompañado de un sustancial aumento de los casos de contagio entre heterosexuales y del número de niños que nacen con SIDA por transmisión materna.

Una problemática mas que se observó, fue en el Departamento de Medicina, tanto de hombres como de mujeres, allí se encuentran internadas personas que llegan principalmente por los siguientes motivos de consulta: Diabetes, que se define como enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina. Afecta a unos 150 millones de personas en todo el mundo. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades (1993-2003 Microsoft Encarta), Hipertensión, la cual es tensión arterial alta. Frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria o idiopática, cuando la etiología es desconocida. La hipertensión secundaria es aquella debida a alguna causa fácilmente identificable. Los individuos con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir una apoplejía o un ataque al corazón (1993-2003 Microsoft Encarta, pg. 333), otros motivos de consulta, por los cuales se presentan los pacientes, son: fracturas, golpes, etc.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 Objetivo General

- Implementar herramientas psicológicas necesarias que ayuden al adulto mayor a reflexionar acerca del proceso de vida y de envejecimiento, para que exista en él la capacidad de aceptar y manejar de mejor forma éstas circunstancias, encontrando el sentido a su vida y contribuir de esta manera a mejorar su Salud Mental.

### 2.2.2 Objetivos específicos

#### *Subprograma de servicio:*

- Brindar atención psicológica a nivel individual como grupal, para mejorar la Salud Mental y la calidad de vida del adulto mayor.
- Proporcionar herramientas psicológicas que le permitan al adulto mayor crear un sentido de vida positivo.
- Propiciar actividades en las cuales el adulto mayor se reconozca como un ser capaz, útil y autorrealizado.

#### *Subprograma de docencia:*

- Dar a conocer, al adulto mayor, por medio de charlas, temas de su importancia, que le permitan obtener información acerca de la etapa actual de su vida, y las problemáticas que se pueden presentar.
- Proporcionar información que sea de ayuda a la población, así como posibles soluciones a las diferentes problemáticas referentes a los conflictos emocionales presentados en la tercera edad.

#### *Subprograma de investigación:*

- Conocer conflictos emocionales más comunes que se presentan durante la tercera edad y el impacto a nivel familiar,
- Describir y conceptuar los conflictos emocionales y sus causas.
- Reconocer la influencia de la comunidad en el origen de conflictos emocionales en el adulto mayor.

### 2.2.3 Metodología de Abordamiento

Como primera fase para poder realizar el presente Ejercicio Profesional Supervisado, se realizaron visitas diagnósticas al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante el mes de diciembre del año 2005, esto se realizó para poder observar las necesidades que existen, como segunda fase se obtuvo información por parte del personal del Hospital, se realizaron algunas entrevistas la cual se define como una conversación seria para obtener determinada información, luego se tuvo contacto con personas que asisten al hospital.

Luego como tercera fase del abordamiento, se realizó una planificación de actividades, en cada uno de los subprogramas.

#### *Subprograma de Servicio*

Se tuvo una presentación formal con el personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, así mismo, se requirió el apoyo de los mismos informando de problemáticas que ellos han observado con más frecuencia en los pacientes.

Se brindó una breve descripción de trabajo psicológico que se realizaría en el Hospital. Así mismo, se realizó una inmersión institucional, con las personas que se trabajaría durante el periodo del Ejercicio Profesional Supervisado, se tuvieron diálogos, en donde se obtuvo información de utilidad para el proceso, se realizaron entrevistas en donde se les permitiera expresar sus sentimientos y emociones. Como punto principal existió siempre la observación y el contacto directo con la población.

Se llenó la historia clínica, la cual sirve para registrar información confidencial de cada uno de los pacientes. Se citó a los pacientes al área de consulta externa, en donde se atendieron una vez por semana y algunos una vez por mes porque así lo pedían, en sesiones de 45 minutos a una hora, en las cuales se brindó apoyo y orientación psicológica individual, así mismo, se atendió el área de encamamiento, servicio de medicina, hombres y mujeres, y emergencias. Para lo cual se utilizó la técnica de la observación principalmente, entrevista, y cuestionario con preguntas abiertas, para obtener la mayor información posible, este mismo aplicado a las personas de la tercera edad y por último el diálogo.

### *Subprograma de Docencia*

Las técnicas que se utilizaron para la ejecución de este programa, fueron charlas dando contenidos de importancia para las personas, así mismo se presentaron temas que las personas solicitaron o que las Autoridades del Hospital propusieron. Estas charlas, fueron participativas y su objetivo fue ayudar a las personas a encontrar un sentido de vida, a mejorar su calidad de vida y a ser optimistas, creativos y altruistas, además de brindar la charla se le permitió a las personas hablar y opinar acerca del tema, contando experiencias y conocimientos que ellos poseían.

Estas actividades fueron llevadas a cabo con el grupo de AJUPENSA-Asociación de Jubilados y pensionados de Sacatepéquez, con el grupo de adulto mayor que se reúne una vez por semana con un representante del área de Psicología y con las personas internas en Medicina, tanto hombres como mujeres. Para dar a conocer los temas se realizó terapia individual, la cual era brindada a todas las personas que asistían a consulta, terapia grupal, que se realizaba con los grupos con los cuales se trabajaba y en lo posible fueron familiares, lo cual se dificultó porque muchas de las personas llegaban solas. Se utilizaron recursos audiovisuales, didácticos, carteles, actividades recreativas, dinámicas, todo esto para brindar una información más adecuada y completa, así mismo para evitar la monotonía en las charlas, al finalizar todas y cada una de las actividades, se hizo una evaluación de las mismas, se pidieron opiniones y sugerencias para mejorar el servicio y para conocer las necesidades de cada persona.

### *Subprograma de Investigación*

Como punto previo a decidir un tema a investigar, se utilizaron los siguientes instrumentos, observación adecuada durante la visita diagnóstica, para tener una visión de necesidades y problemáticas existentes, así mismo se tomaron en cuenta opiniones y sugerencias del personal del Hospital, como de personas que se encontraban internadas en el mismo y pudieran proporcionar información, se identificó y se seleccionó a la población a la cual se dirigiría el Ejercicio

Profesional Supervisado, se establecieron los mayores conflictos emocionales del adulto mayor y como esto afecta a familia y a ellos mismos, se realizó la documentación y búsqueda de información relacionada.

Se consideró de suma importancia trabajar el tema “Conflictos emocionales más comunes en el adulto mayor y su impacto en la familia”, y para poder investigarlo se tomaron muy en cuenta bibliografías acerca del tema, así como información verbal, se seleccionaron los instrumentos y técnicas para obtener dicha información por parte de adultos mayores y sus familiares, estas técnicas fueron las entrevistas y los cuestionarios, que se realizaron con preguntas abiertas. Se ordenó, clasificó y analizó la información obtenida y se tabularon los datos. El tipo de investigación que se llevó a cabo es el cualitativo, el cual estudia significados intersubjetivos, y elige como técnicas la observación directa y la entrevista abierta, luego se inició con el trabajo de campo, el cual se realizó durante ocho meses en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, con personas de la tercera edad, personas con diagnóstico de VIH y con personas internadas en encamamiento de medicina de hombres y de mujeres.

## CAPITULO III

### PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

#### 3.1 Subprograma de servicio

Se realizaron diversas entrevistas dirigidas a la población de adulto mayor con el objetivo de conocer la información que ellos manejan sobre autoestima ya que esta información es de vital importancia para la estabilidad emocional del adulto mayor. Por lo que las entrevistas se irán describiendo a lo largo del informe.

Se decidió abordar el tema de autoestima en el adulto mayor ya que durante la visita diagnóstica se identificó que es una de las áreas que necesita mayor abordamiento.

Se entrevistó pacientes y se dialogó con familiares de pacientes, para obtener información acerca de niveles de autoestima en ellos, con el fin de reconocer que tan importante es, y la información correcta o errada que tienen acerca de el autoestima, en psicología, el autoestima o autoapreciación es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo.

El término suele confundirse con el término coloquial ego, que referencia en realidad a la actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que éste tiene de sí.<sup>11</sup>

Se realizaron entrevistas, en donde la comunicación interpersonal establecida entre investigador y el entrevistado se dió con el fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el tema “Autoestima”, estas entrevistas se realizaron a cada uno de los pacientes que se presentaban en consulta externa a lo largo de los ocho meses del periodo de EPS, en encamamiento y a personas que asistían referidas del programa de VIH, es importante mencionar que las personas que han sido diagnosticadas con VIH, tienen el autoconcepto alterado debido a las diversas situaciones que surgen con esta enfermedad, así también la influencia y rechazo social que existe aún para todas las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad, así mismo dentro

---

<sup>11</sup> [www.wikitapedia.com/autoestima](http://www.wikitapedia.com/autoestima)

de la entrevista se mencionaban preguntas que pudieran dar información del nivel de autoestima que manejaban las personas, como por ejemplo: ¿Cuáles considera que son sus virtudes?, ¿Cuáles son sus debilidades y por qué?, ¿Cuál es el autoconcepto que usted posee?, por mencionar algunas.

Algunas de las personas se mostraban nerviosas y ansiosas al estarles realizando la entrevista, ya que en algunas ocasiones referían “nunca había pensado en eso antes”, por lo cual se puede decir que las personas no toman un tiempo para razonar acerca de su autoconcepto y no lo tienen bien definido, le restan importancia a su persona, “la verdad es que no se que virtudes tengo, pero si se muchos defectos”, “no es algo que haya pensado pero déjeme acordarme”, “me gustaría mucho decir mis virtudes pero por ahora no se cual, mis defectos pues es lo normal de la edad”, por lo que se puede hacer referencia a la poca importancia que le dan a este tema, ya que frecuentemente observan primero sus defectos y desvalorizan sus virtudes, lo que demuestra que poseen un autoconcepto pobre que no permite que tengan autoestima positiva.

Se identificó que muchas personas no conocen suficiente información acerca de lo que es, a lo cual se les brindaba una breve información acerca del tema dando a conocer conceptos básicos, importancia, aspectos sobre como alcanzarla, al realizar esto se observó mayor receptividad por parte de las personas así como también se identificaron ciertos cambios ya que las personas comentaban “todos tenemos defectos y virtudes pero, uno solo ve lo malo”, “me doy cuenta que tengo muchas cualidades, y voy explotarlas”, “es cierto que uno capaz de lograr que quiere”; con estas frases se identificó que las personas únicamente necesitan conocer un poco más del tema para realizar algún cambio en su vida cotidiana, las personas se muestran más contentas, su estado de ánimo es afable, realizan sus actividades de forma más placentera.

Se hizo difícil hablar con familiares de todos lo pacientes ya que algunos llegaban solos y referían que nadie los podía acompañar en ninguna ocasión, otros pacientes llegaban sin que ninguno de sus familiares lo supiera por lo cual no podía existir ese diálogo, muchos de los pacientes referían “no quiero que se enteren en mi familia porque no lo entenderían”, con esto se evidencia que las

personas no poseen ese apoyo por parte de la familia, “en mi casa no me hacen caso por eso ni les digo”, “no me dejan salir mucho”, “no me gusta decirles porque me empiezan a observar”, a lo cual se puede deducir que muchos de los pacientes no sienten el apoyo por parte de sus familiares y amigos, en el adulto mayor es muy frecuente que los familiares demuestren desinterés, su aspecto es sucio, descuidado y abandono, los pacientes refieren que sus familiares cercanos no los visitan frecuentemente, también que viven solos, existe negligencia ya que han sufrido enfermedades o recaídas serias y que no se les ha prestado atención, hay rechazo, por lo que prefieren ir solos y recibir la ayuda solamente ellos; muchos de ellos en base a sus referencias demuestran que no les importa la ayuda y apoyo de los mismos, ellos son quienes en sus historias clínicas referían que tenían una mala relación con algún familiar o que sentían rechazo por parte de uno o más integrantes de su familia, y por lo mismo con ellos.

Parte del trabajo fue que expresaran todo lo que sintieran por su familia y el origen de los conflictos con ella, como ha sido su relación afectiva y si sabe el por qué de ciertos tratos hacia ellos, uno de los logros en estos casos, fue que pasadas ciertas sesiones, uno de los pacientes pidió llevar a su hermana, con quien había tenido muchos problemas, y que quería hablar con ella frente a la epesista, para ser la mediadora, a lo que se le dijo que podía llevarla si así lo deseaba, en este caso hablaron frente a mí, dijeron que les gustaba y que no, el uno del otro, y dieron posibles soluciones a su problemática, luego el paciente regresó a otras sesiones y refería “gracias por hacerme entender que yo también estaba mal”, por lo cual se puede deducir que muchas personas solamente observan lo malo en los demás y no se dan cuenta que la problemática también puede ser en cierta parte debido a ellos, “he hablado con mi hermana y todo va muy bien”, con esto observamos que muchas veces solamente se necesita hablar para arreglar conflictos, “ahora sé como enfrentar a los demás de mi familia”; a los pocos familiares que se presentaron se les realizó una breve entrevista, que contenía preguntas acerca de la problemática del paciente, y de la relación que tenían con él, así como del motivo de consulta del mismo, los familiares se observaban con el deseo de ayudar al paciente y el interés por su problemática,

ya que referían “a mi me gustaría saber que hacer para ayudar”, “no me gusta ver a mi mamá así porque se que está sufriendo”, “mi tío está insoportable y se que puede hacer que lo manden a un asilo y yo no quiero eso”, “yo creo que todos necesitamos que nos escuchen”, “creo que usted va ayudar a mi papá”, con esto se puede observar que los pacientes muchas veces tienen el apoyo de sus familiares y que ellos reconocen la importancia de su ayuda y apoyo.

Estas entrevistas fueron de ayuda para obtener información importante para el estudio de cada caso, tomando en cuenta palabras claves que cada persona mencionaba, así mismo expresiones faciales y gestuales que eran de suma importancia, todo esto con el fin de identificar las problemáticas más relevantes y más comunes; a través del diálogo con familiares se logró conocer información que el paciente había omitido u olvidado, o que para él no tenía relevancia, ya que referían “mi mamá no le dijo todo, supongo que solo lo que le convenía a ella”, “me imagino que a mi tía se le olvidó decirle que ha asistido a terapia psicológica anteriormente”, “creo que se le olvidó decirle lo más importante”, también se logró que los familiares entendieran la problemática del paciente y fueran de ayuda para su proceso, ya que en muchas ocasiones, ellos referían entender la problemática y observarla, pero no saber que hacer para ayudar.

Existió un caso que se hace de vital importancia mencionar, haciendo referencia a lo anteriormente mencionado, es una señora de 74 años de edad, quien llegó a consulta con el motivo de consulta siguiente: “todo el tiempo hay alguien que me vigila, no me gusta que me estén observando y siento que es por molestar, mi sobrina dice que es por que yo esté bien pero no le creo”, refiere la sobrina: “a mi tía se le olvidan las cosas, a veces yo la observo porque no se toma su medicina o a veces confunde las pastillas, yo solo la observo por ayudarla, ya que si ella lo está haciendo las cosas bien yo ni me meto con ella”, “además ella ya está muy grande y a veces pienso que se va a lastimar o se va a caer y eso me preocupa”, se puede observar un caso de protección en cierto grado justificada por parte de la sobrina ya que observa cada paso de la tía para que no le vaya a pasar nada malo, a lo cual la tía puede sentirse sobreprotegida, es importante mencionar que las personas de la tercera edad, requieren un cuidado extra en algunos aspectos

como medicinas, o salir a la calle, pero también es importante entender que no son personas inútiles e incapaces, que muchas cosas las pueden hacer solas teniendo el cuidado adecuado.

