

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL, OCCUPACIONAL Y FORTALECIMIENTO DE
POTENCIALIDADES DEL ADULTO MAYOR QUE HABITA EN EL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT Y A LA ASOCIACIÓN DE LA PENSA EN EL CICLO
LECTIVO 2004

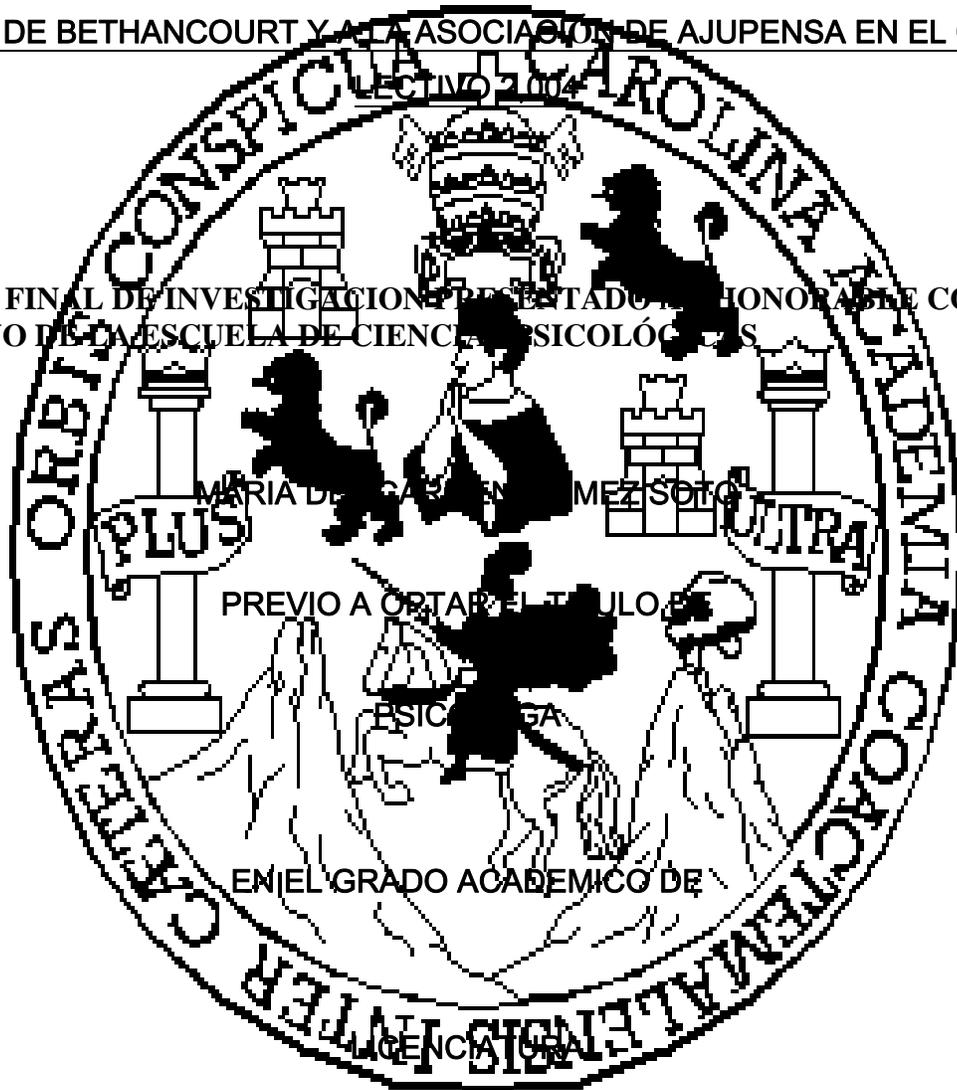
MARIA DEL CARMEN GÓMEZ SOTO

GUATEMALA, ABRIL DE 2005

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL, OCUPACIONAL Y FORTALECIMIENTO DE
POTENCIALIDADES DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT Y A LA ASOCIACION DE AJUPENSA EN EL CICLO

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



GUATEMALA, ABRIL DE 2,005

CONSEJO DIRECTIVO

**Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Estudiante Elsi Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

PADRINOS

**Licenciada Ana Irasema López
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
Colegiado No 7843**

**Licenciado Josué Samayoá Herrera
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
Colegiado No. 4360**

**Licenciada Ana Lilian Paredes Ochoa
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
Colegiado No. 8519**

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por permitirme conocerlo en la Santísima Trinidad que es Dios Padre, Dios Hijo, Dios Espíritu Santo.

A NUESTRA SANTÍSIMA VIRGEN:

Por enseñarme su humildad y sencillez y por ser mi segunda mamá.

A MIS PADRES:

Cristóbal Gómez Tun

Marcela Soto Chávez de Gómez

Por confiar siempre en mí y brindarme su apoyo incondicional. En especial a mi madre por ser mi mejor amiga.

A MIS HERMANOS:

Francisca, Velarmina, José, Oscar, Angélica.

Por darme su apoyo y cariño.

A MIS SOBRINOS:

Manuel, Selvin, Maicol, Catherine, Yaqui, Yamilex, Kimberli, Armando, Cristofer, y demás sobrinos.

Para que sigan adelante y ser muy especiales en mi corazón.

A MIS AMIGAS;

Vilma, Magda, Lisbeth, Flor y Any.

Por brindarme su apoyo en los momentos felices y tristes de mi vida y principalmente en mis estudios.

A MI COMUNIDAD:

Vida en el espíritu, por sus oraciones y consejos que me motivaron a seguir adelante en el camino del Señor.

A LAS PERSONAS:

Que de una u otra forma contribuyeron a que se hiciera realidad este éxito.

AGRADECIMIENTOS

Universidad de San Carlos de Guatemala:

Por darme la formación profesional y así obtener un nivel académico Universitario.

Escuela de Ciencias Psicológicas:

Por ser mi fuente de estudio y permitirme ser parte del grupo profesional de dicha institución.

A Instituciones como:

Instituto Neurológico de Guatemala especialmente a la Licenciada Silvia Vargas, por darme su apoyo y confianza.

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt por permitirme realizar mi E.P.S. y hacerme sentir parte del grupo que colabora en esta institución

AJUPENSA por la colaboración y apoyo al trabajo realizado y por permitirme integrarme a sus actividades.

A la licenciada:

Ana Irasema López por hacerme ver mis debilidades y fortalezas para ser mejor como persona y profesional.

A la Familia:

Mateo Cajas por brindarme su apoyo y abrirme las puertas de su hogar principalmente a Doña Juanita y Vilma.

A mis compañeras de Prácticas y E.P.S.:

Por brindarme su amistad, apoyo y confianza en mi persona.

INDICE

TEMA	PÁGINAS
3.2.1.1.1 SINTESIS DESCRIPTIVA	1 al 2
INTRODUCCIÓN.	3 al 5
CAPITULO I. ANTECEDENTES.	
1.1 Monografía del lugar.	6 al 11
1.2 Descripción de la Institución.	12 al 18
1.3 Descripción de la población Atender.	19 al 20
1.4 Planteamiento del problema	21 al 23
CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO	
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico	24 al 54
2.2 Objetivos.	55
2.2.1 Objetivo General.	55 al 56
2.2.2 Objetivos Específicos	56
2.2.3 Metodología de abordamiento.	56 al 59
CAPITULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
3.1 subprograma de Servicio.	60 al 70
3.2. Subprograma de Docencia.	71 al 82
3.3 Sub.-programa de Investigación.	83 al 89
3.4 Otras actividades y resultados	90 al 91
3.2.1.1.2 CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Subprograma de servicios	92 al 98
4.2 Subprograma de docencia	98 al 102
4.3 Subprograma de investigación	103 al 107
4.4 Análisis de contexto	107 al 109
3.2.1.1.3 CAPITULO V	
5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones Generales	110
5.1.2 Subprograma de servicio	111
5.1.3 Subprograma de docencia	111 al 112
5.1.4 Subprograma de investigación	112 al 113

5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones generales	113 al 114
5.2.2 Subprograma de Servicio	114
5.2.3 Subprograma de docencia	115
5.2.4 Subprograma de investigación	116
BIBLIOGRAFÍA	117 al 118
GLOSARIO	119 al 120
ANEXO	

SINTESIS DESCRIPTIVA

El informe del Ejercicio Supervisado titulado “ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL, OCUPACIONAL Y FORTALECIMIENTOS DE POTENCIALIDADES DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT Y A LA ASOCIACIÓN DE AJUPENSA. EN EL CICLO LECTIVO 2,004. Cubrió los sub-programas de: Servicio, Docencia e Investigación los cuales fueron abordados de la siguiente forma:

SUBPROGRAMA DE SERVICIO: se procedió a dar atención psicológica individual a los pacientes que desearon tener psicoterapia a los pacientes que asistían a consulta externa como interna del hospital y también fue una inquietud que manifestaron los miembros de la junta directiva de la Asociación de AJUPENSA que deseaban que se les diera atención psicológica al grupo Adulto Mayor. Con lo cual se llevó a cabo dando a conocer los horarios de atención psicológica y cómo pueden obtener la cita, se necesitó la utilización de la ficha psicológica que se tenía en esta institución para obtener los datos más esenciales de los pacientes y para llegar a la problemática se tuvo que consultar libros de referencia para dar un diagnóstico adecuado el que se basó en el Manual CIE-10, utilizando en el Hospital para dar los diagnósticos.

PSICOTERAPIA GRUPAL: Se dio una vez por mes, consistiendo en tema libre, dejando que los participantes decidieran comunicar en ese instante.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA: Se desarrolló en tres áreas el subprograma para los pacientes Adulto Mayor cuyo objetivo principal es dar a conocer al paciente de que no es tan esencial la edad que tengan sino lo que pueden realizar para su propia vida y así a la vez dándose a demostrar hacia los demás.

1. Se dieron charlas y talleres sobre temas relacionados con el Adulto Mayor y para esto fue necesario carteles, videos etc.
2. Terapia Ocupacional, se impartió actividades como manualidades, pintura, cocina, decoraciones etc. Lo que se pretendió es que la mayoría de las actividades fueran auto implementadas por ellos mismos estimulándolos, demostrando sus habilidades, creatividad; enseñando a los demás sus capacidades. Se impartió dos veces por semana.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN: Se observó y se realizó un cuestionario para conocer cuales eran las problemáticas que el Adulto Mayor estaba pasando en este momento, que no sólo afecta al paciente sino a todos los que rodea y porque no decirlo a toda la sociedad. Dicha investigación se llevó a cabo buscando bibliografía que sustentará teóricamente la problemática y así se confirmó con los resultados obtenidos por el cuestionario y todas las reuniones que se tuvieron con los diferentes grupos dónde se observó y evidenció cambios significativos en la vida de cada participante.

INTRODUCCIÓN

Es importante que al finalizar la carrera de psicología y tomando en cuenta la proyección social que se adquirió durante la etapa de formación de la misma, es necesario considerar la realización del Ejercicio profesional Supervisado, no solo como una medida para graduarse, sino como la oportunidad de confrontar la formación teórica- practica, adquirida durante la carrera y así se puso a prueba en las realidades objetivas que se enfrenta en nuestro país y que muchas veces no se toman en cuenta.

La realización de este informe sobre el Adulto Mayor, en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, surgió como una necesidad de crear un programa por parte del área de Psicología puesto que la demanda en atención de pacientes en el área de Medicina tanto en los servicios de consulta externa e interna permitía el desarrollo del mismo.

Anteriormente dentro del área de Psicología se atendía a los pacientes Adulto Mayor, pero surgió la necesidad de crear un programa específico para esta población en especial y con la cooperación de la Asociación de AJUPENSA se logró la formación de grupos integrados exclusivamente de personas pensionadas y jubiladas que desearon integrarse y formar parte del programa.

La inquietud de trabajar con el Adulto Mayor por que vemos a esta población diariamente en nuestra sociedad y que muchas veces no sabemos que en esos rostros puede existir una pena, un dolor, un sufrimiento, una alegría, una satisfacción, que en ocasiones no es compartido con los seres más cercanos por la falta de atención debido a las obligaciones de los mismos, adoptando una actitud de lo que este Adulto Mayor piensa, siente, hable no tiene importancia, sin darse cuenta que estas personas tienen necesidades que no lo deja vivir con tranquilidad, pero principalmente la búsqueda de la paz consigo mismo.

Con la atención médica conjuntamente con la atención psicológica, permitió que el Adulto Mayor manifestara mejoras en su salud, pues muchas veces las enfermedades que se presentan en los pacientes repercuten en su estado de ánimo a causa de experiencias que no han superado ó que no fueron tratadas a tiempo y conforme fueron pasando los años se fue complicando.

Es importante referir que tanto los médicos como el personal de enfermería permitieron la intervención del Área de Psicología en la atención en los pacientes Adulto Mayor y así realizar el trabajo de EPS en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en el departamento de Antigua Guatemala.

El deseo de trabajar con esta población es por qué al Adulto Mayor se toma como una persona que ya no puede dar nada, sin darse cuenta de que no vale la edad que se tengan sino las capacidades que tienen como ser humano y que muchas veces no tuvieron la oportunidad de desarrollarlas.-4-

EL informe tuvo como objetivo central el ayudar y orientar al paciente, a desarrollar y mejorar su Salud Mental, y así mejorar sus relaciones interpersonales con las personas que le rodean, además a que el Adulto Mayor tenga una mejor calidad de vida, aunque no en su totalidad pero que inicie los pasos para llegar a ella a pesar de lo que han experimentado a lo largo de su vida, además de superar aquellos factores que le ha impedido obtenerla como por ejemplo la pobreza, discriminación, guerra, etc.

El trabajar con el Adulto Mayor permitió que se diera a conocer el informe trabajado, ya que dicha población es importante abordarla, han dado su vida para que sus seres queridos sobresalgan y más adelante suelen ser abandonados por no ser personas productivas para la familia y la sociedad.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES.

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

La aldea de San Felipe de Jesús del municipio de Antigua Guatemala, Sacatepequez, se encuentra ubicada al norte, por la carretera departamental de Sacatepequez que actualmente se encuentra asfaltada a una distancia poco menos de 1 Km. Iglesia 1,555 mts.

El acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935 suprimió el municipio San Felipe de Jesús y lo anexó como aldea a Antigua Guatemala.

La aldea de San Felipe de Jesús 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 pié de las colinas de “EL Rejón”, a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por excelente carretera asfaltada. El nombre de San Felipe de Jesús se le dio para rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, ya que San Felipe de Jesús nació el 1 de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en el Nueva España , pocos meses antes, San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en las islas de Nagasaki, Japón dando así testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que en 1760 fue consumido por el incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe apóstol, patrono del oratorio, así como la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente; a iniciativa del presbítero Don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

Entre 1768 y 1770 el arzobispo doctor Pedro Cortés y Larraz realizó visita pastoral a su diócesis. Mencionó que a la Parroquia de San Sebastián pertenecía el pueblo de San Felipe, sin indicar número de familias ni habitantes, por no haberlo dado el cura don Carlos Suncín. En 1867, considerando que el mismo era insuficiente, a propuesta del Presbítero don Manuel Leal se construye una iglesia más formal y más amplia, de calicanto, estilo barroco, mejorando su atrio con la construcción de pilastras y colocando una hermosa verja de hierro que, con mucha pompa se puso al servicio religiosos, estrenándose el 28 de agosto de 1870.

En 1978 se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia quedando terminada en 1984. El 1 de diciembre de 1984 se consagró el Santuario y el Altar Mayor; en 1986 es elevada a la categoría de vicaría episcopal, el 27 de julio de 1986 por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado para ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa.

El 2 de mayo de 1986 es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Revmo, Monseñor Próspero Penado del Barrio, ex – arzobispo de Guatemala.

En la aldea de San Felipe de Jesús, el mayor vicio era el de la embriaguez, la cual causaba que algunos habitantes de esta población cometiera homicidios, hurtos y discordias.

Su altura: Sobre el nivel del mar es de 1,535 metros, goza de un clima templado y agradable, durante casi todo el año.

Población: De acuerdo al último censo de 1996, la aldea de San Felipe de Jesús tiene una población de 7,000 habitantes, integrada de la siguiente forma:

Hombres: 3,500

Mujeres: 2,000

Niños: 1,500

Orografía: La aldea de San Felipe de Jesús colina con el cerro de la Cruz y está al pie de la colina de El Rejón, a dos kilómetros al norte de la ciudad de Antigua Guatemala, entre sus principales fincas cafetaleras están La Quinta y La Folié.

Su caserío: El Llano y Cerro de San Felipe.

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

Integración Económica: Sus habitantes se dedican a la agricultura en su gran mayoría, existiendo además excelentes artesanos y profesionales, de los cuales muchos trabajan para el Hospital Nacional Pedro de Betancourt.

Aspecto Social: El núcleo familiar, tiene un promedio de 5 a 7 integrantes esa es la media, hay familias con más integrantes. Su idioma es el español.

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.

Festividades: Se celebra la de 1 de mayo cuando celebran la fiesta patronal de San Felipe Apóstol, con actos religiosos, culturales y deportivos, sociales y populares, también la del jueves de Ascensión del Señor, la del Corpus Chisti y la Navidad.

Centro Educativos: Además, la aldea cuenta con una escuela rural mixta llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y un colegio llamado centro pedagógico antigüeño que atiende nivel primario, básico y diversificado.

Histórico Antropológico: Es una área de la etnia Kaqchikel, entró en contacto pleno con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior colonización en los siglos XVII y XVIII. En la región de Sacatepequez, quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejercito de conquista.

