

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL.

En la presente Práctica Institucional, se deduce que el apoyo psicológico se fundamenta como recursos o estrategias que intentan mejorar las principales variables psicológicas, el bienestar personal y el mejoramiento individual, que pretende no solo mejorar la calidad de vida del adulto mayor, sino abarcarlo desde el área de funcionamiento como por ejemplo el apoyo psicológico

Adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, puesto que por falta de consenso entre los diversos autores por definir la edad adulta con las palabras de la Lic. Susana Schmiedl (2009,22), consideramos que: “Adulto mayor es el nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprenden a personas de más de sesenta años de edad”.

A pesar de las divergencias en cuanto a la definición de la tercera edad, si hay acuerdo, en que es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, también es un proceso dinámico y no es estático, de manera que el ritmo que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad.

En cuanto a lo **internacional**, de acuerdo con los datos que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 habrá en las Américas 200 millones de personas de más de 60 años y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en el año 2050, por lo que será inevitable la aceleración de más políticas para dar servicios y atención a los adultos mayores.

Se confirma un nivel de la población adulta mayor a nivel mundial, sobre todo en América Latina, donde viven actualmente hay alrededor de 45 millones de personas con 60 años y más años. Esta cifra se va cuadruplicar hasta el año 2050. Actualmente ya viven más adultos mayores en los países en desarrollo que en los países

industrializados. También se calcula que en 2050 habrá en todo el mundo 395 millones de personas de 80 años, cuatro veces más que ahora, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo.

A nivel **nacional**, en los 10.027.254 habitantes registrados en el empadronamiento están incluidos tres grandes grupos de edad que definen la demografía de una población. Entre 0 y 14 años, la población llega al 31%, nueve puntos menos que la proporción recomendada (40) por organismos internacionales para denominar a un país más joven. La población adulta de 15 a 64 años representa el 62% del total y de 65% a más años, significa el 6.12%, según el censo de la Población y vivienda del Instituto de Estadística (INE), un 7% de la población en el país es mayor de 60 años o Adulto Mayor estaríamos hablando entonces de 579.259 habitantes, de los cuales el 61 % vive en la pobreza o sea 301.551 ancianos.

El Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores en Bolivia se celebra el 26 de agosto. Es una celebración que nos invita a una reflexión sobre la situación que está atravesando los adultos mayores, ya que ha aumentado notablemente la población de la tercera edad en nuestro país, y según estadísticas es una población que se encuentra en su gran mayoría desatendida e indefensa.

En cuanto a lo **departamental**, en Tarija, existen apoyos internacionales que se socializan con nuestra realidad pero es evidente que no es suficiente y que se debe enfatizar en el estudio de estas personas para entender sus necesidades.

En el departamento de Tarija se cuenta con tan solo un asilo la cual es el hogar Ancianos “Santa Teresa de Jornet”, establecimiento geriátrico destinado principalmente a brindar hospedaje a adultos mayores a partir de los 60 años de edad, con la propósito de ver por su bienestar bio-psico-social de este grupo etario en crecimiento riesgo.

Hasta hace aproximadamente 18 años, el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, fue administrada por el servicio departamental de gestión social (SEDEGES), pasando en julio de 1993 la dirección de las Hermanas de la Congregación de Jornet, quienes a partir de ese momento iniciaron un arduo trabajo en pro del progreso de la institución.

Bajo la misión de “*cuidar los cuerpos, salvar las almas*”, actualmente este establecimiento geriátrico alberga a casi un total de 85 adultos mayores quienes en gran mayoría registran periodos muy prolongados de permanencia ampliándose con ello considerablemente la probabilidad de su estadía en la institución hasta la muerte.

Se destaca también el interés de un estudio realizado por la Msc. Susana Schimiedl y colaboradores, referido a: Calidad de vida del adulto mayor del departamento de “Tarija- Bolivia”, Trabajo socializado por el grupo de investigadores, mismo que sin embargo no se encuentra en forma impresa en la biblioteca de la Facultad de Humanidades, por lo que los datos que se cita fueron recabados de la entrevista a la directora de la investigación, como fuente de información. De esta forma podemos ver que nuestra sociedad no le brinda mucha atención al tema de los adultos mayores, ahora tomando en cuenta todo lo mencionado anteriormente se plantea la realización de una P.I., que va dirigida a realizar el trabajo de intervención psicológica con el objetivo de:

“Brindar apoyo psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija”.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL.

En la ciudad de Tarija, uno de los grupos de personas vulnerables y olvidadas son los adultos mayores, ya que no se ve que exista mucho interés en brindar apoyo a estas personas de la tercera edad.

En la sociedad actual, así como en la ciudad de Tarija parece que valoramos a las personas por lo que “hacen”. Apreciamos más lo que una persona puede aportar productivamente en la sociedad que el desarrollo personal y social.

Las personas de la Tercera Edad “hacen” poco y “son” mucho. Vemos la vejez como algo negativo, lo asociamos a un sentimiento de inutilidad y estorbo, pero es necesario ver la Tercera Edad como una etapa más del desarrollo como personas en sociedad, una etapa diferente y llena de posibilidades.

Por tanto; al considerar las necesidades en este tema y con el afán de lograr un trabajo eficaz, se ve beneficioso llevar a cabo una Práctica Institucional en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija, brindándoles apoyo psicológico; mediante distintas alternativas de intervenciones para lograr cambios positivos y significativos en la conducta y actitud de los adultos mayores frente a sus problemas. La intención que se tiene con esta Práctica Institucional es también el profundizar el tema ya que está constantemente olvidado en nuestra sociedad, al parecer en la sociedad actual parece que valoramos más a las personas por lo que “hacen” y no por lo que “son”. Apreciamos más lo que una persona puede contribuir productivamente a la sociedad que el desarrollo personal y social

No se toma en cuenta que en los tiempos que vivimos, la vida cronológica se ha prolongado, el ciclo de vida es más largo que en épocas anteriores, la gente vive más tiempo y se registran menores índices de nacimientos, por lo tanto hay menos gente joven.

Vemos la vejez como algo negativo, lo asociamos a un sentimiento de inutilidad y estorbo. Pero es necesario ver la tercera edad como una etapa más del desarrollo como personas en sociedad, ya que cada uno en un determinado tiempo llegamos a esa etapa de la vida y no nos gustaría que nos rechacen, o nos traten de diferente manera.

Por ésta razón, se ejecutará la Práctica Institucional con el propósito de *“Brindar apoyo psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija”*.

En este trabajo se realizó un *aporte teórico* ya que se realizó un bosquejo de teorías acerca de dicho tema, tomando en cuenta más áreas de autoestima, depresión y ansiedad.

También se hizo un *aporte metodológico* ya que se realizó un programa con diferentes técnicas, tácticas y actividades como ser diagnósticos, intervenciones, etc.

Por ultimo este trabajo también contribuyó con un *aporte práctico*, porque a partir del apoyo psicológico se pudo perfeccionar el fortalecimiento de desarrollo personal de las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

2.1 HISTORIA

La congregación de las Hermanitas de los ancianos desamparados fue fundada por el Siervo de Dios, D. Saturnino López Novoa en colaboración con Santa Teresa de Jesús Jornet e Ibars, nombrada Superior General del Instituto desde sus comienzos.

El instituto religioso nace en Barbastro (Huesca) el 27 de enero de 1873, el 11 de mayo del mismo año se abre la Casa Madre en Valencia.

Esta casa hogar de Tarija se funda en el año 1993, con cinco hermanitas venidas de otra casa hogar de Bolivia, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Oruro después de adquirir el título de propiedad se empieza a demoler y/a construir el actual Hogar que tenemos en esta ciudad.

2.2 MISIÓN

La finalidad de nuestra obra es en palabra de nuestro fundador, don Saturnino López, “ser continuadoras de la misión de Cristo, que pasó por el mundo haciendo el bien”; concretado en acoger, cuidar y prodigar todo género de asistencia, inspirada en la caridad evangélica, a los ancianos necesitados.

2.3 VISIÓN

Nuestras casas están abiertas en las personas mayores más pobres o con escasos recursos económicos.

“Es cierto que nuestra sociedad ofrece cada día más servicios técnicos para ayudar a las personas con dificultad. Pero todos sabemos que, aunque se logrará una organización perfecta de la asistencia, eso no es suficiente. Porque por encima de todo, la persona humana, particularmente la anciana, necesita cercanía y ayuda ofrecida con

amor y comprensión” Juan Pablo II, Bolivia, Casa Hogar de las Hermanitas de los ancianos desamparados, 13 de mayo de 1988.

Está ubicado en la calle Santa Cruz N° 1185, la estructura y terreno de la congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA PRÁCTICA

3.1. OBJETIVO GENERAL

“Brindar apoyo psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija”.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de ansiedad, autoestima y depresión de las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.
- Ejecutar un programa de intervención a las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar.
- Evaluar la eficacia del programa de intervención, realizada en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

CAPÍTULO IV

4. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo sustenta la definición teórica de los términos manejados en la Práctica Institucional, como ser la definición del adulto mayor y otros. Así también la importancia del apoyo psicológico del proceso de intervención.

4.1. CONCEPTUALIZACIONES DEL ADULTO MAYOR

Según la OMS, existen varias conceptualizaciones las personas de 60 – 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos; y los que sobrepasan los 90 se les denomina, grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Para la conceptualización del Adulto Mayor se maneja la propuesta de *Carmelo Moledero (1990)*, que define la edad adulta en:

- La presentud o edad del retiro (que abarca de los 35 a 70 años): y que se caracteriza por un
- La senitud (partir de los 70 años); Dependencia de los demás, despreocupación casi total por los asuntos sociales, insuficiencia de capacidades y establece una tercera etapa.
- La vejez o fase senil, (sin establecer una edad límite), donde se procesan la última enfermedad y muerte; destrucción de las funciones biológicas esenciales.

4.2. DEFINICIONES SOBRE EL EMVEJECIMIENTO

En América Latina uno de los principales estudiosos del tema que más aportado al mismo ha sido Leopoldo Salvarezza. Este autor, citado por Orosa Fraix, señala que “... *La vejez es un tema conflictivo no solo para el que la vive en sí mismo, sino*

también para aquellos que sin ser viejos aun diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales.”.

Según el diccionario Larousse, Adulto Mayor “es quien ha llegado a su mayor crecimiento o desarrollo”. Y, en sentido figurado, “quien ha llegado a su mayor grado de perfección”.

Existen vocablos similares o equivalentes a Adulto Mayor, algunos aceptables y otros despectivos. A continuación se citará algunos términos:

Una de las más conocidas es “viejo” que se define de la siguiente manera de acuerdo con el diccionario terminológico de ciencias médicas: edad senil, senectud, periodo de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años caracterizado por la declinación de todas las facultades.

Asimismo *Séneca* (1990), citado por (SCHMIEDL, 2009; 22) tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y si con la sabiduría.

Los siguientes autores definen el concepto de vejez de la siguiente manera: para *Galeno* citado por (SCHMIEDL, 2009; 23), la vejez era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana. *Erasmus*, citado por (SCHMIEDL, 2009; 23), en el siglo XVI, concebía la vejez como una carga, considerando que la locura era el único remedio contra la vejez.

La vejez es un estigma, según el gerontólogo social norteamericano *Robert Atchley* (1980), y la mayoría de las veces tal estigma es el resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando a través de los tiempos.

Otro concepto frecuente es el de “anciano”, varios diccionarios lo describen así: dicese del hombre o la mujer que tiene mucha edad, no aclara que significa mucha edad,

pero en el nuevo testamento la palabra “anciano” tuvo otra connotación, se utilizó para designar a jefes religiosos o para designar a jefes religiosos que tenían algún tipo de cargo directivo (Fajardo, 199). De igual manera *Langarica (1990)* alude que se entiende por anciano, viejo, persona de avanzada edad, a las personas en la última etapa de la vida, entre la madurez y la edad senil (60 años).

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2015).

Otra denominación que en la actualidad es utilizada para dirigimos a este sector de la población es de la tercera edad el cual surgió en Francia en 1950, designado por el *Dr. J. A. Huet* uno de los indicadores de la gerontología en este país. Al principio esta expresión abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas, pensionadas, consideradas como de baja productividad, posteriormente se precisó, caracterizando a jubilados y pensionados de más de 60 años de edad. (Fajardo 1995).

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR

Adulto mayor es el término que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los Adultos Mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad o ancianos.

Por los años 70 los términos Adulto Mayor y tercera edad eran pocos conocidos. A los sesentones les decían, viejitos, ancianos. Actualmente de 60 es un adulto mayor, pero de ninguna manera un viejo.

Por lo general las personas de la tercera edad a las que erróneamente la sociedad las margina tienen en conjunto características que los limita como seres humanos sin considerar que son un bagaje de experiencias por ello tenemos:

- a) Empiezan a padecer enfermedades biológicas como ser: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson osteoporosis, etc.
- b) Dentro de las enfermedades neurológicas o mentales están: el alzhéimer, demencia senil.

A esto le añadimos enfermedades sociales como:

- a) Aislamiento social.
- b) Escasa o nula oportunidad de trabajo.
- c) Discriminación familiar, si no aporta económicamente con su pensión de jubilado.
- d) Su diferencia cultural hace que su autoestima este muy bajo, si no tiene independencia económica, necesariamente debe retribuir con trabajo físico su estadía en el Hogar

4.4. TIPOS DE EMVEJECIMIENTO

La enciclopedia británica define el envejecimiento (senescencia= del lat. *senescens = entis* adj. que empieza a envejecer) como “El cambio gradual e intrínseco es un organismo que conduce a un riesgo creciente de vulnerabilidad, perdida de vigor, enfermedad y muerte, tiene lugar a una célula, en un órgano o en la totalidad del organismo durante el periodo vital completo de cualquier ser vivo”. La lectura de diferentes manuales y revisiones sobre el tema coinciden, con distintos términos (como anciano, senecto, geronte, viejo, tercera edad, etc.) en lo esencial de ésta definición, guardando ciertas diferencias como la concepción de la tercera edad por ejemplo la mayoría de las personas en ésta etapa siguen siendo perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los proyectos de vida: familia, nietos y triunfos acumulados. Por eso es conveniente un examen más pormenorizado de estas formulaciones, así, *McPherson* distingue cuatro tipos de envejecimiento:

4.4.1. Envejecimiento cronológico

Es el envejecimiento marcado por el paso del tiempo. A él se deben las diferentes fases por las que atraviesa el ser humano, por ejemplo, la edad en la que una persona va a la escuela, se hace explorador, se le concede la licencia de conducir o el derecho de votar. Viene deteriorando por la edad cronológica, que es la que decide sobre la legalidad de ciertas actividades humanas.

4.4.2. Envejecimiento Biológico

Referido a los cambios internos y externos que afectan a la estructura y al funcionamiento del cuerpo humano. Por ejemplo, debido al retardo de ciertas operaciones psicomotrices, se necesita más tiempo para responder, o reaccionar mediante actos reflejos.

Los cambios biológicos también incluyen el encanecimiento biológico puede tener o no consecuencias psicológicas, es el caso de las alteraciones hormonales que acompañan el cese de la actividad reproductora, las cuales pueden dar lugar a cambios de conducta. Que ello ocurra depende en gran parte del grado de satisfacción personal logrado

Dependiendo de la persona el envejecimiento biológico puede tener o no consecuencias psicológicas; es el caso de las alteraciones hormonales que acompañan al cese de la actividad reproductiva, las cuales pueden dar lugar a cambios de conducta.

La genética y el entorno social (naturaleza y crianza) son también factores que inciden en este proceso. Uno de los resultados es la senectud o la vejez. Los sentidos humanos y los órganos se ven afectados por la interacción de las funciones externas e internas.

Algunos autores distinguen entre el envejecimiento primario y secundario. El envejecimiento primario responde a factores genéticos y biológicos ligados al tiempo.

Por su parte, el envejecimiento secundario es el que se debe al efecto de las enfermedades y de otros trastornos psicobiológicos. De ahí arrancan dos teorías que tratan de explicar el envejecimiento: una que considera que el envejecimiento está genéticamente programado, y la otra que tiende a explicarlo en términos de daños causados al cuerpo.

Las teorías de la programación genética parten de la base de que el envejecimiento está programado desde el momento en que nacemos (del mismo modo que está la pubertad), por lo que la herencia determinaría la duración de la vida humana.

Entre las pruebas que servirían de apoyo a la teoría genética, se encuentra la duración similar de las vidas de los gemelos idénticos y el hecho de ellos descendientes de padres con un ciclo de vida más corta. Se sabe también que ciertas enfermedades como el síndrome de Down acortan la esperanza de vida.

Por otro lado, las teorías del daño, sostienen que las personas a lo largo de sus vidas acumulan el efecto de uso y desgaste, lo que contribuye a restringir la capacidad que posee el sistema biológico de mantenerse y corregirse.

4.4.3. Envejecimiento Psicológico

Se trata de una clase de envejecimiento relacionado con los cambios de personalidad, memoria, motivación, creatividad, así mismo con la voluntad de aprender y de adquirir nuevas destrezas. Lo mismo que ocurre con el envejecimiento biológico, el juego de factores externos e internos constituye el rango distintivo del envejecimiento psicológico. Por ejemplo, el declive de la vista, oído y capacidad de atención puede conducir a la suspensión de ciertas actividades como la lectura o los deportes, con la siguiente modificación de los hábitos de vida. Del mismo modo, la pérdida del cónyuge o de otro ser querido (un factor externo) puede a su vez motivar cambios de conducta como la depresión (proceso interno).

4.4.4. Envejecimiento Social

Es el que se refiere a la influencia de la sociedad en el desarrollo de la persona y de su estatus social. En este contexto el envejecimiento constituye un proceso social cuyas expresiones varían de una cultura a otra.

En otras palabras la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad. Para la mayoría de los pueblos mesoamericanos, los ancianos eran fundadores y tenían la cualidad de otorgar el poder, sus palabras eran más que sólo eso ya que se convertían en consejos que encausaban el devenir de la vida, incluso de los mitos y de las historias. Sus arrugas representaban la experiencia de lo hecho, con el espejo del futuro, eran rasgos que evocaban y proyectaban. El papel que desempeñaban era sumamente importante no sólo como consejeros y guías de ceremonias y rituales sino que en ocasiones encabezaban la siembra de las cosechas, conocían el momento preciso en que se debe actuar y aquel en que es mejor dar paso a la quietud. Tan importante se consideró la imagen de los ancianos que forman parte de la literatura e incluso de algunas figuras representativas traducidas en esculturas.