Así mismo se llenaron historias clínicas, la cual es el único documento donde quedan asentados todos los pasos que el profesional realiza al paciente durante su enfermedad como diagnóstico, estudios complementarios necesarios para llegar al mismo, diversos tipos de medidas terapéuticas, pronóstico, así mismo se anotan datos importantes de la vida de la paciente, desde su niñez hasta su edad actual, es un documento privado, donde debe quedar perfectamente registrada toda la actuación profesional se brindó al paciente, y se transforma en un verdadero expediente.

Debido a eso es que así se lo reconoce, y por tal motivo se lo denomina en la actualidad expediente. La historia clínica es el reflejo de todas las actuaciones de salud con el paciente, de toda la relación entre el profesional integrante del equipo de salud y sus pacientes, de la calidad de asistencia de salud que se presta y de todos los conocimientos, medios y actuaciones que se ponen a su disposición (Criado del Río M. T, y col. 1999, pgs.156-160).

También se dieron citas a los pacientes: cada historia clínica se presenta por rangos de edades, de cero a cinco años, de seis a trece, de catorce a diecisiete y de dieciocho en adelante, las preguntas varían dependiendo la edad del paciente, se realizaban en la primera sesión, y en ocasiones se continuaba en la segunda, estas preguntas las contestaban los pacientes y se observaba todo lo relevante que pudiera surgir, como tono de voz, volumen de voz, posturas, las personas se extendían en el motivo de consulta por lo cual era lo último que se preguntaba, en la mayoría de casos, al mencionar el ¿por qué viene ud. a psicología?, los pacientes cambiaban su postura, su tono de voz al igual que el volumen, en algunos casos, lloraban o se mostraban enojados.

Estas historias clínicas se realizaban con el fin de obtener información importante para el trabajo psicológico que se efectuaba, así mismo obtener información que pudiera dar un indicio del origen de la problemática, las personas se mostraban nerviosas al contestar algunas de las preguntas como por ejemplo: información

acerca de su vida sexual, o de si ha recibido otro tratamiento psicológico, ya que muchas de ellas referían que “no sabían de psicología por eso llegaron”, “es la primera vez y me costó mucho decidirme”, algunas de ellas no contestaban a estas preguntas, otras cambiaban el tono de voz al contestarlas, otras se sonrojaban y otras no hacían caso o volteaban la mirada, algunas de ellas nunca habían escuchado lo que es psicología, y referían que “es la primera vez que vengo aquí”, “yo nunca había oído hablar de psicología, por eso vine a conocer”, las historias clínicas se llenan únicamente con el paciente, ya que en muchas ocasiones si entraba alguien más el paciente se observaba nervioso, y no contestaba algunas preguntas.

También, habían algunos familiares que no dejaban al paciente hablar, o no lo querían dejar solo, referían “es que no le va a decir todo”, “podría yo entrar con él para escuchar lo que le dice”, “yo se que no va a decir la verdad”, a quienes se les decía que permitieran trabajar a solas con el paciente y que en una próxima sesión podrían entrar ellos, así mismo, se les informaba que ellos podrían ser una parte muy importante y valiosa para el proceso, ya que muchas veces el problema es en el hogar por lo cual se hacia de vital importancia que alguien del hogar estuviera informado, a los pacientes se les hacia la observación que todo lo que dijera y se anotara es confidencial y necesario para su proceso, ya que muchos de los pacientes se observaban ansiosos al verme anotando información, o referían “no quisiera que nadie se enterara”, “me da vergüenza y no quiero que sepan”.

Los pacientes eran citados según la necesidad que se observara y según su horario, algunos pacientes eran citados para cada semana, según el tiempo que ellos tuvieran ya que se les observaba ansiosos y receptivos al proceso, y se les pedía empezar el mismo, lo antes posible y lo más seguido posible, algunos referían “me gustaría venir mas seguido porque se que me hace bien”, “a mi me encantaría que todo termine rápido”, “yo quiero ayuda, y vendré cuando usted me lo pida”, y otros eran citados según ellos así lo pedían, cada quince días o cada mes, en algunos casos era importante el seguimiento lo más pronto posible, pero los pacientes referían “no puedo venir muy seguido por el transporte”, “me

cuesta un poco venir cada semana”, “me gustaría venir cada cierto tiempo, espaciadamente”.

Por medio de las historias clínicas se logró obtener información que fuera de ayuda para llevar a cabo el proceso, al igual que observar ciertas actitudes y gestos que tenían las personas al hacerles determinadas preguntas, algunas de ellas se observaban enojadas o ansiosas, y otras preferían no contestar a determinadas preguntas. Muchas de ellas se observaban nerviosas, y en su cara se reflejaba tensión al escuchar ciertas preguntas.

También se realizaron dinámicas de relajación, con el fin de brindar herramientas para que los pacientes liberen estrés y ansiedad, la relajación implica la distensión muscular y psíquica con un descenso de la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior. Es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar, de salud, en su mayoría estas dinámicas eran realizadas con el adulto mayor y los pacientes de encamamiento, ya que eran quienes se observaban mas ansiosos y nerviosos, en algunos casos los pacientes refirieron que “si se sentían más tranquilos y relajados luego de la dinámica”, “esto me ayuda mucho”, “me gusta relajarme para sentirme bien”, y otros referían que “se les dificultó mucho relajarse por los ruidos exteriores y por la presencia de más personas” , “no me gusta relajarme así, con tanto ruido”, en el caso de los pacientes de encamamiento, algunos de los pacientes se observaban renuentes a ejecutar estas dinámicas ya que consideraban que no estaban tensos, “no creo que eso me ayude, yo no estoy tenso”, “siento que lo que menos tengo es tensión o estrés”, “yo creo que el dolor de espalda es otra cosa y no estrés”, “yo nunca me estreso, soy bien práctica”, o que no les ayudaría en nada, algunos referían que tenían demasiado dolor por lo cual no podían hacer las dinámicas, algunos pacientes se observaban muy nerviosos y tensos y cuando no les gustaba o no querían hacer las dinámicas, se les mostraban algunos ejercicios para relajarse que pudieran hacer ellos solos, en el hospital o en su hogar, estas dinámicas se basaban en ejercicios de respiración, ya que la respiración completa es la mejor herramienta a nuestro alcance para

normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos (como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc.), y disminuir la tensión muscular y la fatiga. Identificar estas situaciones nos permitirá actuar sobre ellas de la manera más natural que existe: respirando.

Los estados de nerviosismo o ansiedad, frecuentemente se asocian a respiración superficial y dolores musculares. Al no oxigenarnos suficiente, nuestro cuerpo demanda aire, y podemos sorprendernos suspirando o bostezando varias veces al día. Para invertir este síntoma y beneficiarnos de modo terapéutico, tomaremos conciencia de nuestro medio interno a través de suspiros voluntarios, que liberan nuestra tensión interior, provocando una espiración forzada que nos aporta sensación de bienestar y relajación.<sup>12</sup>

En una de las clínicas de las cuales podíamos hacer uso existía una camilla que fue de utilidad para estas actividades, a las personas que se les realizaba estas dinámicas, eran personas que se observaban muy ansiosas y a personas que lo solicitaban, ya que referían “me siento muy tensa y no se que hacer”, “la vez pasada me hicieron una dinámica de relajación que me funcionó mucho”, las personas de encamamiento, algunas aceptaban las dinámicas y otras preferían no hacerlo, ya que referían que “no les gustaba relajarse porque les daba sueño”, otras referían que “nunca se han relajado y que no podrían hacerlo ahora”, “no me gusta relajarme acá enfrente de tanta gente”, “yo pienso que eso no ayuda en nada”.

Se atendieron casos individuales y grupales: se brindó terapia psicológica tanto de manera individual como grupal, en consulta externa, encamamiento y en el programa de VIH, la terapia individual, se hacia una vez por semana, cada quince días o una vez al mes, sesiones de 45 minutos aproximadamente, se utilizaron distintas terapias, como la cognitiva, la cual se define como tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afectan a sus sentimientos y a su conducta (Beck, 1967,1976, pgs. 400-401).

---

<sup>12</sup> [www.latinsalud.com](http://www.latinsalud.com)

En algunos casos se utilizó la terapia breve, que se define como la orientación que se dirige a identificar problemas solubles, fijar metas y objetivos, abreviar tiempos con tratamientos cortos, diseñando intervenciones que apunten a alcanzar metas, analizando respuestas y evaluando los resultados activamente.

En cuanto a logros, muchos de los pacientes referían que observaban cambios y que el asistir a terapia les estaba ayudando mucho, referían “siento que estoy mejor después de venir acá”, “el simple hecho de hablar me ha ayudado mucho”, “yo no creí que las cosas fueran así y ahora me doy cuenta de que si es así”, y que se estaban dando cuenta de su problemática y el por qué de ella, referían “ahora entiendo el por qué de mi problema”, “estaba cerrada a entender las cosas y ahora comprendo”, algunos de los pacientes expresaban culpas y temores que sentían y referían que por eso no se sentían bien, “yo pensé que era normal sentirse así de mal”, “me da miedo el sentirme viejo y un estorbo”, “yo creo que fui muy malo con mis hijos y ahora estoy pagando”.

Al igual que logros, también existieron dificultades, y las más presentes fueron el espacio, ya que en ocasiones no había lugar para trabajar, debido a referencias de emergencia, o personas que no llegaban en el horario previsto, algunos de los pacientes referían “acá los cambian a cada rato de lugar”, “este espacio es mejor que aquel”, “no me gusta tener que estar buscándolas”, otra de las dificultades era el espacio inadecuado para trabajar en encamamiento ya que existían cuartos en los cuales habían más de tres personas y muchos de los pacientes se observaban ansiosos al tener que expresarse frente a los demás, referían “no me gusta que me escuche otra gente”, “aquí es bien feo hablar porque todos oyen”, “creo que esto es bien inapropiado por los demás”, en cuanto a los casos grupales, se realizó con personas de la tercera edad, en dos grupos, en los cuales se brindaba una charla participativa en donde las personas intervenían contando sus experiencias y dando a conocer sus dudas acerca del tema, entre los logros se puede mencionar la colaboración y participación por parte de las personas, sobretodo de uno de los dos grupos, se observaba el interés en el tema, algunas referían “que bueno que nos habla de eso”, “a mi me pasaba lo que ud. dice y ahora entiendo porque”, “ me interesó mucho el tema y me gustaría saber más

temas”, así mismo se observaba en ellos la retroalimentación y receptividad al tema.

En cuanto a las dificultades se puede mencionar la falta de asistencia de personas en uno de los grupos, por lo general llegaban menos de cuatro personas, y algunas de ellas no se observaban interesadas en el tema, por lo cual se disminuyeron las charlas de una vez por semana a una vez cada quince días, algunas de las personas de dichos grupos asistieron a terapia individual, refiriendo “me gusta oír lo que dice y quiero recibir terapia”, “creo que es importante la terapia de uno solo”.

También se realizó terapia grupal con el programa de VIH, una vez por mes, en el cual existía mucha colaboración y participación, los pacientes se expresaban acerca de su problemática y eran confortados por otros integrantes del grupo, al igual que existía una participación de una enfermera y por mi parte, en donde se mencionaba lo observado y se brindaban palabras de apoyo y comprensión, así mismo se reflejaba lo que ellos decían.

Brindar apoyo psicológico a pacientes que lo requieran y a familiares, con la finalidad de concienciar a los pacientes acerca de la importancia de la psicoterapia para una mejor salud mental, se brindó el servicio a personas que lo solicitaban tanto en consulta externa como en el programa de VIH, a muchas de las personas que llegaban referidas por la enfermera encargada de dar el diagnóstico de VIH, se les atendía de emergencia, lo principal era que expresaran que sentían en ese momento, así mismo, se les informaba del proceso que tendrían que iniciar, el tratamiento que se les brindaría y el lugar en donde se les daría el mismo, ellos decidirían si aceptaban el tratamiento o no, todo esto había sido anteriormente explicado por la enfermera, muchos de los pacientes se negaban a recibir el tratamiento, referían “mejor me muero y ya”, “el tratamiento no me va a servir de nada”, “no quiero que nadie lo sepa y por eso no voy a recibir el tratamiento”, otros referían que “prefiero pensarlo antes de decidir”, “voy a comentarlo con mi familia”, y habían quienes se decidían de una vez a recibir el tratamiento y referían “eso es lo único que me ayudará”, “pues ni modo que me muera”.

En encamamiento las enfermeras o el doctor eran quienes hacían hojas de referencia de pacientes que ellos observaban “ansiosos, deprimidos, o aburridos” a lo cual se solicitaba el apoyo psicológico, los motivos de referencia eran “el paciente esta muy triste y no se si pueda salir de esto”, “la paciente se observa muy nerviosa por lo que se le dijo”, “la paciente refiere síntomas muy extraños, y suponemos que es psicológico”, “ya tiene mucho tiempo acá y talvez ud. le pueda recomendar que hacer para no aburrirse”, se debía llenar una hoja de evolución por cada paciente atendido, en la cual se anotaba el examen mental y la impresión clínica que se tuviera del paciente, tomando en cuenta las actitudes y sentimientos, al igual que las emociones propias de la hospitalización.

En algunas ocasiones se pudo trabajar con los familiares de los pacientes, quienes referían “me gustaría mucho que hablara con mi esposo porque tiene muchos problemas”, “he visto a mi hija más tranquila después de que habló con ud.”, “a él le ayuda que lo escuchen y le hablen”, pero se hacía un poco difícil debido a que la mayoría llegaban solos o sus familiares llegaban solo a las horas de visita, pero muchos de los pacientes referían que “mis familiares ni saben que estoy aquí”, “no le han podido avisar a mi familia”, “no quiero que se enteren en mi casa”, “vivo solo y mi mamá ni me visita”, “mis hijos no se interesan por mí y ni me ayudan”, se pudo observar en muchos casos la falta de atención por parte de familiares, al igual que mucho de los motivos por los cuales las personas se encontraban internadas eran por negligencia por parte de familiares o de jefes, ya que exponían a las personas a trabajos en los cuales no eran protegidos ni asegurados.