Por un lado, está presente la herencia española y occidental con su temática específica, que aún recuerda las antiguas formas literales medievales y renacentistas; y por el otro, la herencia de la tradición oral kaqchikel. No obstante, estos legados orales se encuentran amalgamados y sincretizados por el largo proceso histórico y convertidos en auténticas joyas de la literatura oral guatemalteca.

Don Domingo España, de la calle Ancha de los Herreros, camino a San Felipe de Jesús, afirma que “quienes se echan los cheles de los perros en los ojos, pueden ver a la muerte y a los rezadores, porque tales legañas, son lágrimas que los animales derraman cuando los miran y es cuando se lo cargan a uno los rezadores.

Socio Cultural: La aldea de San Felipe de Jesús es un centro turístico-religioso donde se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso, no sólo por visitantes de Guatemala, sino de Centroamérica y México.

Una población profundamente cristiana católica mantiene dentro de sus tradiciones, las hermandades que corresponden a las distintas imágenes. Tanto las hermandades como las numerosas y distintas cofradías mantienen una constante actividad durante todo el año.

Se dedican los pobladores de esta Aldea a la Agricultura como el café, maíz, frijol, verduras, cariada, hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases. Entre la artesanía se puede mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad. Una gran parte de sus habitantes se dedican a realizar ventas de comida típica en la plazuela central de la aldea como: atol, arroz en leche, dulces típicos del área, rellenitos.

Ideológico Político: No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala y la alcaldía auxiliar de la Aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con un Comité pro – mejoramiento para la aldea. La Auxiliatura está integrada por un auxiliar de la alcaldía y un encargado de repartir la correspondencia a toda la aldea.

1.2 DESCRIPCION DE LA INSTITUCIÓN:

Cuando se construyó la Catedral de Guatemala, se dispuso que las rentas de los diezmos de las iglesias se separaran la novena y media parte de la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos. Se trataba de favorecer a los sacerdotes, diáconos y subdiáconos pobres que enfermaran, pero como las rentas de la iglesia eran mínimas, los obispos y el cabildo eclesiástico dispusieron que el producto de la disposición sirviera para repartir el dinero como limosna que se daban los sábados en la misma iglesia y así se acostumbró hasta el año 1646 en que el Obispo Dr. Bartolomé González Sotero, observando que ya entonces las rentas había aumentado dispuso suprimir las limosnas y construir un Hospital para eclesiásticos, desde luego se comprara una casa o predio donde se construyera éste.

No faltó sin embargo lo inesperado, el Obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 15 de octubre de 1654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazando el 3 de noviembre siguiente.

Hecha la bendición de la casa, así como de la primera piedra para la iglesia, que hizo Fray Payo Enríquez de Rivera, 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.

Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

Los religiosos de San Juan se hicieron cargo de la administración del Hospital, en mayo de 1663 y el 2 de diciembre del mismo año, cuando tanto el Hospital como el Templo ya estaban terminados, fueron bendecidos por el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera, trasladándose enseguida provisionalmente la catedral al referido templo, hasta el 6 de noviembre de 1680 en que se estrenó la nueva.

Con el terremoto de 1773, la situación varió completamente, las casa de beneficencia pública sufrieron trastornos y el Hospital que se encontraba tan ordenado, se vio en circunstancias tan aflictivas por el hecho de tener que atender no solamente al elemento clerical, sino a toda clase de personas.

Se construyó todo lo que se pudo, especialmente se hizo su iglesia, que se estrenó el 24 de octubre de 1869 con el nombre de San Juan de Dios, pero la suerte se presentaba tan voluble, pues a causa de generalizar el servicio para hombres, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos tuvieron que dejar la administración, sustituyéndolos en 1865 las hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa. Las hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en 1869, fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad.

Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

Hoy la Institución se conoce como Hospital Nacional “Pedro de Betancourt” y su nueva ubicación es en la aldea de 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 por año, fue inaugurado el 1991 y un año más tarde inició 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 de donde depende, así como de la Dirección Área de Salud.

Está compuesto fundamentalmente por una Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, por una Sub – Dirección Ejecutiva y una Sub – Dirección Administrativo Financiera de la primera subdirección se desprenden todos los servicios Médicos y Servicios Técnicos de Apoyo de la segunda se desprende la Jefatura Administrativa y Financiera de donde dependen todos los Departamentos Administrativos y el Recursos Humanos, teniendo también ingerencia en los servicios Técnicos de Apoyo.

LOS OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE BETHANCOURT:

- 1.- Prevenir enfermedades (atención primaria)
 - a) Saneamiento del medio.
 - b) Educación sanitaria.
 - c) Control del niño sano.

Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

2.- Curar Enfermedades (atención secundaria)

- a) Atención de Pacientes agudamente enfermos con tratamiento Médico quirúrgico.
- b) Atención del paciente ambulatorio.
- c) Educación para recuperar la salud.
- d) Atención de la madre embarazada.

3.- Rehabilitación (atención terciaria)

- a) Educación para mantener la salud.
- b) Integración al hogar.
- c) Seguimiento en Consulta Externa o en la comunidad.

Factores del Centro: Baja morbi – mortalidad del área de influencia.

Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Crecimiento y Desarrollo, Medicina de Mujeres, Medicina de Hombres, Cirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Cirugía Menor, Terapia del Lenguaje, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Curaciones Varias, Servicio Social, Farmacia Interna y Externa, Programas para Diabéticos y Emergencia.

Recursos Físicos, Equipo y Materiales: El Hospital Pedro de Betancourt cuenta con cuatro niveles los cuales son suficientes para cubrir cada uno de los servicios que presta. También cuenta con un salón de Dirección que sirve para sesiones o charlas, así como un salón de usos múltiples para el personal de la Institución con capacidad para aproximadamente 35 a 50 personas. Servicios Sanitarios higiénicos y desinfectados; en cada uno de los niveles cuenta con sanitario y duchas tanto para pacientes internos, externos como para el personal del Hospital. Recurso Humano: Cada Departamento Médico del Hospital cuenta con un equipo que comprende : 2 médicos graduados con especialización por servicio, los que se encargan de pasar visita diaria en las primeras horas de la mañana, 2 enfermeras graduadas, quienes se encargan de supervisar la debida administración de fármacos a los pacientes de cada departamento, 4 enfermeras auxiliares, quienes se encargan de administrar medicamentos y estudiantes de medicina quienes pasan visita conjuntamente con los médicos y chequean signos vitales de los pacientes. Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

Los Departamentos Administrativos cuentan con un equipo conformado por un jefe por cada Departamento, una Secretaria y el equipo de personas necesarias por departamento de acuerdo al tipo y volumen de trabajo. De conformidad con los listados existentes actualmente 430 empleados en todo el Hospital, no incluyendo a los trabajadores del renglón 029, sino únicamente a los de 011. Así mismo se da una breve descripción de la Institución dónde se realizó el sub-programa de Docencia.

Hace exactamente 8 años precisamente a las 15: 30 horas del día viernes 16 de agosto de 1996 se reunieron 14 maestros jubilados de Sacatepequez en uno de los salones de clase del Instituto Normal para Señoritas “Olimpia Leal” INSOL de esta ciudad, situado en la 5ª. Calle poniente no. 15, con el propósito de organizar al magisterio jubilado del departamento de Sacatepéquez, en una institución propia de ese carácter, para conocer la importancia de organizarse en una institución de conformidad con el punto séptimo del Acta no. 1 fraccionada el 16 de agosto de 1996, se integró la Junta Directiva Provisional en la forma siguiente: Presidente, Vicepresidente, Tesorera, Secretario y vocales del 1 al 3.

La licenciada Miriam Sagastume de Sos, aun Directora del INSOL, autorizó el permiso para seguir realizando sus reuniones en el citado instituto, en las cuales centraron toda su atención en la discusión sobre el anteproyecto de Estatus de la Asociación.

Psicóloga. López, Irasema, Hospital Nacional Pedro de Bethancour.

Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez, Antigua Guatemala

La institución quedó constituida como ASOCIACIÓN DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE SACATEPÉQUEZ “AJUPENSA” , en escritura pública no. 15 del protocolo del Licenciado Antonio Paz Arriola el uno de febrero del año dos mil y en la misma fecha, se realizó la inscripción correspondiente en la Partida no. 1, a folio 20 del Libro 1 de Asociaciones del Registro Civil de la Antigua Guatemala, con lo cual AJUPENSA nació a la vida jurídica. Aquí cabe mencionar la valiosa colaboración del Lic. Paz Arriola, quien además es el Asesor Jurídico de la Asociación; ambos servicios prestados totalmente en forma ad-honorem.

Las actividades desarrolladas por la Asociación son ampliamente conocidas por los presentes, por su participación en las mismas o a través de boletines informativos que contienen la Memoria de Labores, Conferencias, excursiones, diversas celebraciones, grupos de baile, teatro, coro, gimnasia, tai – chí , caminatas, etc.

Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez, Antigua Guatemala

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y fue dirigido a pacientes, entre las edades de 39 a 85 años, que pertenecen a la Asociación de Jubilados, y por esta asociación invitaron para que participaran los que asisten a Gimnasia, TAI-CHI en el salón Confede, ubicado en Antigua Guatemala, carretera a San Felipe, frente a colonia El Manchen, los cuales los realizan gracias al programa que abrió el Ministerio de Cultura y Deporte para Adulto Mayor, los días lunes, martes y viernes de 8:00 a 9:00 de la mañana el primer grupo, de 9:00 a 10:00 de la mañana el segundo grupo de gimnasia; miércoles y jueves Tai-chí de 9:00 a 10:00 de la mañana..

AJUPENSA a su vez tienen una Junta Directiva los cuales toman las decisiones y la planeación de las actividades de todo el año, tomando en cuenta lo sociocultural, cultural, social, político, deportivo, festivo, etc. Y así comunicarle a la Asociación si está de acuerdo o cambian alguna actividad el día que realizan esta reunión, ellos lo determinan dependiendo la disponibilidad que tengan los integrantes de esta junta directiva; cada cuarto jueves del mes tienen junta general con todos los asociados de AJUPENSA para que estén informados de lo que se está realizando y que participen en dichas actividades. La población es mixta es decir de hombres y mujeres, la mayoría son jubilados y por esa razón asisten al programa, en el caso de algunas mujeres aún se dedican como amas de casa y otras que son jubiladas.

Una parte de la población que se atendió son profesionales pero que ya están jubilados y otros no, pero que saben leer y escribir, que desempeñaron trabajos como albañiles, carpintería, etc.

La población atendida son procedentes del Municipio de Antigua, ladinos e indígenas, con una condición económica media o media baja.

En los aspectos psicosociales que enfrenta el Adulto Mayor son en primer lugar lo económico porque ya no pueden dar el dinero que antes podían dar a sus familiares, social porque los tratan como personas que ya no pueden valerse por sí mismos, la llegada de que le digan que ya no podrá seguir en sus trabajo por llegar a una edad avanzada, y verse que cada día que pasan van acercándose a la muerte y no poder detenerlo y que su piel se va arrugando más.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sobre lo trabajado en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt , AJUPENSA, Gimnasia y Tai- Chí, se dio a conocer que el Adulto Mayor presenta síntomas que lo pueda llevar a trastornos emocionales como consecuencias de las siguientes problemáticas: duelos no resueltos que pueden ser por la perdida de su pareja, hijos, padres, que frecuentemente tienen mucho tiempo guardado en el interior, que con los años se manifiestan con enfermedades cardiovasculares, digestivos, dolores de cabeza, dolores inexplicables que aparecen y emigran de un lado a otro del cuerpo y cuando se les atiende en psicología , por un tiempo se desaparecen las molestias cuando ellos logran sacar todo esto que le afecta. Otros problemas son culpa, sentimientos reprimidos, sentimiento de soledad, trastorno de sueño, apetito, ansiedad, fobias etc.

Y todo esto le afecta más por la incomprensión de sus familiares de aceptarlos a ello pero así también por parte de ellos de creer que aún tienen la responsabilidad de sus hijos en cuidarle a sus nietos a veces prácticamente todo el día y así olvidarse de que ellos necesitan en estos momentos ocuparse de sus propias actividades comunes. El de cuidar a sus nietos por parte del adulto mayor no sea una obligación sino el caso lo amerite.

El problema de que cada día que pasa se van envejeciendo más y ya no tienen las mismas fuerzas o habilidades de antes sin darse cuenta que si algunas potencialidades no las pueden ejercer a un 100 por ciento, pero eso no quiere decir que no hay otras que durante adulto las habían dejado olvidado y es el momento de saber que en el mundo los esta esperando a que las desarrollen y las den a demostrar para ellos mismos y así a los demás.

La falta de motivación de parte del Adulto Mayor, en la asistencia a la Asociación específicamente para ellos y no tengan la iniciativa de involucrarse en sus actividades que les ofrecen y que muchas veces no les ponen importancia.

Y así darse cuenta de que como ser humano debe de seguir siendo no por lo que pueda dar sino como alguien que pueda superar esa gran etapa que ahora le permite conocer más de sí mismo. Y el poco trabajo que se ha dado a ellos no les permite conocer los beneficios que puedan obtener si se ve la labor hoy por hoy.

Una población que pertenecen al grupo de Adulto Mayor, que trabajó en instituciones privadas o del gobierno, que durante el tiempo que laboraron pagaron mensualmente una cuota para obtener derecho a los servicios que presta el I.G.S.S. hasta llegar el tiempo de su jubilación, para que les otorgan una mensualidad significativa que a veces no es suficiente para cubrir las necesidades básicas y por iniciativa propia los jubilados se han reunido para exigir sus derechos en el I.G.S.S. y han logrado que desde hace dos años les den un aguinaldo en Diciembre.

Y ante la sociedad que no les dan el lugar que les corresponden como ciudadanos, para eso hay que iniciar con la familia para que ellos vean que sus padres, sus abuelitos son personas que valen mucho y que como ellos están ahorita necesitan más de su apoyo para sentirse bien y así demostrarlo hacía los demás que lo rodean.

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO.

2.1 ABORDAMIENTO CIENTIFICO TEORICO METODOLOGICO:

“Desde el último siglo A. de C. Se considera que son los puntos de vista básicos sobre los cuales toda la humanidad cuestiona el envejecimiento: prohibición de la vida activa, disminución de fuerzas físicas, privación de todos los placeres y la proximidad a la muerte. (1)

A través de la evolución de la humanidad se han adoptado diversas actitudes respecto a la tercera edad; por ejemplo, en sociedades primitivas ni siquiera estaban definidos las etapas por las que atraviesa el ser humano, en otras en cambio, asumían la actitud de que con sólo realizar un rito mágico el individuo actuaría de manera distinta a la etapa anterior.

Es de hacer notar que en sociedades primitivas, en donde el anciano tiene la oportunidad de enviudar o volverse débil y enfermizo, es relegado a un segundo plano y es ignorado en el mejor de los casos, porque para otras sociedades la vejez es tan terrible que algunos prefieren morir antes de ser enterrados vivos.

(1) ERBA, CARLO. DETERIORO CEREBRAL SENIL, (Milano, Italia: Centro de publicaciones científicas, 1983.

En la sociedad actual, donde impera la industrialización, se han establecido nuevos parámetros para evaluación de su población tomando en cuenta su eficiencia y productividad, en donde el individuo de tercera edad ya no tiene cabida, excluyéndolo y desvalorizándolo con la consecuencia del menosprecio hacia él.

Actualmente este sector antes olvidado, ha empezado a ser causa de atención, debido al incremento de la población de tercera edad, como consecuencia de los avances médicos y tecnológicos que existen y por el aumento de enfermedades degenerativas invalidantes.

Por lo anterior, se hace necesaria la urgente atención de la sociedad ante la población selecta, para evitar que ésta se convierta en un problema social, pues aunque no lo sea, la misma sociedad ha causado esta situación al no buscar alternativas de solución a los problemas de este sector.

En Guatemala se dio la tarea de trabajar con el Adulto Mayor en el año 1997 gracias al Ministerio de Cultura y Deporte, la cual no fue fácil porque no se le daba importancia esto permitió dar a conocer al Adulto Mayor como una persona llena de capacidades; a pesar de la edad que tengan pueden dar provecho para vivir mejor él mismo y así a todos los que lo rodean. Se dio inicio en la capital de Guatemala con el club de baile en el Centro Deportivo de Gerona ubicado en la 15Av. 13-52 zona I de la capital y desde entonces decidieron abrir un programa que permitiera al Adulto Mayor involucrarse más.

Y lo consiguieron y ahora hay diferentes puntos dónde se llevan a cabo estos programas los cuales son:

Zona I: Centro Deportivo Gerona, Salón Megalas.

Zona 5: Salón de Iglesia Santa Ana.

Zona 7: Parroquia San Vicente de Paúl, Salón Iglesia Santa María, Salón Parroquial San Pablo Apóstol, Salón Parroquial San José Obrero.

Zona II: Salón Iglesia de Cristo de los Últimos Días, Salón Social de la Colonia Ciudad Real II.

Zona 12: Salón Iglesia Jesús Resucitado.

Zona 18: Salón AVRA, Asociación de Vecinos Residenciales Atlántida.

Zona 19 La Florida: Centro de Usos Múltiples (Salón Social).

Zona 21: Salón Social Comunal Justo Rufino Barrios.

Mixco: Zona 3: Centro de Usos Múltiples del Instituto Experimental Lcda. María Ponce Velíz. Zona 5: Salón Comunal, Colonia 1ro. De Julio.