4.5. MITOS Y ESTEREOTIPOS ASOCIADOS A LA VEJEZ

El proceso de envejecer y las personas mayores han estado rodeados de creencias y estereotipos relacionados con pérdidas, discapacidad funcional, enfermedades y problemas cognitivos, entre otros, que muchas veces no tiene que ver con la realidad y que, sin embargo, crea en la sociedad una imagen negativa de este colectivo. Pero las personas mayores son muy diferentes entre sí y existen muchas maneras de envejecer influenciadas por factores personales, sociales, culturales...Por tanto es razonable pensar que estereotipos tan afianzados como la dependencia, el aislamiento social o la mala memoria pueden afectar muy negativamente a la propia vivencia del envejecimiento y terminar provocando una profecía auto cumplida.

Por tanto, podríamos decir que la imagen social negativa de la vejez afecta no solo a las actitudes de los demás hacia las personas mayores, sino también a la propia autopercepción que tienen de sí mismos.

Esta imagen negativa de la vejez, cuando se acompaña de conductas discriminatorias hacia las personas mayores, juicios negativos y discriminación social por cuestiones de la edad, se conoce como edadismo (*Ageism*).

Mencionaremos algunos estereotipos habituales:

- Todos los mayores son iguales
- Las personas mayores están enfermas, tienen dependencia funcional y son frágiles.
- Los mayores están solos y aislados
- Las personas mayores tienen problemas memoria
- Los mayores son rígidos y no se adaptan a los cambios

4.6. LA SALUD Y ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR

SALUD: Según el Diccionario Enciclopédico Práctico “Norma” la salud es el estado en que el ser orgánico ejerce con normalidad todas sus funciones:

En la actualidad de 1946 la salud es definida por la OMS, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro celular, como en el macro social. En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS; “y, en armonía con el medio ambiente”, ampliando así el concepto, *Benet Hernández de Gispert* cambiaría unas palabras de la definición de la OMS, y añadiría conceptos: “bienestar” por “equilibrio”; y, añadiría el equilibrio “emocional”.

ENFERMEDAD: Al mismo tiempo la OMS define “enfermedad” a la alteración más o menos grave del funcionamiento del organismo. Es una situación que en algún momento sufre todo ser vivo.

Por definición, existe una sola enfermedad, pero la caracterización e identificación de variados procesos y estados diferentes de la salud, ha llevado a la discriminación de un universo de entidades distintas (entidades nosológicas), muchas de ellas son entendidas estrictamente como enfermedades, pero otras no (*cf.* Síndrome, entidad clínica y trastorno). De esta forma las enfermedades y procesos análogos, son entendida como categoría determinadas por la mente humana. (Wikipedia).

4.6.1. Salud Física

La salud física es también un aspecto de la salud integral, y es uno de los aspectos más importantes en la vida de cualquier ser humano y es que, a través de ella, se puede desenvolver correctamente en nuestro medio.

La definición de salud física dice que es la capacidad que tiene el cuerpo humano para satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Dicha forma física es un estado del cuerpo que al mismo tiempo se vincula con los estados mentales; ambos combinados ayudan a desarrollar una vida dinámica y positiva, e incluyen también lo que se conoce como “buena salud”; se dice que se goza de una buena forma física cuando la persona cuenta con fuerza muscular, vigor, energía y buen funcionamiento de los pulmones y del corazón. Estos son signos evidentes de que cualquier individuo está en perfectas condiciones de salud; este estado se calcula con relación a expectativas funcionales, para hacerlo, lo normal es llevar a cabo exámenes periódicos que midan factores como la fuerza, resistencia coordinación, agilidad y flexibilidad.

Cuando se nota un problema de salud en el individuo pero no puede especificarse la patología, suelen iniciarse evaluaciones para obtener la respuesta del cuerpo al estímulo físico.

4.6.1.1. Enfermedades de mayor incidencia en la población adulta

Las enfermedades pueden ser un problema grave en la edad madura más que en otras etapas de la vida. A medida que el organismo envejece, se vuelve más vulnerable a las enfermedades. La persona de edad madura a menudo se percata de que está envejeciendo y de su mortalidad cuando ella o sus amigos se enferman o dejan de existir. Asimismo, su estado de salud resulta ser su principal preocupación y motivo de charla.

En general, las enfermedades más frecuentes en las personas mayores se encuentran, aquellas denominadas patologías geriátricas, las mismas que pueden ser divididas en cuatro fundamentales de acuerdo al *Dr. Miatello*:

- a) Enfermedad determinada genéticamente que permite llegar a la vejez. Ejemplo: riñón poliquístico, gota.
- b) Enfermedades propias del adulto y cuya existencia influye sobre el envejecimiento. Ejemplo: diabetes e hipertensión arterial.
- c) Enfermedades que puede darse a cualquier edad pero que en el viejo ocurren con ciertas particularidades. Ejemplo: deshidratación, comas, neuropatías, hemorragias agudas.
- d) Enfermedades que se dan predominante en la vejez. Ejemplo: adenoma de próstata, cataratas, arteriosclerosis, artrosis.

Causas de normalidad en orden de frecuencia:

- 1. Enfermedades cardiovasculares.
- 2. Enfermedades cerebro vasculares
- 3. Cáncer.
- 4. Infecciones agudas.
- 5. Accidentes.

Causas de mortalidad

En el anciano se produce una depresión del sistema inmunológico, que lo hace proclive a contraer infecciones y a defenderse de ellas. Los fenómenos de autoinmunidad espontánea están exacerbados y es por ello que deben considerarse con cuidado las pruebas positivas de auto anticuerpos. Los estados depresivos con respecto a la disminución del estado de ánimo adoptan numerosas formas clínicas e incluso se presenta enmascarada. Según *Williamson* los grupos de ancianos que presentan mayores riesgos de deterioro psicofísico son:

1. Ancianos sin hijos.
2. Los mayores de 80 años.
3. Ancianos o matrimonios de ancianos que viven solos.
4. Ancianos con algunos deterioros mentales.
5. Ancianos con dificultades ambulatorias.
6. Ancianos dados recientemente de alta de alguna internación.
7. Ancianos con tendencia al aislamiento.
8. Cuando algunos de los conyugues esta frecuentemente enfermo.
9. Ancianos en proceso de elaboración de duelos.
10. Ancianos en bajos ingresos económicos.

4.6.2. Salud volitiva.

Cuando hablamos de salud volitiva hacemos referencia a la voluntad. (Del lat.voluntas, atis). En tanto facultad de decidir y ordenar la propia conducta. Acto con que la potencia del impulso admite o rehúye una cosa, queriéndola, aborreciéndola. Refiriéndose al libre albedrio, a la elección de algo sin precepto o impulso externo que a ello obligue. Intención, animo, ganas o deseo de hacer algo.(Estructurado en base de Microsoft Encarta 2008).

De acuerdo con *Ileana Purón Iglesia y Clemente Seoane* (2009) encontramos que en los aspectos volitivos se involucran las cuestiones morales. Por ello, el envejecimiento debe ser comprendido como proceso individual de adaptación a las variables

condiciones provenientes del propio organismo, del medio o de ambos, cuyo carácter depende de cómo se encaren y resuelven los problemas. Aceptar y asumir las pérdidas inevitables permitirá al anciano sentirse satisfecho ante la vida.

El comportamiento humano deviene como resultado de la vida social del individuo; es la interrelación social, donde los sujetos al mismo tiempo realizan sus ideales adquiridos, que han modificado en correspondencia con las exigencias.

Existen individuos que se adelantan a la conciencia de su época y otros que, por el contrario, se atrasan con respecto a ésta, pero independientemente del desarrollo que alcanzan existen normas que la sociedad concreta establece, de obligatorio cumplimiento de sus integrantes.

El proceso de diferenciación en la conciencia individual está condicionado por la cultura, educación, economía y moralidad del individuo de forma general, pero concretamente está asociado con la edad y carácter del sujeto.

4.7. PATRONES DE CAMBIO

La investigación cognitiva revela ciertos patrones de cambio. La capacidad verbal declina mucho menos con la edad que la actuación psicomotora; las capacidades estudiadas que requieren velocidad o dependen de la memoria inmediata, se declinan más que aquellas que dependen de la experiencia o que tienen control temporal.

4.7.1. Creatividad

El concepto de creatividad no necesita ser limitado al ámbito artístico y científico. La verdadera creatividad es la generación de nuevas ideas y nuevas contestaciones a preguntas. Un hombre mayor que desarrolla un nuevo modo de cuidar sus plantas es creativo; una mujer que planea un programa de promoción innovador que dobla la asistencia a los conciertos de la orquesta de su comunidad está siendo también creativa. Y un gran número de personas mayores usan su jubilación como una oportunidad para investigar nuevos caminos de salida a su ocio, incluyendo los

esfuerzos artísticos, actividades creativas para hacer rentable su sueldo y nuevas posibilidades para el desarrollo personal.

4.7.2. Sexualidad

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marca de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo (Wikipedia).

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

Un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, erotismo, el placer la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores conductas, practicas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre.

Los jóvenes no son los únicos que creen que la actividad sexual disminuye con la edad. Los mismo ancianos piensan que la vejes es un periodo asexuado (Burnside, 1975). Numerosas personas de edad en quienes es intenso el deseo sexual experimentan un sentimiento de culpabilidad o de vergüenza o incluso llegan a creerse anormales. Los estudios médicos demuestran que, a pesar de estos prejuicios culturales, la mayoría de las personas de edad son capaces de tener relaciones sexuales y de sentir placer en toda la gama de las actividades de este tipo a las que se entregan las personas más jóvenes.

La sexualidad es una función del ser humano que está presente siempre. No se es asexuado por tener 80 años como no lo es por tener 5 años o 25. La sexualidad es como un lenguaje, una forma de comunicación y tiene que ver con el amor, con la ternura, con los afectos.

4.7.3. Autoestima

Puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos nosotros mismos es aprehendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante a nos motiva para perseguir nuestro objetivo.

Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea Branden, correspondiente a *“una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito, y lo explica nuevamente como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo. Se lo puede diferenciar de auto concepto de sí mismo en que el primero concierne al pensamiento o idea que la persona tiene internamente acerca de sí mismo como tal; mientras que a sí mismo comprende aquel espacio y tiempo en que el yo se reconoce en las experiencias vitales de importancia que le identifican en propiedad, algo así como el “mi”, (Branden, N, 1998; 120)*

4.7.3.1. Componentes de la autoestima

La autoestima es como una estructura consciente de la naturaleza dinámica y no estática, por lo tanto esta debe crear, ramificarse e interconectarse con otras actitudes, también pueden debilitarse , perder valor y desintegrarse. La autoestima posee tres componentes, que operan íntimamente correlacionado de manera que una modificación en cualquiera de ellos influirá en los otros, son:

- **El componente cognitivo:** Indica, idea, opinión, creencia y procesamiento de la información acerca de sí mismo. Es un conjunto de auto esquemas que organizan la experiencia pasada y son usadas para interpretar y reconocer estímulos relevantes en el ambiente social.
- **El componente afectivo:** Conlleva la valoración de lo que la persona tiene de positivo o negativo, relaciona un sentimiento de lo agradable y lo desagradable que puede ver la persona en sí mismo, este elemento es considerado como el

núcleo de la autoestima, es donde se formula la ley de mayor potencia de la autoestima.

- **Componentes connotativo o intencional:** Significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, es la autoafirmación dirigida a su propio yo. Para este autor la autoestima condiciona el aprendizaje, ayuda a superar las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, posibilita una relación social saludable garantiza la autonomía personal, y la proyección futura de la persona, por lo que se constituye en el núcleo de la personalidad, ya que es la fuerza más profunda del hombre, en sus tendencias a llegar a ser el mismo. (Branden, N, 1998; 137).

4.7.3.2. Niveles de autoestima

El nivel de autoestima puede ser alto o bajo y consecuentemente cada uno incidirá en nuestra calidad de vida. A falta de una base de autoestima sólida, nos cuesta asumir riesgos y tomar decisiones necesarias que nos permitan vivir una vida productiva y gratificante.

Un bajo nivel de autoestima afecta adversamente nuestras relaciones familiares, amistosas y de pareja, nuestro desempeño personal y profesional, y lo más importante, nuestra sensación interna de bienestar. Un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia. *La necesidad de aprobación y dependencia, la ansiedad, la depresión, la sumisión, un estado de poder de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia, el aislamiento y la pasividad (Branden, 1998.155).*

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la autoestima, ya que le incorpora a esta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Pero, la personalidad de cada uno, no solo se forma a través de la familia, sino también, con lo que la persona cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente.

Se plantea que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía , aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas , con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosos y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, que son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, a disfrutar de sus relaciones interpersonales y a valorar su independencia.

Las personas que tienen un nivel de autoestima bajo dependen de los resultados presentes para establecer cómo deben sentirse con respecto a sí mismos. Necesitan experiencias externas para contrarrestar los sentimientos negativos que albergan hacia ellos mismos.

Todos tienen en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de esto. *“Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos”*(Branden, 1998:155).

Otras de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de esto las virtudes en las que son superiores por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los califican y la existencia se reduce a la de ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

Una persona con baja autoestima tiene una gran sensación de ansiedad e inseguridad acerca de ellos mismos. Su baja autoestima puede verse influenciada por problemas tanto emocionales, laborales, económicos, familiares etc. Y esto puede hacer que desconfíen de las personas que lo rodean.

Por otra parte la autoestima positiva o alta, aporta un conjunto de elementos beneficiosos para la salud y la calidad de vida, se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida.

“Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente. Se considera y realmente se siente igual, como persona a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica”. (branden, N., 1998;155)

Una buena autoestima nos permite realizar nuestros sueños- Mientras más nos aceptamos y nos apreciamos nosotros mismos, más nos comportamos de una manera que nos permite ser aceptados y apreciados por otros. Mientras más creemos que somos capaces de lograr nuestras metas aumenta nuestra probabilidad de hacerlas realidad.

4.8. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un estado de ánimo que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sensaciones de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas a tal punto de la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la capacidad de experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones familiares o los amigos y logros laborales o escolares. DSM-IV TR (2005). 13

Según el Diccionario de la Psicología la depresión se define como: Un trastorno de la afectividad caracterizado por sentimiento, de inutilidad, culpa, tristeza, cansancio y abatimiento en general que puede acompañarse de ansiedad. (Diccionario de psicología 2005;24).

Se puede presentar en distintos niveles y para recibir el diagnóstico de depresión mayor la persona debe presentar diariamente, por un mínimo de dos semanas, un estado de ánimo depresivo y al menos la mitad de los siguientes síntomas:

- Falta de apetito o pérdida de peso significativo
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor
- Pérdida de interés o gusto por las actividades usuales y disminución de la pulsión sexual.
- Falta de energía o fatiga.
- Sentimiento de minusvalía, de auto reproche o culpa excesiva.
- Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intento de suicidio.

Existen criterios establecidos para el diagnóstico de la depresión que se usan como regla general para todas las personas; los ancianos presentan una sintomatología similar a la que aparece en otras épocas, pero en diversos rasgos diferenciales como:

- Los episodios tienden a ser más crónicos y prolongados.
- Se presenta con más asiduidad la sintomatología ansiosa y agitación.
- Es más frecuente la sintomatología paranoide.
- Son más comunes los síntomas hipocondriacos y somatización varias.
- Más riesgo de suicidio.
- Insomnio más intenso.
- Superior resistencia al tratamiento.
- Disminución importante de los rendimientos cognitivos.

Entre los factores etiológicos que inciden la presentación de los síntomas figuran las múltiples pérdidas que se producen en esta época. Pérdida de poder y estatus social, pérdida de salud y seres queridos, pérdida de capacidad económica y disminución de ilusión y proyección hacia el futuro. Existen elementos

colaboradores como la menor disponibilidad de los neurotransmisores y del número de receptores, la presencia de muy diversos tratamientos potencialmente depresógenos como pueden ser los corticoides, antihipertensivos o antiparkinsonianos.

Esas explicaciones tienen sentido, pero no es del todo claro que la depresión sea un problema significativamente peor en la adultez tardía que más temprano en la vida.

Algunos estudios sugieren que la tasa de depresión en realidad sería menor durante la edad adulta tardía. Una razón para este hallazgo es que existen dos tipos de depresión, una que continúa desde las etapas tempranas de la vida y la otra que ocurre como resultado del envejecimiento (Gatz, 1997).

Como se ve, para poder entender mejor la etiología de la depresión han surgido distintas teorías para su estudio. Sin embargo en el presente trabajo la mención de la depresión es para poder intervenir y apoyar en esta área a los adultos mayores institucionalizado en el hogar de ancianos “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

4.8.1. Depresión

Toro y Yepes (199; 131), sostuvo que *“las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados”*.

a) Causas

La depresión se deriva de varias causas como las siguientes:

- **Genéticas:** existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que se puede haber heredado una depresión biológica.
- **Bioquímica:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que estas personas sufren de desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidos como neurotransmisores.
- **Psicológicas:** Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las situaciones de la vida y tendencia a preocupaciones excesivas son más propensas a padecer depresión. Lewison (2003).

b) Síntomas

Según el CIE-10 (2003) La depresión es un estado de ánimo que puede ser transitorio o permanente; si presenta de tres a cinco síntomas que persisten durante tres semanas. Y pueden ser:

- Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o vacío.
- Pérdida del interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso en las relaciones sexuales.
- Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo.
- Sentimiento de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza o pesimismo.
- Dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana.
- Pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comida y aumento de peso.

- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico. Lewison (2003).

Para el diagnóstico de episodios depresivos de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Alguno de los síntomas anteriores puede ser destacado y adquirir un significado clínico especial.

Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son:

- Pérdida del interés o de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertar por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).

c) Tratamiento

Las opciones terapéuticas para las personas con depresión abarcan: tratamiento complementario por parte de un médico; psicoterapia; Medicamentos antidepresivos. El tratamiento se debe acomodar a la persona y a los síntomas. Las familias con frecuencia ayudan en el tratamiento de la depresión.

4.9. DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD

“La ansiedad es una vivencia de un temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido es decir es un temor impreciso carente de objeto exterior este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor” (Rojas E. Ansiedad: 27). El Impacto de la

ansiedad puede provocar una distorsión del sujeto, cuando ésta dura mucho se proceden manifestaciones físicas funcionales de la psicología psicosomática.

En la actualidad, esto se analiza de un modo más amplio es decir como el modelo de enfermedad que se presenta con síntomas vivenciales, síntomas físicos, síntomas de conducta, síntomas cognitivas y síntomas asertivos. Son cinco variantes las que se van a manifestar cuando se tienen ansiedad.

La definición más adecuada es: “la ansiedad consiste en una respuesta vivencia, fisiológica, conductual, cognoscitiva y asertiva, caracterizado por un estado de alerta, de activación generalizada”(Rojas E. Ansiedad: 27), por lo tanto lo primero que se destaca es la característica de ser una señal de peligro difuso que el individuo percibe como una amenaza por su integridad. Para eso son necesarias dos primicias fundamentales, la intensidad y la duración que se prolongue en el tiempo.

Según Enrique Rojas podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas o instantáneas en el peligro, estas respuestas ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana.

Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos, pero cuando estas sobrepasan los límites, se ven patológicas.

4.9.1. Causas que producen ansiedad

Podemos distinguir cuatro parcelas fundamentales de donde puedan originarse fenómenos ansiosos. Son aspectos: Endógenos, biológicos, psicológicos y sociales.

- Los endógenos: es de alguna manera el patrimonio físico heredado.
- Lo biológico: alude a que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de éste cuadro clínico. Por lo general, esto puede suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, en donde existe un riesgo vital autentico.
- Lo psíquico: La articulación de los diferente momentos biográficos que se conexionan entre sí y hacen emerger la ansiedad como ser; los traumas

biográficos que la historia de cada persona y los traumas que han padecido como ser: muerte de los seres queridos, humillaciones y frustraciones.

- Lo social: Es el aislamiento, soledad, incomunicación, vida rutinaria y la desocupación. (Rojas E. *Ansiedad* 36-44).

4.9.2. Clasificación de los síntomas de ansiedad

Enrique Rojas reúne a éstas sintomatologías en cinco grupos: Síntomas físicos, síntomas psicológicos, síntomas conductuales, síntomas intelectuales y por ultimo síntomas asertivos

- **Síntomas físicos:** Se produce por una serie de estructura cerebral intermedias. Donde se orienta las bases neurológicas de las emociones; El hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la medula suprarrenal grandes cantidades.
- **Síntomas psicológicos:** Son aquellos que se captan a través de lenguas verbal , es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de buscar y descubrir sus sentimientos y sobre todo de su capacidad de expresar, referir, relatar lo que se mueve de ellos.
- **Síntomas conductuales:** Se denomina hacia todo aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad de que el sujeto cuente lo que le pasa.
- **Síntoma intelectual:** Hace referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia en la acumulación de la información.
- **Síntoma asertivo:** Se define como trastorno de las habilidades sociales dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a situación (Rojas E. *Ansiedad* 79-97).

4.10. INGESTA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.

Llamadas también sustancias nocivas para la salud, hacen referencia a cualquier sustancia que cuando entra en el cuerpo altere la estructura o función de organismo.

Entre ellas podemos citar las de uso más frecuente como ser el alcohol, el tabaco, las medicinas de uso indiscriminado y en nuestro medio la masticación de la hoja de coca (aunque estas últimas no es consideradas como tal, sino más bien su consumo es millonario y cultural, por lo que se ha de considerar en éste estudio más como un hábito que como una sustancia nociva).A continuación citaremos algunas sustancias nocivas:

4.10.1 Alcohol

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central; además de tener efectos sobre el cerebro y variar algunas de sus funciones (coordinación, atención, memoria...), su uso continuado también afecta entre otros a órganos como el riñón, el hígado o el sistema circulatorio. Inicialmente los efectos del alcohol son sutiles pero pueden ser peligroso porque una persona bajo sus efectos no es un buen juez de su conducta (Borrás, Rafael Vocal del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona).

El alcohol afecta tanto a hombre como a la mujer pero la ciencia ratifica que el alcohol perjudica más a la mujer y las estadísticas indican que el consumo de alcohol entre las mujeres aumenta e incluso superan al del hombre.

Estudios basados en imágenes de resonancia magnéticas han de mostrado que en consumo excesivo del alcohol escoge el cerebro sobre todo la materia blanca y aumenta el fluido cerebro espinal en él.

Los riesgos producidos por la ingesta del alcohol pueden presentar:

A nivel psicológico

- Pérdida de memoria
- Dificultades cognitivas
- Demencia alcohólica

4.10.2. Tabaco

El tabaco se extrae de la planta de la familia de las Solanáceas, originaria de América, de raíz fibrosa, tallo cinco a doce decímetros de altura, veloso y con médula blanca, hojas alternas, grandes, lanceoladas y glutinosas, flores racimo, con el cáliz tubular y la corola de color rojo purpúreo o amarillo pálido, y fruto en cápsula crónica con muchas semillas menudas. Toda la planta tiene olor fuerte y es narcótica.

El consumo de tabaco es nocivo para la salud y puede accionar distintas enfermedades como cáncer en los órganos del aparato respiratorio, del aparato digestivo y de otros aparatos; constituye a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); las enfermedades coronarias; los accidentes vasculares encefálicos (AVE); aumenta la frecuencia de abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer, afecta la economía, el deterioro del aspecto personal, de las relaciones interpersonales.

4.10.3. Coca

La hoja de coca denominada la hoja sagrada de los Incas, es cultivada en Bolivia como en el Perú. Existen costumbres ancestrales de quechuas, aimaras y guaraníes, en el acullico, o en el pijchar (acción de mantener hojas de coca en la boca chupándolas y apretándolas entre los dientes y la pared interior del pómulo, con el fin de extraer su jugo). Los consumidores de coca sienten adormecimiento en sus sensaciones, realizando trabajos físicos por tiempos prolongados, sin sentir cansancio, se les suele quitar el sueño y el hambre. No se tiene una fecha exacta desde cuando se conoce la hoja de coca, pero lo utilizaban con sus rituales y ceremonias sagradas.

En Enero del 2013, la Convención Antidrogas de la ONU aceptó el reingreso de Bolivia con una excepción que admite el mascado de coca o “acullicu” en ese país, por tratarse de una excepción cultural ancestral de los pueblos andinos.

4.11 TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN QUE TENE EL ADULTO MAYOR SOBRE SÍ MISMO.

De esta manera, en la investigación que exponemos se explora aquellos factores que influyen en la percepción que tiene el Adulto Mayor sobre sí mismo, en la etapa de la vida que están cursando y sobre su estancia en los centros institucionalizados.

Así, a la gerontología definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todo sus aspectos,(incluyendo las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas, además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del adulto mayor), le interesa el funcionamiento cognitivo perceptual del cuerpo, a esta edad se debilitan, la gente debería mantener cierto compromiso con la sociedad;

Que la integridad de las personas se basaba en las reflexiones que éstas hacían sobre su vida. Es en esta etapa , por lo general, surge un distanciamiento social gradual, a veces provocado por un sentimiento de inutilidad y frustración debido a que ya no pueden realizar actividades que antes acostumbraban o simplemente porque su vida laboral termina esta edad.

Existe una teoría que nos habla de que es el mismo anciano quien busca este distanciamiento al ver su propio declive funcional y que es un proceso normal en todos los individuos. Esta teoría llamada *Teoría del desapego*, Cummins y Henry (1970) sugiere que el sujeto que envejece va perdiendo interés vital por los objetos y actividades que le posibilitan una interacción social y se produce una apatía emocional sobre los otros, y al mismo tiempo, el sujeto se encierra en sus propios problemas. Todos estos factores pueden verse afectados también en gran medida mediante la percepción del individuo sobre su propia existencia, y hablar de la percepción involucra un mundo derivado de los sentidos en los que el proceso es cada uno de los individuos

será diferente. Así entonces puede ser que una persona viviendo experiencias similares a otra, tenga una visión totalmente distinta sobre la misma porque su proceso de percepción es producto de su interpretación personal. La percepción será, entonces un factor intrínseco o interno que afecte directamente la vivencia de la vejez de los sujetos.

También hay algunas teorías que nos hablan sobre la percepción psicosocial del envejecimiento expresadas en los siguientes factores. *La teoría de la separación* que afirma que a medida que la gente va envejeciendo, aparece una tendencia natural a alejarse social y psicológicamente del ambiente, de las actividades sociales y de otras personas. *La teoría de la actividad*, sugiere que la continuación de un estilo de vida activo tiene un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y satisfacción de los viejos. *La teoría de la personalidad y el estilo de vida*, demuestra que existe una relación entre el tipo de personalidad y los patrones de envejecimiento. *La teoría del intercambio*, sostiene que las personas con las mayores necesidades son las que pierden más poder y que quienes satisfacen sus necesidades son las que obtienen el poder. *La Teoría de la reconstrucción social*, describe la manera en que la sociedad reduce el concepto de los ancianos y propone formas de revertir este ciclo negativo. Los individuos interpretan situaciones cotidianas de distinta forma según el papel que interpretan dentro de la sociedad, estas situaciones o influencias ambientales abarcan los campos de empleo, hogar, relaciones y, si alguna de estas esperanzas, aspiraciones y expectativas se ven defraudadas constantemente; el sujeto corre gran peligro (Bretón, 1996), (Penninx et al., 1998; Kahn, Hessling y Russell, 2003).

La teoría psicosocial de Erikson, cuando los adultos entran en una etapa final de la vida en conjunto y coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado su ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando de posibilidad de volver a vivirla.

Teoría del envejecimiento, si ha habido grandes fracasos o decepciones en la vida de la persona mayor puede desesperar en lugar de aceptar la muerte.

4.12. APOYO PSICOLÓGICO

El apoyo psicológico consiste en entrenar a la persona en habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas diarios las cuales atraviesa el adulto mayor, puede ser individual o grupal siendo la persona nuestro principal objetivo.

El apoyo psicológico está enfocado en abarcar varios aspectos de la Psicología Clínica asesoramiento, consejería y aspectos de la experiencia humana, que puedan ayudar a la persona con problemas que afectan su bien estar. El apoyo psicológico tiene como propósito influir en el aprendizaje, maduración e integración del individuo. (A. Flores. 2007; 30).

En este sentido el presente trabajo tiene como objetivo principal brindar apoyo psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”.

4.12.1. Programa de intervención

Llamamos “programa” al conjunto de valores (o instituciones), que permiten alcanzar los objetivos psicológicos, a partir de un modelo explícito, y completo. La psicología clínica es la disciplina o el campo de especialización de la psicología, que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar, y prevenir las anomalías, trastornos mentales o cualquier comportamiento relevante para que los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar, (Manual de “líderes” de prevención Integral del uso indebido de drogas, 206:10).

4.12.2. Intervención psicológica

La intervención psicológica tiene como principal objetivo controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión principalmente), la baja autoestima. (García-Bardón, 2006).

Es un entrenamiento personalizado y adaptado a las necesidades de cada persona:

Detecta: Las áreas y unidades susceptibles de mejora, así como las exigencias específicas del entorno de cada uno.

Evalúa: Las capacidades y limitaciones de la persona.

Diseña: Aplica un plan de tratamiento del entorno y de entrenamiento de habilidades personales.

4.13. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Al ingreso de un adulto en un asilo se denomina institucionalización, este término es usado para diferenciarlo de la atención comunitaria e indicar su carácter de especialización de esta área.

Los adultos mayores que todavía pueden realizar determinadas actividades, al ingresar a una institución dejan de realizar estas tareas como un mecanismo de adecuación de su conducta a la nueva vida y generalmente adoptan una actitud pasiva; y esta pasividad genera en el anciano cierta dependencia.

Todos los adultos mayores, al ingresar en un hogar se someten a un periodo de adaptación, necesario para su acomodación dentro de la institución para hacer u vida de institucionalizado más llevadera.

“El viejo no se siente fuera de la colectividad, sino que está realmente fuera. Muchas veces separados de todos, tienen que recurrir a la vida asilar, donde pacientemente esperan la muerte”. (Monedero C;1959:597).

4.14. “SANTA TERESA DE JORNET” DE LA CIUDAD DE TARIJA

El asilo “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija es el único en esta ciudad. El actual asilo según informa la directora, fue edificado con la ayuda exterior u actualmente está a cargo de” Las hermanitas de los Hermanos Desamparados” desde el año 1993.

Esta institución recibe a adultos mayores de toda Bolivia que tengan cumplidos más de 60 años en adelante, según las características de éstos y según sus necesidades, es decir si están enfermos y ya no puedan trabajar, si no tienen familia o es a veces la propia familia la que solicita la institucionalización del adulto mayor, porque la familia trabaja y no tienen tiempo de ocuparse de los mismos y se quedan solos todo el día en sus hogares y a causa de esto se deprimen adquieren enfermedades propias de la edad como arterosclerosis, y otras. Otros adultos mayores trabajan para patronos en el campo y como ahora ya no son útiles, no tienen donde vivir porque no recibieron beneficios por sus años trabajados. En esta institución se da preferencia a los adultos mayores que más lo necesitan. Son las propias “Hermanas” las que se hacen cargo, pues todas cuentan con estudio en geriatría, en colaboración con el personal de apoyo, un médico particular y fisioterapeuta.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5. METODOLOGÍA

5.1. ÁREA

La presente Práctica Institucional P.I. se desarrolló en el campo de la Psicología Clínica, área de la psicología General que aplica los conocimientos de ésta, se encarga de la investigación de todos los factores evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afecta a la salud mental, hace evaluaciones individuales de los sujetos y brinda varios tipos de asistencia psicológica.

La misma que se llevó a cabo para realizar la práctica clínica en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, para dar un apoyo psicológico a los adultos mayores institucionalizados.

5.2. TIPIFICACIÓN DE LA P.I.

La presente Práctica Institucional P.I. se encuentra dentro de la rama de la psicología clínica, la misma que mostró perspectiva de investigación y de aplicación, puesto que permitió investigar la personalidad a nivel de diagnóstico, identificar síntomas depresivos, factores de riesgo como así también la prevalencia de los métodos e indicadores de nuestra población objetivo también se podrá brindar apoyo psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” a través intervenciones psicológicas.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.3.1 Población

El Hogar “Santa Teresa de Jornet” consta con más de 170 adultos mayores desde los 60 años de edad en adelante, que se encuentran institucionalizados, por distintas circunstancias como ser; abandono, protección, salud, orfandad y otro, de los cuales un 25% con antecedentes de vida familiar y 75% se encuentra en situación de abandono.

En la Practica Institucional “Apoyo Psicológico a las personas de la Tercera Edad institucionalizados de 60 años de edad en adelante, la población beneficiaria está conformada por 170 adultos mayores del Hogar Santa Teresa de Jornet”.

Los adultos mayores que conformaron la población en la presente P.I. son entre edades de 60 años en adelante. Siendo en su totalidad adultos mayores institucionalizados.

Detalle de la población beneficiaria

CUADRO N°1

POBLACIÓN DE LA P.I	
Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija	
SEXO	ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
Adultos mayores (Hombres)	87
Adultas mayores (Mujeres)	83
TOTAL	170

Fuente: Registro del Hogar “S.T.J.”

5.3.2 Muestra

Esta práctica se realizó en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija, la cual constó con 12 adultos mayores (varones) y 12 adultos mayores (mujeres) de 60 años de edad en adelante en ambos sexos, con un total de 24 personas de la Tercera Edad .

5.3.2.1. Detalle de la muestra de la Práctica Institucional.

CUADRO N°2

MUESTRA DE LA P.I.	
Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija	
SEXO	ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
<i>Adultos mayores (hombres)</i>	<i>12</i>
<i>Adultas mayores (mujeres)</i>	<i>12</i>
TOTAL	24

Elaboración: Propia

5.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA P.I.

5.4.1. Métodos

En el desarrollo de la presente Práctica se utilizó el método; *cuantitativo* en la tabulación y organización de los datos. *El método descriptivo* que permitió describir los datos y características de la población y el *método cualitativo*, busca adquirir información en profundidad para poder comprender el comportamiento humano y las razones que gobierna tal comportamiento..

Los principales métodos que se utilizó fueron:

- *Métodos teóricos*, se encarga de la recopilación de información, puede ser a través de libros, diccionarios y de páginas de redes sociales (internet), lo que permitirá el análisis e interpretación de los datos obtenidos mediante la práctica. En la identificación de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima de las personas de la Tercera Edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, donde la información obtenida será incorporada en el marco teórico brindando el soporte necesario a la práctica.

- *Expositivos*, ofrecen una exposición activa no reproductiva y de manera detallada, la cual permitió desarrollar las actividades informativas de integración, orientadas a fomentar el cambio de ideas y sentimientos entre los adultos mayores.
- *Activo – participativo*, Teniendo en cuenta las características de la presente Práctica Institucional, el método activo participativo permitió que los sujetos participantes sean actores principales en el desarrollo del programa. También permitió adquirir conocimientos a través de actividades internas que necesitaron esfuerzos personales de creación y búsqueda. Siendo ellos los que actuaron, realizaron las acciones y produjeron sus conocimientos.
- *Grupales*, que permitió a los adultos mayores comunicar, expresar sus sentimientos y emociones.

5.4.2. Técnicas

Las técnicas que se utilizaron en la Práctica Institucional son:

- *Establecimiento de rapport*: Permitted relacionarse entre sí: por ejemplo, pudieron darse cuenta de que comparten los mismos valores, creencias, conocimientos y conductas. Es fundamental que se dé para sentirse comfortable con las personas de la Tercera Edad y que ellos también se sientan confortables con uno mismo.
- *Relajación*, Para evitar la ansiedad y los síntomas ocasionados por la misma.
- *Dinámicas*, Permitted improvisar las temáticas correspondientes, también generar algún tipo de movimiento que se orienta hacia la realización de una meta, la intensidad que puede llegar a alcanzar una actividad o acción, las dinámicas pretenden apoyar el trabajo de los facilitadores de un grupo al permitirles contar con múltiples alternativas para motivar y desarrollar actitudes y valores relacionados con la educación para niños, adolescentes, adultos y personas de todas edades.

- *Control de pensamientos negativos*, se identificó aquellos pensamientos intrusivos como la tristeza, desánimo o nervios, con la finalidad de obtener un control sobre ellos evitando un pensamiento desastroso.
- *Expresión de sentimientos*, con esta técnica se ayudó a los adultos mayores a no adquirir sentimientos como la ira, frustración entre otros, sino que la acepten y aprendan a canalizar de manera positiva, es decir para su propio provecho y bienestar.

5.4.3. Instrumentos

Los instrumentos son las herramientas específicas que permitieron de manera operativa recoger la información requerida, por lo tanto a continuación, se presentarán detalles generales de los instrumentos que se utilizaron en la Práctica Institucional.

5.4.3.1. Cuestionario de Enrique Rojas para valorar la ansiedad

Esta prueba se utilizó para medir, cuantificar y valorar la ansiedad que padece una persona, tomando en cuenta síntomas físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos. Consta de 100 preguntas las cuales se subdividen en cinco subgrupos de 20 preguntas, cada uno de ellos presenta la puntuación de si o no, en caso de respuesta afirmativa se debe valorar el grado de la intensidad de 1 al 4 (donde 1 es ligera y 4 es intensidad grave). Se expresa mediante una escala puntuación específica indicada por Enrique Rojas (Rojas; E, 1990:30) que la siguiente:

Banda normal (0-20)

Ansiedad ligera (21-30)

Ansiedad moderada (31-40)

Ansiedad grave (41-50)

Ansiedad muy grave (50 o más)

Este cuestionario es una de las pruebas más calificadas, ya que se lo probó en un gran número de personas y los resultados obtenidos son bastante certeros, la misma es

aplicable de forma grupal como individual y es aplicable a toda la población, no tiene un tiempo definido para la misma.