### 3.2 Sub programa de docencia

Se realizó un listado de temas de importancia para la población, en grupo se decidieron temas interesantes desarrollados a través de charlas a las personas de consulta externa, luego se cambio la dinámica y se nos dió un listado realizado por la jefa de departamento, los temas eran escogidos basándose en motivos de consulta y en referencias de las personas que asisten al servicio, los temas fueron: relaciones familiares, en donde se abordaba la mejor manera de

relacionarse en familia y recomendaciones para la solución de conflictos; el siguiente fue depresión, en donde se daba un breve concepto de la enfermedad, síntomas que en ella se presentan, los tipos de depresión existentes y una breve descripción de ellos, sus causas y recomendaciones del tratamiento, así mismo la depresión en el hombre, en la mujer y en el adulto mayor; la charla número tres fue la ansiedad, en donde se daba una breve definición, causas y tratamiento, así como tipos de ansiedad y sus síntomas, la siguiente fue problemas de conducta, se daba una definición, los problemas más comunes, así como los síntomas y su abordamiento desde el punto de vista psicológico, así como en el hogar y en la escuela, a esta charla muchas madres referían “eso no es algo en lo que uno tenga la culpa o si?”, “mi hija hace todo lo que ud. dijo ahorita”, “entonces mi hijo tiene problemas de conducta”, la siguiente charla fue la separación de los padres, se brindó una explicación de posibles causas, y de efectos que tendrá en la familia, se dieron recomendaciones acerca de cómo educar a un hijo con padres separados y como criarlo de la mejor manera, algunas madres refirieron “mi hijo se ha visto afectado desde que me separé, y le va mal en la escuela”, “entonces la separación aunque sea por común acuerdo afecta a los hijos”, la siguiente charla fue desintegración familiar, en donde se habló de causas y efectos de la misma y recomendaciones para evitarla o afrontarla; la charla siete fue el duelo, se explicó la definición, efectos tanto en adultos como en niños y como tratarlo, la siguiente charla fue violencia intrafamiliar, se brindó una breve explicación, posibles causas y efectos, tanto a nivel individual como familiar, así mismo los tipos de violencia que existen, algunas mujeres refirieron “mi esposo no me pega pero si me grita e insulta”, “yo no se si estoy siendo abusada con golpes y gritos”, a estas personas que comentaron sus casos se les brindó la opción de asistir a terapia psicológica individual, se les informaron los horarios, se brindó también la charla de problemas de aprendizaje, se dió información de cuales son y posibles causas y efectos, así mismo de tratamiento, habían más temas que iban a ser impartidos, pero debido a la huelga de los médicos, existió falta de personas que asistían al Hospital a consulta externa por lo cual no fueron impartidas, las charlas se daban cada semana un nuevo tema, en horario de 7:30 de la mañana a

7:45, en las salas de espera, las mismas fueron impartidas principalmente a madres, ya que en su mayoría eran ellas quienes llevaban a sus hijos a consulta, algunas de ellas referían “mi esposo no me ayuda ni en esto”, “solo yo tengo que traer a mis hijos porque mi esposo trabaja”.

Al brindar las charlas se observó interés y existió participación por parte de las personas a quienes se les impartía, ya que algunas refieren “que los temas son interesantes y que les han ayudado a sentirse mejor”, o que “esto me ha pasado a mí y me interesaría mucho asistir a psicología”, los cuales pueden hacer referencia de la falta de información y de conocimiento que tiene acerca de algún tema y de la ayuda psicológica que se les puede brindar ya que algunos de ellos refirieron “no creí que ustedes ayudaran en eso” “yo pensé que la psicología era otra cosa”, otros comentarios de las charlas fueron “me gustó el tema, nunca había oído hablar de eso”, “ese tema es interesante porque nos pasa a muchas mamás”, se obtuvieron pacientes por medio de las charlas ya que al escucharlas asistían al departamento, haciendo referencias de los temas tratados, se observó la falta de información que muchas personas manejaban acerca de determinados temas, así mismo la información incorrecta que poseían, se escucharon también muchos “pensamientos mágicos”, los cuales son creencias erróneas de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas, ([www.diccionario.com](http://www.diccionario.com)), en lo que referían, como “a mi hijo le afectó en sus estudios el que tomara un té que mi mamá me dijo”, por lo cual se puede observar que muchas veces estos pensamientos son transmitidos de generación en generación, “mi sobrina tenía problemas de conducta porque soñó con una señora triste, y eso la dejó maleducada”, “mi hija tiene problemas en la escuela porque su papá le embrujó la comida”.

Se presentó formalmente el programa de actividades a las autoridades, se realizó una copia de las actividades a efectuarse durante el Ejercicio Profesional Supervisado, para ser presentada formalmente a las autoridades del Hospital por cada una de las epesistas, con el fin de dar a conocer el plan de actividades a realizarse durante el ciclo 2006, la población a atender y los objetivos de las

mismas, se presentaron los objetivos de cada actividad y a la población a quien estaría dirigida, se tomaron en cuenta sugerencias y cambios por parte de las autoridades, quienes teniendo conocimiento de trabajos anteriores en el departamento, mencionaron fortalezas y debilidades en el mismo, así como oportunidades de espacios en los cuales tendríamos mas opción para dar a conocer el departamento y obtener pacientes.

Se realizaron dinámicas de presentación, para que se conozcan los participantes y se integren entre si, estas dinámicas se realizaron con el fin de conocer a los participantes, así mismo de presentarme, y crear un ambiente agradable, en cada uno de los grupos con los cuales se trabajó, se realizó en la primera reunión, una dinámica de presentación para dar a conocer los nombres de los integrantes de cada grupo e información interesante de cada uno de ellos, las dinámicas realizadas fueron, “la telaraña y Yo me llamo... y me gusta...”, a través de estas actividades se observó que las personas redujeron ansiedad, mayor receptividad al tema y más confianza entre si, ya que refirieron que “prefiero que me llamen por mi nombre es algo más personal”, a lo cual se puede deducir que muchas veces las personas sienten una actividad como informal y poco seria debido a que no existe la presentación la cual es una parte básica en un grupo, “siento que estoy con mis amigos y me da más confianza”, “así conocemos personas que compartan los mismos intereses que nosotros” por lo cual se puede deducir que muchas veces las personas necesitan interactuar con personas que compartan la misma información y las mismas impresiones de la vida que ellos, alguien con quien puedan compartir algo que les importa y que es de su interés.

Se expusieron temas relacionados al grupo, en los que se obtuvo participación y receptividad a los mismos, se hizo una evaluación final, en la cual se aportó por parte de los participantes, aspectos a mejorar y a tratar durante el proceso, se pidieron opiniones y sugerencias, se requirió la ayuda de los pacientes para realizar las exposiciones, ya que ellos referían que les interesaba ser incluidos en la realización de las mismas, así como ser parte importante de las charlas, los temas que se expusieron fueron temas que se escogieron dependiendo el grupo con el que se trabajaba, también se les pidió a los participantes que dieran ideas y

opiniones acerca de temas que les interesara que se expusieran, para que fueran más interesantes y enriquecedores tanto para ellos como para la epesista, fue un diálogo, ya que los participantes intervenían, y al final de cada charla se hacia una breve evaluación de la misma, con el fin de mejorar aspectos de las charlas, las personas comentaron que “les ayuda mucho conocer nuevos temas”, “hay muchas cosas que uno no sabe y que es muy importante”, “siempre es bueno aprender aunque uno crea que lo sabe todo”.

En los grupos de adulto mayor con los que se trabajó se observó la importancia que le dan a una charla psicológica ya que refieren que “es importante saber acerca de la psicología ya que es algo que forma parte de nosotros”, “siempre nos gustaría tener una implementación integral”, esto evidencia que son personas que tratan de obtener mas conocimientos al igual que obtener información de distintas disciplinas para aplicarlo a su vida, “la psicología es de vital importancia para una salud completa”, los temas que se brindaron en estos grupos fueron: estrés, teniendo bastante afluencia de las personas y bastante colaboración, por lo general se observan mas mujeres en estos grupos, otro tema fue autoestima, un tema al cual le brindaron mucho interés y se observó la falta de información del mismo, dando la definición de autoestima como el autoconcepto que una persona tiene de si mismo y el quererse a uno mismo, se observó en ellos la inquietud de saber que hacer para poseer un autoestima adecuada, algunos refirieron “yo quisiera sentirme mejor de lo que me siento”, “yo se que es autoestima pero que puedo hacer para mejorarla”, se les dieron algunas recomendaciones para tener un autoestima positiva, como hacer lo que a uno le gusta, tener actividades recreativas, autoconocerse y autoaceptarse, el siguiente tema fue ansiedad, en donde existió bastante aceptación y participación hacia el mismo; otro tema fue la inteligencia emocional, en el cual se evidenció bastante interés en conocer mas acerca del tema ya que las personas refirieron “ya había escuchado hablar de esto pero es muy importante”, “la inteligencia es algo que nosotros debemos desarrollar”, en este tema las dudas fueron más explícitas y se determinó la falta de información y conocimiento del mismo, a lo

cual se dio una explicación, descripción del tema, aspectos importantes, principios y tipos.

El siguiente tema fue salud mental, en esta charla no existió mucha participación, ni mucha presencia de las personas, fue impartida a cinco personas quienes no colaboraron mucho, las personas asistentes fueron solamente mujeres, otro tema fue como manejar conflictos, en la cual se dieron puntos clave para solucionar problemáticas de la vida y se desarrolló el tema basándose en lo que las personas decían, solamente se impartió a cuatro personas, quienes colaboraron y expusieron sus experiencias propias, otro tema que se tenía preparado fue, emociones, lamentablemente no hubo asistencia de los adultos por lo que el tema fue dado en la siguiente reunión, fue impartido a dos personas que participaron y contaron sus experiencias, así mismo se les informó a las personas que la charla sería impartida cada quince días no semanalmente como había sido antes, las personas se observaron tranquilas y estaban de acuerdo con la decisión ya que referían que “cada semana es mas difícil venir”, lo que refiere que muchas de ellas poseen diversas ocupaciones y que en ocasiones se les dificulta salir de su casa una hora más temprano; por lo que referían muchos de ellos tienen otras actividades además de asistir al grupo del Hospital, “mejor cada quince días creo que vendría más gente”, “es mejor por nuestros horarios”, otra charla impartida fue trastornos del sueño en la cual existió más participación y colaboración, al igual que dudas y experiencias propias de cada participante; la siguiente charla fue la memoria, un tema escuchado atentamente por los participantes en donde expusieron sus dudas y opiniones, el siguiente tema fue la inteligencia, en donde se presentaron más personas, evidenciaron bastante interés y participación, los temas eran escogidos para ser impartidos en los dos grupos de adulto mayor. En el programa de VIH, los pacientes referían que “es de gran ayuda tener a alguien que nos escuche y nos apoye”, “nos importa mucho lo que nos dice alguien más”, “para nosotros cualquier ayuda es bienvenida”, ya que en muchas ocasiones, según refieren “nadie nos escucha ni apoya”, “somos como personas malas para los demás y por eso no hay para que ayudarnos”.

## PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, 2006

EDADES	FEMENINO	MASCULINO
60-65	38	8
66-70	15	10
71-75	22	25
76-80	33	18
81-85	12	8
86-90	5	3
91-95	1	0
TOTAL	126	72

En la tabla presentada anteriormente, se puede observar que la mayoría de personas que asisten a los grupos de adulto mayor oscila entre las edades de 60 y 65 años de edad, y son de sexo femenino, y la mayoría de personas de sexo masculino oscilan entre los 71 y 75 años de edad. La mayoría de personas que asisten a estos grupos son de sexo femenino, quienes refieren “a mí me gusta este tipo de actividades pero a mi esposo no le gusta venir”, por lo que se puede deducir que las mujeres muchas veces se preocupan por mantener una vida recreativa y social más desarrollada, y que les interesa también obtener conocimientos acerca de distintos temas, “la mayoría de hombres piensan que esto es solo para mujeres”, a lo que se puede hacer referencia de que muchas veces es el machismo lo que influye en que los hombres no se presenten en las actividades y que por lo mismo asumen que solo son de interés para las mujeres, “creo que muchos hombres no se enteran de estas actividades que son tan productivas”, “muchos hombres piensan que solo es venir a perder el tiempo”. Según los datos obtenidos, se puede apreciar que quienes más interesadas están en actividades como las pláticas brindadas, son las mujeres, ya que refieren ser quienes más demuestran importancia en el bienestar y salud mental de su familia.

## PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE VIH, 2006

EDADES	FEMENINO	MASCULINO
15-20	2	1
21-25	2	0
26-30	5	6
31-35	4	5
36-40	5	2
41-45	3	4
50-55	2	1
TOTAL	23	19

En la tabla anteriormente presentada, se evidencia que las personas que asisten al programa de VIH, oscilan entre los 36 y 40 años de edad y son de sexo femenino, y las personas de sexo masculino que asisten en su mayoría oscilan entre los 26 y 30 años de edad, también observamos que la mayoría de personas son de sexo femenino, quienes refieren que “por mi familia yo vengo acá”, “la mayoría de hombres se sienten muy seguros y no les gusta venir aquí”, “los hombres piensan que solos pueden salir de esto”.

También podemos mencionar que algunas de las personas que asisten, en su mayoría las de sexo femenino, según lo que ellas hablan en el espacio que se les brinda, han sido infectadas por su pareja, y muchos de ellos ya fallecieron por Sida, algunas de ellas refieren que “mi pareja le gustaría venir pero no puede por el trabajo”, esto nos indica que son hombres que desean salir adelante con su enfermedad, trabajando y sacar adelante a una familia, son quienes mantienen el hogar, “mi esposo me manda a mi porque le da vergüenza”, con esta frase se puede hacer referencia que muchas personas sienten vergüenza por poseer una enfermedad, en muchos casos es por la poca información que tienen de la misma y en otros casos se debe al rechazo y a la discriminación de la que no desean ser sujetos, por lo cual no asisten a actividades que les pueden ser de gran ayuda, “yo odie a mi pareja porque me hizo esto”, “mi esposo murió por lo que me hizo a

mi”, algunas de las personas que llegan, no están infectadas pero ellas refieren “yo vengo por ayudar a mi esposo”, “a mi me interesa saber de esto para ayudar a mi familia”, por lo que se puede observar el apoyo incondicional de parte de una persona hacia su pareja y hacia su familia siendo la parte fuerte y madura de la situación, “es una enfermedad muy fuerte, las personas que la padecen merecen nuestra ayuda”, una persona de las que asistía al programa, mencionó en una ocasión que le gustaría regalar por lo menos a tres de sus hijos, ya que tiene seis y le es muy difícil cuidarlos, refirió que ha “ofrecido” a su hijo menor pero el no quiere irse con alguien mas” (sexo femenino, 25 años), con esto se puede observar que muchas madres son capaces de sacrificios grandes por dejar a sus hijos con alguien que los cuide por protegerlos aunque en muchas ocasiones solamente es querer tener una responsabilidad menos, todo esto debido a lo duro que es tener esta enfermedad, y no dándose cuenta que con sacrificios y esfuerzos pueden salir adelante y darle una buena educación a sus hijos.