Zona 6: Salón Parroquial Guadalupana.

Zona 8: Salón Parroquial San Antonio Maria Claret.

Villa Nueva: Salón Municipal Santa Isabel I, Salón Cooperativa de Trabajadores del IGSS. Villa Canales: Auditorium Municipal de Villa Canales, Salón Parroquial.

Antigua Guatemala: Salón Confede.

Cada Departamento tiene diferentes costumbres que a veces impiden al paciente conocer estos programas. Este programa consta de 4 subprogramas los cuales son:

Recreativo: Actividades de grupos artísticos, pintura etc.

Físico: Centro de gimnasia, baile, tai-chí, caminatas etc.

Educación y salud: Charlas, conferencias, seminarios etc.

Voluntariado: Instructores para bailes tanto Nacional como para Internacional.

El programa para el Adulto Mayor por parte del Ministerio de Cultura y Deporte, tienen el día lunes, martes, Gimnasia; miércoles y jueves TAI-CHÍ, el cual está organizado por la asociación de Jubilados.

Así mismo debemos recordar que la tercera edad es de las pérdidas y muchas veces los síntomas son recursos para evitar el dolor psíquico que provocan las amenazas de quedar desamparado y los sentimientos de abandono.

El “que” hacer se relaciona con la actualización de las potencialidades del Adulto Mayor para ofrecer un sentido más digno a la supervivencia, una utilización del pasado para enfrentar el presente y la confrontación con la inevitabilidad de la muerte, tratando de obtener ligeros cambios en los pensamientos, actos y sentimientos que faciliten el aumento de la dignidad y la autoestima.

El “como” tiene que ver con la adaptabilidad a nuevas situaciones, la participación en actividades que resulten gratificantes y la aceptación de cierto grado de dependencia como una característica típica del proceso de envejecimiento para llegar a una Salud

Mental.

Salud Mental se define como el bienestar y felicidad (2). Como la población indígena fue la más afectada por la guerra y sometida a desplazamientos externos e internos, los fenómenos naturales, como sismos, erupciones volcánicas y huracanes; durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones muy traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y perdieron su pequeño patrimonio. Apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica. Se descuidó la naturaleza, que incluso – como consecuencia de la guerra se destruía. (3). Después del conflicto armado se considera que se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propias del indígena guatemalteco; “los ancianos no pudieron transmitir sus enseñanzas”. Consideran pernicioso la influencia de las costumbres de la capital y la influencia de los medios de comunicación masivos (4).

(2) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala, Centro América. SALUD MENTAL. Normas de Atención y Manual de referencia para la aplicación de las normas.

Pág. 1.

(3) (4) Salud mental en Guatemala, experiencias 1997-2001. RECUPERANDO LA ESPERANZA. Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS) – Guatemala.

Para enfrentar esto el individuo dispone de los mecanismos individuales de afrontamiento que se ha desarrollado a lo largo de la vida, pero también esto será muy importante de las redes de apoyo familiar y social. De la manera en que se puedan manejar estos factores de protección dependerá mucho el éxito de las intervenciones psicosociales.

El principal proveedor y financiados de servicios de salud mental es el MSPAS, le sigue en orden de importancia el IGSS. Dado los elevados niveles de pobreza existentes, sólo una pequeña fracción de la población puede acceder a servicios privados mediante pago directo o aseguradoras. (5).

Las experiencias deben ser realistas, enfocadas al presente, a mejorar las relaciones interpersonales y al comprometimiento de la familia en los esfuerzos por lograr que el anciano no se considere un estorbo o alguien “fuera de juego”. No podemos ignorar que la sociedad ofrece escasas oportunidades para enfrentar la vejez, la muerte y el “viejísimo” que tiende a explicar como lógica toda deficiencia del paciente Adulto Mayor incluyendo la muerte: ¿Qué edad tenía ...”Vivió más de lo que vamos a vivir nosotros”. Los ancianos hacen gran resistencia a los cambios, y la rigidez y el conservadurismo los hacen sentir más seguros. Tienen una habitual desconfianza ante lo desconocido y lo nuevo, tienden a centrarse en sí mismo y a evitar en los posibles las modificaciones en su rutina y de su entorno.

Debemos fundamentalmente incrementar la interacción social. Un hombre es realmente sano cuando es capaz de contribuir a modificar su ambiente y cuando tienen la vivencia de que su opinión, su criterio, sus decisiones o sus deseos pueden ser valorados por los otros. Hay que hacer el esfuerzo por orientar a nuestros pacientes en su realidad y revisar la vida presente, tratando de introducir remotivaciones que faciliten el seguir viviendo con un mínimo de entusiasmo y con la certeza de que la vida merece ser vivida. La integridad de si mismo contra desesperación; al final de todo, emprendemos la última etapa de la vida cuando la tarea principal es la de seguir siendo, sin desesperarse, un ser humano integrado, a pesar de las presiones físicas y ambientales que fomentan la desintegración. La psicología de la Ancianidad es casi tan raquítica como la psicología de la adultez media, inclusive los términos que se usan para describir esta etapa de la vida tienen un toque de fingimiento. (Friedenberg 1959)

se queja de que el lenguaje tan rebuscado que rodea toda el área de la adolescencia refleja cierta ambivalencia en la sociedad con respecto a las personas de esa edad. Si generalizaciones tan arrolladoras como éstas tienen algún mérito, lo mismo se podría decir del lenguaje que rodea a la vejez. La vejez indica un dejar algo, una salida. También conocido como el proceso de senescencia o envejecimiento es biológico-social, en él ocurren alteraciones que varían de una persona a otra. La comprensión de estas alteraciones conduce a la persona a una vida más satisfactoria y a una mejor adaptación a esta etapa.

RELACIONES SOCIALES EN LA TERCERA EDAD.

Debido a la pérdida de empleo, autoestima, reducción del rendimiento físico y la declinación mental, se producen cuadros severos de depresión; además, muchos familiares y amigos han muerto, ya ni siquiera se cuenta con la compañía de la pareja y con esto viene la soledad, que es el problema más frecuente en la tercera edad. Son muy pocos los individuos que tienen razones para mirar con optimismo al futuro, la gran mayoría se considera ya en la fase final. A este respecto tienen gran valor las actividades sociales, en donde el individuo puede entrar en contacto con otros igual a él.

“Las personas de tercera edad o senescentes, poseen la capacidad de madurar y aprender muchas cosas. En esta edad pueden gozar pasatiempos que se tuvieron que posponer por tener la responsabilidad de los hijos. Por esta razón la Terapia Ocupacional ofrece incentivos para mejorar, estimular y desarrollar en el Adulto Mayor habilidades que permiten su integración psicobiosocial y por qué no decirlo, también económicamente. (6). Como productos de su propia evolución, el ser humano se comportará de manera diferente al llegar a la tercera edad, influenciado por aspectos físicos, económicos y sociales. FÍSICOS. Enfermedades cardiovasculares, cancerosas, accidentes por pérdidas de coordinación motora y la diabetes, son causa de una alta tasa de mortalidad en la edad avanzada, que con una buena nutrición, ejercicios adecuados y cuidados médicos regulares pueden, si no prevenirse, disminuirse.

(6) Ibidem Página 32. (1).

ECONÓMICOS. Este es sin duda alguna el más importante para aquellas personas que llegan a la edad avanzada, puesto que se ve a menudo que sostienen familias enteras. Puede afirmarse, entonces, que la jubilación deriva en la mayor pérdida económica a la que el individuo debe enfrentarse llegada la vejez. El saber que el monto de las pensiones recibidas no se ajustará a su realidad económica, es lo que obliga al de tercera edad a postergar su jubilación aparte de esto, deben mencionarse las importantes repercusiones que a nivel personal y familiar representa la jubilación. El tener que aceptar la ayuda de los hijos viene a crear un sentimiento de minusvalía en el jubilado que se considera una carga, creando desde aquí una alteración en la relación con ellos.

PSICOSOCIALES. A lo largo de la vida, el ser humano se enfrenta a sucesos que generan tensión, definiéndose esta como un estado de angustia por la incertidumbre frente a un acontecimiento que no se sabe cómo resolver. Dependiendo del tipo de personalidad, cada ser humano responde diferente ante cierta situación. Muchos son los eventos que pueden provocar en el anciano altos grados de tensión, el mismo envejecimiento, la jubilación, pérdida de seres queridos y el enfrentarse a la muerte. La problemática de la población anciana no ocurre solamente debido a las alteraciones de sus capacidades, sino en la actitud de la sociedad en general.

El problema central de los ancianos es vencer los obstáculos, así como resolver las dificultades que surgen mediante el esfuerzo que hace para adaptarse a los cambios psicológicos y sociales que acontecen la llegada a la tercera edad.

Es importante remarcar la influencia de los aspectos sociales, ya que si bien es cierto que cada persona tiene su peculiar manera de ser, cada crisis vivida deja tremendas huellas en la personalidad de cada individuo.

Sintetizando podemos definir a la tercera edad como una etapa o período crítico debido a la serie de pérdidas y que implica enfrentar al anciano a una nueva forma de vida que se caracteriza por pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes, estados de depresión, temor ante su futuro y a su deterioro biológico, aparición o reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas, disminución de relaciones sociales y con esto la reducción del círculo de comunicación y de su actividad, actitud de rechazo de la sociedad y la familia por considerarlo un ser problemático.

La vejez es una experiencia que se vive de acuerdo a la calidad y estilo de vida que hemos observado a lo largo de nuestra vida, es indispensable entonces, la educación para la vejez y conocer lo que ésta nos depara, para evitar que nos tome desprevenidos y así se facilite su adaptación, con este encontramos caminos adecuados para seguir manifestando la energía y la creatividad de que se dispone.

Para Ericsson es la última etapa que enfrenta el ser humano y la ha denominado como: 8. INTEGRIDAD O DESESPERACIÓN: La última etapa de la vida, el período de integridad o desesperación, viene con la vejez.

Es momento de enfrentar lo que Ericsson llamó las últimas preocupaciones. “El sentido de integridad del yo, que incluye nuestra aceptación de un ciclo vital único, con su propia historia de triunfos y fracasos, provee un sentido de orden y significado en nuestra vida y el mundo, así como un amor nuevo y diferente de padre (7). Aunado al sentido de identidad del yo, aparece una conciencia del valor de muchos otros estilos de vida, incluidos aquellos que más difieren de los nuestros.

La integridad trae consigo un punto de vista total, una capacidad de ver nuestra vida como una unidad y los problemas humanos en un contexto general. En palabras de Sheehy (1995) La integridad del yo es la adquisición de la capacidad de albergar un “Amor posnarcisista”.

Si no nos aceptamos, es probable que caigamos en la desesperación por sentir que el tiempo es corto, demasiado poco para comenzar nuevo. Quienes terminan desesperados pueden amargarse por lo que pudieron haber sido, y se lamentan constantemente. “Si yo hubiera”. La desesperación se manifiesta en forma de miedo a la muerte o en un rechazo de los valores, instituciones y estilo de vida de los demás.

Hoy, a medida que la esperanza de la vida aumenta, tenemos una población de gente mayor activa y sana cada vez más grande. Nuestro modelo de vejez evoluciona a medida que los parámetros del envejecimiento cambian. Una de las contribuciones más importantes de Ericsson ha sido una nueva teoría del envejecimiento. (Weiland, 1994).

(7) Fadiman James. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. 1979. Pág. 78.

Las actitudes que el Adulto Mayor adopte durante esta etapa, pueden ser adecuadas o inadecuadas para enfrentar situaciones que se presenten durante la misma. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Por lo mismo que las actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivo – emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente. La persona puede llegar a la tercera y cuarta edad, ser adulto mayor, anciano, viejo, o como queramos llamarlo, y puede ser testigo de su deterioro físico, a la vez que mantener incólume su crecimiento psíquico. La integridad es vista aquí como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado de espíritu cuyo componente especial es el auto aceptación. Refiriéndose a dicho estado de espíritu Edmund Sherman dice que Es la aceptación de la realidad, la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de las ilusiones... Sin embargo, varios no llegan a liberarse de sus objetivos no realistas (que acarician a menudo sin saberlo), y los sentimientos de fracaso, frustración y decepción que resulta inevitablemente la desesperación.

Lo importante es que el individuo acepte y asuma lo que él es en verdad, y no lo que los elementos estresores y ansiógenos de la sociedad le pretendan imponer. De ahí que sea necesario incluir en nuestros programas universitarios y de otras organizaciones los planes que permitan entregar a todo ser humano la formación que necesita para aprender a envejecer. Esto significa, entre otras cosas, desarrollar la autoestima y aprender a manejar las propias emociones (destreza emocional), pues ello contribuye a una mejor calidad de vida. El éxito de la vejez consiste en vivir esta última etapa de la vida como un período de crecimiento (8).

Sentido de la felicidad humana y presencia de la muerte: felicidad y muerte parecen a simple vista dos términos mutuamente excluyentes. La felicidad como anhelo y aspiración de todo ser humano es la motivación que está en la base de todas las demás motivaciones; ella es la aspiración de todo hombre y mujer desde que nace hasta que muere ¿Pero es posible la felicidad cuando en la vida se incluye el horizonte de la muerte? La muerte tiene sentido cuando la vida está llena de sentido, el cual es correlato de la felicidad. El horizonte de la muerte nos obliga a seleccionar bien los elementos que son vitales para nuestra vida, y nos lleva a organizar nuestra escala de valores diferenciando bien entre fines y medios, entre lo que es importante para la vida y lo que es sólo secundario.

(8) José Luis Ysern de Arce Universidad del Bio-Bio. Chillán, Chile. Noviembre 1999.

La perspectiva de la muerte nos ayuda a ser libres, a no apegarnos excesivamente a las cosas que ejercen dominio posesivo sobre las personas y pueden ahogar nuestras ansias de felicidad, libertad y estados emocionales anímicos (lo que ya es bastante importante) sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico y somático. Estudios modernos prueban que el enfermo se recupera mejor si además de los cuidados médicos y fármacos cuenta también con toda esa red de arropamiento acogedor que representa.

Pero la autoestima (inserta en el sistema actitudinal de la personalidad) es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo – emotivo que ella encierra no se limita sólo a efectos mano tierna y cariñosa dispuesta a brindarle un amor incondicional. No sólo el enfermo se recupera mejor cuando es atendido con amor, sino que a causa del amor, una persona puede permanecer más inmune a la enfermedad que aquella otra carente de esta experiencia amorosa. (9)

VALORIZACIÓN. En el anciano la valorización cobra extrema importancia, dado que una dolencia tiene una repercusión en el campo psicoafectivo y puede ser el único punto de partida de la dolencia orgánica.

El envejecimiento no es un proceso uniforme; es el resultado de una acumulación de experiencias vitales propias, que aumenta la heterogeneidad de las personas. Si de atención en salud se trata, se deben considerar ciertas variables que justifican una atención personalizada que satisfagan las necesidades del grupo en cuestión por las siguientes razones:

9) J. V. BONET: Sé amigo de ti mismo. Manual de Autoestima. Sal Térrea. Santander 1994.

La disminución de las reservas de compensación y de la capacidad funcional, derivada de la identificación de los procesos celulares, aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad.

Trastornos multisistémicos derivado de las enfermedades prevalentes, compromete el estado funcional y autonomía de las personas. Cambios fisiológicos del envejecimiento a nivel sensorial, incide en la capacidad cognitiva transformándoles en individuos de mayor riesgo. La presión social con el culto a la productividad, agilidad y competencia, conlleva a una desvalorización y descalificación del anciano con repercusiones graves en su ego; lo que aumenta la susceptibilidad al riesgo de enfermar.

El aspecto afectivo se ve comprometido por el sinnúmero de pérdidas asociadas a esta edad; duelos, alejamiento de los seres queridos, jubilación, pérdida de status, de roles, desconocimiento social y otros, hacen necesario su identificación y trato diferenciado. La valoración objetiva dirigida a dimensionar las capacidades funcionales y potencialidades incluyendo las redes de apoyo social, permite establecer una categorización en cuanto a riesgo y necesidades de atención en salud. Esto hace racionalizar los recursos y dar cobertura a los más necesitados.

Entre los grandes logros que ha tenido la medicina en estos últimos años, se encuentra la prolongación de la vida de las personas.

Este aumento progresivo de las expectativas de vida se convierte en un gran desafío para la sociedad actual, por cuanto implica definir los roles que a los adultos mayores les cabe desempeñar en el escenario social. Asimismo, se deben realizar "arreglos sociales" para acogerlos, en la perspectiva de fortalecer el desarrollo pleno de todas sus potencialidades humanas, favoreciendo con ello un proceso de envejecimiento exitoso. Esta tarea debe ser abordada desde múltiples ópticas y disciplinas por el conjunto de la sociedad, a través del compromiso del Estado, de las organizaciones económicas y sociales, de la comunidad, de la familia y del propio adulto mayor. A su vez, el desarrollo pleno de esta etapa de la vida requiere el ejercicio de conductas positivas y asumir un compromiso por dejar de lado una serie de prácticas que tienen como significado de fondo mitos, prejuicios y valoraciones culturales negativas en torno al adulto mayor. Doris Carnevali en su texto, incluye dos grandes áreas de valoración, a través de las cuales logra una visión holística del individuo y permite la personalización de la atención. La primera de ellas corresponde:

Actividades de la vida diaria: Descritas como aquéllas que van a satisfacer necesidades básicas, tareas del desarrollo y las emanadas de los roles asumidos y asignados por la sociedad. Estado funcional de la salud: Considera las condiciones físicas, intelectuales y sensoriales propias de la edad.