5.4.3.2 Escala de Depresión de Beck

Es un cuestionario auto aplicable, compuesto por 21 ítems, que avalúa un amplio concepto de síntomas depresivos, que se centran en aspectos de la personalidad del sujeto, puesto que 15 ítems Hacen Referencia a síntomas psicológicos- cognitivos, y aspectos físicos donde los 6 restantes refieren a síntomas somáticos- vegetativos, por la facilidad de su aplicación es recomendado en una población en general,

Cada ítem se puntúa del 0 al 3, la escala de puntuación es la siguiente:

0=Inexistente

1= Levemente

2= Moderadamente

3=Severamente

Este es uno de los cuestionarios más aplicados para medir la depresión, los síntomas siempre harán referencias a la última semana y al momento actual del paciente.

5.4.3.3. Cuestionario de Autoestima 35B

El cuestionario de autoestima 35B, se utilizó para medir la autoestima de los adultos mayores, la misma consta de 50 ítems en las que respondieron en base a 4 alternativas las cuales son las siguientes:

0 =falso

1= Algo cierto

2= Creo que es cierto

3= Estoy convencido que es cierto

Este cuestionario por su eficacia es uno de los más utilizados, no tiene tiempo límite de aplicación puesto que depende de la agilidad de la persona; Esta prueba es aplicable a la población adolescente y también adulta. Cada persona elige su respuesta en función a cuan verdadero o falso era lo enunciado, se realizará una sumatoria de los ítems tanto pares como impares del total de la sumatoria de “pares” se restará el total de la sumatoria “impares”. El puntaje obtenido en el inventario es comparado con la escala de autoestima que comprende de 10 rangos, en la cual el puntaje posibilitara determinar el nivel de autoestima de cada sujeto. Los rangos y nivel de autoestima establecidos en la escala son: (Alcántara, 1999:2-3):

75 – 61 Componentes a un nivel Óptimo

60 – 47 Excelente

45 -31 Muy bueno

30 – 16 Bueno

15 – 0 Regular

-1 a- 15 Nivel muy bajo

-16 a – 30 Nivel deficiente

-35 a – 45 Nivel muy bajo

-46 a – 60 Nivel extremo

- 61 a – 75 Nivel nulo

5.5 PROCEDIMIENTO

5.5.1. Descripción Sistémica del Desarrollo de la P.I.

A continuación se describirá de manera sistematizada las etapas desarrolladas en la presente Práctica Institucional.

Etapa 1. Contacto con la institución

En esta etapa se realizó el acercamiento respectivo con la primera autoridad en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, la cual es la madre superiora Florentina Delgado Collantes, logrando obtener la respectiva autorización para llevar a cabo la Práctica Institucional.

La sistematización del trabajo es presentada a continuación bajo las siguientes fases:

PRIMERA FASE: Selección y aproximación de la población

1. Se realizó la selección de la población de acuerdo a las edades establecidas en el proyecto.
2. Se sostuvieron los primeros encuentros con la población, para establecer un clima de confianza con los adultos mayores institucionalizados.

SEGUNDA FASE: Aplicación de instrumentos

En esta etapa se aplicaron los instrumentos para establecer un diagnóstico los mismos que tuvieron una duración de 50 horas tomando en cuenta que cada instrumento es de aplicación y que la muestra es de 24 adultos mayores. Tomando en cuenta que la población incluye a las personas mayores de 65 años de edad, sanas y afectadas de enfermedades, frágiles o de riesgo de dependencia

A continuación enunciaremos los instrumentos aplicados:

- Cuestionario de Enrique Rojas para Valorar la Ansiedad
- Escala de Depresión de Beck
- Cuestionario de autoestima 35B

TERCERA FASE: Diagnóstico

Una vez que se obtenidos los datos personales de los adultos mayores institucionalizados, se procederá a la revisión de los test, se elaborarán los diagnósticos psicológicos de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”.

CUARTA FASE: Ejecución del programa de intervención

1. Se implementó el programa de intervención de acuerdo a los diagnósticos de los adultos mayores institucionalizados.
2. Se puso en marcha el programa de intervención (modificado de acuerdo al sexo y resultados obtenidos).
3. El programa se basó en brindar apoyo psicológico a los adultos mayores institucionalizados, enfocado en las áreas de ansiedad, depresión y autoestima mediante varias actividades, técnicas y durante varias sesiones.

QUINTA FASE: Evaluación final

1. En esta fase se realizó la aplicación del post – prueba, para conocer los avances que se obtuvieron con el periodo de intervención.
2. Se desarrollaron actividades recreativas, y se hizo la entrega de unos presentes a los adultos mayores institucionalizados del Hogar, esto fue como recompensa y agradecimiento por su colaboración en el desarrollo de la Práctica Institucional.

5.5.2 Contraparte Institucional

Para el desarrollo de la P.I. en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, la madre superiora Florentina Delgado Collantes proporcionó:

- Dotación actual de la información acerca de la situación actual que está atravesando la población beneficiaria.
- Brindó sus ambientes de forma grata.
- Se tuvo apoyo de la Madre Superiora y de las hermanas.
- Certificación de desempeño durante la práctica.

CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se describe la presentación y el análisis de los resultados obtenidos según el proceso efectuado en la Práctica Institucional en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, es decir, los datos de todas las pruebas aplicadas e utilizadas antes (pre-test) y después (post-test) de ejecutar el programa propuesto, con la finalidad de ver el impacto que tuvo el programa propuesto donde además en este capítulo se procede a presentar en forma cuantitativa los datos obtenidos. Simultáneamente se procede a analizar la información en forma cualitativa, es decir dando a conocer el impacto que tuvo el programa que se ejecutó en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

Para una mejor comprensión de los resultados, se procede a la presentación de los mismos siguiendo los objetivos planeados:

- Presentación de los resultados obtenidos (diagnósticos).
- Desarrollo y sistematización del programa de intervención.
- Presentación y análisis de la evaluación de los resultados.

6.1. PRIMERA FASE: DIAGNÓTICA

- **Objetivo N° 1:** Diagnosticar el nivel de ansiedad, depresión y autoestima de las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

Para la presentación de los resultados se toman en cuenta datos obtenidos en resultados de las pruebas aplicadas.

Personas de la tercera edad o adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprenden personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que las personas de la Tercera Edad, sólo por haber

alcanzado a este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Por los 70 los términos Adulto Mayor y Tercera Edad eran pocos conocidos. A los sesentones les decías abuelitos, viejitos, ancianos. Actualmente, una persona de 60 años es un Adulto Mayor, pero de ninguna manera viejo. Viejo se entiende muchas veces como una persona que es una carga para la sociedad. Sin embargo, a los 60 o 75 años muchas personas están emprendiendo nuevas actividades productivas y con la energía de siempre.

Claro que algunas funciones no son iguales que cuando se tenía 30 años, pero la vejez, es parte de las etapas por las que atraviesan en la vida todas las personas. Si esta etapa de la vida adecuadamente afrontada producirá un cambio positivo de patrones emocionales, mejor calidad de vida dentro y fuera del hogar en el cual se encuentran las personas de la tercera edad ahora.

La ansiedad, depresión y baja autoestima es también un desorden funcional común en todos los adultos de todas las edades, pero tiende a aumentar en la vejez en un grado mayor, al compararse con los otros grupos atareos. Cabe mencionar que reacciones como estas pueden tener cualquier persona de toda edad, pero a diferencia de muchas personas que padecen temporalmente de ansiedad, depresión y baja autoestima, esto llega a ser perjudicial cuando se va prolongando demasiado en la persona, así como se da especialmente en la persona adulta mayor. Además sumado a estas algunas enfermedades degenerativas como ser: (sordera, artritis, artrosis, accidentes cerebro vasculares, etc.) y otras veces por sentimientos de inutilidad o frustración, que los lleva a buscar la soledad y el aislamiento, en ellos surgen temores nuevos, la cercanía de la muerte y la pérdida de amigos y familiares, muchas veces esto hace que existan casos de adultos mayores que opten por el distanciamiento social gradual.

Se considera también que problemas de ajuste psicológico ante la institucionalización de un adulto mayor o albergue, los problemas presentes comúnmente son: baja autoestima, ansiedad, depresión, esto conlleva a cambios en el apetito, dificultades para

concentrarse, dificultad para tomar decisiones, episodio de pérdida de la memoria, fatiga, inquietud e irritabilidad, sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza y odio hacia sí mismo, pérdida del interés o del placer en actividades que alguna vez eran divertidas, pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte, problemas para dormir, sueño excesivo, etc.

A continuación después de detallar algunos aspectos muy importantes considerados en la Práctica Institucional (P.I.), se representan los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial, para lo cual se realiza la representación de los indicadores más significativos y relevantes de la población beneficiaria adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

6.1. PRIMERA FASE: DIAGNÓTICA

- **Objetivo N° 1:** Diagnosticar el nivel de ansiedad, depresión y autoestima de las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

Para la presentación de los resultados se toman en cuenta datos obtenidos en resultados de las pruebas aplicadas.

Personas de la tercera edad o adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprenden personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que las personas de la Tercera Edad, sólo por haber alcanzado a este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Por los 70 los términos Adulto Mayor y Tercera Edad eran pocos conocidos. A los sesentones les decías abuelitos, viejitos, ancianos. Actualmente, una persona de 60 años es un Adulto Mayor, pero de ninguna manera viejo. Viejo se entiende muchas veces como una persona que es una carga para la sociedad. Sin embargo, a los 60 o 75 años muchas personas están emprendiendo nuevas actividades productivas y con la energía de siempre.

Claro que algunas funciones no son iguales que cuando se tenía 30 años, pero la vejez, es parte de las etapas por las que atraviesan en la vida todas las personas. Si esta etapa de la vida adecuadamente afrontada producirá un cambio positivo de patrones emocionales, mejor calidad de vida dentro y fuera del hogar en el cual se encuentran las personas de la tercera edad ahora.

La ansiedad, depresión y baja autoestima es también un desorden funcional común en todos los adultos de todas las edades, pero tiende a aumentar en la vejez en un grado mayor, al compararse con los otros grupos etéreos. Cabe mencionar que reacciones como estas pueden tener cualquier persona de toda edad, pero a diferencia de muchas personas que padecen temporalmente de ansiedad, depresión y baja autoestima, esto

llega a ser perjudicial cuando se va prolongando demasiado en la persona, así como se da especialmente en la persona adulta mayor. Además sumado a estas algunas enfermedades degenerativas como ser: (sordera, artritis, artrosis, accidentes cerebro vasculares, etc.) y otras veces por sentimientos de inutilidad o frustración, que los lleva a buscar la soledad y el aislamiento, en ellos surgen temores nuevos, la cercanía de la muerte y la pérdida de amigos y familiares, muchas veces esto hace que existan casos de adultos mayores que opten por el distanciamiento social gradual.

Se considera también que problemas de ajuste psicológico ante la institucionalización de un adulto mayor o albergue, los problemas presentes comúnmente son: baja autoestima, ansiedad, depresión, esto conlleva a cambios en el apetito, dificultades para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, episodio de pérdida de la memoria, fatiga, inquietud e irritabilidad, sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza y odio hacia sí mismo, pérdida del interés o del placer en actividades que alguna vez eran divertidas, pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte, problemas para dormir, sueño excesivo, etc.

A continuación después de detallar algunos aspectos muy importantes considerados en la Práctica Institucional (P.I.), se representan los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial, para lo cual se realiza la representación de los indicadores más significativos y relevantes de la población beneficiaria adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

ANSIEDAD: FASE DIAGNÓSTICA (Pre -Prueba)

INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO ANSIEDAD DE ROJAS

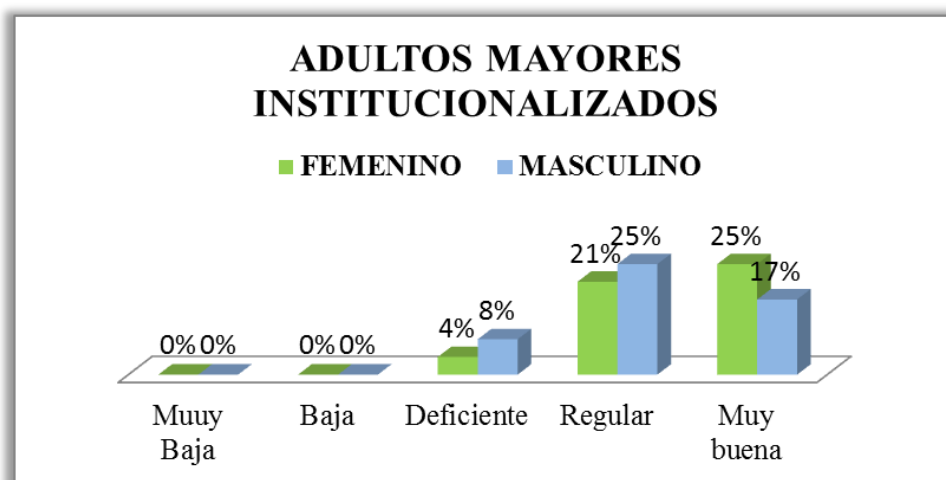
CUADRO I

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	F	%	F	%	F	%
Bnada normal	0	0%	0	0%	0	0%
Ansiedad ligera	0	0%	0	0%	0	0%
Ansiedad moderada	1	4%	2	8%	3	12%
Ansiedad grave	5	221%	6	25%	11	46%
Ansiedad muy grave	6	25%	4	17%	10	42%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad de Rojas

Elaboración Propia

GRÁFICA N°1



La ansiedad que se presenta ante el estrés es muchas veces la respuesta clara en el ámbito emocional, como temores, miedos en esta etapa de la vida, algunos miedos como a la muerte, impotencia frente a la realización de distintas actividades que antes las realizaba con facilidad y que por los distintos tipos de envejecimientos que existe ya sea cronológico, biológico, psicológico o social muchas veces los adultos mayores no pueden realizarlas y eso también genera ansiedad en ellos.

Dentro de la población un **46%** presenta una ***ansiedad grave***, lo que significa que los adultos mayores sienten miedo, nerviosismo, desesperación frente a la situación en la que se encuentran, otros sienten que no hay solución, etc., de los que el **25%** son de sexo masculino y el **21%** de sexo femenino; en este caso ambos sexos tanto masculino como femenino dieron resultados casi similares con poca diferencia llevando mayor porcentaje el sexo masculino, esto significa que el estado en el que se encuentran puede influir en su vida y su diario vivir dentro del hogar. Mientras que un **42%** sufre de ***ansiedad muy grave***, de los que el **25%** son de sexo femenino y el **17%** de sexo masculino, por lo que se puede inferir que las mujeres presentan una mayor predisposición a la ansiedad, y lo que significa que presentan una mayor parte de los síntomas como ser: creen que el estar solos en el hogar, abandonados es un castigo de la vida y que así no quieren vivir más, porque están sufriendo, y un **12%** de la población adulto mayor femenino presenta ***ansiedad moderada***, de los que el **8%** son de sexo masculino y el restante **4%** pertenece al sexo femenino, Lo que significa que hay algunos adultos mayores que se encuentran mejor, es decir más estables, aquellos que reciben más visitas por parte de sus familiares, lo que significa que en el sexo masculino en su mayoría presenta una parte de los síntomas que conlleva tener ansiedad, estos también han reducido el tiempo dedicado a sus actividades dentro del hogar, la misma que ayuda a su estado de ánimo y una mejor vida dentro del mismo.

DEPRESIÓN: FASE DIAGNÓSTICA (Pre - prueba)

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE BECK

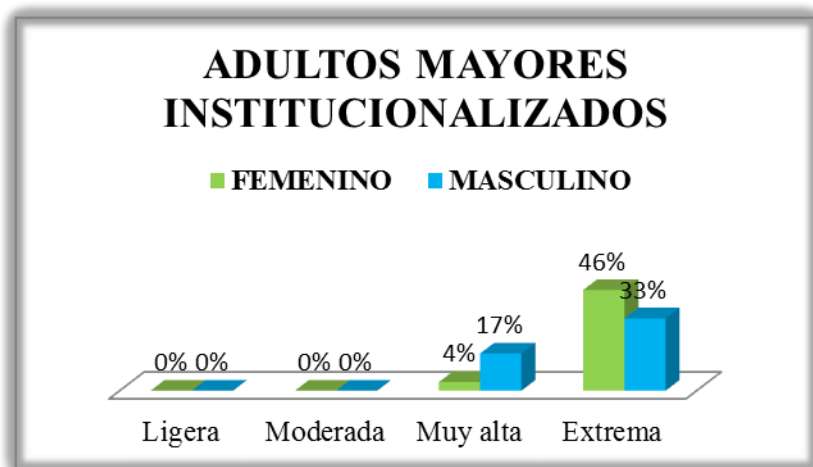
CUADRO N° II

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	F	%	F	%	F	%
No existe	0	0%	0	0%	0	0%
Ligera	0	0%	0	0%	0	0%
Moderada	0	0%	0	0%	0	0%
Muy Alta	1	4%	4	17%	5	21%
Extrema	11	46%	8	33%	19	79%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

Fuente: Escala de depresión de Beck

Elaboración Propia

GRÁFICA N°II



La depresión es definida en el (Diccionario de Psicología 2005; 24) como: Un trastorno de la afectividad caracterizado por un sentimiento de inutilidad, culpa, tristeza, cansancio y abatimiento en general que puede acompañarme de ansiedad.

De acuerdo a las pruebas aplicadas y según la escala de Beck al diagnosticar la depresión, se tuvo como resultado que un **79%** de la población adulta mayor se encuentra en un estado de *depresión extrema*, de los que el **46%** son de sexo femenino; lo que sugiere que este sexo es más vulnerable emocionalmente y el restante **33%** pertenece al sexo masculino, estos resultados significa que el adulto mayor en su mayoría de las veces tiene falta de apetito o pérdida de peso significativo, insomnio, agitación, falta de energía, gusto por las actividades usuales, auto reproches o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse, etc.

Los Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, quienes expresaron un mayor porcentaje (**79%**) al sentirse tristes y/o nerviosos debido a algún problema emocional, posiblemente porque se sienten desamparados, abandonados o solos; provocando esto frustración o sentimiento de no ser muy recordados especialmente por sus hijos y demás familiares. Cabe mencionar que se vio que la población más afectada en lo afectivo y sentimental son las mujeres, por su misma naturaleza y estructura.

Por otra parte el **21%** de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija se encuentran con *depresión muy alta*, de los que el **4%** son de sexo femenino y el **17%** de sexo masculino, lo que simboliza que una parte del sexo masculino se encuentra en una situación muy preocupante ya que esto hace notar que la población masculina muestra sentirse tristes y/o nerviosos debido a algún problema emocional, posiblemente porque se sienten desamparados, abandonados o solos, ya que ellos dedicaron su vida a sus hijos y demás familiares, quienes hoy en día ni se acuerdan de sus adultos mayores que en estos momentos están institucionalizados en el hogar, muchos sin ganas de hacer nada (quienes cada día van perdiendo el interés o placer en las actividades que alguna vez eran divertidas para ellos

y ahora poco a poco ya no lo son), otros sin querer comer, tristes y algunas veces llegando hasta sentir odio por sí mismo.