### 3.3 Sub programa de investigación:

Para la obtención de información para el subprograma de investigación, realizado con personas internadas en el departamento de medicina de hombres y de mujeres, con personas con VIH y con personas de la tercera edad, se utilizaron técnicas como lo son observación, fuentes bibliográficas, entrevistas, cuestionarios: se realizó una observación para identificar a las personas con quienes se iba a tener relación, al igual que conflictos emocionales que ellos presentaran, y pudieran ser registrados solamente con lo observado, se les realizaron las entrevistas y cuestionarios, con el fin de obtener información que manejaran acerca de emociones y conflictos emocionales, para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, durante la cual muchas personas se observaron ansiosas y nerviosas, por lo que se puede hacer referencia que muchas veces el poco conocimiento o la poca información o la información no adecuada que se tenga acerca de un tema puede provocar ansiedad y nerviosismo. Se obtuvo información de diferentes libros, periódicos, revistas, y otras fuentes bibliográficas, acerca del mismo tema, en donde se corroboró que son pocas las

fuentes de donde se puede obtener este tipo de información, es poco el material que habla acerca de conflictos emocionales, y poco también el material que hace énfasis en el adulto mayor, se realizaron cuestionarios y entrevistas para saber cual es la información que manejan las personas acerca del tema de conflictos emocionales, y se logró obtener diferentes opiniones, y variada información, muchos de ellos no saben que significa este término, otros referían “yo pienso que es algo que tiene que ver con problemas que surgen”, “a mí me han hablado de emociones y yo lo relacioné”, “esto solo surge cuando no hay educación”.

Fuentes bibliográficas, como diccionarios enciclopédicos, enciclopedias que contienen el conjunto de los conocimientos humanos ordenados alfabética o sistemáticamente, y prescinden de los aspectos lingüísticos, fueron de gran ayuda para obtener más información así como la revisión de casos ya que se realizó una lectura de los casos que se han trabajado y se obtuvo información relevante para la realización de este proceso, ya que muchas de las personas en las respuestas que daban hacían énfasis en problemas que surgieron al llegar a la tercera edad, así mismo mencionaron como esto afecta su estado emocional y como han empezado a sentir los cambios propios de esta edad, y la nueva problemática a la que pueden enfrentarse o se están enfrentando, aquí se hace de vital importancia mencionar algunos casos que fueron relevantes para la información que se quería obtener, se puede mencionar el siguiente caso, es de una mujer de 60 años de edad quien refiere en su motivo de consulta “yo sé que ya entré en la tercera edad, y me preocupa mucho el bienestar de mis hijas, ellas todavía son jóvenes y tienen una vida por delante, no se han casado y me preocupa su futuro, ya que la vida cada vez esta mas cara y además no se si se van a conseguir buenos maridos”, en lo referido por la paciente se puede observar la preocupación acerca de su descendencia y esto la pone tensa y triste ya que refiere “yo no tengo mucho dinero y no les puedo dejar muchas cosas a ellas, además no se si ellas me quieren tener todavía en la casa, mi marido murió y eso me dejó muy triste y no sé si pueda vivir yo sola, creo que me entristecería muchísimo”, esto evidencia una fuerte preocupación por los aspectos económicos, por el rechazo y la indiferencia de su familia además del miedo a la depresión. Muchos de los

conflictos anteriormente mencionados son de vital importancia en el presente informe ya que son parte fundamental de los cambios de la tercera edad, los logros que se obtuvieron en este caso fueron que la paciente le informara a sus hijas acerca de sus preocupaciones y miedos, y se observó en ellas el apoyo que brindarían a su madre para que no se preocupara, la paciente refiere “ahora que mis hijas ya lo saben me siento mas tranquila y no estoy pensando en que ellas no me querían si no tenía dinero”, las hijas refirieron que “mi mamá piensa cosas que no son pero gracias a el espacio que nos dieron para hablar ya se arregló todo y todas dijimos lo que pensamos”, “solamente necesitábamos un empujoncito para hablar”.

Otro caso en el cual se hace referencia a los conflictos emocionales presentes en la tercera edad, es el de una señor de 69 años de edad, quien refería “yo vengo porque mi esposa acaba de fallecer y yo me siento muy mal, no creo que pueda vivir sin ella por mucho tiempo, yo espero que pronto me vaya a acompañarla, a veces ni me dan ganas de comer, ni duermo de estar pensando en ella, ya estoy bien flaco y siento que no tengo fuerzas, no me dan ganas de hacer nada y me la paso llorando escondido, porque como no me llevo bien con mis hijos porque ellos dicen que yo tuve la culpa de la muerte de ella, estoy solo en esto”, se puede observar en este caso la relación negativa que lleva con sus hijos, y el duelo por el que está atravesando el paciente, se trabajó principalmente en el duelo ya que el paciente era a lo que se refería siempre, luego se trabajó en el origen de la relación negativa con sus hijos, el paciente aceptó culpas que sentía y se dio cuenta que no fue el quien hizo que su esposa muriera, pidió tener un momento para hablar con su esposa, se realizó la actividad de la silla vacía, el paciente tuvo la oportunidad de expresar lo que sentía, y refirió estar mucho más tranquilo, se logró que se liberara de culpas que sentía sin tener ninguna razón y refirió “necesitaba sacar todo de adentro”, “ahora me siento como más libre y se que ella me escuchó”, ya no se pudo trabajar en las relaciones familiares ya que el paciente en una sesión refirió que se le dificultaba mucho asistir al Hospital por lo que se retiraría de la terapia a lo cual se le brindaron recomendaciones acerca de cómo solucionar los conflictos que se le han presentado en el hogar.

También se obtuvo información de libros, y otras fuentes, con el objetivo de relacionar la información bibliográfica con la observación que se realizó para mayor entendimiento de la dinámica del adulto mayor, al igual que conocer el origen o causa de los conflictos emocionales, y relacionar lo que las personas saben y dijeron, con lo obtenido de las fuentes bibliográficas, algunas de ellas coinciden en algunos aspectos y otras se encuentran muy lejos de la información adecuada, o mencionan lo que han oído o lo que sus familiares les dicen, sin saber si esta es la información correcta o errónea. Así mismo se utilizó el cuestionario, las entrevistas, diálogos; el cuestionario que contenía siete preguntas y fue realizado a personas que conformaban los grupos de adulto mayor, así mismo fueron realizados a personas de la tercera edad que asistían a consulta externa, con el fin de conocer la información que manejan acerca del tema, el cuestionario dividía los siguientes ejes, definición de lo que es la tercera edad, definición y significado de lo que es conflicto emocional, conflictos emocionales que surgen en la tercera edad y su impacto a nivel familiar y personal, papel que juega la sociedad en referencia al adulto mayor, como afecta las relaciones familiares al llegar a la tercera edad, enfermedades que surgen durante la tercera edad y aspectos que cambian la vida de un adulto mayor.

Se analizó la información obtenida en los cuestionarios y entrevistas: en los cuestionarios se obtuvo información con respecto a los conflictos emocionales, entre algunas de las respuestas obtenidas en los cuestionarios están, para el eje de definición de la tercera edad, la información más relevante es que son las personas que pasan los sesenta años de edad, una respuesta muy significativa fue que “es la persona que ha rebasado las mejores etapas de su vida” (sexo femenino, de 56 años de edad), así mismo, otra respuesta significativa fue, que es la persona que pasa los 50 años de edad, en donde las capacidades físicas empiezan a menguar y sus sentimientos y emociones se definen, (sexo masculino, 68 años de edad), así también, una respuesta que más de una personas dio fue a partir de los 70 años de edad, relacionándolo con lo obtenido en las fuentes bibliográficas, la mayoría de personas coincide, ya que es la edad en que según muchos de ellos se inicia una nueva etapa, con muchos cambios. Según las

referencias bibliograficas, es a la edad de 60 años cuando se le puede llamar adulto mayor a una persona, es la tercera edad.

La siguiente pregunta, es importante para reconocer la información que manejan algunas personas de la tercera edad, y que pueden estar atravesando por lo que son los conflictos emocionales, sin saber que significa, y sin saber que surgirán muchos cambios y muchas alteraciones en la vida que estaban acostumbrados, la información relevante obtenida en este eje es que “es un problema que se manifiesta de distintas maneras”, “es algo que atormenta a la persona”, “encontrarse en aprietos”, “es un problema psicológico”, “problemas de falta de amor y comprensión”, “desequilibrio por variantes de la vida”, “desequilibrio entre emociones y sentimientos”, estas fueron las respuestas mas significativas, los conflictos emocionales que ellos conocen son, “depresión, situación económica, familiar y política, ansiedad, inseguridad, abandono de la familia y miedo al rechazo”, estos son entre otros los conflictos emocionales que personas de la tercera edad conocen y refieren que algunos de ellos los han sufrido, también refieren que es de vital importancia el papel que juega la sociedad con respecto al adulto mayor, ya que somos seres sociales por lo tanto la sociedad es parte fundamental de este nuevo ciclo, así mismo otorga gran ayuda y apoyo por una parte a personas de la tercera edad, y en otras ocasiones es un papel negativo el que juega, por lo tanto la información relevante obtenida en este eje es que la sociedad juega “papel de protector, factor fundamental en la vida del anciano, papel orientador”, “la sociedad no juega ningún papel, ya que rechaza, discrimina y margina al adulto mayor”, quienes contestaron a esta pregunta de este modo, refieren que les ha tocado vivir el rechazo y en algunos casos el maltrato por parte de otras personas, solamente por pertenecer a la tercera edad.

También surgió la duda de saber si las relaciones familiares se ven afectadas al llegar a la tercera edad, a lo cual se obtuvo la siguiente información, “falta de comunicación y de entendimiento, indiferencia y negación”, muchas de las personas refieren que todo se da según la educación y el trato que se le haya dado a la familia, otros refieren que los patrones de crianza definen el trato que se le da al adulto mayor, según fuentes bibliográficas, este es un factor importante, ya que

muchas personas se “vengan” con los adultos mayores de algo que le pudieron haber hecho, ya que el adulto mayor en muchas ocasiones es inofensivo y débil para defenderse, las relaciones familiares se ven afectadas porque debe existir un ciclo de adaptación y entendimiento de la nueva etapa, y muchas veces este no es entendido ni aceptado, por lo cual surgen conflictos, también durante la tercera edad una problemática muy marcada es la decadencia en la salud y las enfermedades que más mencionaron las personas de la tercera edad fueron, en su mayoría, “diabetes, presión alta, artritis, osteoporosis, enfermedades cardiacas”, entre los aspectos de la vida que cambian al llegar a la tercera edad, están, “economía, salud, cambios físicos, cambios orgánicos y emocionales, vida social y actividad autónoma”, estas son las respuestas mas comunes a las preguntas realizadas en el cuestionario, una respuesta significativa que se obtuvo en este eje fue, que los aspectos que más cambian son los referentes al amor que sienten por uno, muchas veces es interés porque ya se va a morir, no es un sentimiento sincero (sexo masculino, 78 años de edad).

## CAPITULO IV

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

#### 4.1 Subprograma de servicio

Durante la realización del ejercicio profesional supervisado se observó que existía necesidad de que las personas contaran con técnicas de relajamiento, principalmente las que se encuentran internadas, se observa también que muchos de los pacientes no tienen conocimiento de lo que es la Psicología por lo cual se debe informar y dar a conocer más la profesión, con el fin de que las personas acudan por ayuda y apoyo, así mismo para expresar lo que sienten y darse cuenta de lo importante y saludable que es la salud mental.

Se hizo evidente que existe poca o nula atención al adulto mayor, por lo mismo, es fácil que el anciano se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Como lo referido por algunos pacientes que decían “ya no sentirse útiles para nadie, y además ya no podían contar con alguien, ni siquiera de su familia, que pudiera apoyarlos y atenderlos, sin impacientarse, insultarlos o gritarles”,

Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear en nuestra sociedad permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio deterioro, así mismo se presenta un momento en el que el adulto mayor posee un vacío en su interior, el vacío existencial; éste se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. “Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado” (Víctor Krankl), es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas.

Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya

vida carece de sentido según su propia percepción. Existe también la difícil adaptación a esta nueva etapa, al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. Muchos de los pacientes comentaban “esto es algo nuevo para mí, nunca me había percatado de tantos cambios que conlleva la vejez”. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias. Así, puede aparecer como persona algo rígida, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo, ya que en algunos casos los pacientes refirieron “no respetan mi educación, ni mis principios, piensan que soy muy atrasado en todo lo de ahora”, “me dicen que ya cambie mi forma de ser porque estamos en otro siglo, pero a mi me educaron así y esto es lo que me enseñaron y lo que soy”.

La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

No se debe olvidar que el adulto mayor, muchas veces, tiene resentida su autoestima, producto de la dificultad para enfrentar algunos cambios que se presentan en esta etapa. Por otro lado, la soledad y el aislamiento son unos de los mayores miedos de esta población, lo que la lleva a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ella. Por último, algunos estudios realizados en nuestro país, indican que personas que han tenido historias previas de violencia intrafamiliar suelen repetir este patrón, y presentan, por lo tanto, mayor dificultad para darse cuenta que ese tipo de relación no es normal.

El aumento de la población de personas mayores en los países desarrollados ha provocado importantes cambios de actitud y mentalidad, tanto entre sus protagonistas como en la sociedad en general. Esta situación ha llevado a la adopción de programas de atención y promoción de actividades de todo tipo, dedicadas a la satisfacción de sus aspiraciones, exigencias y necesidades, tanto económicas, como culturales, lúdicas y otras de carácter social, aunque no han sido suficientes los esfuerzos en nuestra sociedad para que el adulto mayor tenga todo lo que necesita y lo que le favorezca para su edad.

También existe otra problemática, la jubilación, la suspensión de la actividad laboral remunerada, es un momento en la vida de una persona en que cesa de trabajar y comienza a percibir una pensión. El cese de la actividad laboral o empresarial puede deberse a la edad o imposibilidad física del trabajador. En la mayoría de los países, la edad de jubilación es de 65 años.

Existe la satisfacción de un trabajo bien hecho, de encontrar en él lo que se esperaba y dar todo lo que estuvo dentro de las posibilidades, las personas que ven esto en su trabajo, ven el retiro como algo que esperaban, algo normal que sucedería en cualquier momento, pero por otro lado están las personas que ven el retiro como la liberación de un trabajo que no les gustaba, que no les satisfacía sus necesidades, el retiro puede permitirles hacer lo que siempre han deseado. Es muy importante en nuestra sociedad y en todos los países, que el adulto mayor jubilado encuentre una actividad, en la cual puedan distraerse, sentirse útil y/o conocer personas, puede ayudar en casa, puede ingresar a algún curso, leer, etc., algo que le permita relajarse, por lo mismo es importante la creación de espacios dedicados a ellos.

El sector de población integrado en la tercera edad se presenta como un colectivo lleno de atractivo, tanto desde el punto de vista de la participación política, la responsabilidad social (programas de asociacionismo, actividades culturales, turísticas y deportivas, prevención y atención médica y social) o el desarrollo económico (el denominado marketing de la tercera edad). Crecen y se multiplican las políticas, programas y recursos dedicados a favorecer a este sector de la sociedad.