Esto origina diferencias entre las personas para enfrentar la vida en forma positiva e independiente o desadaptado y dependiente. Cada individuo tiene su mecanismo de respuesta y depende de los recursos disponibles, los que se categorizan en:

Recursos internos: Descritos como los de desarrollo individual, una persona que frente a experiencias de vida adversas es capaz de luchar, resistir y buscar soluciones para salir adelante tendrá más fortaleza, habilidad y conocimiento que aquella que ha sido sobreprotegida y espera que otros le solucionen sus problemas.

Recursos externos: Valora influencias del hábitat sobre la persona dentro de las innumerables variables contempladas está la familia y comunidad, como recursos humanos y los del nivel de vida como del ambiente.

FUERZAS BÁSICAS: La fuerza de la sabiduría procede de nuestro contacto con la integridad y la desesperación, cuando abordamos las últimas preocupaciones. “La sabiduría es un interés desapegado por la vida, a las puertas de la muerte” La sabiduría resguarda la integridad de los conocimientos y las experiencias acumuladas. Quienes alcanzaron la sabiduría son modelos de totalidad y plenitud. Son ejemplos que inspiran generaciones más jóvenes que han adoptado valores y estilos de vida similares. Este sentido de plenitud y significado también alivia los sentimientos de desesperanza y dependencia que acompaña a la vejez. -40-

JUBILACIÓN: Llamado también retiro laboral, Es el cese total o parcial del trabajo, que llega generalmente por la edad o por enfermedad, la jubilación no depende de la capacidad de cada uno para el trabajo, sino de una situación que llega al alcanzar cierta edad. (10). La jubilación origina problemas, principalmente para aquellas personas cuya necesidad de seguridad estaba representada por el trabajo, para otras en cambio, la jubilación puede representar liberación, ya que siempre habían tomado el trabajo como una obligación sin ser fuente de satisfacción.

Muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres dueñas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez.

A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse.

(10) SELVY PHILIP, Griffiths Adrian. GUÍA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO. (Primera Edición, Inglaterra. Fundación Internacional de la salud, 1986) Página 23.

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos estos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno.

Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescindan de él. Así lo veía ya el viejo Maslow en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales.

Se hace necesario una preparación jubilatoria, con el fin de ir solventando problemas de tipo financiero que podrían posteriormente intranquilizar al jubilado, se marca diferencia entre las personas cuyo trabajo siempre lo desempeñaron dentro de su casa y las que estuvieron sometidos a un horario fijo, puede decirse que para las primeras la disminución de la vida activa se dosifica más, es de esperarse que un abandono general, una entrega total al ocio y a la inactividad facilita la aceleración del deterioro físico y mental que se produce en todas las personas llegada la edad avanzada.

De aquí la importancia de instaurar programas de terapia ocupacional en beneficio de esta población para mejorar su relación familiar y donde además se le brinde al jubilado disponibilidad de alternativas en cuanto a la realización de actividades, permitiéndoles establecer nuevos planes de acción.

DEPRESIÓN:

La psiquiatría geriátrica es la que se encarga del estudio de los trastornos mentales que afectan al paciente de tercera edad. Los cambios funcionales y orgánicos característicos de la ancianidad se presentan con mayor frecuencia después de los 65 años.

Debe tenerse presente que la edad cronológica no siempre coincide con la edad biológica, por lo que a veces resulta difícil diferenciar los síntomas y signos del envejecimiento normal, de los debidos a procesos patológicos.

Los ancianos pueden seguir siendo individuos útiles, capacitados y confiables hasta en los momentos de su muerte; sin embargo hay muchos de ellos que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socioeconómicas, físicas y psicosociales que influyen en el funcionamiento, teniendo como consecuencia la presencia de algunos de los síntomas y signos comunes del envejecimiento patológico.

Puede considerarse como cambios físicos normales de la ancianidad los siguientes: visión, audición, sabor y percepción del olor reducidos; disminución de la masa muscular y disminución de la fuerza motora; cambios en el tejido conjuntivo y disminución de la elasticidad de la piel y descenso en general de la función de los órganos internos con aumento de la frecuencia de enfermedades orgánicas de tipo de diabetes, cardiopatía, hipertensión, glaucoma.

El factor precipitante que provoca una descomposición de origen físico, y puede ser una intervención quirúrgica, una enfermedad o un accidente. También hay factores generales que afectan en la edad senil.

Aunque clásicamente las depresiones se clasifican en endógenas y reactivas o en psicóticas o neuróticas, de acuerdo con su origen y características, en los ancianos no resulta fácil poder ubicarlas, habida cuenta del extenso número de variables que inciden en ese período postal.

Las depresiones revisten variedades diversas:

De tipo orgánico con etimologías múltiples, como lesiones cerebrales, arteriosclerosis cerebral, tumores cerebrales, atrofiaciones cerebrales por alcoholismo. Se trata de sujetos de sistema nervioso frágil que se descompensa con la insuficiencia.

De tipo psicótico que es depresión profunda y que puede degenerar en la nostalgia maníaco-depresiva en que el enfermo sufre estados de depresión melancólica alternando con otros de exaltación. Este tipo de depresión no tiene una causa psicológica exterior conocida. Da la impresión de que se trata de una caída de humor de origen hereditario.

De tipo neurótico, son más frecuentes que las depresiones psicóticas y no revisten la gravedad de las mismas. Se deben a traumas psicológicos (una frustración, situación de abandono, problemas familiares...) o a causas físicas de cansancio.

Wertbrecht en 1952 señala que aunque en el anciano la depresión puede ser respuesta adaptativa a las agresiones circundantes, esto no implica la exclusión de aspectos biológicos; enfatiza también la interrelación dialéctica entre las minusvalías orgánicas de un organismo desgastado y la posibilidad permanente de enfrentar los eventos vitales susceptibles de provocar reacciones.

La depresión no incluye solamente cambio de humor, sino reducción de la actividad y, en ocasiones, sintomatología somática y alteraciones senso-perceptivas y del pensamiento.

La tristeza, la nostalgia la anorexia, el insomnio, el enlentecimiento psicomotor, la sensación de fatiga y el pesimismo pueden, sin embargo, estar vinculados con otras enfermedades no psiquiátricas y enmascarar, con la apariencia de un trastorno afectivo, otras dolencias más severas en su etapa inicial.

En la tercera edad también se produce descenso progresivo en gran número de parámetros fisiológicos, pérdidas de células en muchos orgánicos y cambios particularmente importantes en el cerebro y la musculatura esquelética.

Tal vez la “pérdida” sea el denominador común de los aconteceres de la senilidad. Pérdidas de contemporáneos, de perspectivas, de recursos, de salud, de belleza física, de la pareja, de la posibilidad de poder modificar su entorno y, en ocasiones, pérdidas que se van produciendo en forma insidiosa, muchas veces eventos como la separación de los hijos del hogar, la enfermedad del cónyuge o la jubilación pueden actuar como factores precipitantes.

El envejecimiento suele relacionarse con “marginación” y “despedida” y por ser visibles y fáciles de identificar, tanto en apariencia como en esencia, las pérdidas de capacidades de los más viejos pueden etiquetarse apriorísticamente como fallos arterioscleróticos y tratarse con criterio nihilistas y exéctativas de pocas gratificaciones en los resultados cuando no con pesimismo negligente.

Las depresiones de la tercera edad, atendidas a tiempo, pueden evitar el desenlace trágico de personas que piensan en la muerte, ya que perciben que su vida no fue valorada por ellos mismos como por los demás. Enumeraremos a continuación, de forma somera, algunas de las perturbaciones somáticas más típicas en las depresiones del anciano.

El papel estelar en esta sintomatología lo ocupan los trastornos de sueño en un individuo que biológicamente debe dormir menos horas, que hace menos ejercicios y se cansa menos, que recibe muchas veces poca estimulación diurna y dormita a ratos en el sillón para despertar luego en la madrugada con una angustiosa sensación de lo lento que marcha el reloj y la lejana perspectiva de un amanecer que no para todos es apacible.

La constipación resulta también muy frecuente, siendo comentable el hecho de que, a pesar de ser los trastornos cardiovasculares los que producen mayor incidencia de muertes, las quejas hipocondríacas a esta edad se relacionan fundamentalmente con trastornos del tracto digestivo.

La excesiva preocupación por las funciones corporales se asocia mucho con la ingestión, digestión y evacuación. Algunos autores señalan que esa tendencia está ligada a la necesidad inconsciente de dependencia y al deseo de ser cuidado como en la etapa en la cual la atención se centra en el proceso alimentario.

Otros elementos somáticos perceptibles en el deprimido senil son la astenia y la anorexia, muchas veces caracterizada está última por la sensación de los que los alimentos se mastican sin sentirles el sabor y sin experimentar placer al ingerirlos.

En igual sentido puede producirse disnea, polaquiurias, trastornos cardiovasculares e impotencia sexual. Frecuentemente la percepción de declinación en la libido hace pensar, al anciano masculino, que está perdiendo las facultades identificables con la hombría y a la mujer, menos favorecida en nuestra sociedad con la posibilidad de canalizar sus deseos y apetencias, en el bochorno por la pérdida de sus encantos y atractivos.

También es posible encontrar en las depresiones de la tercera edad, síntomas de taquicardia, parestesia, cefalea y náusea, que aunque pueda parecer en una extensa gama de enfermedades, se ha descrito como “equivalentes depresivos”, con los cuales el paciente expresa su descontento aun cuando en apariencia no se aprecie triste ni enlentecido.

En lo que concierne a las perturbaciones psíquicas, pasaremos, ha señalar algunas no incluídles en la esfera afectiva, para referirnos a está posteriormente.

Una de las quejas más recurrentes es la imposibilidad de mantener la atención activa, con tendencia a la distractibilidad, síntomas frecuentes tanto en los síndromes asténicos como en la demencia.

La sensación de que la mañana es el peor momento del día parece corresponderse con angustia de tener que recomenzar un día inmenso en un rutinario desfile de temores pesimistas, recuerdos dolorosos de lo que pudo haberse hecho y nostalgia por lo que dejó de hacerse. La pérdida de interés la cual impide que estímulos que anteriormente distraía o motivaban, se asimilen como indiferentes o hasta molestos.

El déficit de la memoria, fundamentalmente para los procesos de fijación con mantenimiento de los de vocación, que no permiten recordar los hechos acaecidos más recientemente, mientras se perciben con nitidez fotográfica escenas y situaciones de la lejana adolescencia.

Dentro del contenido del pensamiento las ideas pesimistas entre las cuales ocupaban destacada prioridad las que valoran la posibilidad de anticiparse a un fin percibido como cercano o inevitable, porque aunque esto no sea el objetivo de nuestra exposición, no se valoran de forma similar la muerte en las diferentes edades de la vida ni tampoco cuando se goza de bienestar físico, y salud mental uno o dos medicamentos, lo cual determina necesariamente un fenómeno de polifarmacia.

En la Depresión se puede tener como una de las causas la ansiedad con elementos psicológicos y somáticos. El componente psicológico varía en los distintos individuos y está firmemente afectado por la personalidad y por los mecanismos operativos del sujeto. Las manifestaciones somáticas pueden ser descritas en formas más claras por el paciente y su intensidad es variable. (11). Existen personas incesantemente dominadas por la ansiedad de morir, pero en quienes sus mismos sufrimientos nutren diversos temores ante ésta, combinados con sus ideas optativas ante la muerte, suscitan en ellas una poderosa aprensión, un fuerte y profundo recelo de peligros inminentes. En estos factores no cabe sino considerar su ansiedad ante la muerte como una reacción adecuada, la reacción ansiosa no parece guardar proporción alguna con el peligro, pero semejantes situaciones son susceptibles de imponer o desencadenar en esas personas un conflicto entre el deseo de vivir y la tentación de precipitarse al vacío, cualquiera sea su motivo, es justamente este conflicto el que puede crear la ansiedad.

Se ha podido demostrar que el grupo más expuesto a riesgo lo constituye el anciano que vive solo sin amparo filial y con limitaciones físicas. El soltero duplica al casado en suicidios consumados y para el caso de los casados, se considera que muchos intentos se producen durante el primer año de viudez.

(11) Morales Mayra. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL AREA DE MEDICINA. Escuela de Psicología, USAC. Guatemala 1998. pág. 20-21.

También resulta muy vulnerable, el Adulto Mayor, a la jubilación no deseada y al cambio de vivienda o asentamiento habitacional.

Basados en los criterios de Seidel (1969), consideramos que los principales factores que contribuyen a precipitar la conducta suicida en el anciano son:

1. Pérdida de afectos cercanos.
2. Concepción egoísta o individualista.
3. Fallos en la integración familiar o respaldo social.
4. Rasgos de personalidad tendentes a resolver problemas más por acciones que por adaptaciones pasivas.
5. Antecedentes de suicidios en la familia, aceptación o idealización del gesto auto quírico como recurso ante situaciones intolerables para el sujeto.

En realidad es fácil de entender que en el anciano sean estas u otras parecidas, las características que se señalen, las cuales tienen como denominador común la situación de minusvalía y la pérdida de autoestima. La única profilaxis válida de esta conducta tan individual y polémica, es, a nuestro juicio, el incremento de los mecanismos de integración familiar y social que permitan al Adulto Mayor sentirse útil.

Tal vez la mejor terapéutica sea la preparación paulatina para aceptar los cambios de status y de funciones, y la extensión de las relaciones interpersonales y de intereses que permitan al ser humano en los últimos años de su vida la posibilidad, aun careciendo de belleza física, de atractivos o de riquezas materiales, de conservar la segura convicción de que alguien los ama y los respeta.

Varios autores dedicados a observar cambios emocionales y conductuales en los seres humanos, han conceptualizado la ansiedad en base a sus diferentes manifestaciones, así como: Sullivan dice: La ansiedad es el estado de tensión que existe cuando se percibe una opinión desfavorable, proveniente de una persona importante. Indicando así que a los Adultos Mayores necesitan tratamiento psicológico, siendo más cercanos a cumplir a la etapa final y tener el temor de que no llegaron a las metas que se habían propuesto en la vida.

Es necesario orientar a toda persona sobre el tratamiento a que será sometido, y es aquí donde se percibe la necesidad de orientar a los pacientes Adultos Mayores de lo que significa, brindándoles un tratamiento psicoterapéutico, para reducir la alteración de su estado emocional. Este estado emocional es la manera de toda persona de interpretar en su realidad sucesos peligrosos.

Escuchar a un anciano con respeto y ser capaz de comprenderlo es también una hermosa manera de hacer psicoterapia.

QUE ES TERAPIA OCUPACIONAL.

La podemos definir “como un método activo de tratamiento con una profunda justificación psicológica. Mediante la valoración del paciente se utilizan situaciones y actividades apropiadas con el fin de conseguir recuperar o desarrollar sus actitudes en los aspectos físicos, psicológicos, social y económico, así como la capacidad para comunicarse e integrarse de una forma total en su mundo social”.(12).

Entre sus fines podemos mencionar:

- ❖ Como tratamiento en pacientes, como problemas emocionales, a través de la estabilización psíquica, ayudándole a sublimar sus impulsos.
- ❖ Como tratamiento en la restauración de funciones motrices, ayuda a aumentar la amplitud de articulaciones y fuerzas musculares y la coordinación.
- ❖ Como forma de enseñanza en las actitudes de la vida diaria; como por ejemplo: vestirse, lustrarse, etc.
- ❖ Como ayuda, al ama de casa en el reajuste de las actividades del hogar.
- ❖ Desarrollar la tolerancia en el trabajo y mantiene habilidades especiales.

(12) Parreño, J. R. Dr, et, al. TERCERA EDAD SANA, EJERCICIOS PREVENTIVOS Y TERAPEUTICOS.

Primera Edición, España). Pág. 381-382.

- ❖ Evalúa aptitudes prevocacionales que determinarán capacidades físicas y mentales del paciente, además de investigar sus intereses, hábitos y ajustes sociales para optar a un nuevo empleo. Pérdida de la agudeza visual, auditiva, y escasa destreza para movimientos finos.

Mediante actividades apropiadas deberá buscar conseguir la recuperación y/o el desarrollo de sus aptitudes en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y económicos, así como la capacidad para integrarse a su mundo social.

El papel de la ocupación laboral de la mujer puede ser importante, pero no es el único y principal. Ella es la encargada del funcionamiento del hogar ocupación ni jubilación obligatoria y que le permite seguir con actividades independientes del rol laboral.

Los fines de la terapia ocupacional pueden ser primarios y secundarios.

PRIMARIOS:

Que incluyen la recuperación física, conseguir la independencia del individuo vencer estados depresivos pudiendo mencionar también los aspectos recreativos.

SECUNDARIOS:

Se incluyen aquí como aspectos prevocacional educacional y laboral.

Perseguimos a través de la terapia ocupacional específicamente.

- ❑ Mantener funciones psicofísicas.
- ❑ Adaptar su estado físico a sus necesidades sociales.
- ❑ Estimular contactos sociales.
- ❑ Despertar gustos aficiones y ocupar el tiempo libre.

Para esto deberá tomarse en cuenta aspectos médicos sociales culturales y laborales del individuo de edad avanzada.