AUTOESTIMA, FASE DIAGNÓSTICA (Pre-Prueba)

INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35B

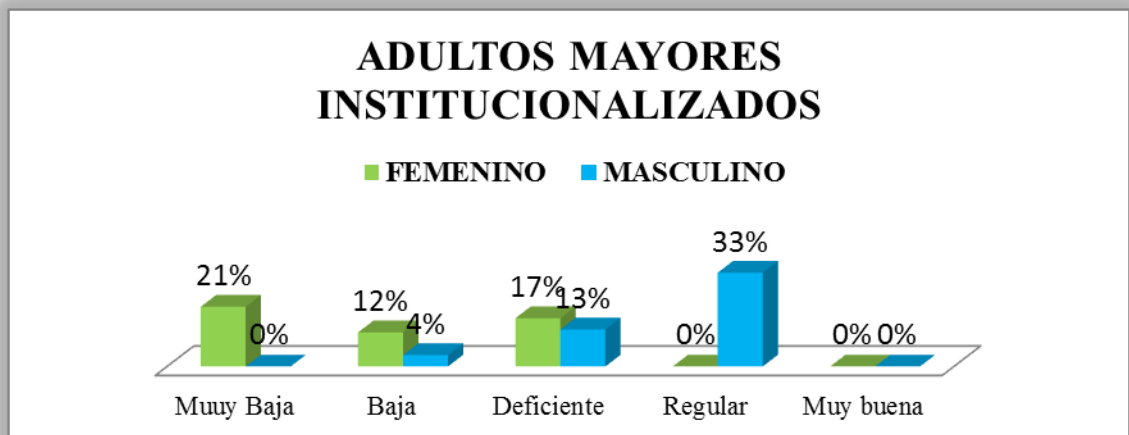
CUADRO N° III

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	F	%	F	%	F	%
Muy baja	3	12%	0	0%	3	12%
Baja	3	13%	1	4%	4	17%
Deficiente	6	25%	1	4%	7	29%
Regular	0	0%	10	42%	10	42%
Muy Buena	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

Fuente: Cuestionario de autoestima 35B

Elaboración Propia

GRÁFICA N° III



Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea (Branden,N.,1998; 120), correspondiente a “*una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito, y lo explica nuevamente como la suma integrada de confianza y respeto hacia sí mismo*”

Se puede establecer que un **33%** de la muestra se encuentra con un “*autoestima regular*”, de los que un **33%** son de sexo masculino; lo que significa que los adultos mayores en su mayoría masculino sienten interés hacia su persona, respeto hacia sí mismo y aún pueden tomar sus propias decisiones necesarias que les permita vivir una vida productiva y gratificante para ellos en el hogar, el **29%** presentan un *autoestima deficiente*, de los que un **17%** son de sexo femenino y el restante **13%** pertenece al sexo masculino, por lo que esto quiere decir que esto adultos mayores sienten aprecio hacia sí mismos de manera incompleta, es decir que no generan acciones que les ayuden a sentirse mejor. Por otro lado un **21%** de la muestra se encuentra con un *autoestima muy baja*, de los que el total **21%** son de sexo femenino; lo que indica que este sexo es más vulnerable a tener baja autoestima, esto da a entender que adultas mayores que están institucionalizadas tienen sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad.

Son más vulnerables a los comentarios ajenos, incapaces de sentir amor por su persona, como la falta de importancia a ser aceptado por los familiares y amigos, como también sienten dudas por las decisiones que deben tomar acerca de su persona y seguir sus objetivos.

6.2.SEGUNDA FASE: DESARROLLO Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- **Objetivo N° 2:** Realizar y ejecutar el programa de intervención a adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija para reducir el nivel de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima.

A continuación se presentará, en primer lugar una descripción coordinada del trabajo realizado en las distintas sesiones del programa que están divididas en tres unidades, la primera unidad disminuir ansiedad, en la segunda unidad reducir la depresión y finalmente como tercera unidad incrementar la autoestima de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

Con el fin de realizar estas sesiones, se utilizaron técnicas grupales participativas, técnicas de lluvia de ideas y otros.

A continuación, se menciona el Programa de Intervención el cual estuvo sujeto a brindar apoyo psicológico a adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija, para reducir de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima.

UNIDAD LA ANSIEDAD

“Medio para disfrutar”, “Festejando a las mamitas”, “Espantando frustraciones”, “El espejo interior”, “Mentiras con patas cortas”, “Puestos en el zapato de la otra persona”, “El tren”, “Descubriendo a mis compañeros”.

UNIDAD II DEPRESIÓN

“Caricias físicas”, “Identificar las relaciones afectivas”, “Caminando a tu lado”, “Caricias por escrito”, “Ser feliz”, “Compañero feliz”, “El regalo más grande”, “Experimentando sentimientos”, “Mis secretos”, “Yendo más a fondo”, “Eliminando ideas de culpa” “La última mirada”.

UNIDAD III AUTOESTIMA

“Acentuar lo positivo”, “Autoestima baja”, “Doble personalidad”, “Autoestima alta”, “Toca toca”, “Pateando y agarrando las pelotas”, “Los constructores”, “Pintando pintando”, “Conociendo e informándome más y más...”, “Los animales”, “Las horas”, “Leyendo a pinocho”, “Movimiento del cuerpo”, “El mensajero”, “Recordando”, “¿Te gusta alguien?”

Para el desarrollo de las sesiones, se trabajó de distintas maneras como ser: individual, en parejas y algunas sesiones grupales, cabe mencionar que en algunos casos las sesiones se programaron de acuerdo a la disposición, estado de ánimo, salud de los adultos mayores, ya que cada adulto mayor es distinto a otro adulto mayor.

A continuación se detallan solo algunas actividades que se consideraron relevantes para alcanzar los objetivos planteados inicialmente, aclaramos que para mayor interés se incorpora el documento completo y detallado de todas las actividades del programa de intervención en anexos.

“Apoyo psicológico a adultos mayores institucionalizados en el Hogar Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija”.

6.2.1. UNIDAD I ANSIEDAD

OBJETIVO: LOGRAR REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES, A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.

Sesión 1

“Manejo de la ansiedad”

Objetivo:

- Ayudar al participante a manejar sus niveles de ansiedad.
- Prácticas de relajación útiles para reducir la ansiedad.

Tamaño de grupo: 12 (repartidos en dos grupos de 6)

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Hoja de papel y paliz para cada uno de los participantes

Actividad: “Medio para disfrutar”

La facilitadora empezó diciendo la relajación ayudará a reducir la tensión mental, lo que permite a quienes la practican alcanzar un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, o ansiedad. También resulta especialmente útil tras algún episodio

dramático o síntomas de una demencia. En este sentido los resultados de esta terapia se traducen en la calma y el bienestar personal. Los adultos escuchaban atentamente y decían que les servirá de gran manera porque se aburrían estar encerrados en el asilo.

La facilitadora anunció los objetivos de la dinámica, repartió las hojas de papel y los lápices y les pidió a los participantes que imaginen una situación que le provoque relajación. Describan brevemente la escena en la parte inferior de la hoja y la marquen con el número 0 les dijo.

La facilitadora, posteriormente, pidió a cada participante que imagine una situación en la cual experimente la mayor ansiedad o angustia posible y la describa en la parte superior de la hoja marcándola con el número 100.

Indicaciones para la relajación: La facilitadora les hizo sentar cómodamente y les dijo que tensen (de 5 a 7 segundos) y luego relajen (de 2 a 3 segundos) cada grupo de músculos del cuerpo, uno por uno. La tensión y la relajación de cada grupo de músculos se repitieron de dos a cinco veces según se considere necesario.

GRUPO I: Manos, antebrazos y bíceps

GRUPO II: Frente, mejillas y nariz, quijadas, labios y lengua, cuello y Garganta

GRUPO III: Hombros y parte superior de la espalda, pecho, estómago

GRUPOIV: Glúteos y muslos, pantorrillas, pies.

Se dirigió al grupo para que ejerciten cada grupo de músculos de la siguiente manera:

Tense los músculos de su mano y antebrazo y sostenga esta posición durante algunos segundos... Ahora relaje los músculos y exhale lentamente mientras repite mentalmente La adulta mayor decía "*me siento tranquila y relajada*".

La facilitadora pide a los participantes que se imaginen la situación que le produce ansiedad repitiendo las palabras "relájate" o "Me siento tranquilo y relajado", a la vez

que van imaginando como controlan esa situación, hasta que lleguen a imaginar la escena que les produce tranquilidad, y, o tensando y relajando los músculos del cuerpo, y acompañado con una respiración suave y rítmica, Los adultos mayores realizaban los ejercicios de manera lenta.. Después de estos diferentes ejercicios que tuvieron la facilitadora dirigió una discusión de la experiencia con todos los integrantes y preguntó si alguno de ellos ha sentido cambios en el nivel de angustia, y si el método empleado fue el que provocó los cambios, varias de ellas respondieron que les ayudo a relajarse más porque se sentían muy aburridos en el asilo, Los adultos mayores, se divirtieron y dijeron que querían volver a hacerlo, ellos son más activos que las mujeres tenían mayor disponibilidad.

Observaciones

La participación fue satisfactoria, ya que cobró participación de todos los adultos mayores, los mismos que comprendieron la consigna de manera muy clara, llegando a realizar cada uno de las técnicas de relajación. Los adultos mayores pidieron realizar esa actividad una vez por semana.

- Mujeres

En esta actividad el pabellón de las mujeres respondió de manera positiva, ya que ellas en un inicio se asombraron al saber que la llevaríamos a pasear por el hogar y además de hacer ejercicios.

Se notó que una de las mujeres no conocían el hogar, por lo cual se la llevó a visitar hasta el pabellón de los hombres

Otra observación importante fue que algunas de ellas querían pasear nuevamente al otro día, por lo cual la facilitadora se tomaba un tiempo cada día para llevarlas a pasear por el jardín del hogar, muchas de ellas querían una flor y se les dio y alguna de ellas se la pusieron en sus sombreros.

- Hombres

En cuanto a los hombres, esta actividad fue en un principio complicada, ya que alguno de ellos no aceptaron pasear como sus compañeros del hogar, pero conforme pasaba el tiempo se logró convencer en su totalidad realizar la sesión.

Al pasear ellos comentaban, hablaban, compartían, etc, sus experiencias pasadas, inquietudes, frustraciones, aquellas cosas que los ponían triste, etc.

Resaltamos que durante los paseos hubo mucha diversión, risas, anécdotas, juegos, etc.

Se puede decir que de manera general, esta actividad resultó un éxito para reducir la ansiedad en los adultos mayores.

Sesión 3

“Festejando a las mamitas”

Objetivo: Lograr que puedan dejar a un lado la rutina

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Música, regalos, tortas, números especiales, refrigerio que trageron los jovene de CEDEGES

Actividad: “mamitas felices”

Para la realización de esta actividad los jóvenes de CEDEGES nos sorprendieron, las actividades que se realizaron ese día fue los siguientes: Cantos, invitados especiales, recuerditos, certificados, concursos, premios, bailes, números especiales, refrigerio, palabras a la fecha, felicitaciones, etc.

Cabe resaltar que en los números especiales se incentivó a que los/ as adultos mayores fueran participes de estos.

Observaciones

- **Mujeres**

En cuanto a la participación de ese día fue muy buena ya que se festejó a todas las madres del hogar de ancianos pero se centró un poco más con preferencia a los participantes de las sesiones.

En cuanto a los bailes se aprovechó para sacar a bailar a los participantes, y se notó que ellos/as se divertían.

También se notó que algunos no se animaban a bailar, ellos decían *pa` que ya...!!!, ya no ya...!!!, yo no bailo señorita, etc., pero se animó a que puedan acompañar con sus palmas y así se logró que puedan bailar.*

En cuanto a la música que se tuvo ese día se consiguió músicas variadas, para que sea estas de agrado para los oídos de todos.

Pero de manera general esta actividad ayudo y fue positiva para los adultos mayores institucionalizados.

Sesión 5

Actividad: “Bailando sobre el papel”

Objetivo: Mejorar el equilibrio y la agilidad

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Pedazo de tela y periódico y música

La facilitadora preparó hojas de periódico o pedazos de tela del mismo tamaño. Los participantes se dividieron en parejas. A cada pareja se le dio lo mismo, ya sea una hoja de periódico o un pedazo de tela. Las parejas bailaban mientras la facilitadora daba palmadas con las manos para animarlos. Cuando la música o las palmadas pararon,

cada pareja se paró en su hoja de periódico o en su pedazo de tela. La próxima vez que la música o las palmadas dejó de sonar, la pareja dobló por la mitad su papel o tela antes de pararse sobre ella.

Después de varios turnos, el papel o la tela se hicieron muy pequeños porque han sido doblados una y otra vez. Es cada vez más difícil que dos personas se paren sobre el papel o la tela. Las parejas que tengan alguna parte de su cuerpo en el suelo, quedan fuera del juego. El juego continúa hasta que una pareja gane. Para los adultos mayores, fue muy divertido puesto que ellos no podían mantenerse en el pedazo de tela, y a la última pareja que se quedó se le dio un pequeño incentivo con aplausos.

Obsevaciones

- **Hombres**

Esta actividad tuvo mayor participación puesto que además de los que 12 participantes se integraron más adultos mayores y se desestresaron bailaron, cantaron, rieron disfrutaron de esta actividad.

De manera general en los varones se notó la alegría al ver cómo al pasar el tiempo ellos lograban su flexibilidad, y se observó en su rostro.

- **Mujeres**

En el bloque de las mujeres esta actividad resultó en un inicio difícil, ya que alguna de ellas no aceptaron realizar esta actividad pero conforme se realizaba la práctica se fue integrando poco a poco.

Al transcurrir el tiempo esta actividad de realizar ejercicios físicos, se hicieron parte de ellas, notándose un gran avance, ya que se observó que lo realizaban con más movimientos, esto fue gratificante para el avance y logro de los resultados que se buscó con la Práctica Institucional.

Sesión 7

Actividad: “Espantando frustraciones”

Objetivo: Mejorar la ansiedad en los adultos mayores

Tamaño de grupo: de 6 en 6

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

En ésta actividad la facilitadora empezó dando una breve explicación sobre lo que es la frustración en los adultos mayores; La frustración es cuando no consigues alcanzar el objetivo que te has propuesto y por todo lo que has luchado. Se siente ansiedad, rabia, depresión, angustia, ira, sentimientos y pensamientos autodestructivos para la persona.

Mecanismos de defensa y efectos de la frustración:

Los mecanismos de defensa siempre se verán surgir al momento en que no se cumple un objetivo deseado aunque, en todos los casos estos no son conscientes, por lo cual podemos afirmar que las respuestas ante la frustración son en gran medida un reflejo, como cuando una persona ve que un objeto le es arrojado hacia su cara la primera reacción de la persona será poner las manos para protegerse, este es un reflejo que se tiene sin quisiera la persona pensar o recapacitar que hacer ante el objeto que le pegara, esta lo hace, de igual manera los mecanismos de defensa surgen involuntariamente sin siquiera nosotros percatarnos esto, por lo que podemos afirmar que el empleo de mecanismos de defensa, siempre o generalmente se presentan de manera inconsciente.

Observaciones

- Mujeres

No se pudo trabajar con todas las mujeres, así que se les explicó a cada uno de ellas sobre las frustraciones y lo que puede ocasionar, pero de manera general lograron comprender lo que es liberar frustraciones.

- Hombres

En el bloque los hombres esta actividad fue gratificante, porque cada uno de ellos fueron sacando sus frustraciones por ejemplo uno decía; *yo no pude hacer todo lo que me he propuesto por culpa de esta enfermedad, ahora ya me siento más cansado que antes.*

Sesión 9

Actividad: “El espejo interior”

Objetivo: Lograr que los adultos mayores realicen una autoevaluación personal

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

Esta actividad se realizó en sesiones individuales, para empezar se les pidió que escriban 3 aspectos positivos, y 3 negativos, que quisieran cambiar de su vida, Se presentó casos en el cual no podían escribir, y en colaboración de la practicante la cual escribió por ellos y de esa manera se llevó a cabo positivamente esta actividad.

Posteriormente se pidió que se describa así mismo, respondiendo a la pregunta ¿Qué ves en tu interior?, ¿Cómo se siente internamente?, ¿Por qué le gusta o no le gusta la persona que ve en su interior?, ¿Qué quisiera cambiar de la persona que ve imaginariamente en su interior?

Al momento de hacerles la pregunta de que ven en su interior algunos con lágrimas, otros reían o trataban de hacer chistes.

Observaciones

- **Mujeres**

Algunas adultas mayores se describieron como: *feas, que solo quieren irse del hogar, que es inútil, estorba, y que ya debería morirse para que vivir así.*

Muchas de ellas se enfocaron en la imagen exterior que ellas tenían dijeron que: *era mala, llena de rencores, no tengo nada por dentro, mi corazón está vacío, ya no hay nada, etc.*

Así de esa manera se pasó a destacar lo positivo que cada de ellas tenían, dejando de lado lo negativo y resaltando lo bueno que sus compañeras ven en cada una de ellas.

- **Hombres**

Los hombres no tocaron mucho el punto de su imagen exterior, es decir su imagen física, sino que ellos hablaban más de sus fracasos, oportunidades que perdieron, por no saber valorar en su movimiento, sus fallas, culpas o daños que hicieron.

Uno de ellos expresó: *“me odian en el hogar, a mí me hacen la vida imposible, me calumniam, dicen que soy una rata, ¿usted sabe como duele señorita?”*

Otro.- *no sé señorita yo no hicce nada malo en la vida, nosé por qué me toca esta vida a mí, yo trataba de ayudar aunque no tenía mucho, pero ahora de mí quién se acuerda, tengo tantas cosas que contarle señorita, gracias. Diosito la mandó a usted, yo cuando pueda le voy a pagar alg, porque usted me visita, me acompaña, y usted no ni siquiera mi familia... .., yo por dentro estoy destrosau por fuera río, pero por dentro quién ve, estoy mal. Para mí las noches son eternas, el día es corto aquí.*

Al decir estas palabras derramaban lágrimas.

Otro.- *Aquí estoy yo en una cárcel sin rejas, porque estamos encerrados son poder salir, aquí sobrevive el más fuerte y si salimos a donde vamos dígame.*

Hoy señorita a ver dígame como quiera que me sienta o cómo quiere que esté aquí a ver dígame, yo era feliz hasta que mi esposa murió, era borracho, gaste mi dinero y ahora estoy pagando aquí, por dentro ahora estoy muriendo lentamente en vida, aquí es todo lo mismo, comer, dormir, comer, dormir, nada cambia.