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años. En el adulto mayor las problemáticas más observadas fueron miedo a la muerte, ya que muchos de ellos refieren no estar satisfechos con lo que han hecho y no quieren morir intranquilos, otra de las problemáticas fue el miedo al rechazo y discriminación por su familia y por la sociedad, ya que muchas veces son víctimas del abandono y de la negligencia tanto de su familia como de personas ajenas a ella, las enfermedades que surgen a esta edad y el miedo a no tener dinero para comprar todas las medicinas, según refieren algunos, “son muchas las medicinas que tenemos que tomar y a veces no alcanza el dinero”. Aunque en nuestra sociedad, el adulto mayor no posee la libertad para expresarse de la manera que más le sea eficiente, ni se le brinda la atención necesaria a las necesidades de redescubrimiento y autoaceptación, algunos de los pacientes referían “no tenemos derecho a bromear, jugar y reírnos de nosotros mismos, porque para los demás eso no está bien”, “nos deben dejar reconocernos y entender que está sucediendo con nuestra vida”.

Tanto las personas mayores como sus hijos expresan una fuerte preferencia por una forma de vida independiente, aunque la mayor parte de las primeras viven próximas a alguno de sus hijos. En la tercera edad, las relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como limitaciones de salud, fallecimiento de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo y falta de un medio de transporte adecuado al alcance de su bolsillo. En cambio muchas personas mayores invierten todo el tiempo y la energía posible en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros especiales y clubes de ocio para la tercera edad.

Otro problema es la aceptación de la sociedad al adulto mayor, en muchos sentidos las personas mayores se encuentran en desventaja tanto por el culto a la juventud existente en nuestro tiempo como por la tendencia de la sociedad occidental a rechazar la muerte. Aunque a las personas mayores se les suelen

aplicar los estereotipos de débiles y dependientes de las generaciones más jóvenes para tomar sus decisiones, a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima. Antiguamente, las personas mayores gozaban de gran respeto, por cuestiones educativas o morales y también por aspectos más interesados, ya que eran ellos los propietarios de bienes que podían ser heredados. En algunas sociedades gozaban de poder político (consejos de ancianos) y decidían incluso la actuación de los miembros del grupo familiar o tribal. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades modernas los jóvenes son independientes y sus actitudes ante la vida no dependen tanto de sus familiares o allegados mayores. Las sociedades modernas tienen la obligación de garantizar a las personas mayores que tengan cubiertas sus necesidades básicas y que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil y satisfactoria dentro de la comunidad. Tal como sucede en Europa y en países socialistas.

Existe también la negligencia hacia el adulto mayor, esto puede ser el impedimento de que una persona de la tercera edad reciba alimentación, vivienda, vestido, atención médica, dinero, etc., el maltrato tanto físico como psicológico, que incluye golpes, gritos, ofensas, abandono, etc.

Uno de los principales problemas son las relaciones de afecto con sus hijos, es lo referente a la dependencia de algún otro familiar, esto quiere decir, que al llegar un miembro de la familia a la tercera edad, es común, que deba depender afectivamente de la familia, que exista amor, comprensión, comunicación y un trato que beneficie la calidad de vida del individuo.

Algunos de los pacientes atendidos referían “me siento triste porque ya no puedo hacer las cosas que hacía antes”, “cada vez soy más torpe en lo que hago y eso me molesta mucho”, por lo cual se observa que la pérdida de capacidades en el adulto mayor conlleva muchas emociones, principalmente el enojo y la tristeza.

También existen los trastornos del sueño y de la alimentación, al adulto mayor le preocupa ser una carga para su familia, y más si se ve dentro de trastornos que puedan cambiar la dinámica familiar, como horas de comer y horas de dormir.

El adulto mayor a menudo pierde el apetito, come a horas distintas, en cantidades mínimas, se vuelve selectivo en la comida y muchas veces ésta le causa daños en la salud, esto puede causar enojo en la familia, ya que tiene que hacer distintas comidas, deben cambiar el horario de las comidas o preparar porciones distintas, en muchos casos esto hace que el adulto mayor se sienta mal o que de más trabajo a la familia.

Otra necesidad observada es que a veces los doctores no pueden trabajar con algún paciente porque se encuentra muy tenso y nervioso, por lo cual como mencionaba anteriormente se hace de vital importancia la relajación y ejercicios de respiración, que puedan en un momento de ansiedad, reducirla para el bienestar del paciente y para que el médico pueda realizar su trabajo lo mejor posible, se observa también la necesidad de atención en casos de emergencia, como los referidos por VIH, o los referidos del servicio de emergencia, en donde hacen solicitudes de evaluaciones psicológicas, y deben hacerse lo más pronto posible, los motivos de la referencia pueden ser depresión, intento de suicidio, posible abuso sexual, alucinaciones y/o delirios, lo cual se observa, se evalúa y se brinda una impresión clínica al doctor encargado.

En la terapia individual se trabajaron diversos casos relacionados a conflictos identificados, uno de ellos fue el caso de una mujer de 90 años de edad, ella refería como motivo de consulta “yo no sé por qué mi hija me odia, yo he tenido muchos problemas con ella porque dice que no sirvo para nada que ya estoy vieja y que me quiere llevar a un asilo”, en este caso se observa el miedo a ser abandonada y encerrada en un asilo, por lo cual la paciente refiere “no quiero que me encierren porque sé que después ni me van a ir a visitar y me voy a poner muy triste y me voy a morir”, la paciente expresó sus sentimientos hacia sus hijas y refiere que “solamente el hablar me ha hecho muchísimo bien, hace años que no hablo con nadie y esto que estoy pasando nunca lo había dicho”, según lo referido por la paciente se puede deducir que la falta de comunicación y expresión de los sentimientos es un conflicto más en las personas ya que muchas veces no pueden ni tienen con quien hablar lo que les genera tristeza y ansiedad, se le pidió a la paciente que intentara hablar con sus hijas y que les informara del

proceso que sería llevado a cabo, según refiere las hijas la entendieron y apoyaron, sobretodo una de ellas, la paciente refiere que “ahora ya me siento apoyada por mi hija aunque la otra no esté de acuerdo, ya no me siento sola y tengo con quien platicar y decir las cosas”, en este caso se puede observar que el miedo a ser internado es muy frecuente en personas de la tercera edad, que muchas veces las familias abandonan en un asilo y que eso causa un gran temor y un conflicto en la persona así mismo el cambio de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos.

En muchos de los casos el motivo de consulta era repetitivo y/o parecido y muchos de ellos mencionaban que el saber que hay otras personas con esta misma problemática les da confianza y apoyo, referían “a mi me gustaría conocer mas gente que tenga el mismo problema que yo”, “yo creo que no estoy solo”, “alguien más con este problema me puede ayudar también”, “creo que puedo ayudar a alguien con el mismo problema por mi experiencia”, por lo cual se observa que a muchas personas les consuela saber que no son solo ellos quienes poseen alguna problemática y que les ayuda mucho saber que alguien más tiene el mismo problema y ha salido adelante, también se observa que muchos de ellos saben lo que se siente o lo que se sufre según ellos refieren y no les gustaría que alguien más pasara por lo mismo por lo cual ofrecen su ayuda, así mismo se proporcionaron herramientas psicológicas por medio de la psicoterapia de apoyo en donde resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación profesional-paciente, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes.

Existió un caso de dependencia del paciente hacia el terapeuta que es importante mencionar, es el de un paciente de 66 años de edad, que refiere como motivo de consulta “no tengo apoyo de nadie en mi casa y siento que ya nadie me quiere ni le interesa nada de lo que yo hago o digo, y eso es bien duro porque yo pienso que crié bien a mis hijos y ahora así me pagan”, el paciente se observaba muy

decaído y triste, su volumen de voz era muy bajo, su apariencia personal era limpia, orientado en tiempo, persona, espacio y situación, luego de haber llenado la historia clínica, en dos sesiones, el paciente refiere que él solamente necesita alguien que lo escuche, se tuvieron cuatro sesiones en donde el paciente habló por 50 minutos aproximadamente, de su niñez, de su adolescencia, de su vida de soltero y de casado y de sus hijos y su demás familia, en la quinta sesión después de hablar ya no dijo nada y refirió “ahora necesito que usted me diga que hago” a lo que se le informó al paciente que en terapia no se le decía que hacer, se le brindaba apoyo psicológico y algunas recomendaciones, el paciente llegó a 10 sesiones, y refería “yo necesito que usted me escuche, porque si no siento que no puedo seguir yo solo”, “siento que si dejo de venir no voy a poder seguir adelante”, luego de algunas sesiones se le pidió al paciente hablar con su familia acerca de la problemática ya que según el refiere es un tema que no se toca, “en el hogar todos estamos bien y nadie sabe como me siento”, a la siguiente sesión el paciente refiere “les dije que usted me había dicho que hablara con ellos y se mostraron muy atentos, me dijeron que les molestaba y yo trataré de cambiar al igual que yo les dije que sentía y me dijeron que me entendían”, en la siguiente sesión el paciente refiere “yo quiero seguir viniendo porque usted me dice que hacer para estar bien”, “me gustaría tener su número de teléfono para llamarla cuando me sienta mal o solamente cuando quiera hablar así usted me dice que hacer” a lo que se le dijo que el necesitaba trabajar por sí solo en algunos momentos, que la psicoterapia es de apoyo pero que él es quien toma las decisiones, y acepta las consecuencias de las mismas, el paciente refiere “dígame que hacer para no sentirme mal cuando ya no esté usted aquí”, se le había informado al paciente que era las últimas dos semanas y solo tendríamos dos citas más, a lo que el refirió “dígame donde vive o donde va a trabajar así yo sigo yendo con usted para que me diga como seguir mi vida”, se le informó al paciente que eso no sería posible y que juntos en las últimas sesiones encontraríamos sus virtudes y fortalezas y trabajaríamos en ellas para que las utilice como herramientas de apoyo cuando lo necesite, en las siguientes sesiones se trabajó autoestima y la separación, se le dijo que debía entender este término y

trabajar en las despedidas, ya que el refería que “las separaciones lo hacían sentir muy mal y triste”. Es de suma importancia que en nuestra sociedad exista la orientación al adulto mayor a tener una vida en la cual puedan desempeñar sus actividades, a ser personas sociables, a que confíen en sus habilidades y su capacidad de obtener una realización personal la cual es una consumación concreta de su vida y de todo lo que en un momento deseó hacer, a dar a conocer su valor como persona, algunos pacientes referían que “la gente piensa que nosotros ya no sentimos, ya no nos interesa platicar, ya no sabemos ni podemos hacer nada, ni sentirnos orgullosos de lo mucho o poco que podemos hacer, y eso no es así”, “nosotros todavía sabemos y podemos hacer muchas cosas, no somos inútiles ni insensibles”.

También otras de las herramientas psicológicas que se brindó fue el diálogo, y la escucha activa, que se focaliza intencionalmente en la persona que uno escucha, ya sea en un grupo o sólo dos personas, para comprender lo que se está diciendo. Como oyente, debería ser capaz de repetir en sus propias palabras lo que la otra persona haya dicho.

Esto no implica estar de acuerdo con lo que el otro está diciendo, sino comprender lo que se dice, esto con el fin de permitir al adulto mayor crear un sentido de vida positivo el cual podemos definir como la actitud personal frente a un conjunto de circunstancias depende plenamente del estado físico y psicológico de la persona, ya que estos juegan un papel fundamental en todo lo que es el equilibrio interno de este.

También se brindó el servicio a personas que tenían un diagnóstico de VIH positivo, con ellas se trabajó actividades que les ayudaran a reconocer oportunidades y fortalezas, actividades en donde reconocieran lo positivo de su vida y lo explotaran, y que les permitieran continuar una vida plena y llena de satisfacciones, algunos de ellos referían “mi enfermedad no me va a detener”, “yo estoy enfermo no discapacitado”, “a pesar de las cosas malas siempre hay algo bueno”, “a todo lo malo hay que verle el lado bueno”, se trabajó casos de emergencia, de personas que llegaban a recibir su diagnóstico, ellos eran referidos por la enfermera encargada de planificación familiar, departamento en

donde se tratan el siguiente tema: Métodos usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo.

La enfermera tenía la función de brindar el diagnóstico, el objetivo del proceso era expresar lo que sentían en ese momento al igual que conocer la información que tenían acerca de VIH, muchos de ellos referían “yo ni sé que es eso, solo se que mata”, “no se porque me dio a mi si nunca he estado con nadie”, “uno se muere bien rápido, verdad”, muchos de los pacientes no tenían información acerca del VIH y otros tenían una información muy equivocada, a ellos se les daba una cita lo más pronto posible pero en su mayoría no regresaban al departamento, las personas que regresaban a recibir la terapia, primero eran informadas acerca del proceso del tratamiento, así mismo se les incitaba a informarse de la enfermedad y se le recomendaban algunas fuentes bibliográficas, así mismo existían referencias por parte de enfermeras acerca de casos de VIH positivos que se encontraban internados en alguno de los servicios, ellas referían que los pacientes se encontraban muy inquietos y desesperados por irse, muchos de ellos no tenían información alguna o información adecuada de la enfermedad por lo mismo estaban más intranquilos y ansiosos, ellos referían “yo siento que me voy a morir rápido”, “yo he oído que esta enfermedad se lo lleva a uno muy rápido”, algunos de ellos se observaban tranquilos y resignados, referían que “eso les mandó Dios”, otros referían que “no los iba a detener una enfermedad”, “solo es una enfermedad”, “no es algo de lo que uno se muere rápido”, otros de ellos referían “yo pensé que a mí no me iba a pasar”, “con la vida que llevaba era de esperarse esto”, se atendieron también casos de pacientes referidos por médicos y/o enfermeras en encamamiento, como por ejemplo, personas “depresivas, tristes, enojadas, intranquilas y ansiosas”, según referían ellos, el objetivo de estas terapias era minimizar el estrés y la ansiedad de las personas internadas, lo cual se lograba en muchos casos hablando con ellos y brindándoles atención, muchos de los pacientes referían “estoy cansado y aburrido de estar aquí”. A través de esta expresión el paciente es capaz de identificar emociones de una forma muy clara, “ya me tengo que ir, porque mi trabajo está en riesgo”, muchas veces las personas no le dan prioridad a su salud,

aunque como son una parte importante del mantenimiento del hogar prefieren regresar lo más pronto posible a su trabajo, “me gusta que me escuchen”, “solamente necesitaba hablar”, a lo cual se puede deducir que muchas de ellas solamente necesitaban expresarse y que alguien estuviera con ellos por un momento, algunos referían “aquí si lo atienden bien a uno, hasta lo escuchan”, “me gusta hablar y que alguien me ponga atención”.