En conclusión puede afirmarse que existen trabajos realizados que han tomado en cuenta la importancia de la terapia ocupacional como ayuda en la resocialización perdida en la tercera edad, pero específicamente no hay ningún documento o trabajo de investigación en los lugares donde se haya establecido programas y actividades especiales para los jubilados.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Dar orientación psicológica a los pacientes Adultos Mayores para que tengan una vida mejor y así mismo con actividades de Terapia Ocupacional que ellos conozcan las capacidades que tienen y contribuir en las mejoras de su vida y los que lo rodean.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

- * Brindar a los pacientes Adultos Mayores atención psicológica individual, con el fin de mejorar las condiciones de Salud Mental.

- * Dar a conocer al paciente la importancia de seguir una psicoterapia psicológica para mejorar su nivel de vida.

SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

- * Organizar para los Adultos Mayores temas relacionados con Psicología en aspectos de interés, para el conocimiento de algunas problemáticas que se presentan durante esta etapa, utilizando charlas y talleres.

- * Desarrollar un modelo de actividades para el Adulto Mayor sobre la Terapia Ocupacional.

- * Brindar al Adulto Mayor atención psicológica grupal para mejorar sus condiciones de vida.

SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- * Identificar las problemáticas que manifiestan el adulto mayor y comprobar si hay cambios emocionales después de un seguimiento en el programa psicológico impartido en el año 2004.

2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO:

Para llevar a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado se realizó visitas en el Hospital Pedro de Bethancourt y así mismo reuniones con la junta directiva de los jubilados.

Cuando se realizó el E.P.S. se cubrió las necesidades reales de la población, adaptando el programa y horarios de trabajo a la disposición de los pacientes Adulto Mayor, todo fue realizado mediante tres sub-programas los cuales serán sub-programa de Servicio, Docencia e Investigación cuya metodología de abordamiento fue la siguiente:

SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

- * Se dio inicio con la presentación con la Jefa del Departamento de Psicología, así también con el Director del Hospital Pedro de Bethancourt.
- * Instalación de la clínica psicológica en el área asignada.

- * Se dio a conocer los horarios específicos para la atención individual, los cuales se atenderán una vez por semana en sesiones de 45 minutos según sea el caso.
- * Se utilizó una ficha clínica psicológica para obtener los datos más generales de los pacientes.
- * Se brindó apoyo psicológico individual, registro de evolución de cada caso.
- * Se atendió en Consulta Interna a pacientes en Cirugía de Mujeres y Hombres en el Cuarto Nivel. Algunas veces en Medicina de Mujeres y Hombres del Tercer Nivel y Emergencia en algunas ocasiones cuando algún médico o enfermera lo solicitaba.
- * Se llenó hoja de evolución para los pacientes en Consulta Interna en su expediente respectivo.
- * De igual manera se llenó hoja de evolución para los pacientes en Consulta Externa después de haber llegado a sus reconsultas.

SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

- * Se presentó el programa general de cómo se iba a trabajar en los grupos para el Adulto Mayor.
- * Se trabajó una vez por semana a nivel grupal, (dividiéndose en tres grupos) los días lunes dos grupos y día jueves con el tercer grupo.

- * Se les brindó Terapia Ocupacional a los grupos formados dos veces por mes.
- * Se utilizó en ocasiones recursos desechables para cada una de las actividades en la Terapia Ocupacional y en otras ocasiones los participantes compraron los materiales a utilizar.
- * Se ofreció exposiciones sobre los trabajos realizados de la Terapia Ocupacional de los grupos en la reuniones que se tenía el último jueves del mes con AJUPENSA.
- * Se realizaron conferencias para los grupos sobre temas relacionados con los diferentes problemas que presenta el Adulto Mayor una vez por mes.
- * Se tuvo Psicoterapia Grupal con los grupos una vez por mes.
- * Se trabajó con conferencias y talleres para el grupo de AJUPENSA el último jueves de cada mes sobre temas relacionados con el Adulto Mayor.
- * Se brindó Charlas de 15 minutos a pacientes de consulta externa cada quince días, el día viernes de 8:00 a 8:15 sobre la importancia que se le debe tener a un Adulto Mayor.
- * Para el abordamiento de los contenidos se utilizó Técnicas Participativas y en algunas ocasiones se utilizó recursos audiovisuales.

SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- * Se inició aplicando un cuestionario para el Adulto Mayor sobre cómo se percibían.
- * Se realizó investigación bibliográfica para poder fundamentar el problema a tratar.
- * Se determinó del problema.
- * Durante todo el tiempo que se trabajó en el sub - programa de Docencia se observó sí los participantes tuvieron cambios en sus vidas.
- * Análisis de los resultados.
- * Tabulación de los resultados del trabajo que se desarrolló.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS.

3.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

La realización de este subprograma fue en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt iniciando en el 11 de febrero y finalizando el 11 de octubre. Se atendió a pacientes en consulta externa e interna y en ocasiones en emergencia. Específicamente se trabajó con paciente Adulto Mayor, se atendió tres días a la semana prácticamente día martes, miércoles y viernes de 8:00 de la mañana a 12:00 del medio día y día jueves de 10:00 de la mañana a 12:00 del medio día. Brindando de 45 minutos ó más a cada paciente dependiendo la problemática que estuviera presentando, esto fue en consulta externa, en interna se le dio a cada paciente 30 minutos luego se iba a ver los expedientes de cada uno de los pacientes vistos para tomar sus datos generales y así también llenar la hoja de evolución por parte del departamento de Psicología para que quedará registrado que este departamento lo fue a atender. Consulta Externa: a pacientes que se les llenó la ficha clínica psicológica para obtener datos generales y así abrirle expediente por este departamento y dependiendo la problemática que presentará, se refería a la jefa del Departamento de Psicología o alguna de nosotras epesistas dependiendo del programa que estuviéramos ejerciendo. Para los pacientes en reconsulta, en la consulta externa después de cada sesión que se tenía con ellos, se les llenaba hoja de evolución para que quedara en el expediente para así observar los cambios que se habían obtenido. -60-

Y también dejar información para que se siga en algún momento que deseara regresar el paciente a su consulta psicológica (ver cuadro No 1).

En este programa hubo bastantes pacientes Adultos Mayores del sexo femenino y una minoría en el sexo masculino con las siguientes problemáticas episodios depresivos (leve y moderado), fobias, trastorno depresivo, mala relación entre la pareja, mala relación con los padres, hechos estresantes de la vida, etc. el cuál para dar estos diagnósticos se tomó del Manual CIE 10 que era el que se estaba utilizando en esta institución. La mayoría de los casos fueron atendidas entre 3 a 6 reconsultas, puntuales en sus citas en el día y la hora que se les indicó; por tal motivo conforme se trabajó con ellos se observaron cambios positivos en ver la vida y a sí mismo, ellos mismos manifiestan los cambios que han sentido y observado lo que permitió al final dar por casos concluidos dos del sexo femenino y uno del sexo masculino. Otros que quedaron a casos a seguir y los otros que se quedaron sus expedientes por si algún momento desean nuevamente que se les siga sus casos.

SUBPROGRAMA DE SERVICIO

CUADRO No 1

POBLACIÓN ATENDIDA DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT EN EL AÑO 2004.

MES	GENERO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
Febrero	-----	-----	-----	-----
Marz	15	2	17	11.64 %
Abril	10	6	16	10.96 %
Mayo	13	1	14	9.59 %
Junio	24	----	24	16.44 %
Julio	21	2	23	15.75 %
Agosto	19	3	22	15.07 %
Septiembre	14	6	20	13.70 %
Octubre	6	4	10	6.85 %
Total	122	24	146	100 %

LOGROS:

- Se tuvo un mayor número de pacientes atendidos del sexo femenino y poco en el sexo masculino.
- Pacientes que si tuvieron continuidad en sus casos a tratar por este departamento ya que se observó puntualidad y constancia en sus citas
- En los casos atendidos se logro que los pacientes identificarán sus aspectos positivos sobre todo, como un medio para la solución de sus problemas.
- La mayoría de pacientes fue atendidos en la consulta externa.
- Se estableció un buen nivel de confianza entre epesista y el paciente.

- Se percibió aceptación y utilidad del servicio psicológico por el Adulto Mayor.
- Se tuvo bastante cambio en los pacientes en sus actitudes de ver su vida y así también de los que les rodea.
- De los pacientes atendidos 3 se les dio casos concluidos.
- Unos pacientes se quedaron como casos a seguir por la jefa del Departamento de Psicología.
- Otros que se les dio atención pero ya no siguieron con su tratamiento pero quedaron sus expedientes por si algún momento desean seguir.

Consulta Interna: se fue a atender a los pacientes exclusivamente a los del cuarto nivel. La mayoría de los pacientes atendidos fueron del sexo femenino y una minoría del sexo masculino (ver cuadro No 2). En cirugía de mujeres y de hombres se atendió específicamente a pacientes Adulto Mayor el cual se visitaba en las salas, ya sea las generales o en aislamiento dependiendo el caso, en ocasiones era referido por los doctores ó enfermeras para ser vistos por este Departamento. Algunos de ellos se mantenían de 1 a 2 semanas mínimo internados lo cuál impedía llevarles un seguimiento de sus casos, sólo dos pacientes que estaban internados estuvieron por bastantes meses lo cuál permitió llevar un seguimiento de su caso. Las problemáticas que más se presentaron en ellos fueron ansiedad porque iban a ser intervenidos quirúrgicamente, el miedo por no quedar bien sus extremidades ya sean las superiores o inferiores, no salir con vida de la intervención, otra situación que se presentó fue que algunos pacientes eran muy activos desde pequeños y sólo el hecho de estar en un hospital y una cama por bastante tiempo se desesperan y quieren salir luego, esto les hacia ponerse tristes y llorar constantemente; el depender de otras personas para realizar las actividades básicas de todos los días y no poder realizarlo los enojaba, por tal motivo se trabajo para bajar los niveles de ansiedad y episodios depresivos para obtener rápidamente la sanación de sus heridas o fracturas y así poder ir a sus casas. Para dar los diagnósticos de estos pacientes de igual manera se utilizó el Manual del CIE 10.

SUBPROGRAMA DE SERVICIO

CUADRO No 2

POBLACION ATENDIDA DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA INTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT EN EL AÑO 2004

MES	GENERO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
Febrero	9	4	13	17.81 %
Marzo	3	2	5	6.85 %
Abril	4	1	5	6.85 %
Mayo	9	4	13	17.81 %
Junio	4	3	7	9.59 %
Julio	6	3	9	12.33 %
Agosto	6	----	6	8.22 %
Septiembre	12	1	13	17.81 %
Octubre	2	---	2	2.73 %
Total	55	18	73	100 %

Logros:

- Se dio atención psicológica la mayoría de pacientes fue de sexo femenino y una minoría el sexo masculino.
- Se tuvo el interés por los pacientes en ser atendidos por el departamento de psicología.
- Se estableció buena relación entre paciente y psicoterapeuta.
- El algunas ocasiones se trabajó con la familia de los pacientes internados.

- Contribuir en el mejoramiento de su salud de los pacientes a través de ayuda Psicológica durante las visitas que se tuvieron con cada uno.
- La atención psicológica fue percibida por los doctores y enfermeras del cuarto nivel específicamente en cirugía de mujeres y de hombres con bastante aceptación e incluso ellos referían pacientes para que fuera atendidos.
- Se logro que los pacientes vencieran sus problemáticas para tener una recuperación rápida.
- La población atendida es agradecida con la atención que se les brinda.

Psicoterapia Grupal: con el grupo de AJUPENSA (jubilados y pensionados de Antigua) se llevo a cabo esta técnica la cual se puso en práctica en la integración de los tres grupos que se formaron de la siguiente manera:

- Primer grupo de 9:15 a 10:15 de la mañana.
- Segundo grupo de 10:20 a 11:20 de la mañana.

En el Centro de Salud de Antigua los días lunes.

- Tercer grupo de 8:00 a 9:00 de la mañana.

En el club El Esfuerzo porque en el Centro de Salud de Antigua estaba ocupado los días jueves por el grupo de comadronas y teníamos que estar en el área verde lo cuál se decidió entre el grupo mejor ir al club El Esfuerzo.

Se puede observar en el cuadro número 3, que se realizaron 6 psicoterapias, las cuales fueron de temas libres que los mismos Adultos Mayores desearan hablar, podría ser de alguna problemática que estuvieran pasando; algunos de los integrantes del grupo o que lo habían evidenciado en algún vecino(a) y sin darse cuenta se establecía un ambiente favorable para compartir en grupo por medio de las experiencias sobre un tema en común.

De acuerdo a lo observado al inicio de este programa los participantes adoptaron una actitud de intriga hacia las actividades programadas, ya que desconocían sobre el trabajo del psicólogo ó tenían información errónea sobre dicha profesión; pero conforme se fue trabajando con los grupos se dieron cuenta de que se les dejaba libertad para decidir si ó no compartir su problemática con los demás.

También se utilizó la Técnica de Relajación, que fue muy enriquecedora para el reconocimiento de ellos mismos, en su interior y así a la vez se les permitía un momento para bajar los niveles de tensión por medio de esta actividad que permitió tener más contacto con ellos y así conocer más sobre sus problemáticas que estuvieran afectando y como se les encontraba diferentes soluciones; los grupos manifestaron que está técnica les había beneficiado tanto en su vida física, emocional como social, ya que les dio la oportunidad de compartir y solucionar los problemas que surgieron dentro del grupo, además conocerse a sí mismos y a los demás.

Manifestaron también que las reuniones que se realizaron permitió unirse como grupo ya que anteriormente se conocían algunos puesto que solo se saludaban cortésmente, sin embargo esto les dio la oportunidad de compartir como grupo de seres humanos que aunque cada uno sea diferente pueden compartir algunas cosas en común.

SUBPROGRAMA DE SERVICIO

CUADRO No 3

POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR ATENDIDA EN PSICOTERAPIA GRUPAL EN EL CENTRO DE SALUD Y EL CLUB EL ESFUERZO EN EL AÑO 2004

ACTIVIDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Primera psicoterapia	13	5	18	16.67 %
Segunda Psicoterapia	11	5	16	14.82 %
Tercera psicoterapia	9	3	12	11.11 %
Cuarta psicoterapia	16	1	17	15.74 %
Quinta psicoterapia	7	1	8	7.41%
Sexta psicoterapia	6	3	9	8.33 %
Técnicas de relajación tronco, cabaña, arrollo	16	3	19	17.59 %
Técnica de relajación: casa abandonada, casa de empeño.	9	----	9	8.33 %
Total	87	21	108	100 %

EN PSICOTERAPIA GRUPAL

LOGROS:

- Se logró que los grupos aceptaran voluntariamente el servicio psicológico a nivel grupal.
- Se observó sinceridad entre los participantes en dar a conocer sus problemáticas.
- Se estableció confianza y seguridad entre cada uno de los grupos.
- Entre todos se buscó la mejor solución a sus problemas.
- Que por ellos mismos se observaron sus cambios positivos hacia sus vidas.

EN GENERAL

LOGROS:

- ✓ El programa de trabajo que se tenía planificado para los grupos de Adulto Mayor encajó satisfactoriamente.
- ✓ Se observó el interés de cada uno de los participantes en estas actividades, pues se lamentaron, cuando por razones x no podían asistir a las actividades.
- ✓ Que el nivel de participación y muestra de afecto hacia mi persona se fue incrementando a medida del desarrollo de cada una de las actividades.
- ✓ Que los mismos participantes admitieron el poco interés que algunos que se habían inscrito no siguieran el proceso a seguir por el desconocimiento de la asistencia a psicología.

3.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.

Conferencias, Talleres y Charlas

Con la Asociación de AJUPENSA (Asociación de Jubilados y Pensionados)

Este subprograma fue realizado con los de AJUPENSA (Jubilados y Pensionados de Antigua.) con talleres y conferencias que se impartieron cada último jueves del mes iniciando en el mes de febrero y terminando en septiembre. Algunas veces los temas que se les impartió fue impartido por la jefa del Departamento de Psicología y otros, por mi persona; la mayoría de ellos recibieron estos temas. Algunos temas fueron referidos por los participantes que deseaban que se les impartiera, se tuvo bastante apoyo de ellos para realizar todas las actividades que se programaron, ofrecían el tiempo indefinido que uno tuviera para la actividad y en ocasiones nos quedamos para compartir con ellos hasta finalizar la junta. (Se puede ver en el cuadro no. 4).

Se dieron temas psicológicos que permitieran a los Adultos Mayores darse cuenta que muchas veces se deja olvidado lo importante que son como seres humanos, por dejarse influir en los problemas de sus hijos se olvidan de lo esencial que son ellos, así también se les dio estos temas se involucró en ocasiones actividades dinámicas siempre relacionadas para el reconocimiento de todas las capacidades que tienen para romper con el esquema de solo escuchar, sino que se les permitiera poner en movimiento sus músculos, pensamiento, capacidades, comprensión, permitió unión en el grupo para la realización de estos.

Lo que manifestaron los Adultos Mayores es que les había gustado la participación del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancour en proporcionarles estas conferencias, talleres y charlas que les había ayudado mucho en su vida para conocerse más que anteriormente no lo habían tomado importancia y que esperaban que no se perdiera estas actividades para el año siguiente.

Con los grupos que se formaron de Gimnasia, Tai-chí y algunos de AJUPENSA

A su vez por parte de ellos se trabajó durante 8 meses con tres grupos los cuales asistían algunos de AJUPENSA, Gimnasia y Tai-chí, se inició el 16 de febrero y finalizando el 30 de septiembre. (Ver en el cuadro no. 4).

Los grupos se formaron de esta manera:

- Primer grupo de 9:15 a 10:15 de la mañana.