Otro.- “*Mi vida es triste*”, estas palabras lo decían dando un suspiro y otras derramando lagrimas.

El compromiso que se hizo con cada uno de los adultos mayores, ayudó a que se den cuenta de las equivocaciones que tenían de su propia imagen.

Sesión 11

Actividad: “Mentiras con patas cortas”

Objetivo: Reflexionar sobre el tema de la honestidad y el peligro que pueden correr afuera al hacer caso a otras personas.

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: El cuento de pinocho resaltando al papá de pinocho.

Para esta actividad se formó 4 grupos, posteriormente se pidió un voluntario para que de la lectura la historia de pinocho, y así sucesivamente se notó y logró que participen varias, pero también dio lectura la lectura la psicóloga para un mejor entendimiento ya algunos no comprendían la lectura.

Una vez concluida la lectura, se pasó a una ronda de preguntas.

Se explicó posteriormente qué es la honestidad, ya que esto es importante para llevarse bien con los demás, que si engañamos a las personas que nos protegen, podemos perder la confianza que tienen en nosotros y esto trae consecuencias.

Se respondió a cada duda que tenían los adultos mayores.

En cuanto a la actitud que tuvieron en ambos bloques, algunas derramando lágrimas, dando razón a lo que algunos comentaban en cuanto a su experiencia, algunos dando su testimonio de vida, algunos aprovecharon y pidieron consejos, etc., pero con ayuda de la practicante y los demás adultos mayores se logró apoyar a los demás, se notó también que ellas entendían porque movían la cabeza afirmando a la situación. En esta actividad se notó mucha participación en estos grupos pequeños que se formó.

Con esta actividad se pudo lograr hacer entender el tema de la honestidad y el peligro que pueden correr afuera al hacer caso a otras personas, ya que la mayoría de ellos quieren salir a toda costa afuera es decir salir e irse de la institución.

Observaciones

Se obtuvo una participación satisfactoria de los adultos mayores, obteniéndose respuestas interesantes por parte de los mismos.

- **Mujeres**

La actividad resulto favorable para las mujeres porque reflexionaron mucho sobre el cuento que escucharon puesto que decían que habían muchos en el hogar que agarraban cosas que no eran suyas.

De esta manera general, podemos decir que a población respondió a los objetos de la actividad realizada.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres también fue muy favorable porque decían que no se podía dejar nada en su cuarto porque todo se perdía pero después del cuento de pinocho reflexionaron y dijeron que ya no agarrarían cosas que no fueran de ellos, porque les podría pasar lo mismo y que ya no volverían a confiar en nosotros, y tampoco nos dejarían salir a la calle.

Sesión 13

Actividad: El tren

Objetivo: Mejorar la agilidad y crear un clima psicológico favorable entre los participantes.

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Sillas

La facilitadora empezó ésta actividad permaneciendo de pie y anunciando a los adultos mayores que serán los inspectores del vagón. Señaló el lugar de entrada y salida de los pasajeros del vagón. Cuando el revisor nombro una estación de tren, los participantes se cambiaron de lugar de manera lenta. Cuando dio la orden de salida todos desalojaron el tren por la zona indicada y para entrar de nuevos dieron la vuelta por la parte exterior. Mientras el revisor se sentará en una silla, quedando un viajero sin ella, pasando a ser el nuevo revisor.

Está prohibido salir o entrar por cualquier zona que no sean las establecidas.

Observaciones

- **Mujeres**

Confome pasaba la actividad la facilitadora fue preguntando a los adultos mayores como se sentían ellas indicaban: *“nos distraje jugar un rato aunque ya no podemos como antes, ahora ya no nos movemos como cuando éramos como usted señorita”*

- **Hombres**

En cuanto al bloque de los hombres les agrado mucho esta sesión porque la mayoría de ellos quieren moverse, estan más activos que las mujeres, cabe resaltar que habían un oque no tenía un brazo y aún así estaba muy entusuasta.

De manera general esta actividad fue muy buena ya que ambos grupos pusieron todo de su parte para realizar con éxito esta actividad y poder reducir un poco su ansiedad.

CONCLUSIÓN DE LA UNIDAD I ANSIEDAD

En base a los abjetivos planteados en esta unidad es posible afirmar que la participacion de los pacientes durante las actividades realizadas en el programa , fue buena, siendo que muchos de ellos se comprometieron tanto con las actividades de la Unidad I como tambien con el Programa de Intervención.

Se logró que puedan fortalecer la toma de deciciones, las mismas que les permitieron adquirir actitudes de mayor confianza hacia sí mismo, enfrentando a lo que sienten, piensan, actuan, y así también pudieron desarrollar la capacidad de autocontrol de sus acciones.

Durante el transcurso de las sesiones se pudo notar que los adultos mayores llevaron a la práctica los que aprendieron durante la intervención.

6.2.1. UNIDAD II DEPRESIÓN

OBJETIVO: LOGRAR REDICIR LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES, A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.

Sesión 15

Actividad: Caricias físicas

Objetivo:

- Enseñar a dar y recibir atenciones y caricias
- Facilitar el proceso de aprender cómo reacciona cada persona ante un bombardeo de sensaciones táctiles

Tamaño de grupo: 1 a 1

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Un salón suficientemente amplio y sin obstáculos que permita a los participantes relajarse

La facilitadora pidió a las personas de la tercera edad que formen subgrupos de seis miembros y se acomoden distribuyéndose en todo el salón. Después explicó que la experiencia del masaje en grupo involucra sentimientos de confianza y aprendizaje para lograr abandonar las sensaciones de rigidez, y de esta manera, cada participante se hará más consciente de sí mismo, de su ternura y sus sentimientos, acerca de dar y recibir afecto. Los participantes escuchaban de manera muy atenta.

Explicó también, que cada participante recibirá masaje por parte de los otros 5 miembros de su subgrupo. El mensaje duró el mismo tiempo para cada uno (de 5 a 15 minutos). Un participante se acostó. Los demás dieron el masaje. Uno se dedicó a la cabeza, otros dos a cada mano y otros dos a cada pie. Mientras el participante recibió su masaje, las posiciones no rotaban, sino hasta cambiar de persona. La facilitadora le decía que es muy importante subrayar que deben intentar mostrar interés y cariño con el contacto. El participante que recibe el masaje deberá cerrar los ojos y tratar de alejar su rigidez, relajarse y disfrutar el masaje y las sensaciones táctiles que éste genere.

La facilitadora avisó a los demás miembros del subgrupo cuando ha llegado el momento de rotar las posiciones alrededor de su compañero.

La discusión se puede llevar a cabo entre masaje y masaje, aunque efectuarla cuando todos han proporcionado y recibido masaje es más recomendable

Durante la discusión es conveniente concentrarse en los siguientes puntos: a) Cuando se recibía masaje: ¿Cuáles eran sus sentimientos? ¿Se sintieron incómodos en algún momento? ¿Cuándo? ¿Cómo superaron este sentimiento? ¿Percibieron a los masajistas tiernos y cariñosos? ¿Qué sintieron al recibir masaje en tantos lugares al mismo tiempo? b) Cuando se daba masaje: ¿Qué sintieron al masajear una cabeza, o un pie, o un brazo? ¿Qué diferencias notaron según su situación? ¿Qué pensaron y sintieron mientras efectuaban el masaje? ¿Cómo trataron de mostrar su cariño y cuidado? c) En

general: ¿Estuvieron más cómodos dando o recibiendo masaje? ¿Por qué? ¿Qué aprendieron acerca de ustedes y los otros participantes?.

Observaciones

Se obtuvo una participación satisfactoria de los adultos mayores, obteniéndose respuestas interesantes por parte de los mismos.”.

- **Mujeres**

La actividad resultó favorable para disminuir la depresión de las mujeres porque pudieron liberarse mediante las preguntas.

Ellas respondían a todas las preguntas que se relajaban cuando les daba los masajes pero cuando sentían una caricia, era más bonito o se sentía más bonito decían algunas de ellas, también decían *“nuestros familiares ya se olvidaron de nosotros, ya no nos vienen a visitar, y eso nosotros nos sacrificamos por ellos y ahora nos dejan solos, señorita yo quisiera estar en mi casa, ahí tengo para comer carne , aquí no nos dan carne y a mí me gusta, también tengo muchas camas y aquí no tengo, en este invierno siento mucho frio, les pido camas a las hermanitas pero se olvidan o no sé pero no me lo traen.. La verdad señorita ya estoy dos años aquí y no me puedo acostumbrar (con lágrimas en los ojos) extraño mis llamitas, mis ovejas, mis burritos, ahí estaba feliz, mis hijos con engaños me trajeron.*

- **Hombres**

En cuanto a los hombres en un principio no quisieron colaborar con la práctica, decían que estaban cansados, que no sabían masajear pero la practicante empezó masajeadando a uno de los adultos mayores, y conforme iba masajeadole le hacía preguntas por ejemplo, como se sentía con el masaje y ellos respondían que más tranquilos y más relajados, respondían que les gustaba que les den masaje y así poco a poco fueron probando cada uno de ellos.

De manera general esta actividad resulto agradable y tranquilo además que se distraían y , muchas veces les causaba risa el masaje.

Sesión 15

Actividad: identificando relaciones afectivas

Objetivo: Explorar afectos inapropiados en el adulto mayor.

Tamaño de grupo: 2 en 2

Tiempo requerido: 4 horas

Material: ninguno

En esta actividad se exploraron los afectos y sentimientos que al emitir el adulto mayor podrían estas afectar sus relaciones y crear conflicto en lo interpersonal, a través de una pequeña catarsis llegando a identificar la ira y la falta de decisión frente a sus conflictos y dirigidos hacia la relación con sus hijos, familiares o personas cercanas a ellos.

En esta actividad se pudo identificar esos conflictos, las mismas que fueron saliendo a través de la catarsis y una vez sabiendo cuales eran se esos afectos se realizó una reflexión para que esta acompañe a esta actividad, también estos conflictos se los hizo dar cuenta de cuales eran, para que la misma ellos y con la ayuda de la practicante puedan controlarlas y además estas no puedan interponerse en las relaciones interpersonales.

Observaciones

- **Mujeres**

Podemos decir que de manera general se pudo realizar la actividad, con algunos inconvenientes como ser: el clima frio, la fatiga de algunas adultas mayores, falta de ganas de las adultas mayores, etc.

Otro punto muy importante es que a las adultas mayores les gusta conversar, así compartir, sacar lo que sienten, etc., ya que ellas muchas veces al ver llegar a la institución a la practicante acercándose algunas dicen *cuando me tocara a mí, conmigo cuando charlara, me siento mal, etc.*

- **Hombres**

En esta actividad se notó en primera instancia que algunos de los adultos mayores no quisieron aceptar sus fallas, errores, debilidades, esos sentimientos que afectan en la relación interpersonal, pero resaltamos que se logró que ellos identifiquen sus afectos inapropiados, pero cabe recalcar que no con todos se logró esto pero con estos adultos mayores se volvió a realizar de una mejor forma y más aislada, ya que la practicante fue al lugar en donde ellos siempre están solos (en la parte de atrás de la institución y arriba en el sillón).

Sesión 19

Actividad: Caricias por escrito

Objetivo

- Propicia el manejo creativo de la comunicación verbal escrita.
- Permite el intercambio emocional gratificante.
- Ayuda el fortalecimiento de la autoimagen de los adultos mayores

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Hojas tamaño carta y lápices y mesas de trabajo

Se les dijo a los participantes que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas posteriormente lo mejor que puedan.

En cada uno de los pedazos tienen que escribir por el inverso, uno a uno, los nombres de sus compañeros.

Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos, dirigido al compañero(a) designado en cada pedazo de papel. Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano luego se forman subgrupos de 4 ó 5 personas para discutir la experiencia.

Ellos pensaban que estaban solos pero con esta actividad se dieron cuenta que muchas personas le querían y se sentían feliz.

Observaciones

- **Mujeres**

En cuanto a las observaciones en un principio no todas querían realizarlos porque no todas se llevaban bien con todas, dentro del grupo existía roses entre ellas pero después de la explicación de la practicante se pidieron disculpas y empezaron a escribir frases o palabras bonitas a la otra persona.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres se notó que les daba un poco de vergüenza escribir palabras o frases bonitas pero empezó la practicante y así continuaron todos.

Esta actividad fue gratificante para los adultos mayores puesto que sacaron los sentimientos que tenían guardados.

Sesión 21

Actividad: Ser feliz

Objetivo: Aprender a describir y a expresar emociones y a establecer conductas deseadas.

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Hojas de rotafolio para la facilitadora

La facilitadora pide a los participantes que digan los sentimientos que experimentan con más frecuencia (Tormenta de Ideas). Ella las anota en hoja de rotafolio. Estos suelen ser: Alegría Odio Timidez inferioridad Tristeza Satisfacción Bondad Resentimiento Ansiedad Éxtasis Depresión etc. Amor Celos Coraje Miedo Vergüenza Compasión

La facilitadora integra subgrupos de 3 personas y les indica que cada uno de los miembros expresaron a las otras personas tantos sentimientos como pueda. Al terminar de expresar los sentimientos todos los miembros del subgrupo se analizan cuáles son los sentimientos que mejor expresan y en cuales tienen mayor dificultad.

Observaciones

- **Mujeres**

Los sentimientos que mejor expresaron en ésta actividad era alegría, tristeza hasta hubo un poco de llanto de parte de algunas de sus compañeras decían; *no puedo acostumbrarme a estar aquí, extraño estar en mi casa con mis ovejas y mis chivitos.* Y por lo mismo recibió palabras de aliento de sus compañeras y de la facilitadora.

- **Hombres**

En esta actividad se desarrollaron, decían que ya no querían estar en el hogar, mostraron sentimientos de tristeza, algunos demostraron alegría.

Sesión 23

Actividad: Compañero feliz

Objetivo: Estimular a las personas mayores a que expresen de palabra o por escrito sus sentimientos hacia los demás.

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

Se dividió a los participantes en grupos de dos. Se pidió a cada persona que escriba 4 ó 5 cosas que hayan notado en su compañero. Todos los conceptos deben ser positivos bien vestido, voz agradable, sabe escuchar, etc.

Después se les dio unos cuantos minutos para que escriban y entonces se inició una comunicación entre cada grupo, en el cual el observador expresó lo que escribió acerca del compañero. Se observó que mientras más cosas positivas les dijeran se sentían más feliz, por ejemplo decían: se ven lindos tus zapatos y respondían gracias me lo compró mi hija.

Observaciones

- **Mujeres**

Esta actividad fue muy favorable ya que todos describieron a sus compañeros de manera detallada, describían hasta el más mínimo detalle que traía la otra persona, pero eso sí de manera positiva, algunas se inventaban y así de manera amena se pasó esta sesión.

- **Hombres**

En cuanto al bloque de los hombres no fueron tan detallistas y solo decían que te ves bien con esa camisa, pero con la ayuda de la practicante entraron más a fondo.

Sesión 25

Actividad: El regalo más grande

Objetivo: Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

La facilitadora presenta el ejercicio, diciendo que para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es asunto muy difícil. Para ayudarles a experimentar la dificultad, se usó un método llamado bombardeo intenso.

La intensidad de la experiencia puede variar de diferentes modos. Probablemente, la manera más simple es hacer salir a la persona en cuestión del círculo y quedar de

espaldas al grupo, escuchando lo que se dice. O puede permanecer en el grupo y le hablan directamente.

El impacto era más fuerte cuando cada uno se colocaba delante de la persona, la tocaba, la miraba a los ojos y le hablaba directamente.

Observaciones

- **Mujeres**

Después de la actividad comentaron que les gustó sentir un abrazo de sus compañeras, esas caricias, apapachos, etc. Decían que les hubiera gustado que hagan esto de vez en cuando.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres la actividad en un principio no se pudo realizar puesto que no ponían mucho empeño cuando se miraban a los ojos, había algunos que se reían o se burlaban, luego la practicante volvió a explicar y que tomen la sesión con más seriedad y ella empezó diciéndole frases positivas a un adulto mayor, y como resultado fue una sonrisa agradable.

Sesión 27

Actividad: Experimentando sentimientos

Objetivo:

- Reconocer la diferencia entre experimentar sentimientos de enojo y conceptualizar racionalmente lo que ocurre en una situación de enojo.
- Ayudar a otros a reconocer las situaciones que les provoca enojo.
- Permitir procesar situaciones críticas en un grupo en conflicto.

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

La facilitadora solicitó a los miembros del grupo, que completen verbalmente algunas oraciones señaladas en el rotafolio, relacionadas con situaciones de enojo, por ejemplo: a) Llego a enojarme cuando tocan mis cosas b) Cuando me enojo yo digo cosas que no quiero c) Cuando me enojo yo hago. No hago nada d) Cuando alguien se encuentra cerca de mí y está enojado, yo me alejo) Etc.

Se generó una discusión, tomando como punto de partida las expresiones manifestada por los participantes.

Cada participante, hace un estimado de las ocasiones en que llega a sentirse enojado, molesto o irritado (por semana o por día).

Observaciones

- **Mujeres**

Algunas decían que se enojaba porque no le hacían caso lo que ella pedía, a la hermana, a la cocinera, a la enfermera, etc. *“agua caliente en mi bidón es lo único que quiero y nadie me lo da”* eso me molesta dijo.

Otras decían que: Hay algunas que no les gusta bañarse y huelen mal y eso no me gusta.

Otras decían que hay quienes no quieren comer se hacen de rogar, ellas pueden comer solas pero no quieren y quieren que les dé en su boca como a una niña eso me molesta.

Otras decían que hay personas que no dejan dormir están cantando hasta noche

- **Hombres**

En esta actividad los adultos mayores pusieron mucho empeño a esta actividad puesto que todos colaboraron desde un principio y mencionaban lo que le hacía enojar como ser: no le agradaban que salían sin permiso y hacían enojar a las hermanitas.

No les gustaba que toquen sus cosas, otros decían que no les agradaban como reaccionaban cuando se les decía algo.

Sesión 29

Actividad: Mis secretos

Objetivo:

- Promover un clima de confianza personal, de valorización personal, y un estímulo positivo, en el seno del grupo.
- Dar y recibir retroalimentación positiva en un ambiente grupal.

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

Se empezó con ésta actividad formando subgrupos y proporcionándole papel a cada adulto mayor.

La facilitadora hizo una exposición, como la siguiente: "Muchas veces apreciamos más un regalo grande que uno pequeño. Muchas veces nos quedamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y no nos preocupamos por hacer cosas menores, y que tienen mayor valor. La facilitadora les comunicó a los participantes que escriban un mensaje para cada compañero del grupo.

Observaciones

- **Mujeres**

El mensaje dio diferentes reacciones a los participantes, tanto positivos como negativos.