Entre los logros obtenidos en este servicio, podemos mencionar que varios de los pacientes referían que “se sentían mejor, que observaban cambios, evolución y mejoría en su persona” otros también referían que “el solo hecho de hablar les ayudaba mucho”, ya que “no tenían con quien expresarse”, muchos de ellos también referían que “les gustaba mucho ese hospital porque había gente que se interesaba por ellos”; otro de los logros fue que muchas personas refirieron no saber qué es psicología, y al llegar y conocer el trabajo del psicólogo, les pareció de vital importancia y existió continuidad a sus casos, algunos refirieron “me interesa mucho lo que ud. dice”, “ahora si entiendo que es psicología y quiero continuar”, “creo que es algo bueno y de ayuda para uno el venir acá”, también se presentaron dificultades como la falta de espacio para atender a pacientes de consulta externa ya que en ocasiones los casos eran de emergencia y todos los espacios se encontraban ocupados, también se presentó la dificultad de el espacio inadecuado para atender a pacientes de encamamiento, ya que en muchas ocasiones los pacientes se observaban ansiosos pero se resistían a hablar enfrente de sus compañeros de cuarto, existía un espacio para poder llevarlos y trabajar en privado pero muchos de ellos no podían moverse, ni levantarse de la cama.

Muchos de los pacientes que asistían al servicio de Psicología, llegaban con la esperanza de ser medicados, por lo cual algunos de ellos al informárseles que no podían ser recetados por nosotros ya no regresaron, en otros casos, no les importó la idea de no ser recetados, ya que refirieron que “después de haber hablado en la primera sesión les había interesado lo que se hacia y pensaban regresar”, otros también refieren que “con el solo hecho de hablar sentían que estaban mejor y ya no necesitaban medicina”.

La problemática existente en el departamento de medicina de hombres y de mujeres fue la falta de seguimiento al tratamiento psicológico, el cual puede ser brindado una vez o dos veces por semana, dependiendo del tiempo de estancia del paciente, quien muchas veces es referido al departamento de psicología, pero no asiste.

Se hizo de vital importancia, incluir a los familiares de los pacientes en el tratamiento de los mismos, para brindarles información y orientación acerca de las afecciones de su familiar, y del proceso que se está llevando a cabo con él, a lo cual se presentó la dificultad de trabajar con familiares debido a que los pacientes llegaban solos o sus familiares no sabían que allí se encontraban internados.

Al encontrarse internados, las personas se ven afectadas en lo referente a su trabajo, al mantenimiento de su familia, existen personas que están internadas por más de una semana, en el caso de los hombres, en su mayoría son personas productivas, que mantienen un hogar, en el caso de las mujeres, son en su mayoría amas de casa, también existen mujeres que se dedican a los servicios domésticos o a trabajos de medio tiempo, como lavar ropa, planchar, etc.

#### 4.2 Subprograma de docencia

En el subprograma de docencia, se trabajó con uno de los objetivos de dar a conocer al adulto mayor, por medio de charlas, temas de su importancia que le permitieran obtener información acerca de la etapa actual de su vida, y las problemáticas que se pueden presentar, así como los conflictos emocionales a los que se pueden enfrentar, como trastornos del sueño y de la alimentación, entre las personas a quienes se les brindaron las charlas se pudo evidenciar que al adulto mayor le preocupa ser una carga para su familia, y más si se ve dentro de trastornos que puedan cambiar la dinámica familiar, como horas de comer y horas de dormir, hiperactividad, falta de actividad física, por lo cual se hizo de suma importancia orientar al adulto mayor a tener una vida en la cual puedan desempeñar sus actividades, a ser personas sociables, a que confíen en sus habilidades y su capacidad de obtener una realización personal, en donde se

incluye la jubilación, aspectos políticos, sociales, familiares, ya que uno de los principales problemas observados fue las relaciones de afecto con sus hijos y el miedo a quedar desamparados por ellos, también lo referente a la dependencia de algún otro familiar, esto quiere decir, que al llegar un miembro de la familia a la tercera edad, es común, que deba depender afectivamente de la familia, que exista amor, comprensión, comunicación y un trato que beneficie la calidad de vida del individuo, ya que muchos de los pacientes referían “me da miedo llegar a viejo porque no sé si mi familia me va a querer”, “no me gustaría ser un viejo y estar estorbándole la vida a mi familia”, también se brindó información acerca de enfermedades propias de la edad, como las que anteriormente hemos mencionado, diabetes, hipertensión, osteoporosis y artritis, entre otras, así mismo se proporcionó información que sirviera de ayuda a la población, así como posibles soluciones a las diferentes problemáticas.

Se brindaron charlas dialogadas o participativas, ya que las personas intervenían en la misma, comentando experiencias y sus conocimientos acerca del tema, estas fueron brindadas a grupos organizados, como, AJUPENSA, Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, la cual duraba aproximadamente veinte minutos, dando diez minutos de tiempo para resolución de dudas, en este grupo se observaba el interés hacia los temas, exponían muchas dudas y experiencias, el grupo era conformado por aproximadamente treinta y cinco a cuarenta y cinco personas, en su mayoría eran mujeres, las personas que asistían se podía observar eran de un nivel académico superior, la mayoría eran maestros jubilados, y existían universitarios, el lenguaje que manejaban era más técnico al igual que la información que poseían de los temas era más profunda, las charlas que se brindaban eran acerca de temas que las personas sugerían, como depresión, durante esta exposición, existieron comentarios por parte de los participantes, una pregunta que llamó mucho la atención fue “la depresión es algo que uno solo puede superar o necesita de la ayuda de alguien más?”, a lo cual otros compañeros respondieron “uno solo no puede salir de eso, siempre es necesaria ayuda”, este es un tema del cual surgieron muchas dudas y comentarios, otros participantes refirieron “la depresión es muy frecuente en el

adulto mayor”, “la depresión puede llevarlo a uno a la muerte”, “existen diferentes medicamentos para tratar la depresión”, por lo cual se puede hacer referencia a que los participantes poseen información acerca del tema de la depresión y en muchos casos la información fue muy acertada, así mismo comentaban experiencias propias, una participante refirió “mi sobrina padecía de depresión, no recuerdo cual fue la causa, pero ella estuvo mucho tiempo en cama, triste y no comía y decía que no dormía bien, ella dejó de trabajar, al tiempo, y como nadie la ayudó, todos pensaron que iba a salir sola de esto, ella murió”, por último la participante refirió “es para demostrar que la depresión mata si no es atendida a tiempo”; otro tema que fue brindado es el estrés, en donde luego de haber dado el concepto, un participante refirió “el estrés se da cuando uno ya no puede más con lo que hace”, “el estrés surge cuando se está muy tenso”, “el estrés puede llevarlo a uno a sufrir otra enfermedad”, entre los participantes se hacían preguntas y entre ellos mismos se contestaban, al igual que comentaban sus experiencias propias; otro tema fue la ansiedad, en donde se hizo referencia a las actividades de relajación que muchos de ellos sabían, algunos refirieron “es bueno tener algo para estar moviendo con las manos, esto libera ansiedad”, “siempre es importante tener actividades que nos relajen para podernos distraer y tranquilizar un poco”, “existen ejercicios de respiración que ayudan a liberar la ansiedad”, se les brindó información acerca de ejercicios de respiración y actividades de relajación que ellos podían hacer en su casa; el siguiente tema fue la familia, éste fue un tema sugerido por el presidente del grupo, fue brindado en honor al día de la madre, en esta charla se expuso qué es la familia, la educación familiar, valores de la familia y pensamientos para la felicidad, aquí existieron distintos comentarios como “la familia es a donde un siempre va a regresar y quienes lo apoyan a uno incondicionalmente”, “siempre es importante la opinión de la familia”, por lo que se puede hacer referencia a la importancia que le dan algunas personas a la familia, y que algunos de los participantes poseen muy buenas relaciones familiares, algunos comentarios negativos fueron “a veces la familia no está cuando uno la necesita”, “los hijos no siempre responden bien a sus padres”, a lo cual surgió un breve diálogo acerca de las relaciones familiares,

algunos participantes refirieron “los hijos son reflejo de lo que uno hace”, “si uno no trata bien a los hijos ellos no lo van a tratar bien a uno”, “uno debe fomentar las buenas relaciones familiares y así todo será mejor cuando se necesite de la familia”, otros participantes comentaron “mis hijos no son buenos y yo se que yo sí fui un buen padre”, “no siempre los hijos devuelven todo lo bueno que uno les da”, se terminó por hacer conclusiones acerca de lo que se había hablado y algunos de ellos refirieron “las buenas relaciones familiares siempre ayudan y es lo mejor que uno puede tener”, “la familia siempre va a ser parte de nuestra vida”; otro de los temas brindados fue el autoestima, los comentarios fueron “esto es algo bien importante a lo que no le damos el tiempo debido”, “el quererse siempre nos permitirá querer a los demás”, fue un tema que los participantes disfrutaron y refirieron que querían la información dada de manera escrita, a lo cual se les entregó una copia de lo que había sido expuesto; según ellos referían, estos temas son de mucha importancia para personas de la tercera edad y que muchos de ellos presentaban alguno, o familiares o conocidos se encontraban atravesando por ellos y les gustaría mucho poder ayudarlos o brindarles la información que allí se había explicado.

Existía bastante participación y colaboración, muchos de ellos comentaban “eso ya me había pasado a mí pero no sabía porque y ahora ya entendí que eso es normal”, “no sabía mucho del tema pero ya me quedó la inquietud de leer más porque es importante saber”.

También se brindaban charlas al grupo APROBIDI, Asociación pro-bienestar del diabético, las charlas tenían una duración de aproximadamente treinta minutos, se exponían temas de índole psicológica, como autoestima, depresión, ansiedad y estrés, trastornos del sueño, en los cuales se observaba interés por parte de algunas de las personas, ya que mencionaban que “es importante aprender de todo un poco”, “yo escuché de un caso similar pero no sabía que era y ahora ya sé que es”, “tengo un pariente con este problema y ahora puedo ayudarlo”, en este grupo existió la dificultad de la inasistencia por parte de las personas, por lo cual se empezó a realizar la charla cada quince días, con poca asistencia por parte de las personas.

Se realizó también terapia en un grupo de apoyo de personas con VIH, esta reunión se realizaba en una casa particular de uno de los integrantes del grupo, debido a que muchas personas no les gustaba que las demás personas los reconocieran, ya que su familia, amigos y compañeros de trabajo no estaban enterados de la enfermedad que padecían, en este grupo existía bastante participación por parte de las personas, se iniciaba con una dinámica de presentación, se les pedía a cada uno de los integrantes que comentaran, cómo les había ido durante todo el mes, en los aspectos de su vida y en su enfermedad, hacían referencia a su estado de salud, algunos referían “yo me he sentido muy bien”, “a mi me bajaron el medicamento”, “pues yo no me he sentido bien, me he sentido cansada y ya ni puedo trabajar”, lo que nos manifiesta que existen diferentes niveles del estado de salud de las personas, que uno de los síntomas de la enfermedad es el agotamiento, el cual está presente en muchos de ellos y muchas veces les impide salir a trabajar, según refieren “yo me he sentido muy cansada y pienso que no voy a poder trabajar por un tiempo”, “realmente me encuentro agotada”, “ya ni puedo lavar la ropa y de eso vivo, porque me canso muy rápido y mucho”, muchas de las personas referían que “este grupo era de mucha ayuda para ellos”, “que se sentían apoyados y que no estaban solos”, “que el simple hecho de hablar les hacía mucho bien”, a lo cual se puede referir que son personas que necesitan ser escuchadas y apoyadas, la terapia en grupo es de gran ayuda ya que se sienten en confianza de expresarse y sentirse seguros y ayudados, en este grupo se tenía el apoyo psicológico, el cual era brindado por medio de palabras de ánimo, y una breve terapia de apoyo realizada con todo el grupo y con la ayuda de todos los integrantes, también se contaba con el apoyo de una enfermera profesional.

Un caso importante a mencionar en el programa de VIH, es el de un hombre de 31 años de edad, quien se encontraba internado en medicina de Hombres en el tercer nivel, fue referido por la enfermera encargada de este programa, el motivo de referencia fue por haber sido diagnosticado con VIH positivo esa misma mañana, cuando se le atendería se informó que el paciente se había escapado, ya que se encontraba en un estado de ansiedad y enojo, luego de unos días se

informó que el paciente se encontraba nuevamente internado, se atendió la referencia, el paciente se observaba serio, enojado y muy ansioso, su aspecto físico era limpio, su postura rígida y tensa, su expresión facial alerta y su mirada intranquila y evasiva, su actitud era de desconfianza, al principio, se encontraba a la defensiva, se encontraba orientado en tiempo, persona, espacio y situación, su volumen de voz bajo, luego de unos minutos de silencio el paciente refería que “me encuentro muy asustado y preocupado, yo sé que esto me pasó por el tipo de vida que llevaba, he estado con muchas mujeres extranjeras, soy guía turístico, y ahora me preocupan mis papás, porque ellos siempre me lo dieron todo, hasta ahora no me ha faltado nada, tengo carro, casa y era muy mimado, mis sobrinos son mi vida y no quiero que me vean así”, el paciente se observó menos tenso y con más confianza, también refiere que “yo ni sé que es esta enfermedad, tengo miedo porque he oído que uno se muere bien rápido, y tengo mucho miedo, no me quiero morir, además sé que la gente sufre mucho y que no tiene cura, uno se pone bien flaco y bien feo, la piel se cae, y uno se muere”, al paciente se le brindó una breve explicación de lo que es la enfermedad, del tratamiento, y de las maneras de contagio, así mismo se le dijo que se le brindaría información escrita acerca de la enfermedad, en la siguiente visita, se le entregó información en folletos en donde se explicaba más detalladamente la enfermedad, tenía ilustraciones, y el paciente refirió “ahorita lo empiezo a leer, hoy ya estoy más tranquilo con lo que me dijo y quiero saber más de mi enfermedad”, por lo cual se puede evidenciar que el paciente estaba muy interesado y dispuesto a conocer la enfermedad y sus aspectos más profundos, al siguiente día, se informó que el paciente había sido dado de alta porque se le dijo que el diagnóstico había sido un error, que el paciente no poseía la enfermedad y se intentó localizar pero no fue posible.

Otra parte del subprograma de docencia son las charlas que fueron brindadas en las salas de espera de consulta externa, las cuales eran acerca de temas que se consideraban de interés para los oyentes, los temas expuestos fueron: relaciones familiares; otra de las charlas fue la de la depresión, una persona refirió “yo no sabía que la depresión era una enfermedad”, “yo creí que la depresión era algo

que alguien decía sentir pero que se le quitaba, era como una tristeza, como todos las tenemos”; otra charla que se brindó fue la ansiedad, esta charla llamó mucho la atención, sobretodo cuando se explicó que la ansiedad podía provocar cambios o respuestas fisiológicas, como taquicardia, sudoración de manos, tronarse los dedos, comerse las uñas, etc. muchos de los oyentes comentaron “a mí me pasa eso pero no me imaginé que podía ser por ansiedad”, “yo creía que la ansiedad solo le daba a las personas débiles de mente”, por lo que se evidenció la poca información que se tiene del tema así como al poco conocimientos, y la información errada del mismo; otro de los temas expuestos fue el de problemas de conducta, en donde existió mucha participación y atención por parte de las personas, muchas de ellas se acercaron al final de la charla refiriendo “me gustaría llevar a mi hijo con ustedes”, “mi hija tiene muchas de las cosas que ustedes dijeron y me gustaría que la ayudaran”, algunas madres refirieron “yo creo que mi hijo puede ser ayudado por ustedes”, “muchas veces nosotros como padres no notamos que algo anda mal y creemos que es normal”.