- Segundo grupo de 10:20 a 11:20 de la mañana.

En el Centro de Salud de Antigua los días lunes:

- Tercer grupo de 8:00 a 9:00 de la mañana.

En el club El Esfuerzo porque en el Centro de Salud de Antigua estaba ocupado los días jueves por el grupo de comadronas y teníamos que estar en el área verde lo cuál se decidió entre el grupo mejor ir al club el Esfuerzo.

En los diferentes grupos se tuvieron diferentes experiencias positivas, en ocasiones cuando se exponía un tema relacionados en dónde se dieran cuenta de lo valioso que son y que muchas veces ellos mismos lo dejan olvidado, surgían entre algunos participantes preguntas sobre su vida pasada y la que están llevando actualmente y sin darse cuenta exponían su sentir como de pareja, madre, padre, persona etc. Que no les permitió ser como son y muchas veces se dejan manipular por las personas que los rodean y dejar por un lado lo que ellos piensan.

Permitió que como Adultos Mayores conocieran los diferentes problemáticas pueden surgir o le estén pasando en ese momento y que si no piensan por ellos mismos nadie pensara por ellos.

En Consulta Externa

Así mismo se impartieron charlas de 15 minutos cada quince días, el día viernes a los 8: 00 a.m. a pacientes de consulta externa en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. El cual permitió que con estas charlas en consulta externa varias personas fueron a pedir citas al departamento de Psicología ya sea por ellas mismas, sus hijos, o pareja. (Ver en el cuadro no. 4).

Los temas que se impartió fueron siempre sobre el Adulto Mayor aquí fue dirigido a toda la población que asistía a consulta externa niños, jóvenes, adultos y adultos mayores; fue una población que se notó la atención hacia lo que se estaba exponiendo y se pudo observar en sus expresiones de la mayoría como un tema que anteriormente no se había tomado en cuenta y en los Adultos Mayores como decir ya era momento que se hablará de nosotros.

La población que se atendió en este subprograma en total fue de 909 participantes siendo la mayoría el sexo femenino luego el sexo masculino y una minoría con niños.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

CUADRO No. 4

POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD, CLUB EL ESFUERZO Y EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT CON CONFERENCIAS, TALLERES Y CHARLAS EN EL AÑO 2004

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>FEMENINO</u>	<u>MASCULINO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Se dio a conocer el programa a realizar con el adulto mayor.	---	18	5	23	3.64 %
Angustia que puede influir en el adulto mayor	---	16	8	24	3.28 %
Ansiedad que puede presentar el adulto mayor	----	20	2	22	3.48 %
Que identificaran por ellos mismo, que personalidad manifiestan diariamente ante los demás	-----	17	7	24	3.80 %
Emociones positivas y negativas	-----	9	3	12	1.90 %
Compartimiento entre el grupo	----	15	13	28	4.43 %
Como se debe cuidar a un adulto mayor	10	12	12	34	5.38 %
Cual es el rol de una madre	----	20	9	29	4.59 %
Primera parte de los cambios físicos que manifiesta un adulto mayor	10	12	15	37	5.85 %
Segunda parte de los cambios físicos que manifiesta un adulto mayor	9	11	13	33	5.22 %
Autoestima en el adulto mayor	---	10	2	12	1.90 %
Que es un adulto mayor	10	15	15	40	6.33 %
Primera parte de Como afecta su vida emocional a una persona que inicia en la etapa de adulto mayor	9	13	14	36	5.70 %
Segunda parte de cómo afecta su vida emocional a una persona que inicia en la etapa de adulto mayor	8	15	14	37	5.85 %

ACTIVIDAD	NIÑOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Dar a conocer al adulto mayor que es la depresión y cuales son sus manifestaciones principales	----	14	4	18	2.85 %
Que es lo que le pasa a un adulto mayor	10	23	17	50	7.91 %
Metas para mi vida como adulto mayor	----	3	----	3	0.47 %
video de Terry fox	-----	6	----	6	0,95 %
video de un día en la vida de Bonni Consoli	---	4	----	4	0.63 %
Evaluación sobre como se había trabajado en este programa	---	10	2	12	1.90 %
Excursión a San Antonio Aguas Calientes.	---	7	2	9	1.42 %
Clausura con los grupos que participaron en el programa	-----	11	2	13	2.06 %
Clausura con la asociación de AJUPENSA	---	40	13	53	8.39 %
Como sentirnos emocionalmente bien	10	20	15	45	7.12 %
Total	76	360	196	632	100 %

CON LA ASOCIACIÓN DE AJUPENSA (ASOCIACIÓN DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE SACATEPEQUEZ).

LOGROS:

- Se dio a conocer la función del psicólogo en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt para la atención específicamente para ellos.
- Participación activa por parte de la asociación porque participaban en las dinámicas, en los comentarios, preguntas y observaciones.
- Se captó el interés de ellos por las conferencias y talleres pues se lamentaban por no asistir continuamente.

- Identificaron valores que desconocen de sí mismos y reconocieron valores de otros miembros del grupo como unión, compartimiento, alegría, compañerismos.
- Comunicación e integración de cada grupo entre cada uno de los participantes.
- A través del desarrollo de los diferentes temas se pudo detectar las diferentes personalidades.

CON LOS GRUPOS EN EL CENTRO DE SALUD Y CLUB EL ESFUERZO.

LOGROS:

- Se captó el interés de los participantes por las conferencias y los talleres.
- A través del desarrollo de los diferentes temas, se detectó algunos problemas que estaban pasando como; problemas de pareja, diferencias en formas de pensar con sus hijos, obligaciones que ya no deberían tomar por ayudar a sus hijos.
- Se notó la importancia que los participantes dieron para resolver sus problemáticas.
- Se estableció rapport desde la primera reunión con cada uno de los grupos.
- Se mantuvo el grupo en las actividades.
- Participación activa de los participantes.
- Se tuvo mayor participación de los participantes conforme a conferencias y talleres.
- Identificación de sus problemas como los miedos que enfrenta el Adulto Mayor.

- Los participantes se mostraron muy interesados y preguntaron sus dudas al respecto.

EN CONSULTA EXTERNA

LOGROS:

- Conforme se iba dando estas charlas las personas mostraron su interés en pedir su cita a psicología.
- Bastante atención cuando se estaba dando estos temas a los pacientes en consulta externa.
- Se observó las expresiones de los pacientes cuando se iba hablando de cómo se debía de trabajar con un Adulto Mayor y la mayoría de aceptación a lo que se estaba exponiendo.
- Participación de ellos cuando se les preguntaban o se les animaba a realizar alguna actividad.

Actividades con la ayuda de la Técnica de la Terapia Ocupacional

Se impartió dos veces por mes a cada grupo que se formaron con algunos de los miembros de Ajupensa, Gimnasia y Tai-chí, el cual fue una manera de permitirle a los Adultos Mayores a demostrar sus capacidades que tienen, se realizaron actividades en ocasiones que fueran relacionadas con fechas de festividad como el día Internacional de la Mujer, Día de la Madre, Día del Padre como intercambio de tarjetas, realizar alguna refacción preparada entre todos e incluso en una ocasión una integrante del grupo tuvo el deseo de celebrar su cumpleaños con todos nosotros.(Ver cuadro no.5).

Se pudo ver la colaboración entre todos para cuando se tenía que traer algún material porque si alguno no lo trajo o no lo consiguió lo enprestaban o intercambiaban sus materiales, compañerismo para comunicar si alguien no asistió la semana anterior se llamaban por teléfono para ponerlo a tanto de lo que se iba a trabajar en la próxima semana y así comunicarle lo que se había trabajado ese día, actitud positiva para trabajar todas las actividades e incluso a sus familiares les enseñaban como lo habían elaborado.

En General

Fue una experiencia muy bonita porque es una población que permite compartir con ellos pero a la vez ser parte de ellos , conocer como se desenvuelven en su entorno y como es el ambiente de sus hogares, no fue una gran población que estuvo en los diferentes grupos pero si se tuvo calidad de participantes porque estuvieron constantes durante todas las semanas para trabajar en los diferentes actividades que se programaran sola una pareja en los grupos los demás ya sea la mujer o el hombre, algunos disertaron porque tenían que cuidar a sus nietos, tenían más compromisos que atender y se le dificultaba asistir, al verse frente a frente con su problemática decidieron mejor alejarse, tenían que atender sus negocios, etc. Una población que al final del curso dieron a conocer lo que habían venido a aprender y así tener cambios a sus vidas para el mejoramiento de ellos mismos

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

CUADRO No. 5

POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR ATENDIDA EN LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CENTRO DE SALUD Y CLUB EL ESFUERZO EN EL AÑO 2004

ACTIVIDAD	GENERO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
Elaboración de tarjetas	14	-----	14	8.28 %
Elaboración de arreglo de globos	16	3	19	11.24 %
Elaboración de muñecos de globos y harina	15	4	19	11.24 %
Preparación de una ensalada de vegetales	13	4	17	10.06 %
Preparación de un cóctel de frutas	13	4	14	10.06 %
Pintar sobre una hoja de papel una escena de su vida	6	1	7	4.14 %
Juegos de mesa (dominó, cartas, memoria)	8	3	11	6.51 %
Elaboración de flores de fomi	13	3	16	9.47 %
Técnica de pintura con tempera y crayones de cera	11	1	12	7.10 %
elaboración de canastas con papel de china	9	3	12	7.10 %
Celebración del día de los abuelitos	10	3	13	7.69 %
Elaboración de separadores	4	----	4	2.37 %
Primera parte de serigrafía	2	2	4	2.37 %
Segunda parte De serigrafía	2	2	4	2.37 %
Total	136	33	169	100 %

LOGROS:

- Se tuvo bastante aceptación por los participantes en las actividades programadas.
- Que los participantes desarrollarán su creatividad.
- Que se dieran cuenta que tienen las potencialidades que antes no se había tenido el tiempo de ponerlas en práctica.
- Se observó que en la elaboración de estas actividades los participantes se mostraron felices por lo que ellos podían hacer nunca se imaginaron que así iba a quedar y siempre buscaron de que sus manualidades quedaran bien bonitas y terminadas aunque nos pasáramos un poco más de tiempo de lo establecido.
- Se vio bastante cooperación entre todos cuando alguno no traía algún material asignado a trabajar.
- Se estableció buena relación entre todos como un grupo que iba a un mismo fin de alcanzar a pesar de que no estuviera en la edad de ellos pero se sintió la aceptación para mi persona.
- Se tuvieron en la mayoría de las actividades casi todos los participantes en cada grupo.
- Se fue percibiendo un clima grupal, ameno, dónde se podría disfrutar de la presencia de todos y el interés por aprender más.

3.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

Para la realización de este subprograma con los Adultos Mayores se trabajó en tres etapas que son las siguientes:

- A) En primer lugar se les aplicó un cuestionario para los Adultos Mayores para obtener información y así conocer cuales eran sus problemáticas que en este momento estaban pasando; se elaboró un cuestionario a medida que no fuera difícil la comprensión para ellos, cuando ya se tenía el cuestionario el primer DIA de trabajó se les indicó que se les iba a pasar un cuestionario para saber cuales eran sus problemáticas más inmediatas que tienen y así me permitiera elaborar un programa adecuado para ellos. (Ver en el cuadro No. 6).

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

CUADRO No. 6

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL ADULTO MAYOR EN LOS CUALES INTEGRAN LOS PARTICIPANTES DE AJUPENSA, GIMNASIA Y TAI- CHÍ EN EL AÑO 2,004

PREGUNTA	SI	NO
1. Me siento incapaz de realizar alguna actividad	7	20
2. Siento necesidad de llorar	11	16
3. Siento deseos de llorar y reír a la vez	9	18
4. Siento miedo de no haber logrado las metas que me propuse	9	18
5. Siento que mi familia no me comprende	7	20
6. Siento que el tiempo va muy despacio.	4	23
7. Siento tristeza.	10	17
8. Me siento desmotivado y sin interés	7	20
9. Frecuentemente he tenido más enfermedades de lo común	11	16

RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL "PORQUE" DE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DADAS.

I. Porque:

No. En la mayoría se sienten capaz de realizar cualquier actividad en la vida.

Sí. Porque algunas enfermedades les impiden realizar la cosas como antes.

2. Porque:

No. Consideran que son muy felices, y no sirve estar con sentimentalismo.

Sí. Lo utilizan para desahogarse por sus problemas, como escape.

3. Porque:

No. No ha habido alguna razón o situación de que les habría sucedido esto.

Si: Cuando tienen alguna emoción o situación que les provoque.

4. Porque:

No. Algunos se resignan de no haber logrado sus metas.

Se sienten capaces de seguir luchando para alcanzar las metas.

Se sienten frustrados de no haber logrado sus metas.

Si. Se sienten tristes de no haber logrado todas sus metas.

Actualmente estén fallando como ser humano.

5. Porque:

No. Su familia no le comprende que necesitan amor, comprensión, etc.

Si. Se sienten desplazados.

No se siente la comprensión para ellos.

6. Porque: No. Por tantas ocupaciones que tienen y no sienten el tiempo.

Están viendo como sus hijos alcanzan sus metas.

Dependiendo como cada uno lleva su vida.

Si. Se han preocupado muy poco por ellos.

No le han tomado ninguna importancia.

7. Porque: No. No tiene ningún motivo que le afecte y si lo hay lo saben.

Si. Aún no saben porque les duele a pesar de los años transcurridos, cuando se recuerdan de sus familiares fallecidos.

8. Porque: No. Están muy ocupados de realizar sus actividades.

Son muy felices.

Gracias a la vida.

Si. Su familia en lugar de motivarlos los desmotivan en sus actividades.

Su pareja no hay el apoyo que quisiera tener.

La gente que critican su forma de actuar.

9. Cuales son enfermedades: Degeneración de cartílagos.

Presión alta.

Apendicitis

Diabetes.

Alergias

Problemas con los ojos.

Artritis

Estomagó

Estrès

Cansancio.

Así se pudo conocer que son varios factores que le afectan Adultos Mayores por la contestación de este cuestionario el POR QUE lo decían si o no los cuales son: la incomprensión por parte de la pareja, las críticas de los demás personas, no haber logrado sus metas que se habían propuesto, por las circunstancias de la vida no les permitió y el seguir anulando o resistencias a los cambios que le están sucediendo en sus potencialidades físicas, psicológicas y social.

Segunda parte fue de ver la manera de como se podría integrar un programa dónde se les permitiera dar orientación a los Adultos Mayores tomando en cuenta la mayoría de las problemáticas que presentaron en el cuestionario y se decidió de la siguiente forma:

- ✓ Conferencias, charlas y talleres con temas relacionados con psicología que permitiera a la vez darles un mensaje pero también que ellos manifestaran si lo han sentido o lo estén pasando.
- ✓ Con actividades de la Técnica de Terapia Ocupacional darles trabajos manuales que ellos podrían hacer para sentirse útiles en su vida y así demostrarse por ellos mismos que tienen varias habilidades pero que por el tiempo que anterior tenían de trabajo no les permitían.
- ✓ Se dio Psicoterapia Grupal a los tres grupos donde se les permitía dar a conocer algunas de sus problemáticas que estuviera pasando y así entre todos darles alguna solución mejor.

Conforme fue pasando el tiempo en la realización de este programa se pudo notar en los Adultos Mayores son varias problemáticas que ellos enfrentan y que muchas veces no lo manifiestan a sus familiares por no preocuparlos o porque no les darían importancia a lo que ellos sienten, piensa. Como:

- El que en ocasiones tomar el rol de madre o padre de los nietos todo el día porque sus hijos trabajan y para eso está mi mamá o papá.
- El sentir que ya no me toman en cuenta en las decisiones en la familia y sólo entre ellos pero cuando tienen necesidad económica ahí si están los padres.
- La propia familia que no les hacen caso en sus enfermedades.
- El no asistir a sus compromisos por asistir a los de sus hijos o nietos.
- Sentirse solos porqué viven solos y es dónde comienza a recordar los viejos momentos cuando todos estaban juntos.
- La incomprensión de parte de su familia en aún darle trabajó más de lo que ya hizo por ellos.
- Descuido de su salud por ellos mismos y no asistir a sus citas establecidas con el médico.

- No haber logrado sus metas que se habían propuesto cuando fueron jóvenes (haber tenido la oportunidad de seguir estudiando, una profesión).
 - Seguir con las mismas costumbres de generación a generación y ahora en la actualidad le estén afectando no sólo al Adulto Mayor sino también a sus hijos o incluso a sus nietos.
 - La pérdida de algunos de sus hijos por muerte o accidente.
- B) Tercera parte fue evaluar si el programa que se les había impartido a los Adultos Mayores tuvo resultados positivos que beneficiaran o no se logró lo que se había propuesto. Esto se evaluó tanto por mi persona en lo que fui observando en el transcurso de la realización del programa y así por parte de los que recibieron este programa.

Por mi persona fui viendo muchos cambios positivos en ellos como, ver la vida de mejor forma, valorarse, como seres humanos, permitirse a conocer aquellas cualidades positivas que tienen y que por muchos años estuvieron guardados como son el manifestar que son inteligentes valiosos, exitosos, sociables, ayudar, sentirse bien principalmente consigo mismo. Permitirse darse el lugar que les corresponde y vivir sus vidas a lo máximo para ellos y ellas que se dieran cuenta que era momento de que piense por ellos porque de esa manera también van a demostrar a los demás lo que pueden hacer para llevar una vida mejor, saludable en todas sus áreas.