Así por ejemplo algunos de los participantes mencionaron: "*Eres muy buena persona, aquí en el asilo no podemos confiar casi en nadie, eres sincero*", otros decías, "*eres*

una buena amiga y compañera de cuarto”, espero estar mucho más tiempo contigo, ya me acostumbre a ti.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres pudieron apreciar ese sentimiento de cariño que les brindaban sus compañeros.

CONCLUSIONES DE LA UNIDAD II DEPRESIÓN

Destacamos que durante el proceso de intervención a los Adultos Mayores se encontraron diferencias significativas en el estilo de afrontamiento, ya que cada uno de ellos son diferentes ya sea por el número de hijos, niveles educativos, tiempo de estar institucionalizados, etc.

En base a los objetivos planteados en esta unidad se puede afirmar que la participación de las personas mayores durante las actividades fue buena, en un principio se notaron poco reservados, pero al pasar el tiempo ellos sintieron más confianza, siendo que muchos de ellos y ellas se comprometieron tanto con las actividades que se realizaron durante todo el periodo de la ejecución del programa para disminuir de la depresión.

Mencionamos que durante las sesiones se utilizaron técnicas de apoyo que posteriormente las Personas Mayores realizaron en su vida, pudieron desarrollar la capacidad de autocontrol de sus emociones.

Podemos decir también que durante la ejecución del programa de apoyo psicológico a las personas mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija, de manera general ellos/as respondieron de manera positiva, ya que ellos preguntaban cada día, qué actividad se realizaría en el día, agradecían constantemente por el apoyo que se da a la institución, y además se notó que ellos practicaban lo que aprendieron durante la intervención.

6.2.2. UNIDAD III AUTOESTIMA

OBJETIVO: Desarrollar la capacidad de aceptarse tal como son. A través de la práctica de autovaloración para incrementar la autoestima de los adultos mayores institucionalizados.

Sesión 31

Actividad: Acentuar lo positivo

Objetivo: Identificar los propios estados de la baja autoestima y las circunstancias o causas que provocan.

Tamaño de grupo: 2 a 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Hojas bon, lápiz, un salón y mesas

En un principio se reunieron a los participantes en el salón para que puedan escuchar la exposición de la practicante. Se las reunió en grupos de 4 personas.

La practicante empezó a explicar de lo que es la autoestima baja, la cual la misma puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad.

Conforme iba explicando había adultas mayores que no escuchaban muy bien y otras que si pero tampoco no podian ver bien, y pedian a la practicante que vuelva a repetir o se acercaban más para poder escuchar. Continuo diciendo que un bajo nivel de autoestima afecta nuestras relaciones familiares, amistosas y de pareja, etc, lo más importante, nuestra sensación de bienestar. Un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia; la necesidad de aprobación y dependencia, la ansiedad, la depresión, la sumisión, un estado de poder de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia.

Observaciones

- **Mujeres**

En cuanto a las mujeres después de la explicación por la practicante una de ella opinó diciendo:

“Yo puedo estar bien si me vendrían a visitar cada ves mis hijos , ellos ya se olvidaron de nosotros, a veces tenemos hambre y no tenemos nada, queremos comprar pero no nos dejan salir las hermanitas, porque no veo bien y me da miedo caerme”.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres algunos no les interesaba como se veían ellos, eso quería decir que tenían la autoestima baja decían, *para qué, si no salimos a ninguna parte, además no tenemos aquí nada* de manera general esta actividad fue exitosa ya que ellos se desahogaron y comprendieron que tener autoestima baja no es bueno.

Sesión 31

Actividad: Doble personalidad

Objetivo: Concientizar de la naturaleza cambiantes de la autoestima en las personas de la tercera edad.

Tamaño de grupo: 6 a 6

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Hojas bon, lápiz, un salón y mesas.

A los adultos mayores en una hoja dividida con una línea vertical, se les pidió que escribieran en el lado izquierdo como se siente, piensa y actúa cuando se esta bien consigo mismo. En el lado derecho, cómo se siente, piensa y actúa cuándo se esta mal consigo mismo.

Observaciones

. La mayoría lo pudo realizar , había algunos que les temblaban las manos y no podían escribir bien, pero con la ayuda de la practicante se pudo realizar esta actividad.

- **Mujeres**

En cuanto a las mujeres decían que: *“yo me siento bien aquí, las hermanas nos tratan bien, pero hay abuelos que pelean mucho entre ellos”*, otras decían que : *yo no quiero estar aquí me siento mal, quiero estar con mis hijos, lléveme con mis hijos por favor señorita* otras decían: *yo no me puedo acostumbrar extraño mi casa*

- **Hombres**

En cuanto al bloque de los hombres se sienten bien, porque no podían sentirse de forma diferente tienen todo comida, agua un lugar para dormir.

Sesión 32

Actividad: Toca toca

Objetivo: Fortalecer el tacto y la memoria inmediata relacionada con este sentido para mejorar la autoestima.

Tamaño de grupo: 6 en 6

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Peluches pequeños, dados, pelotas pequeñas, etc

Se les repartió un objeto a cada uno de los participantes, que estaban sentados en un semi- círculo.

Tocaron y palparon muy bien el objeto con el fin de memorizar su forma y su textura, ya que después los introducimos todos en una bolsa y cada uno de ellos encontró dentro de la bolsa SIN MIRAR, el objeto que ha tenido en sus manos.

Se revolvió la bolsa y ellos sacaron los objetos sin ninguna dificultad mas que un adulto mayor , saco de manera equivocada, luego explicaron cómo es el objeto que estan agarrando en sus manos, qué textura tiene y qué tamaño es, volvieron a meter a la bolsa para luego sacarlo otra vez.

Con todos los objetos dentro de la bolsa los removimos una y otra vez para aumentar la dificultad de encontrarlos les agrado esta actividad y preguntaron cuando volverían a hacer otro masomenos igual.Observaciones

Observaciones

- **Mujeres**

Las mujeres respondieron de manera positiva a esta actividad puesto que cada que recordaban se les daba un incentivo y con eso se sentían más feliz, denotaban un rostro de satisfacción, alegría y decían yo puedo.

- **Hombres**

En cuanto a los hombres muchas veces olvidaban lo que habían puesto en la bolsa y se les volvía a sacar para preguntarle otra vez, pero de manera general la mayoría de los adultos mayores respondieron positivamente.

Sesión 34

Actividad: Pateando y agarrando las pelotas

Objetivo: Aprender a respetar las reglas, trabajando en equipo con sus compañeros.

Tamaño de grupo: 6 a 6

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Pelota de futbol, tarjetas, agua y pito.

Para empezar esta actividad se llevó uno por uno a los adultos mayores a la cancha de la institución.

Posteriormente se explicó las reglas que deben respetar en el partido de fútbol.

Así de esa manera se pasó a formar los equipos al azar.

Las reglas de juego estaban basadas en: sanciones a todo acto agresivo (peleas físicas y verbales) de los adultos mayores con expulsión del partido.

También la sanción iba para las malas palabras que digan durante el partido, con tiro libre para el equipo contrario.

Posteriormente se realizó un análisis grupal de la actividad realizada. En general se puede mencionar que si bien hubo algo de resistencia al principio por parte de algunos, la actividad se tornó muy efectiva, ya que contribuyó a entablar confianza, simpatía y diversión.

Cabe mencionar que participaron todos en esta actividad ya que se llevó a algunos adultos mayores que no eran participes para el programa de investigación, los mismos que ayudaron a animar a los equipos.

Se realizó esta actividad 2 veces, ya que en la tarde se animaron a participar aquellos que no participaron en la mañana, esto fue satisfactorio y positivo para ellos porque se logró que participaran casi la totalidad de la población del bloque de los adultos mayores varones.

Algo significativo que llama la atención en esta actividad fue, que un adulto mayor institucionalizado participó como árbitro durante el juego.

De manera general la actividad fue muy amena, ya que hubo mucha participación y colaboración por parte de los adultos mayores, además denotaron alegría, diversión, etc.

También cabe mencionar que esta actividad fue un poco difícil, ya que se requirió mucho cuidado y atención para los adultos mayores, cabe mencionar que esto no fue impedimento para que la actividad se realice.

Al equipo ganador se llevó un incentivo por su esfuerzo, en cuanto a los otros equipos también se dio incentivo por su participación.

Mencionamos también que a sugerencias de los adultos mayores esta actividad se volverá a realizar, ya que fue muy efectiva y agradable para ellos.

Observaciones

- **Mujeres**

En cuanto al bloque de las mujeres fue un poco más difícil realizar esta práctica puesto que ellas no querían en un principio colaborar con la actividad.

Se quejaban decían que: *no iban a poder porque les duele su pie, se sienten cansadas, no tengo ganas otro día señorita, estoy sin ganas, me duele todos mis huesos.*

- **Hombres**

Para empezar esta actividad se llevó uno por uno a los adultos mayores a la cancha de la institución, la cancha está localizada en la parte trasera del hogar, decimos que fue un poco complicado llevar uno por uno, fueron pocos los que fueron solos.

En general se puede mencionar que si bien hubo algo de resistencia al principio por parte de algunos, la actividad se tornó muy amena, ya que contribuyó a entablar confianza, simpatía y diversión.

Resaltamos que participaron todos en esta actividad porque se llevó a algunos adultos mayores que no eran participes para el programa de investigación, los mismos que ayudaron a animar a los equipos.

Se realizó esta actividad dos veces, ya que en la tarde se animaron a participar aquellos que no participaron en la mañana, esto fue satisfactorio y positivo para ellos porque se

logró que participara casi la totalidad de la población del bloque de los adultos mayores varones.

Algo significativo que llamó la atención en esta actividad fue, que un adulto mayor institucionalizado participó como árbitro durante el juego.

De manera general la actividad fue muy amena, hubo mucha participación y colaboración por parte de los adultos mayores, además denotaron alegría, diversión, amor, etc.

Esta actividad fue muy difícil ya que se requirió mucho cuidado y atención para los adultos mayores, esto no fue impedimento para que la actividad se realice.

Sesión 35

Actividad: Los constructores

Objetivo:. Aprender a controlar su impaciencia y buscar soluciones en grupo.

Tamaño de grupo: 3 en 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Figuras geométricas.

Se les pidió que construyan un castillo, con las piezas que les tocó, las cuales se les repartió.

A si mismo se pidió que se pongan de acuerdo en la forma de su castillo, ya que iban a ser los habitantes de su propio castillo.

Para esta actividad al igual que con el bloque de las mujeres se formó dos grupos de trabajo y posteriormente se les agrupó parejas.

Hablando de la actitud que tuvieron los adultos mayores para esta actividad fue agradable ya que se notó mucho interés en la actividad, al principio fue un poco difícil con algunos de ellos, puesto que no querían participar pero conforme pasaba el tiempo de la sesión y viendo en qué consistía la actividad, ellos se animaron a participar.

La misma fue positiva, ya que se logró que puedan participar los adultos mayores que normalmente no solían participar.

Cabe mencionar que durante la ejecución hubo algunos gritos, insultos, agresiones, etc., estas agresiones muchas veces fueron cuando la torre se derrumbaba, pero podemos decir que esta actitud fue buena, ya que ellos sacaron lo que tenían guardado, además podemos decir que con esta actitud ellos se desahogaron, sacaron sentimientos que usualmente lo tienen guardados, desahogaron, etc.

Observaciones

No se pudo lograr el objetivo de la actividad, ya que los adultos mayores no podían ponerse de acuerdo para realizar una sola forma los castillos.

Mucho de los hombres querían armar solos, se notó mucha individualidad. En cuanto a las mujeres se notó más interés y más trabajo en equipo.

- Mujeres

En cuanto a las actitudes que tuvieron fueron positivas, ya que se notó más interés en la participación para esta actividad.

En cuanto al primer grupo ellas se ayudaban y colaboraban para así poder encontrar la solución y poder controlar su impaciencia, esto fue la reacción del primer grupo.

En cuanto al segundo grupo, ellas tuvieron una actitud menos paciente con sus compañeras, también se observó individualismo y egoísmo, pero con ayuda se logró un mejor participación.

Para este segundo grupo se tomó más tiempo para la realización de la actividad, ya que se realizó dos veces el armado, porque aún no se lograba el objetivo de la actividad, pero por lo general esta actividad respondió al objetivo planteado.

Al inicio hubo dificultad pero poco a poco fueron mejorando y calmando su nerviosismo e impaciencia, etc.

- Hombres

Hablando de la actitud que tuvieron los adultos mayores para esta actividad fue agradable ya que se notó mucho interés de la actividad, al principio fue un poco difícil con algunos de ellos, puesto que no querían participar pero conforme pasaba el tiempo de la sesión y viendo en qué consistía la actividad, ellos se animaron a participar, la misma que fue positiva, ya que se logró que puedan participar los adultos mayores que normalmente solían hacerlo.

Podemos resaltar el comentario que surgía al culminar esta actividad que fueron: *¿Cuándo vamos a volver a jugar?* Decían algunos, *muy bonita su idea licenciadita gracias por venir a visitarnos....*

Sesión 36

Actividad: Pintando pintando

Objetivo: Integrar la destreza en los hábitos.

Tamaño de grupo: 3 en 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Tela, acuarela, pinceles, un vaso y trapos

Para esta actividad se formó grupos de 3 a 4 personas, las mismas que consistió en el pintado en telas, en las cuales se repartió pedazos de tela para que ellos puedan pintar en los dibujos marcados, a algunos se les dejó que puedan expresar su arte (arte terapia), resaltamos también que durante la realización de esta actividad surgían temas o charlas, las mismas fueron con la ayuda de la practicante, esto fue para que podamos sacar lo que los adultos mayores les preocupaba, estas charlas fueron de temas que eran de interés para ellos, otro punto importante que funcionó de manera positiva fue que la practicante se sentó a pintar junto con los adultos mayores la misma que ayudaba muchas veces a iniciar las conversaciones mientras ellos iban expresando su arte, cabe

resaltar que para esta actividad se necesitó mucha ayuda para guiar a los adultos mayores la misma lo hizo la practicante.

En cuanto a la actitud que tuvieron en esta actividad los adultos mayores, fue muy satisfactoria ya que esta actividad ayudo mucho para aliviar con la depresión, para otras sesiones también se llevó una lista de temas las cuales sirvió de guía para iniciar muchas veces la conversación con los adultos mayores, lo interesante fue también que adultos mayores que participaban poco en las anteriores sesiones, se logró que ellos puedan también participar en las conversaciones.

Cabe mencionar que algunos abandonaron el pintado en grupo, la misma que se terminó en pintado de manera individual, también conversando con ellos.

Resaltamos también que a algunos más que a otros les agrado mucho esta actividad, ya que ellos realizaron más de un pintado.

Otro punto favorable es que se notó que cada sesión se nota que ellos toman más interés en trabajar, ayudar, participar, etc.

De manera general esta actividad resulto favorable para ayudar a los adultos mayores

Observaciones

Se obtuvo una participación satisfactoria en el desarrollo de la actividad, donde los/las adultos mayores mencionaron varias actividades que ahora les resulta penoso realizar. Pero lo realizaron; poco a poco la actividad resultó un éxito.

- **Mujeres**

Pusieron mucho empeño en sacar adelante su mejor obra de arte.

El arte de una de las adultas mayores fue la inspiración de otras, al saber que su dibujo fue elegido como modelo, la adulta mayor se puso muy contenta y alegre miraba a todos lados sonriendo. Así de esa manera al culminar la sesión ellas contemplaban su cuadro, con un brillo en sus ojos.

La actividad y el empeño que cada una puso en su obra ayudaron par que esta actividad resultara todo un éxito.

- **Hombres**

En el bloque de los hombres, esta actividad fue efectiva, ya que cada uno realizo su obra de arte con mucho empeño.

Algunos de los adultos mayores realizaron más de un cuadro al igual que en el bloque de las mujeres.

Al finalizar la sesión se realizó en una ronda la valoración de cada uno de los cuadros expuestos en la sala, esto resultó favorable porque hubo aplausos, levantando los ánimos de los adultos mayores.

Sesión 37

Actividad: Leyendo a pinocho

Objetivo: Reflexionar sobre el tema de la honestidad y el peligro que pueden correr afuera al hacer caso a otras personas.

Tamaño de grupo: 3 en 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: El cuento de pinocho resaltando al papá de pinocho.

Para esta actividad se formó 4 grupos, posteriormente se pidió un voluntario para que de la lectura la historia de pinocho, y así sucesivamente se notó y logró que participen varios, pero también dio lectura la lectura la psicóloga.

Una vez concluida la lectura, se pasó a una ronda de preguntas.

Se explicó qué es la honestidad, ya que esto es importante para llevarse bien con los demás, que si engañamos a las personas que nos protegen, podemos perder la confianza que tienen en nosotros y esto trae consecuencias.

Se respondió a cada duda que tenían los adultos mayores.

En cuanto a la actitud que tuvieron en este bloque de las mujeres algunas derramaban lágrimas, decían esto es cierto, pero con ayuda de la practicante y las demás adultas se logra apoyar a estas mujeres, se notó que ellas entendían porque decían algunas que no lo veían de esa manera a la situación, otras apuntaban a las señoras que actuaban a veces mal en el hogar, etc. Pero lo interesante en esta actividad fue que se notó mucha participación en estos grupos pequeños que se formó.

Con esta actividad se pudo lograr hacer entender el tema de la honestidad y el peligro que pueden correr afuera al hacer caso a otras personas, ya que la mayoría de ellas quieren salir a toda costa afuera es decir salir e irse de la institución.

Para la conclusión de esta sesión se dio un tiempo para reflexionar acerca de la actividad realizada

Sesión 38

Actividad: Movimiento del cuerpo

Objetivo: Motivar a los adultos mayores a tener un bienestar físico, social, emocional.

Tamaño de grupo: 12

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Ninguno

En esta oportunidad la facilitadora a través de una exposición teórica empezó diciendo que la calidad de vida del adulto mayor es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite a la persona satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Los adultos mayores escuchaban atentamente aunque algunas se quedaban dormidas porque estaba calor ese día.

La facilitadora continuaba diciendo que la calidad de vida había sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente tiene que ver con una capacidad adquisitiva que

permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física- psíquica y de una relacion social satisfactoria.

Observaciones

- **Mujeres**

La actividad de hacer un poco de ejercicio, caminando, cantando en el bloque de las mujeres, ya que ellas querían cantar, coplear, etc.

Algo muy resaltate fue que ellas querían cantar coros cristianos, al cantar esa clase de musica muchas se conmovian al escuchar la letra, otras rezaban al cantar, etc. El tema más solicitado fue “ más alla del sol”

Letra: aunque en esta vida no tenga riqueza, se que allá en la golria tengo una mansión, más allá del sol, más allá del sol yo tengo un lugar, un lugar celestial, más allá del sol. Una vez cantado este tema una de ellas decía que: tal vez ahora no hay quien se acuerde de nosotras, pero esta Dios que no ns deseparará, él nos cuida e ilumina, otra decía que si nos morimos nos iremos con él.