Otra de las charlas fue la de la separación; una charla que tuvo bastante atención por parte de las personas fue la de desintegración familiar; otra charla que se hizo de vital importancia dar a conocer fue la del duelo, algunas personas refirieron “yo pensé que los niños ni se daban cuenta”, “mi hijo perdió a su amigo y no sabía que le afectaba tanto”, se pudieron observar muchos casos en los cuales las personas referían no saber del duelo en niños, otra charla fue la de violencia intrafamiliar, una persona se acercó al final de la charla y refirió “me gustaría recibir ayuda porque ya no aguanto a mi marido” por lo cual se le brindó la información para asistir al departamento y por último otra charla que captó mucho la atención de las personas fue la de problemas de aprendizaje.

#### 4.3 Subprograma de investigación

Por medio de entrevistas, la observación y charlas con pacientes, así como las historias clínicas, se evidenciaron conflictos emocionales que presentan las personas durante la tercera edad, como hemos mencionado anteriormente, estos conflictos son, trastornos de alimentación y del sueño, duelo, miedo a la muerte,

al rechazo, relaciones negativas familiares y sociales, aspectos económicos, entre otros, muchas de las personas que contestaron los cuestionarios, concluyeron que los conflictos emocionales más comunes son: bienestar económico, ya que muchas veces el dinero que el adulto mayor tenga lo utilizan sus hijos o familia para mantenerse, al igual que si no tiene dinero existe el temor de no saber en donde va a vivir, comer y cuidados, ya que es difícil convivir con un adulto mayor, se requieren de gastos para su cuidado, como medicinas, ropa, alimentación, al igual que un lugar seguro donde vivir, muerte y el miedo que existe hacía ella, por no haber cumplido con todo lo que se quería y no estar satisfecho con lo que hasta ese momento se ha hecho, enfermedades, las cuales son muy comunes en el adulto mayor, como diabetes, hipertensión, artritis y osteoporosis, entre otras, trastornos del sueño ya que el adulto mayor no duerme lo mismo, según lo que algunos de los pacientes refieren, su sueño es más ligero y necesita de tiempos y espacios para realizar sus siestas, y la alteración de las emociones debido a que se encuentran más sensibilizadas durante la tercera edad, puede existir hipersensibilidad, también mencionan que estos conflictos poseen consecuencias a nivel individual como a nivel familiar, que las relaciones sociales se ven afectadas, ya que muchos de ellos mencionaron que “ la familia es muy importante para las personas de la tercera edad”, “las relaciones familiares se ven afectadas por llegar a la tercera edad”, “muchas veces existe falta de entendimiento y de paciencia”, se reconoció también la influencia de la sociedad en el origen de conflictos emocionales en el adulto mayor, ya que muchas de las personas contestaron que , “la sociedad juega un papel muy importante en la tercera edad”, “existe rechazo y malos tratos por parte de las personas hacia el adulto mayor”, “existe mucha indiferencia por parte de la comunidad hacia el adulto mayor”, “se mira al adulto mayor con discriminación y se le margina”.

Entre los logros podemos mencionar que muchas personas refirieron “aquí puedo expresarme”, “hay muchas cosas que siento pero no tenía donde decirlas”, por lo que se puede evidenciar que en muchas ocasiones no poseen espacios de libre expresión, ni personas que los escuchen con atención e interés, muchos de los

pacientes se observaron atentos y concentrados en contestar los cuestionarios, ya que podían expresarse libremente contestando las preguntas, también se observó que muchos de ellos desarrollaban cada una de sus respuestas, y también dieron consejos para efectuar más cuestionarios, también referían que “lástima que no estemos todos para contestarla”, “me gustaría mucho que mi hijo leyera esto”, “nos gustaría recibir más información de los conflictos emocionales”, otros de los logros obtenidos, las personas conocieron acerca de los conflictos emocionales, ya que refirieron “no sabía nada del tema pero en cuanto escuché el término empecé a averiguar que era”, “es importante conocer las emociones en cada uno de nosotros”, “ todos tenemos conflictos y es importante reconocerlos ahora en la tercera edad”, y expusieron dudas al igual que experiencias propias, algunas de las personas comentaron que “es importante estar dando un poco más de información acerca de la tercera edad”, “se debe conocer acerca de la tercera edad para comprenderla y apoyarla”, “a mí como adulto mayor me han pasado tanto cosas buenas como malas, buenas como comprensión y entendimiento y malas como regaños y falta de respeto”.

Una de las desventajas que se presentaron fueron que muchas personas se les dificultó contestar los cuestionarios debido a la poca o nula información que conocen acerca de los conflictos emocionales, así mismo muchos de ellos prefirieron no contestar algunas de las preguntas, existió poca participación y colaboración por parte de algunos entrevistados, otra desventaja fue que habían varias personas que no sabían leer ni escribir por lo que a algunas se les leyó el cuestionario y otras prefirieron no contestar.

Así mismo se pudo observar la falta de atención que se da a las personas que pertenecen a grupos organizados, ya que muchos de ellos refieren “nunca les había importado nuestra opinión”, “decía la gente que lo que nosotros sabemos no es importante ni cierto”, “nadie nos había preguntado ni que pensamos ni sentimos”, por lo que se puede observar que han sido víctimas de rechazo y discriminación por parte de personas del exterior.

Entre los casos atendidos en consulta externa, de adulto mayor, se encuentran algunos que son de suma importancia para el proceso de investigación, ya que se

observa en ellos la presencia de conflictos emocionales que han afectado tanto al paciente como a su familia sin que ellos entiendan el porque, hacemos referencia a un caso muy interesante:

Uno de los cuales es de vital importancia mencionar, es el caso de un paciente de sexo masculino, de 70 años de edad, quien en su motivo de consulta refiere, “se que estoy en la tercera edad, pero no se que me sucede ya que ha habido cambios en mi vida como, que ya no como tanto, ni tengo apetito, no duermo bien, he tenido problemas con mis hijos porque no me tienen paciencia y me tratan mal, mi esposa ya ni quiere dormir conmigo, no se si me piensan llevar a un asilo, pero yo no quiero, no me gusta sentirme rechazado, y no sé si todo esto se debe a mi edad”, según lo referido por el paciente se puede observar que posee los cambios propios de la tercera edad, y que se le están presentando conflictivamente, sus emociones y sentimientos se están viendo afectados, estos cambios pueden ser: trastornos de la alimentación y del sueño, relaciones familiares, problemas de vivienda, sentimientos de rechazo.

Se le preguntó al paciente acerca de lo que el conoce y sabe de los cambios que surgen en la tercera edad, el refiere “no sabía que cambiaría tanto todo, y mucho menos que esto me traería problemas con mi familia, y con mis amigos, ya que muchos de ellos ya casi ni me hablan porque soy uno de los mayores y pienso que se cansan de mí, por lo mismo yo me he alejado de todos, además muchos de ellos ya han muerto y eso me ha afectado mucho ya que pienso que yo también voy para lo mismo y me da mucho miedo ya que no siento que sea feliz y que pueda morir tranquilo y en paz, además no tengo muchas cosas que dejarles a mí familia, no tengo dinero para que ellos vivan bien y por mi edad ya no me quieren dar trabajo además que ya no aguanto hacer muchas cosas”; podemos observar los diferentes conflictos emocionales presentes en este caso, como lo son problemas familiares y sociales, miedo a la muerte, trastornos del sueño y de la alimentación, problemas de vivienda y problemas económicos, como los mencionados en el motivo de consulta. También refiere que ha sido motivo de burlas y de discriminación por personas que él ni conoce, “en la calle me han

insultado porque no camino rápido, también me han empujado y dicho que soy un viejo y que debería morirme ya”.

Otro de los conflictos a los que ha estado expuesto el paciente son las enfermedades que surgen durante esta etapa de la vida, refiere “me siento bien enfermo, todo me duele, a cada rato hay que comprarme medicinas aparte de las que tomo diariamente, tengo diabetes, padezco de la presión, y eso es un gasto que hace mi familia y es innecesario”. “Mi vida sexual se ha visto afectada, mi esposa ya ni quiere dormir conmigo, dice que ya no le gusta estar cerca de mí, y que no le sirvo para nada, ella es mucho menor que yo y pienso que se va a ir con alguien más porque yo ya no hago nada de nada”. En cuanto a si ha recibido anteriormente otro tratamiento psicológico refiere “ya había ido con un psicólogo, pero el me dejó peor, me dijo que todo esto me tenía que pasar y que me tenía que aguantar, y yo sé que me tiene que pasar pero me gustaría saber como enfrentarlo”. Según todo lo referido por el paciente se observan los conflictos emocionales a los cuales hemos hecho mención anteriormente.

Con el paciente se tuvieron citas cada semana, y se trabajó de la siguiente manera, luego de llenar la historia clínica en tres sesiones, como se había mencionado anteriormente, se le realizó una escala de Hamilton para la depresión, en la cual se identificó una depresión leve, al igual que se le realizó un examen cognoscitivo breve, test mini-mental de Folstein para evaluar algún grado de demencia, en la cual no se presenta demencia alguna, diversos tipos de medidas terapéuticas, las técnicas a utilizar con el paciente, se realizaron con él dinámicas de relajación, de respiración, ya que en las primeras citas se observaba muy ansioso y tenso, refirió que le habían servido de mucho y se sentía más relajado y tranquilo, así mismo se anotan datos importantes de la vida de la paciente, desde su niñez hasta su edad actual, y de las relaciones que ha llevado con su familia principalmente, se le pidió al paciente que priorizara sus conflictos, del que más le afecta al que menos le afecta, refiere que lo que más le afecta es la relación tan mala con la familia y lo que menos le afecta es o que muera o que lo lleven a un asilo, el paciente se observó muy triste al mencionar esto, su volumen de voz fue muy bajo, haciendo referencia a los conflictos

emocionales se hizo de vital importancia buscar más de una causa para cada uno de ellos, y esto se logró a través de que el paciente se expresara libremente y anotando puntos claves que él mencionaba, también se le preguntó al paciente acerca de los miedos que le han surgido y en qué los basa, el refiere que “es la muerte a lo que más le teme pero que prefiere eso a sentirse rechazado por su familia”, se le preguntó también acerca de la relación que llevaba con cada miembro de su familia, y refirió que “siempre había sido mala”, también refirió que “le gustaría que su familia asistiera a terapia a lo cual se le dijo que si ellos estaban de acuerdo podían asistir a terapia pero si no estaban de acuerdo no podía hacerse obligadamente”.

La esposa del paciente se presentó en una ocasión y refirió que siempre se había llevado mal con su esposo, refirió “le tengo mucho rencor por cosas que me hizo”, “ni creo que sepa el daño que me ha hecho”. Se trabajó con cada uno de ellos de manera individual varias sesiones, luego se trabajó terapia de pareja, la función de la epesista fue de mediadora, los pacientes hablaron y se dijeron cosas que nunca antes se habían dicho, según lo que refirieron, se realizaron varias sesiones en pareja, y en la última que asistieron refirieron que “nos sentimos más aliviados con solo haber dicho lo que pasaba”, “habían cosas que no sabíamos y eso nos ayudó a hablar más en casa”, “en la casa ya se han solucionado los conflictos con nuestros hijos porque les permitimos hablar de lo que les molestaba”. A la siguiente sesión ya no se presentaron.

Los logros que se obtuvieron con esta pareja, fueron que se dieron a conocer los conflictos emocionales que se presentan en la tercera edad, y las consecuencias a nivel individual y familiar.

Así mismo se describieron, conceptuaron y presentaron, los mismos, a los pacientes, quienes refirieron “ya entendimos el porque de nuestras peleas”, “nos ayudó mucho el hablar, solo eso era lo que necesitábamos”, “sabíamos que había solución pero ud. nos ayudó a encontrarla”, “esto estaba afectando a toda la familia y ahora ya hablamos con toda y todo está mucho mejor”, el paciente refirió “ahora ya me puedo morir tranquilo, ya no tengo temores”, “ya no pienso que me quieran mandar a un asilo”, “mis enfermedades son comunes de la edad y

lo importante es que se pueden tratar”, “ya no me siento tan mal cuando me dicen cosas mis amigos ni en la calle, porque con mi familia es más que suficiente”, los pacientes refirieron que han hablado con sus hijos utilizando la técnica que se usó en la clínica, el hablar sin pelear y dándose cuenta de las cosas que se dicen y dando una explicación e interpretación a cada una de ellas, y esto les ha ayudado para escucharlos y permitirles expresarse, los pacientes también refieren haber leído acerca de la tercera edad y los cambios que se presentan, por lo cual “ahora entienden más los cambios de ánimo del papá” “entendemos que duerma menos y coma menos”. Los hijos refieren también, según cuenta la esposa, que “ahora que mi papá ya está más tranquilo y ya entendimos muchas cosas, sabemos que él no puede mantenernos y no nos pesa mantenerlo nosotros a él”, “sabemos que no le dan trabajo pero eso no importa, nada nos falta”.

Entre las dificultades que se presentaron están que los hijos no podían asistir a terapia por su trabajo, el espacio no era el adecuado, debido a lo pequeño que era, muchas veces los pacientes se mostraban nerviosos al hablar porque referían que no querían ser escuchados por alguien más de afuera.