Referente ha lo que ellos mismos manifestaron al terminar este programa fue lo siguiente:

- Desahogo de tensiones o presionamiento emocional al darle a uno la oportunidad de externar alguna problemática posible.
- Conocer más de cerca de otras personas.
- Encontrarse a sí mismo.
- Encontrar el lado positivo de la vida.
- Llevar una vida plena y feliz, de calidad.
- Aprender y ponerlo en práctica.
- Compañerismo.
- Que se necesita ayuda y fue la manera de sacar lo que emocionalmente le estaba afectando.
- Conocer y aprender mucho más de sí mismo.
- Cambios de actitudes.
- Permitted abrir puertas que estaban cerradas emocionalmente.
- Amarse a sí mismo.
- Aceptar a los demás con sus defectos y cualidades.

Por tal circunstancia pienso y creo que el programa que se realizó con los Adultos Mayores se ha logrado talvez no en su totalidad pero ya se puede observar que las problemáticas que presentaron la pueden ver mejor si se toma la responsabilidad por ellos mismos.

3.5 OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS.

Que no se tenían contempladas en el programa que se realizó, pero que me sirvió para obtener más información que era necesario saber.

Conferencias que recibí y fui como oyente.

- * En primer lugar sobre las enfermedades propias de un adulto mayor expuesto por personal del ministerio de cultura y deportes.
- * Participación en la semana científica, sobre temas relacionados con la mujer, niños y sus enfermedades.
- * Conferencia sobre infecciones y como psicólogos debemos saber si estamos trabajando en un hospital para tener las precauciones necesarias.
- * Conferencia de Lactancia Materna, que es una fuente indispensable para un bebé y que actualmente se ha ido olvidando por muchas creencias insólitas.
- * Conferencia de como manejar la situación en un momento de emergencia en un accidente de bus etc. Para la clasificación del personal y así como de los pacientes por problemas que presenten.
- * Conferencia sobre ética profesional y ética al servidor público.

Fui como invitada.

- * Participar en las actividades festivas de la Asociación AJUPENSA como el Día del Maestro, el Aniversario.
- * Participar en la inauguración de la clínica de Adolescentes.
- * Participar en la inauguración de la clínica del Tabaco.

Elaboración de murales y participación

- * En la elaboración de murales como el del Día Internacional de la Mujer, del Día de la Madre y del Día del Padre.
- * Celebración del Día de la Salud Mental y el Día del Niño.

LOGROS:

- ❖ Me permitió convivir más como grupo.
- ❖ Se tuviera convivencia con los diferentes departamentos que dan atención en el Hospital Nacional Pedro de Bethancurt.
- ❖ Ser parte en sus celebraciones por la asociación de AJUPENSA la jefa del departamento de Psicología y como yo epesista.
- ❖ Conocer varios temas que no los conocía a fondo y como profesional es bueno conocerlos.
- ❖ Estar participando en las festividades por parte del Hospital

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

Fue realizado en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt con la población Adulto Mayor del 11 de febrero a 11 de Octubre con pacientes que asistían a Consulta Externa y en Consulta Interna.

El por qué fue dado este servicio en esta institución obedece a que se vio la necesidad de un programa específicamente para esta población que necesitan de ser escuchados y de permitirles conocer que tiene la vida muchas metas por lograr para ellos mismos. Esta población presentó varias problemáticas como el ya no sentirse útil, el guardar por bastante tiempo sentimientos negativos, que las personas que los rodean o ella misma se lo han dicho y ya con la edad comienza a salir toda esa carga negativa con malestares físicos o emocionalmente, con decaimientos etc. Culpa de no haber dado un mejor cuidado a sus hijos cuando estaban pequeños, según sus propias valoraciones. El tratamiento al inició con los pacientes me fue un poco difícil porque tienen muy establecidos los parámetros o costumbres, como por ejemplo la resistencia al cambio de estilo de vida, creencias culturales y religiosos, que incluso vienen de generación a generación y como algunos decían, que “así decía mi mamá o papá” y por ese motivo fue costoso.

Son pacientes muy agradecidos al servicio que se les brindó, fue una población que permitió conocer sus problemáticas para así poderles dar toda la orientación que permitan darles, la mayoría de ellos asistieron más de tres reconsultas; hubo bastante Adulto Mayor para pedir sus citas a este departamento, se atendió adecuadamente y respetando en algunas ocasiones él por qué ya no podían seguir con el tratamiento que se había iniciado.

La clínica psicológica que se tuvo para la atención en consulta externa hubo un poco de problema para atenderlos porque en ocasiones, las 5 epesistas teníamos pacientes citados a la misma hora y sólo se tenía prácticamente 3 espacios, teniendo que decir al paciente que esperará un momento mientras que algún espacio se desocupara para poderle brindar la atención; en ocasiones me tuve que llevar un poco más de tiempo de lo establecido en la problemática que presentaba el paciente y el otro que continuaba a veces tenía que esperarme por unos minutos después de la hora asignada y se les ofrecía disculpas pero siempre se les atendió.

Otra dificultad fue que los pacientes creían que al asistir al departamento de psicología era los que estaban locos inclusive sus propios familiares se lo manifestaban, pero se les habló que no era así que este departamento lo que pretendía era reeducar al paciente en llevar mejor su vida, no sólo en el área emocional sino en toda sus áreas.

Otra limitante fue que la población, al principio de la atención individual desconfiaban al notar que la psicoterapeuta fuera joven en comparación de ellos, pero conforme se fue trabajando se dieron cuenta que si trabajamos mutuamente encontraríamos la solución a sus problemáticas y que no importa la edad que se tuviera sino saber que hay alguien que lo escuche y le permita reconocer mejores alternativas de solución a la problemática que estuviera presentando en este momento en su vida.

En Consulta Externa se les dio Psicoterapia Conductual – Cognitiva o a veces solo la conductual porque se vio la necesidad en la población de trabajar cambio de conducta a la que se ha llevado por años y que no le ha permitido reconocer que hay mejores soluciones de llevar un mejor estilo de vida satisfactorio; con la ayuda de ejercicios y tareas a realizar, se observó que fueron las Técnicas adecuadas para las problemáticas que presentaban esta población atendida.

Lo que me permitió tener bastantes pacientes fue que algunos doctores de otras clínicas los referían a Psicología y así fue una gran ayuda porque ellos los atendían en sus enfermedades, mientras en Psicología se les ayudaba en la vida emocional; lo que permitía tener en poco tiempo resultados positivos en los pacientes, otros que venían porque deseaban citas en el departamento de Psicología o los familiares les decían que era bueno que asistieran a consulta en el departamento de Psicología.

Uno de los logros que se obtuvo en Consulta Externa fue que a tres pacientes que se les dio atención se le pudo al final dar por casos cerrados, pero también se les comunicó que sí en algún momento desean nuevamente venir o alguno de sus familiares, las puertas están abiertas cuando ellos quisieran. Otra ventaja fue que el Adulto Mayor fue constante en sus reconsultas cuando se le indicaba tanto en la hora como el día asignado.

En Consulta Interna se atendió en su mayoría a pacientes de cirugía de mujeres en el cuarto nivel del Hospital Nacional Pedro de Betancourt y algunos de cirugía de hombres. Fueron muy pocos los que se les brindó asistencia psicológica con los pacientes internados en el tercer nivel porque no nos permitían ver los expedientes de estos pacientes, por tal razón no se pudo obtener sus datos generales ni escribir en la hoja de evolución cómo se percibía al paciente en el momento que fuera atendido por Psicología, por tal motivo se prefirió no visitar a los pacientes de este nivel. De los pacientes que fueron asistidos permitieron que se tuviera un acercamiento hacia lo que le estaba sucediendo y comunicarán cómo se sentían en ese momento, la mayoría sólo con el hecho de saber que se les estaba escuchando se ponían a llorar y dar agradecimientos por haberle atendido, cuando se iba a atenderlos no se sentía el tiempo porque hablaban de su vida y cuales eran sus penas que actualmente estaban pasando.

Una de las pacientes que se atendió en Consulta Interna, después que durante tanto tiempo estuvo internada en el Hospital, asistió después en Consulta Externa.

El personal del cuarto nivel en cirugía de mujeres y de hombres como los doctores, jefa de enfermeras y las enfermeras auxiliares siempre estuvieron muy atentos y agradecidos por el servicio de parte del departamento de Psicología e incluso ellos mismos decían cuál era el paciente que necesitaba que fuera atendido por este departamento.

A los pacientes en consulta interna se les dio psicoterapia breve por el corto tiempo que permanecían internados.

No se pudo atender a más pacientes en consulta interna porque a veces se tenía pacientes citados en consulta externa y se tenía que dejar un poco descuidado en servicio a esta población.

En las dos consultas se obtuvo bastantes pacientes Adulto Mayor, tal vez no se tuvo el mismo número de pacientes atendidos pero en sí siempre se contaban todos los días con pacientes comprendidos entre estas edades.

Otra limitante que se tuvo fue de no haber tenido la oportunidad de trabajar con los hijos, nietos de estos pacientes; fueron sólo algunos que sí hubo oportunidad de trabajar con ellos, ya que se hubiera obtenido más rápido cambios en estos pacientes porque una buena relación entre padre- hijo y así abuelo – nieto, ayuda a este Adulto Mayor a sentirse con apoyo y comprensión.

No sólo fue beneficio para la población que se atendió sino para cada uno porque permitió la elaboración de este programa y así la culminación satisfactoria de este, para la institución por permitir que se diera la atención psicológica a estos pacientes y así cubrir una parte de la población que necesitaba ser atendida, fue una ayuda mutua entre doctores, enfermeras etc. Para tener recuperación de pacientes antes del tiempo establecido y como epesista por permitirme conocer más de cerca las problemáticas esta población y darle la oportunidad de conocerlos más.

Una necesidad que se pudo observar en la población es la necesidad de ser escuchado y atendido y de que sus familiares no les tomen caso por decir que son malestares de la edad y que es algo normal, sin darle la importancia que merece y se preocupan ya cuando este Adulto Mayor se encuentra en una crisis de Ansiedad, Depresión etc., incluso de no seguir viviendo más.

PSICOTERAPIA GRUPAL

Fue la manera para que los participantes dieran a conocer qué era lo que le estaba sucediendo y entre todos se le dieron diferentes alternativas de cómo solucionar su problemática, al finalizar la persona que expuso su problema tenía la última palabra de cómo solucionaría su problemática para su propio beneficio.

Desde el principio se les comunicó a los grupos, que lo que se iba a conversar en psicoterapia grupal no se comentaría a personas que no fueran del grupo, el cual lo respetaron, teniendo discreción ante los problemas evidenciados.

También se programó actividades de técnica de relajación la cual permitió que muchos de ellos se conocieran internamente.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

En general se puede decir que el objetivo que se había programado anteriormente en el proyecto se ha logrado con los tres grupos que se tuvo acceso.

Este subprograma al principio se tuvo un total de 27 participantes pero con el tiempo se quedaron 16 participantes dividiéndose en los tres grupos que se formaron. La experiencia con ellos fue muy positiva porque me permitieron no solo compartir en las actividades que ya traía programadas sino que ellos me hicieron participe en sus actividades que como asociación las tenían programadas.

En todo momento percibí bastante colaboración, compañerismo, entusiasmo, alegría, confianza etc, Con cada uno de los grupos y la asociación.

Primeramente se tomará conforme se estableció este subprograma:

TERAPIA OCUPACIONAL:

Al principio me fue un poco difícil, yo que no conocía en si las expectativas que esperaba esta población pero conforme fuimos trabajando y compartiendo se fue dando un ambiente muy cálido.

Las semanas que nos tocaba trabajar en esta área se tenían en ocasiones que tomaron un poco más de tiempo de lo establecido porque no podíamos dejar la actividad a medias, se tuvo en todos los trabajos que ellos realizaron mucha creatividad que al final quedaban muy bonitos porque se les daba la libertad de que los decoraban a sus gustos y exigencias.

Algunos de ellos manifestaron que sus familiares les gustó mucho la elaboración de cosas por parte de la terapia ocupacional e incluso les decían que les enseñaran como lo habían hecho para ellos también elaborarlos, se tuvo momentos que se compartió con la elaboración de algunos platillos de comida por grupo para probar como había quedado y esto permitió tener un mejor acercamiento entre todos, bastante cooperación y colaboración.

Se tuvieron momentos para compartir lo realizado en cada uno de los grupos para dar su opinión en las actividades de cocina y así tener un mejor acercamiento grupal, se observó bastante cooperación y colaboración entre todos, cuando alguien no tenía un material alguno de ellos le proporcionaba el mismo para que lo realizara y no se quedara con la iniciativa de participar en la actividad. De esta manera tuve que investigar y aprender de serigrafía ya que era una de las actividades que el Adulto Mayor quería conocer y aprender lo cuál me permitió ver cuales eran los lineamientos que se tenía que llevar para una serigrafía la que al final, con el grupo que lo pidió se obtuviera un gran éxito y se llenaron las expectativas que ellos esperaban saber sobre dicha actividad.

CONFERENCIAS Y TALLERES EN LOS DIFERENTES GRUPOS.

La exposición de los temas fue adecuado a las necesidades del adulto mayor y en ocasiones se les dio hojas de trabajo para implementar aun más sobre el tema dado, para que se tuviera también participación activa de los asistentes y así darle la oportunidad que si alguno deseaba dar a conocer su problemática se le proporcionaba el espacio para que expusiera. Fue una manera para que los participantes dieran a conocer sus problemáticas y tuvo logros para ellos mismos el exponerlo de la mejor manera que ellos pensaban decirlo y ver la manera de mejorar en las áreas que no le ayudan a tener una calidad de vida.

AJUPENSA (Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez.)

Por AJUPENSA las conferencias y talleres que se brindó permitió al adulto mayor darse cuenta que como un ser humano vale mucho y que ya era momento para que se diera a demostrar quien realmente es y las actividades que puede realizar, principalmente para él mismo, de esa manera permitiría que las personas que le rodean se dieran cuenta de las capacidades que puede desarrollar el adulto mayor. Para el desarrollo de este programa para la población Adulto Mayor, que pertenecen a la Asociación de AJUPENSA, fue por la gestión que se tuvo con los de la junta directiva con la jefa del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt así dando oportunidades y beneficios para los grupos participantes.

CHARLAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.

Permitió que personas Jóvenes, Adultos y Adulto Mayores escucharán temas que muchas veces no se toman en importancia, como en el que se trató de transmitir la importancia que los hijos y nietos u otros familiares escucharan sobre las problemáticas que surgen en el Adulto Mayor si no se le atiende adecuadamente; pero principalmente darle el lugar que le corresponde ante la sociedad y así tener mejor relación entre un Adulto Mayor y los que le rodea. Fue otra manera que los pacientes en consulta externa llegarán a pedir su cita al departamento de psicología, al escuchar de que algunas ocasiones se necesita de ser atendidos psicológicamente y si ellos tienen la oportunidad por qué no asistir a esta clínica.

El primer grupo del día lunes, estuvo conformado por el sexo femenino, al inicio fueron 13 y conforme se trabajó se quedaron 7, mostraron apoyo, siempre dispuestas y activas para las actividades que se programaron, fue un grupo que incluso hubo celebraciones de cumpleaños que hasta invitaron al grupo que seguían después de ellos, fueron los más constantes en trabajar las actividades.

Con el segundo grupo del día lunes, estuvo conformado por el sexo femenino y masculino, prácticamente los pertenecían a la asociación, siempre tuve de ellos colaboración y apoyo y se observó el interés de conocer cosas nuevas.

Con el tercer grupo se trabajó el día jueves, estuvo conformado por el sexo femenino que asistían a clases de Tai – Chí, con ellos en algunas ocasiones se suspendieron actividades exclusivas del programa de psicología, porque en ese mismo horario tenían otros compromisos, ya sea por parte de la iglesia o por parte de la asociación, de ellos se tuvo mucha comunicación y colaboración de los integrantes.

Fueron tres grupos que constantemente brindaron su apoyo, estuvieron presentes en todas las actividades y si en algún momento no podían asistir me avisaban anticipadamente; una de las ventajas que me permitieron establecer sin ningún problema la formación de los grupos, fue gracias a que la asociación de AJUPENSA informó a los que participaban en gimnasia y Tai - Chi para que fueran partícipes de este programa. Un inconveniente que se puede mencionar en la realización de este subprograma fue, que a pesar de que en esta región esté la Asociación Ajupensa que vela por las mejoras en las condiciones de vida del Adulto Mayor, era la primera vez que se tomaba en cuenta el trabajo directo con el Departamento de Psicología por parte del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, por lo tanto, fue difícil convocar un buen grupo que quisiera participar, además su mayor compromiso que manifestaban era de cumplir en cuidar a sus nietos o atender en su negocios, a pesar de que se acomodaron a los horarios a su conveniencia, por lo que al final de la realización de este subprograma se terminó con la asistencia de 16 participantes que quedaron.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

El tema que al principio del proyecto se había propuesto a investigar con el Adulto Mayor fue “ Conocer cuales son las causas principales de la depresión en el adulto mayor y forma de prevenir”, pero conforme se fueron trabajando con la población se decidió a cambiar el tema a investigar y se eligió el siguiente “Identificar las problemáticas que manifiestan el adulto mayor y comprobar si hubo cambios emocionales después de un seguimiento en el programa psicológico impartido en el año 2004”.

Se realizó esta investigación por el hecho de que muchas veces nos olvidamos que hay seres humanos que han tenido un gran recorrido de su vida en preocuparse por ayudar a sus padres, el de graduarse y de esa manera ayudar económicamente a sus padres e incluso apoyarlos en los estudios de sus hermanos y conforme iba pasando el tiempo el de realizarse en la vida sentimental y de ahí los hijos que prácticamente toda su vida ha sido de criarlos y darles de todo pensando por todos pero menos de ellos mismos, hasta olvidarse de muchas metas que se habían propuesto a realizar que ahora las vean algunas muy lejanas por ser actualmente un Adulto Mayor.

El impacto que surgió en la institución Ajupensa al principio, de resistencia en el momento que se les aplicó el cuestionario para el Adulto Mayor, el cual se pudo observar que para responder el cuestionario dedicaron más tiempo de lo que se había propuesto, otra fue el de preguntar si era necesario responder el por qué de su respuesta; en la medida en que se fue trabajando con los participantes directamente; además del cuestionario para el Adulto Mayor, se tomó en cuenta la convivencia con los grupos la que permitió conocer mejor cuáles eran algunas problemáticas que se manifestaban en dicha población, que de basarse únicamente en las respuestas del cuestionario, no hubiera sido posible darle una mejor atención psicológica a esta población, como el hecho de que cuando fueron jóvenes no le tomaron importancia a algunas enfermedades que ahora como Adulto Mayor se necesite de mayor atención por el hecho de estar más desarrolladas, que ya no están sólo controladas con medicamentos sino que se tenga que intervenir ó ya no se tenga cura y lo único que queda es de mantenerla para que no siga desarrollándose. Otra fue la resistencia de pensar aún de que tienen la obligación de seguir ayudando a sus hijos en cuidar a sus nietos por el hecho que si ellos no los cuidan no podrán superarse profesionalmente y que como ellos no tienen ya compromisos tan establecidos que sí pueden suspenderlos en cambio ellos no. Y así olvidarse que también ellos tienen necesidades para el beneficio de su vida pero como están comprometidos con sus hijos dejan por un lado sus actividades propias. Y con esto también la falta de participación del Adulto Mayor en las actividades programadas por esta asociación. -104-

Otra fue la incomprensión por parte de la pareja porque a pesar de los años que se tienen de convivencia en matrimonio sienten que no hay el apoyo que hubieran pensando tener conforme pasaba el tiempo

Se observaron logros en los participantes, los cuales se puede mencionar, se dieron cuenta que al exponer su problemática surgían otros casos similares en las difíciles tareas de la vida que enfrenta el adulto mayor, pero que entre todos se puede encontrar solución e incluso la carga que por bastante tiempo fue pesada en sus hombros hoy por hoy la puede pueden llevar positivamente. Cada semana que se trabajó con ellos se pudo observar los cambios de pensamiento de negativo a positivo y si en algún momento quieren cambiar va a depender de ellos como seres humanos. Otra manera fue que los mismos participantes dieron a conocer lo que habían venido a recibir y les había ayudado a conocerse a ellos mismos, valorarse por lo que son y no por lo que hacen o dejen de hacer. El éxito del abordamiento grupal, se debió que se fomentó el autoconocimiento, valoración de cada participante como ser humano con sus cualidades y defectos; se considera que todo esto contribuyó a que los grupos se integraran mejor como tal, y cada miembro se identificara más tomando en cuenta que compartían sentimientos, ideas, problemas o tristezas comunes, creó en ellos nuevas expectativas de su vida para el mejoramiento de ellos y el saber que son seres que aun tienen muchas cosas que dar para la vida, que no importa la edad que se tenga sino la iniciativa de ser alguien productivo y así dar a conocer lo que puede dar un adulto mayor.

Por medio de este programa se unieron más los grupos ya que se encontraban cada semana, indicaban siempre que no solo venían a aprender algo teórico y práctico sino que también entre compañeros jubilados.

Lo que se logró con esta investigación fue que los participantes se diera cuenta que no precisamente se sientan tristes por no tener tan activas su potencialidad física, pero que como seres pensantes tienen otras que le puedan ayudar a llevar con dignidad y valentía esta gran etapa; que no les fue educados a llevarla bien en la población que se trabajó alguno se encuentran ya en esta etapa y otros que la inician.

Se consiguió que se dieran cuenta que muchos de ellos se encontraran a sí mismos y conocieran muchas áreas positivas que tenían guardadas, el permitirles compartir con otro Adulto Mayor, que algunos sí se conocieron cuando ejercieron su profesión como maestros de educación pero que no habían tenido la oportunidad de saber y compartir casi las mismas problemáticas de sus hogares y darse cuenta que no son solo ellos los que se encuentran en la misma circunstancia, sino a veces con más dificultades.

Otra fue que trabajamos en unión para encontrar las mejores soluciones, no solo para sus propios problemas sino que con solo el hecho de darle un abrazo, un apretón de manos podemos transmitir al adulto mayor que estamos con él.

De buscar la mejor solución a sus problemas pero que ante todo tenían que ver si le beneficiaba a él para el bienestar propio, porque desde el momento que ellos dieran a demostrar sus habilidades se verían también cambios ante las personas que le rodean.

Permitir dar a conocer a todos los que lean este informe de reconocer que a un adulto mayor que por mucho tiempo como un tema sin importancia el saber que ya sea, un niño, joven, adulto, adulto mayor merecen nuestro respeto y apoyo.

Talvez no sea lo económico lo que necesita en especial sino que resulta importante el apoyo emocional, porque es una etapa que no se les ha preparado a llevarla con dignidad y por tener muchas ideas equivocadas de que por años nos han inculcado, de ver al adulto mayor como algo insignificante, sin valor, y al pasar los años y darnos cuenta de que nos podemos valer por nosotros mismos, nos resulta fácil prescindir del Adulto Mayor ya que se considera una carga social, familiar, económica y que es una persona que ya no tiene más que dar a la vida productiva.

4.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

El programa de atención psicológico para el adulto mayor fue algo nuevo para esta población de paciente comprendidos entre las edades 39 y 87 años, principalmente para la asociación de AJUPENSA aunque ellos lo habían solicitado no se imaginaron que iba a ser abordado de esta manera, lo que permitió al principio bastante participación de los participantes. Hubo muchos factores que contribuyeron a la deserción de los adultos mayores, uno fue el desconocimiento en sí de los beneficios que se les estaba brindando con este programa, otro fue el factor tiempo ya que algunas de las participantes tenían que cuidar a sus nieto, otros que no podían dejar de atender sus negocios porque la clientela estaba esperándolos, etc.

Algunos de ellos estuvieron constantes en las reuniones de cada semana y miraban la manera de no faltar y si faltaban la semana siguiente o alguno de los participantes sabía por qué no había asistido. También se podría decir que el rapport establecido durante las semanas fue lo que permitió la asistencia de los participantes.

Una de las limitantes que se puede mencionar es que en ocasiones se tenía que trabajar en el área verde con los grupos del día lunes porque había otras reuniones por parte del Centro de Salud. En referente al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se tuvo un poco de dificultad en la atención al paciente en consulta externa por falta de espacio físico para atender, debido a que habíamos cinco Epesista y que nos juntábamos con los pacientes y teníamos que esperar que alguna se desocupara para darle la atención adecuada al paciente.

Se encontró que en adulto mayor está muy regido a sus costumbres y tradiciones que han ido de generación a generación a lo largo de los años, pero a pesar de ello la población permitió y conoció nuevas maneras de llevar su vida y que puede ser efectivo en su medio.

En investigación fue difícil establecer cuál era la problemática que se deseaba conocer del adulto mayor pero conforme se fue trabajando se observó que este programa permitía al adulto mayor darse a conocer, resolver sus problemáticas que le estaban sucediendo.

Algo muy importante en el trabajo con el adulto mayor es conocer realmente a esta población y así desarrollar alternativas investigándolas que permitan conocer cómo el adulto mayor enfrenta esta etapa de su vida , para poder así desarrollar programas que cumplan a cabalidad con las necesidades propias de esta población, ya que esto pudo observarse en el trabajo realizado en la investigación.

Uno como estudiante, al inicio piensa que puede llegar a brindar muchos servicios a esta población, pero se da cuenta en el transcurso del E.P.S. que el tiempo no alcanza para cubrir todas las necesidades de la población.

La integración con el personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y de la asociación de Ajupensa, fue una experiencia satisfactoria ya que me dio la oportunidad de convivir con personas profesionales que me brindaron la oportunidad de desarrollarme como profesional.

Uno de los aspectos sumamente importantes fue la buena relación que se tuvo con la Jefa del Departamento de Psicología, ya que siempre conté con la colaboración y el apoyo profesional de ella, también por parte de los médicos y enfermeras del cuarto nivel, en contar con su colaboración, esto ayudó a que se pudiera visitar a pacientes en consulta interna.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES

- ❖ El ejercicio profesional supervisado, es una excelente oportunidad para la Epesista de conocer alguna de las muchas problemáticas que se enfrenta en nuestro país.

- ❖ La convivencia con la población en general que el ejercicio profesional supervisado propicia es de suma importancia para la aceptación recíproca entre población y Epesista, generando apertura, confianza, afecto y aceptación.

- ❖ Cada vez se puede percibir más la aceptación y el nivel de importancia que se le da al servicio como medio necesario para el abordamiento de muchos problemas que anteriormente eran enfocados con la medicina.

- ❖ El ejercicio profesional supervisado ofrece no solo el mecanismo para graduación sino que también contribuye al desarrollo personal y profesional del Epesista

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- ❖ Tanto los motivos de consulta como las necesidades que expresa el adulto mayor en la clínica, son comunes entre los consultantes, aunque lo manifestaron de diferente manera según la exigencia de cada uno .

- ❖ La ayuda psicológica que se brindó al adulto mayor, se manifestó con cambios de actitudes.

- ❖ Permitirle al adulto mayor plantear su problemática, es el camino más adecuado de conocer la realidad de esta población.

- ❖ El darle seguimiento a los casos atendidos es necesario para poder evaluar la evolución de los mismos y continuar el tratamiento hasta donde fuera necesario.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- ❖ Las conferencias, dinámicas; permitieron una mejor empatía, atención y confianza con los participantes.

- ❖ Dar a conocer los temas de la psicología al adulto mayor es muy importante, ya que si ellos saben llevar una vida emocional mejor, pueden compartir estos conocimientos con las personas con quien tienen contacto.

- ❖ El fomentar actividades recreativas consolidan, entre otras cosas la integración grupal, contribuyendo a llevar una vida mejor.
- ❖ El éxito de un programa depende del sentido que gira entorno a la satisfacción de necesidades, del grupo al que está dirigido.
- ❖ El abordamiento psicológico grupal, facilita la unión de cada participante dándole la apertura a ver con mayor claridad, nuevas posibilidades que hay en si mismo y que le permitan salir adelante.
- ❖ Con la técnica de Terapia Ocupacional permite al Adulto Mayor el darse cuenta de sus habilidades y destrezas con que cuentan todavía.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

- ❖ El trabajo de investigación permite conocer pautas importantes que ayuden al abordamiento eficaz de las distintas problemáticas existentes en la población.
- ❖ La relación con los participantes en su ambiente cotidiano, permite integrar al Epesista a la población, lo que consolida el trabajo directo con ellos.

- ❖ La relación de este programa permitió al Adulto Mayor conocerse a sí mismo y aprender a descubrir sus propias capacidades y defectos.
- ❖ El abordamiento psicológico grupal, en una metodología participativa, influye positivamente en las relaciones interpersonales con los participantes.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- ❖ Que las organizaciones que trabaja con el adulto mayor conozcan mejor los cambios que sufren.
- ❖ Que el Departamento del Ejercicio Profesional Supervisado promueva la realización del mismo. Para que los estudiantes próximos a realizar su cierre de pénsum conozcan en qué áreas y en qué población pueden realizar su E.P.S.
- ❖ Que el Epesista se integre a todas las actividades propias de la población que le sean posibles compartir, ya que con ellos la identificación puede ser recíproca y así como profesional ser capaz de percibir más de cerca las necesidades reales de la población.

- ❖ Que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt permita tener más espacio físico para así atender a los pacientes en su atención psicológica.
- ❖ Darle continuidad al trabajo realizado en este periodo de E.P.S. para que el espacio de trabajo y lo realizado no se pierda.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- ❖ Que se le de seguimiento a los casos atendidos, registrando la evolución de los mismos.
- ❖ Que se quede un acuerdo para que se tenga el acceso a la atención psicológica a los pacientes internados en el tercer nivel, específicamente a los de medicina del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- ❖ A través del E.P.S contribuir con el adulto mayor desarrollando más programas para ellos.
- ❖ Que se siga informando, ya sea por medio de charlas o boletines para que los pacientes no pierdan la oportunidad de recibir la atención psicológica en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- ❖ Contribuir a que el adulto mayor lleve una vida emocional mejor a través de conferencias y talleres.
- ❖ Darle seguimiento al programa que se abrió en este año con el adulto mayor para que puedan abordar de mejor manera los problemas que se presentan en ellos.
- ❖ Que las actividades que se programen sean a través de una metodología participativa, en donde se fomente la expresión de necesidades, ideas, sentimientos; propiciando el descubrimiento de sus potencialidades.
- ❖ Que el contenido de los temas que se imparten en el programa del adulto mayor, sean de acuerdo a sus necesidades e inquietudes.
- ❖ Que se programen actividades de terapia ocupacional donde el adulto mayor pueda compartir con todos los participantes en los diferentes grupos.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

- ❖ Se recomienda que los programas que se den el seguimiento a este E.P.S con el adulto mayor contemplen aspectos formativos que contribuyan a disminuir las problemáticas que presenten.

- ❖ Que el epesista defina con anterioridad el tipo de investigación que realizará y el tiempo que le tomará para ubicarse dentro del contexto del abordamiento a utilizar con la población y sus necesidades.

- ❖ Que en los trabajos que se realicen posteriormente, se tome en cuenta la eficacia de la utilización de una metodología participativa en la población.

BIBLIOGRAFÍA

James Fadiman Robert Frager.

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

Cuarta edición.

Editorial: Oxford University Pres.

Impreso en México.

Pág. 624.

John Paul McKinney, ET, al.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

Editorial: El Manual Moderno, S. A. de C. V.

México. DF.

Pág. 266.

Kolb, Lawrence C.

PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA.

Editorial: La Prensa Mexicana, S, A. de C.V.

Lean, M.

LA ANSIEDAD.

Primera edición.

Editorial Atlántida.

Miguel A. Valdés Mier.

PSICOGERIATRÍA PARA MEDICOS GENERALES INTEGRALES.

Edición: Consuelo Muñiz.

Editorial: Oriente. Santiago de Cuba, 1997.

Pág. 122.

María Antonieta Zacarías Reyes.

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVOS
PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIATRICOS
DEL CENTRO SAN PABLO APOSTOL HOGAR PARA LA TERCERA
EDAD.

Universidad de San Carlos.

Escuela de Ciencias Psicológica.

Carrera Técnica Terapia Ocupacional.

Ursula Lehr.

“PSICOLOGÍA DE LA SENECTUD”.

Proceso y aprendizaje del Envejecimiento.

Segunda Edición. 1998.

Editorial: Herder 1998.

Barcelona.

Pág. 429.

GLOSARIO

Adulto Mayor: Es la fase final de la existencia humana. Indica dejar algo, una salida.

También conocido como el proceso de senescencia o envejecimiento es biológico-social, en el que ocurre alteraciones que varían de una persona a otra.

Autoestima: Es el conjunto de pensamientos y psicoterapia que tenemos de nosotros mismos.

Ansiedad: Sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte de un modo agudo o brusco (emparentando con el susto), y en parte de una forma lenta, continuada y atormentadora.

Calidad de vida: cambios positivos para la mejora y mantenimiento de la salud previniendo enfermedades

Depresión: Estado de ánimo que comporta una disminución del tono psíquico de la actividad física intelectual y que va acompañado de tristeza.

Programa: Declaración de lo que se piensa hacer en algún aspecto. Tema de una enseñanza, de un discurso, etc.

Psicología: Ciencia que se dedica al estudio de los procesos y fenómenos mentales especialmente en relación con la conducta humana y animal.

Psicoterapia: Tratamiento de las enfermedades mentales o síquicas, o de los trastornos fisiológicos de origen Psíquico, mediante métodos psicológicos.

Psicoterapia ocupacional: Es un tratamiento rehabilitativo, que busca mejorar las funciones del paciente para alcanzar una respuesta física, social y económica a través de técnicas activas de trabajo.

Técnica: Término que designa, generalmente, el estudio o los principio de un arte o una habilidad esencial.

Tristeza: Es un sentimiento por el cual las personas no se sienten bien consigo mismo o alguna pérdida que tuvieron y era algo importante para él.

A N E X O

CUESTIONARIO
PARA ADULTO MAYOR.

Nombre:

=====

Fecha de aplicación:

=====

Escolaridad:

=====

Edad:

=====

1. Me siento incapaz de realizar alguna actividad.
Si---- No---- Porque:

2. Siento necesidad de llorar.
Si---- No---- Porque:

3. Siento deseos de llorar y reír a la vez.
Si---- No---- Porque:

4. Siento miedo de no haber logrado las metas que me propuse.
Si---- No---- Porque:

5. Siento que mi familia no me comprende.
Si---- No---- Porque:

6. Siento que el tiempo va muy despacio.
Si---- No---- Porque:

7. Siento tristeza y no se por qué.
Si---- No---- Porque:

8. Me siento desmotivado, sin interés.
Si---- No---- Porque:

9. Frecuentemente he tenido más enfermedades de lo común.
Si---- No---- Cuales