Otro caso importante de mencionar es el de una mujer de 68 años de edad, cuyo motivo de consulta fue “hace un año unos hombres entraron en mi casa y abusaron sexualmente de mí, fue mi primera experiencia sexual, eso me traumó mucho ahora tengo que buscar donde vivir, ya que sino mi familia me va a meter en un asilo y yo no quiero ese abandono, además ya no puedo regresar a esa casa donde me hicieron eso, tengo muchas deudas y no tengo el dinero para pagar, por lo que no puedo pagar una casa, no tengo hijos, y me da mucho miedo el que cuando yo me muera esté sola, no quiero morirme porque me faltan muchas cosas por hacer”, la paciente se presentó muy ansiosa, por lo cual se realizó con ella una dinámica de respiración y se le recomendó hacerla en su casa o cuando se sintiera muy tensa, la paciente refirió “me ayudó hacer una buena respiración me siento más relajada”, “a veces solo eso es lo que uno necesita”, luego se le pidió a la paciente que comentara acerca de los que ella considera son los conflictos por los que esta pasando, la paciente refiere que el temor mas grande que tiene es a morir, se indagó el origen a éste miedo, ella refiere que “no quiero

morir sola”, “tengo cosas por hacer aún”, según ella refiere lo que le pasó, la violación ya no le afecta, solamente que no se atreve a regresar a esa casa por que está muy insegura, en lo que la paciente refirió se pueden observar distintos conflictos emocionales como, miedo a la muerte, problemas económicos, abandono y rechazo, por lo cual se le brindó una breve descripción de los mismos ayudada por lo que ella comentaba, luego de un par de sesiones en los que se trabajó el miedo a la muerte llegando a su origen y sus causas, haciendo una breve explicación de este miedo y ahondando en todo lo positivo que ella ha realizado en su vida, se trabajó en cuanto al trauma que había tenido en ella la violación, ella recordó esos momentos, y durante las primeras sesiones ella lloraba cuando lo comentaba, pero después de unas sesiones ella ya no lloraba, se mostraba más tranquila y segura, según refirió “solamente necesitaba sacar todo lo que sentía”, “creo que ya ha pasado mucho tiempo y es mejor seguir adelante”, así mismo se le recomendó hablar con su familia acerca de la decisión de internarla en un asilo, a lo cual ella dijo “ya he hablado con mis hermanas pero no me hacen caso”, se le preguntó si alguno de sus familiares está en contra de que la internen, ella comentó que sus sobrinos, se le pidió que hablara con ellos, luego de algunas sesiones ella regresó y comentó que ya había hablado con ellos y que le dijeron que no permitirían que la ingresaran al asilo y que cuidarían de ella, la paciente refiere que “ahora en ese aspecto me siento mucho más tranquila y menos tensa, es algo menos de que preocuparme”, con la paciente se trabajó terapia cognitiva, de manera individual, luego de ocho sesiones que se tuvieron con ella, la paciente refirió “yo siento que ya estoy mejor, creo que ya no necesito venir”, “a veces me cuesta un poco venir y no me gustaría solo faltar sin avisarle”, la paciente se observaba más tranquila refirió “todavía hay muchas cosas que tengo que arreglar pero ya estoy mejor”, en este caso se puede observar varios de los conflictos mencionados anteriormente y así mismo se pueden observar las reacciones tanto de la paciente como de sus familiares frente a ellos. Los logros que se obtuvieron con la paciente fueron que expresara sus sentimientos acerca del suceso de la violación, hiciera catarsis y al revivir un trauma puede ser superado, también la paciente logró comunicarse con parte de

su familia que antes ella pensaba que no la apoyaban, se dio cuenta que tiene el apoyo de ellos y su ayuda, así mismo expresó sus sentimientos en lo referente a ser ingresada en un asilo y logró que algunos familiares la apoyaran y ayudaran a que no la internara porque no es lo que ella desea, la paciente por muchos años había estado en silencio, no encontraba con quien hablar y ahora refiere “el simple hecho de hablar me ayudó un montón”, “yo creía que hablar no me iba a servir pero fue el primer gran paso para mi recuperación”.

Las dificultades que se presentaron en este caso, eran que muchas veces la paciente cancelaba sus citas, debido a que a veces tenía que ir a visitar a sus hermanas y a sus sobrinos para que no le dijeran nada, ella refería “prefiero tenerlos contentos a todos para que no me estén diciendo nada”.

Otro caso importante de mencionar, es el caso de paciente de sexo femenino, de 70 años de edad, quien como motivo de consulta refiere: “a mí me preocupa que ya no duermo mucho, ahora fácilmente me despierto y ya no me duermo, además me cuesta mucho conciliar el sueño, también me preocupa que mis comidas ya no sean como las de antes, he perdido mucho el apetito, y a veces me siento cansada y no sé si es por eso, también me siento bien aburrida porque ya ni salgo de la casa y en la casa tampoco hago nada, no me dan ganas porque ni siquiera se me ocurre que hacer allí encerrada, la verdad no salgo porque también me aburro afuera de estar sola yo”, en el motivo de consulta referido por la paciente se pueden identificar los siguientes conflictos de acuerdo a su edad: trastornos del sueño y de la alimentación, así como la falta de recreación y de actividad, ella refiere “siento como si ya estuviera muy vieja para hacer las cosas y ya ni salgo pero ni al parque a dar una vuelta porque no me gusta salir sola, además ni tengo amigas o vecinas con quienes salir o platicar”, también refiere la paciente “además me siento muy tensa, eso de estar encerrada me pone muy intranquila, también me pongo tensa porque no sé que está pasándome, no sé por qué ya no duermo como antes ni por qué mi apetito está cambiando tanto, yo antes comía mucho y ahora ya casi nada”, según lo referido por la paciente se puede observar que posee poca información de los cambios normales de la tercera edad, ella refiere “no creo que sea por la edad que me esté pasando esto, yo no sabía que la

edad afectaba en el sueño y el hambre”, también se puede observar que la paciente se encuentra muy tensa, se denota en ella mucha intranquilidad, refiere que “le están sudando las manos, y que a veces cuando habla con alguien, tiende a rechinar los dientes”, la paciente se truenca los dedos, y se acomoda en la silla en varias ocasiones, durante la primera sesión se realizó con ella una dinámica de relajación, luego de finalizar la actividad la paciente refiere “me siento un poco más relajada, hasta sueño me dio, es difícil entender como una actividad tan sencilla y una buena respiración ayudan tanto a estar tranquilo y menos tenso de cómo uno viene”, en las siguientes sesiones se abordó el tema de los cambios en la tercera edad, se le informó a la paciente acerca de ellos y como se daban en el adulto mayor, la paciente refirió que “siempre es importante estar informado, porque cuando uno no sabe y eso le pasa se asusta, yo la verdad ni sabía que cuando uno será en la tercera edad eso le afecta al sueño y mucho menos sabía que le afecta en el hambre” es importante reconocer que se generan conflictos emocionales como la ansiedad ante los cambios, y estos se dan por la poca información que poseen las personas de cambios y de nuevas experiencias. La paciente se observa y refiere “estar más tranquila luego de saber que esto que me está pasando no es nada grave y que es algo a lo que uno se tiene que ir adaptando”.

Así mismo se pudo observar en ella otro conflicto al que se enfrenta y es la falta de recreación y de actividad, ya que según ella refiere no sale, ni realiza ninguna actividad, a lo cual se le hizo ver que esto también afecta tanto el ánimo como el sentirse mejor físicamente, ya que la actividad física hace que las personas se sientan más activas y relajadas, además de ser para ellas una distracción, también se le dijo a la paciente que es importante que tenga tiempo para su recreación, que salga, que socialice y que conozca espacios en donde ella se pueda expresar libremente y sentir relajada, se le recomendaron actividades como asistir a grupos organizados de adultos mayores, como APROBIDI, así mismo se le dio la información que en el IGSS de Antigua, también se realizan actividades dirigidas a personas de la tercera edad, y esto le ayudará tanto a distraerse, conocer más personas e interactuar con ellas, conocer distintos temas y diferentes puntos de

vista, sentirse y verse más relajada y tranquila, también le ayuda a adquirir una buena condición física y a sentirse útil y capaz.

Entre los logros obtenidos en el caso anteriormente presentado, se puede mencionar que la paciente reconoció en ella cambios propios de la tercera edad, y según ella refiere “ahora que ya sé que me pasa va a ser más fácil para mí adaptarme a esto”, así mismo se observó al final de las sesiones que se tuvieron con ella, que se encontraba más tranquila y relajada, se observó también menos ansiedad y tensión, se le recomendaron ejercicios de respiración que ella pudiera hacer en su casa, así mismo la paciente refirió que había ingresado a un grupo de aeróbicos para el adulto mayor, realizado tres veces por semana en el IGSS de Antigua, solamente había asistido una vez y refiere “me siento muy bien ya que conocí muchas personas que están igual que yo, además ví personas ya conocidas que había dejado de visitar, me sentí muy capaz de hacer cosas que pensé que a mi edad ya nadie hacía, y pienso que esto me va ayudar en todos los aspectos de mi vida, además allí planean excursiones y ya me anoté en una”, al referirlo la paciente se observaba muy contenta y satisfecha con lo que había logrado.

Otro logro es la información adecuada que la paciente obtuvo por medio de la terapia y el poder transmitirla, ya que ella refiere “ahora que conozco más del tema, lo voy a platicar con personas que están igual que yo, mis hermanas no sabían nada tampoco y les voy a contar, porque al igual que yo estaban bien asustadas”.

## CAPITULO V

### 5.1 CONCLUSIONES

#### Generales:

- La sociedad Guatemalteca presta poca o nula atención a la problemática del grupo humano del adulto mayor.
- No existe información que identifique las condiciones biológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor en los diferentes estratos de la sociedad Guatemalteca.
- Existe la necesidad sentida de apoyo al adulto mayor a través del trabajo profesional de psicólogos.
- La aplicación del programa de Ejercicio Profesional Supervisado de psicología puede constituirse en el inicio de asistencia a un grupo humano vulnerable en nuestra sociedad.

#### Específicas:

##### 5.1.1 Subprograma de servicio

- El adulto mayor en muchas ocasiones no tiene ningún apoyo familiar, lo cual afecta su estado emocional, ya que existe tristeza, enojo, falta de comprensión y atención.
- Uno de los mayores motivos de consulta del adulto mayor es la falta de actividades que lo tuvieran ocupado, ya que muchos de ellos se aburrían y desesperaban por la monotonía y la rutina en la que se encontraban.

##### 5.1.2 Subprograma de docencia

- Muchas de las personas asistentes a diferentes servicios del Hospital, no tienen ningún conocimiento de lo que es la psicología, ni de temas relacionados a la misma.
- Las personas asistentes a los diferentes servicios del Hospital, tienen un nivel muy bajo de conocimiento respecto a sus problemas emocionales.
- Existen variados temas que son de mucho interés para las personas que asisten a consulta externa, principalmente temas relacionados con los niños, como: problemas de aprendizaje y de conducta.

- El adulto mayor se muestra bastante interesado en recibir información que sea para su aprendizaje y le permita adquirir nuevos conocimientos, a lo cual se muestran receptivos.
- El adulto mayor posee poco conocimiento de la etapa actual de su vida y de las problemáticas que se pueden presentar, y sobre como enfrentar estos nuevos cambios.
- Existe necesidad en las personas que acuden al Hospital por conocer el origen de sus problemas y obtener ayuda para resolverlos.

### 5.1.3 Subprograma de investigación

- De la población de adulto mayor observada y atendida durante el Ejercicio Profesional Supervisado, se puede concluir que en su mayoría poseen conflictos emocionales derivados principalmente de dos aspectos que son el económico y el familiar, los cuales afectan la estabilidad emocional de la persona, así mismo las relaciones sociales y familiares.
- De los datos observados, se concluye que las personas que más se encuentran interesadas en su salud tanto física como emocional son las de sexo femenino, ya que ellas son quienes aceptan su problemática permiten con mayor facilidad la ayuda externa, se observó y se concluye que los hombres en su mayoría no aceptan que pueden estar atravesando por conflictos emocionales.

## 5.2 RECOMENDACIONES

### Generales:

- Dado el desconocimiento que existe en la sociedad guatemalteca con respecto a las condiciones de vida de los adultos mayores, es necesario que se investigue y se objetivice la realidad, para así planificar programas que apoyen a la totalidad de este grupo sin discriminación de ninguna clase.

### Específicas:

#### 5.2.1 Subprograma de servicio

En lo particular en el EPS desarrollado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt por los estudiantes de la Escuela de Psicología, se recomienda:

- Que se le dé seguimiento a los casos atendidos en encamamiento, tanto de medicina de hombres como de mujeres, para obtener una evolución en cuanto a la problemática y brindar el tratamiento adecuado.
- Que los casos de personas con diagnóstico de VIH sean atendidos en un lugar adecuado y privado, por comodidad y respeto a la persona a quien se está atendiendo, además que se brinde la información adecuada sobre su enfermedad, dando a conocer desde formas de transmisión hasta el tratamiento.
- Que exista una capacitación previa para las o los epesistas que se encargan de atender los casos de VIH referidos al departamento de Psicología, en donde se dé a conocer todo lo relacionado al tema con profundidad.
- Que se le sugiera a los adultos mayores, que de ser posible, asistan a la consulta acompañados por uno o más familiares para poder trabajar una terapia familiar, en donde se pueda interactuar directamente con el paciente como con la familia.

#### 5.2.2 Subprograma de docencia

- Que las personas a quienes se les da la charla sean quienes sugieren los temas que se exponen, para que exista mayor atención e interés en el tema, que las charlas sean principalmente participativas.

- Que exista un espacio adecuado y cómodo para brindar charlas interactivas, ya que muchas veces el espacio no permite tener diversidad en las charlas, no existe lugar para interactuar más directamente con las personas.
- Que se puedan hacer charlas interdisciplinarias, con médicos, enfermeras, y personal de otros servicios, incluyendo psicología, en donde se traten temas que puedan ser abordados por las distintas disciplinas.

### 5.2.3 Subprograma de investigación

- Que se realicen investigaciones relacionadas a la tercera edad, que puedan brindar información actual acerca del tema, que se obtenga información de personas que están atravesando esta etapa para que sea lo más veraz posible, ya que se observó que no existe mucha información acerca de investigaciones que den datos de la tercera edad, la información que se obtuvo no es concreta y en algunos casos solamente es aproximada a la realidad.
- Que se de a conocer toda la información posible acerca actividades y lugares para la recreación del adulto mayor quien es una parte importante y esencial de la sociedad, ya que no existe ninguna información de lugares dirigidos principalmente a los adultos mayores y a sus necesidades.
- Que se cree conciencia de la importancia y aporte del adulto mayor a nuestra sociedad, que sea valorado y tomado en cuenta para cualquier actividad así mismo para la construcción de nuevas áreas y espacios, ya que es una gran parte de la población actual, que según los datos obtenidos de las personas de la tercera edad con quienes se trabajó en el EPS, en su mayoría refieren que no existen espacios ni lugares dirigidos a ellos.

## BIBLIOGRAFIA

- Papalia, Diane, Rally Wendkos Olds  
**Desarrollo Humano**  
Sexta edición  
Editorial McGraw Hill  
México.  
Pg. 551
- Morris, Charles G. Morris Albert Maisto  
**Psicología General**  
Décima edición  
Editorial Prentice Hall  
México.  
Pág.430
- Cullari, Salvatore  
**Fundamentos de psicología clínica**  
Primera edición  
Editorial Prentice Hall  
México  
Pág.164.
- Biblioteca de Consulta Microsoft  
**Encarta**  
2004-2005
- Kluckhohn, Clyde. Henry Murria  
**Enciclopedia de psicología**  
Segunda edición  
Ediciones Grijalbo

México

Págs.716

- Coutier D., Camus A. Sarkar

**Tercera edad: actividades físicas y recreación**

Editorial Gymnos

España

- Paginas de Internet:

Psicología del adulto mayor

[www.enplenitud.com/nota\\_articuloid7324](http://www.enplenitud.com/nota_articuloid7324)

[www.enplenitud.com/nota\\_articuloid6891](http://www.enplenitud.com/nota_articuloid6891)

[www.gerontologia.docs](http://www.gerontologia.docs)

[www.latinsalud.com](http://www.latinsalud.com)

[www.wikitapedia.com](http://www.wikitapedia.com)

[www.desadocial.com](http://www.desadocial.com)

[www.prensalibre.com](http://www.prensalibre.com)

[www.diccionario.com](http://www.diccionario.com)

[www.prodigyweb.net.mx](http://www.prodigyweb.net.mx)