De manera general. La actividad resulto gratificante para este bloque y se logró resultados positivos, ya que cantaron varios temas.

- **Hombres**

Se observo en esta sesión de los varones un gran avance, ya que no ue ta difícil juntarlos, ellos se acercaron al saber que ya se empezaría la sesión del día.

Algo muy importante fue que en esta actividad se toco la guitarra, pero nadie sabia tocar bien, se le dio a un adulto mayor para quee interprete algún tema y lo hizo, estuvo muy divertida esta actividad.

Muchos de los adultos mayores cantaron cuecas y otros ritmos tradicionales de Tarija.

Sesión 43

Actividad: La última mirada

Objetivo: Recordar lo vivido

Tamaño de grupo: 3 en 3

Tiempo requerido: 4 horas

Material: Resumen del trabajo de la etapa en forma impreso, papelógrafo impreso y marcadores

Se les reunió a los adultos mayores para informarles que se concluyó la práctica, por lo cual se revisó o hizo un análisis para ver si se cumplió y en que medida con lo identificado en el diagnóstico,

Seguidamente se les pidió a los participantes que si recuerdan las actividades y los aspectos abordados en la etapa de diagnóstico de la práctica.

A continuación se formará grupos de 5 entregando los ejemplares del resumen de diagnóstico a cada uno, los mismos que trabajarán en base al siguiente detalle:

1. ¿Se logro aumentar el autoestima y disminuir la ansiedad y depresión?

R. *“El futvol nos gusto xq nos distrae un poco”*

2. ¿En qué porcentaje se logró cubrir?

R. *“mucho”*

3. ¿Qué fue lo positivo?

R. *“Los buenos momentos que pasamos”*

4. ¿Qué sugerencias tenemos?

R. *“Venir mas seguido para hacernos compañia”*

Al finalizar se destacaron los elementos más importantes de las presentaciones. Ellos dijeron que el fútbol entre sus compañeros y las pinturas que hicieron.

Observaciones

- **Hombres**

En cuanto a los hombres estuvieron muy tristes cuando se les dijo que ya había terminado el programa de actividades, ellos no querían que termine decían cuando volverá señorita, no queremos que se olvide de nosotros como lo han hecho nuestros hijos, son mal agradecidos

- **Mujeres**

En el bloque de las mujeres de las adultas mayores al igual que en el bloque de los hombres se sentían tristes, su rostro denotaba tristeza, también al igual que en el bloque de los hombres, algunas con lágrimas en los ojos, decían *no quiero que se vaya señorita, usted noma era quien me visitaba y me hacía reír*, otras abrazaban a la practicante, etc.

De manera general disfrutaron de ese último día con la practicante, cantaron bailaron, rieron, lloraron, había un encuentro de emociones en ese momento, pero la pasaron bien.

6.3.TERCERA FASE: EVALUACIÓN

- **Objetivo N°3:** Evaluar el impacto de la práctica realizada en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

De manera general, se puede inferir que la implementación del Programa de Intervención a las personas mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija tuvo resultados favorables, ya que se pudo ayudar en el mejoramiento en las distintas áreas propuestas al principio, en los objetivos que se

querían lograr alcanzar con la práctica como ser: apoyar en las áreas de ansiedad, depresión y autoestima. Se notaron cambios producidos durante y después de la práctica como ser: reducción del estrés, afrontamientos de manera positiva la etapa de la tercera edad, promover la motivación, mejorar su apetito, mejoras en el auto concepto, elevar su sentido del humor, más participación en actividades físicas y diarias, eliminación de algunos sentimientos de angustia o culpa y en algunos casos, se notaron cambios en pensamientos suicidas, etc.

A pesar de la divergencia en cuanto a la definición de la tercera edad, si hay acuerdo en que este es un proceso dinámico y no es estático, de manera que el ritmo del tiempo al que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad, mostrando una gran variabilidad tanto intra individual como interindividual.

Hoy en día en nuestra sociedad acercarse al tema de la tercera edad no es fácil ya que, en forma inmediata se ponen una gama de conceptualizaciones, mitos y prejuicios, donde el ser adulto mayor es pertenecer a una franja de población desvalorizada.

Teniendo en cuenta las palabras de la Lic. Schmiedl (2009;22), dejando de lado la conceptualización o no esta etapa de la vida a la cual toda persona llegará en un determinado momento y a su tiempo, lo que debe preocuparnos no es el concepto claro sino realmente cómo se sienten ellos. No termina ahí el solo saber cómo se sienten, sino de qué manera nosotros podemos ayudar a las personas de la tercera edad; si bien el desgaste físico y funcional del adulto mayor es inevitable; es decir, no puede evitarse envejecer en estos dos aspectos, pero en el aspecto psicológico se puede ayudar, colaborar, apoyar, etc. en esta área. Aunque existe hoy en día distintos tipos de fármacos que pueden ayudar a disminuir algunos efectos que conlleva esta etapa de la vida, muchas veces estos fármacos crean dependencia en la persona que la consume, es por eso que no es favorable ni recomendable el consumo de las misma. Volviendo a lo anterior y de la parte Psicológicamente en las áreas de ansiedad, depresión y autoestima a los adultos mayores y que además hoy en día está siendo olvidada.

Tomando en cuenta el apoyo que se dio a estas personas adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, resultó favorable, a continuación se mostrarán a detalle los mismos resultados del impacto que tuvo al programa.

ANSIEDAD FASE EVALUACIÓN (Post – Prueba)

INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO ANSIEDAD DE ROJAS

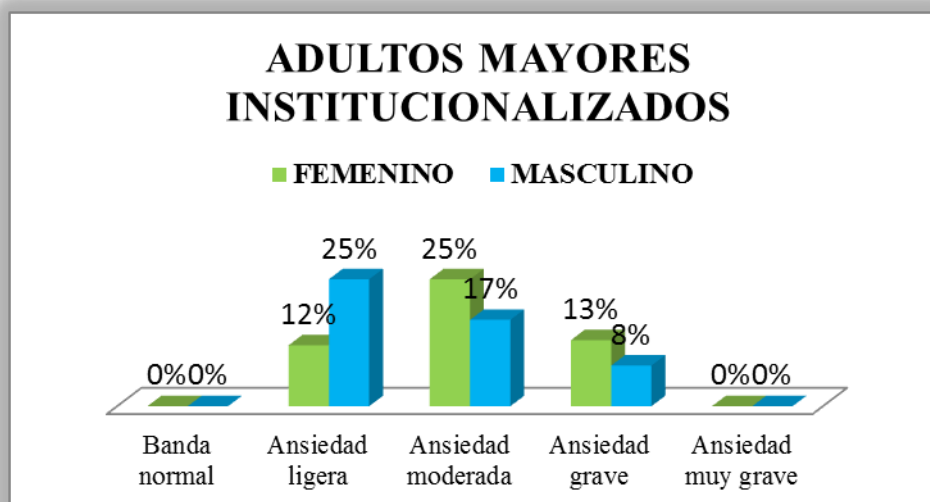
CUADRO N° IV

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	F	%	F	%	F	%
Banda normal	0	0%	0	0%	0	0%
Ansiedad ligera	3	12%	6	25%	9	37%
Ansiedad Moderada	6	25%	4	17%	10	42%
Ansiedad grave	3	13%	2	8%	5	21%
Ansiedad muy grave	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad de Rojas

Elaboración Propia

GRÁFICO N° IV



En cuanto a la ansiedad de los adultos mayores institucionalizados se puede afirmar que se logró reducir los niveles de ansiedad en ellos, con esto podemos decir que los adultos mayores redujeron y ahora tienen una mejor tolerancia a escenas que antes les provocaban pánico, desesperación, nervios, tensión, inquietud, etc.

Ahora podemos inferir que la mayor parte de los adultos mayores tomados en cuenta y que fueron parte del Programa de Intervención “Apoyo Psicológico a los Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ansiedad de Tarija, presentan un menor nivel de ansiedad, es decir menos angustia, pánico, etc, en esta etapa de la vida en el cual están viviendo

Se observa en el Cuadro N°5 que un **42%** de los adultos mayores presentan **ansiedad moderada**, de los que un **25%** son de sexo femenino, y un **17%** de sexo masculino.

Estos datos implican que tanto mujeres como hombres lograron aprender técnicas aplicadas en la Intervención y logran manejar su ansiedad, respondieron de manera positiva al programa implementando con diferentes técnicas y así, de esa manera, disminuyeron las quejas que tenían antes.

Por otro lado el **37%** de los adultos mayores padecen de *ansiedad ligera*, de los que un **25%** son de sexo masculino y el restante **12%** ocupa el sexo femenino; o sea que tanto mujeres como hombres que puntuaron aquí, ya aprendieron a manejar y a sobre llevar de la mejor manera las quejas, dolencias, impotencias, frustraciones.

De esa manera, otro dato considerable es que el **21%** puntuaron que padecen *ansiedad grave*, siendo que un **13%** de la población femenina y un **8%** de sexo masculino; esto quiere decir que estos adultos mayores aún presentan síntomas de pánico, poca tolerancia, estrés, etc. Pero cabe mencionar que estos pacientes obtuvieron una mejora con el apoyo del programa, pero aún necesita apoyo.

Cabe mencionar que la implementación de técnicas y estrategias para el mejoramiento de esta área favorable, teniendo en claro los cuadros que se mostraron anteriormente de los resultados obtenidos con la intervención del programa “Apoyo psicológico a los Personas Mayores Institucionalizados en el Hogar Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija”.

DEPRESIÓN: FASE EVALUACIÓN (Post – Prueba)

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

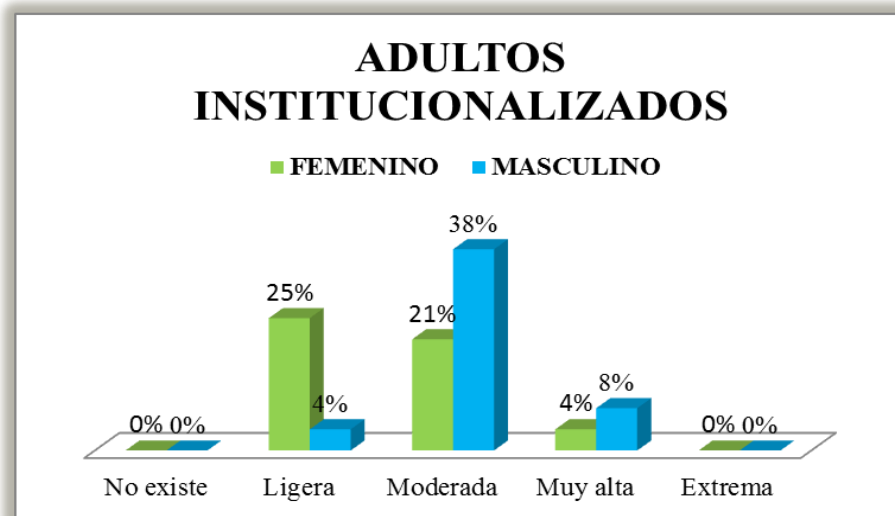
CUADRO N° V

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	F	%	F	%	F	%
No existe	0	0%	0	0%	0	0%
Ligera	6	25%	1	4%	7	29%
Moderada	5	21%	9	38%	14	58%
Muy alta	1	4%	2	8%	3	13%
Extrema	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

Fuente: Escala depresión de Beck

Elaboración Propia

GRÁFICO N° V



En este cuadro se presentan los avances después de haber llevado a cabo la Práctica Institucional, lo que permite comparar los resultados de la pre-prueba con los resultados finales obtenidos, en la post-prueba. De igual manera, como anteriormente se mostró el cuadro, se muestra el análisis de los resultados de la escala de Beck, aplicados a 24 adultos mayores institucionalizados que presentaron las características requeridas en la consiguiente temática adoptada en esta Práctica Institucional (P.I.)

Según las evaluaciones realizadas al finalizar el programa de intervención “*Apoyo Psicológico a los Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija*”, es posible apreciar cambios muy significativos en el área de depresión.

En un inicio los adultos mayores institucionalizados, se sentían tristes, decaídos, desanimados, desconfiados y desinteresados por todo lo que lo rodea, en esto se incluye familia, amigos, vecinos, actividades diarias, etc.

La lectura de las tablas, muestra claramente una mejora en el estado de depresión de los adultos mayores, se notan más calmados, menos triste, algunos con ganas de realizar actividades diarias, tranquilos, éste es posiblemente debido al mejoramiento emocional de la persona mayor.

Los datos obtenidos son que el 58% de los adultos mayores institucionalizados muestran características de ***depresión moderada***, siendo un 38% de sexo masculino y un **21%** de sexo femenino. Lo que significa que los estados de tristeza han disminuido notablemente como indica la tabla presentada anteriormente, éstos resultados debido a la implementación de las distintas técnicas, estrategias, etc. que se optaron en utilizar en este programa de intervención.

Otro dato relevante es que el **29%** de la población se encuentra en un estado de ***depresión ligera***, de los que un **25%** son de sexo de femenino, y un 4% de sexo masculino; esto indica que las personas del sexo femenino notablemente denotan una perspectiva de cambio respecto a su estado depresivo; reflejando claramente en los cuadros que hubo cambios favorables en ellas.

Cabe mencionar entonces que una parte de la población adulta mayor se encuentra con menos síntomas de depresión, es decir, que existe una depresión, pero estos no cotidianamente se encuentran deprimidos, ya que mantienen un buen equilibrio emocional.

Otro dato recabado es que el 13% de los adultos mayores institucionalizados presentan una *depresión muy alta*, de los cuales el 8% de sexo masculino y el restante 4% lo ocupa el sexo femenino; por lo cual se puede resaltar que hubo una disminución significativa de dicho estado, presentándose éste en el sexo masculino.

AUTOESTIMA: FASE EVALUACIÓN (Post - Prueba)

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35 B

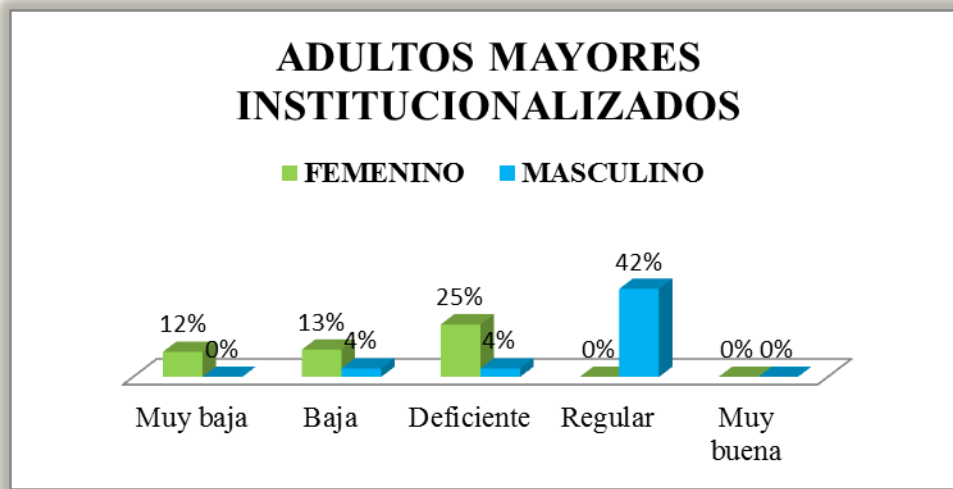
CUADRO VI

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS						
NIVELES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
F	%	F	%	F	%	
Muy baja	3	12%	0	0%	3	12%
Baja	3	13%	1	4%	4	17%
Deficiente	6	25%	1	4%	7	29%
Regular	0	0%	10	42%	10	42%
Muy buena	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	12	50	12	50%	24	100%

Fuente: Cuestionario de Autoestima 35B

Elaboración Propia

GRÁFICA N° VI



Este cuadro presenta los avances después de haber llevado a cabo el programa de intervención, lo que permite comparar los resultados de pre- prueba con los resultados finales, en la post-prueba. De igual manera como en el anterior cuadro en la fase diagnóstica, se presenta el análisis de los resultados del Cuestionario de Autoestima 3B, aplicado a veinticuatro adultos mayores.

Cabe mencionar que los progresos que se tuvieron vinculados al nivel de autoestima fueron significativos, hallándose una mayor aceptación de sí mismos, pudieron adquirir nuevas alternativas de la vida que pueden hacerles sentir bien consigo mismos y con los demás. Se pudo contribuir con aquellas conductas que generan conflictos sociales, alejamiento, desvaloración o sentimientos de inferioridad que les impedía demostrar afecto hacia los demás.

Por el fortalecimiento de la autoestima, expresan mayor adaptación y aceptación hacia la problemática que viven, contribuyendo a un estilo óptimo de afrontamiento, mejor desarrollo de las relaciones sociales y una percepción más satisfactoria de la vida.

Se pudo observar que un 42% de los adultos mayores presentan autoestima regular de los que un total de 42% son de sexo masculino, lo que da a entender que los adultos mayores pudieron desarrollar la capacidad de aceptarse como personas únicas y

diferentes en relación a sí mismos, a través de la práctica se pudo contribuir e incrementar la autoestima de los varones.

Por otro lado un 29% presenta *autoestima deficiente*, de los que un 25% son de sexo femenino y el restante 4% son de sexo masculino lo que manifiesta que se logró incrementar la autoestima de los adultos mayores de manera general, con el apoyo que se dio a los adultos mayores ahora ellos se adaptan con mayor facilidad a los cambios y circunstancias que le rodean y disfrutando más día a día. De esa manera, también se tiene como resultado que un 17% de los adultos mayores presenta *autoestima baja*. Con los adultos mayores que tenían autoestima baja se trabajó en actividades que pudieran hacerles sentirse bien consigo mismo, capaces de dirigir o manejar su vida, superar con mayor facilidad sus problemas o dificultades personales, ser más independientes y tener mayor facilidad a la hora de tener relaciones interpersonales, cabe destacar que tal vez no se llegó a que los adultos mayores tengan autoestima muy alta, pero se logró fortalecer e incrementar de manera favorable a las personas mayores.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a la Práctica Institucional las conclusiones se han elaborado siguiendo el orden de los objetivos específicos y el objetivo general, de “Brindar apoyo psicológico a los adultos mayores en el Hogar Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija.”

Con respecto al primer objetivo: *“Determinar el nivel de ansiedad, autoestima y depresión de las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.”*

Las características más relevantes que se pudieron analizar del **Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas** a los adultos mayores, muestran aspectos como: irritabilidad, tristeza, alteración del sueño, preocupación, falta de apetito, los mismos que dificultan la buena estancia en el Hogar.

En cuanto a las características más relevantes que se pudieron analizar de la **escala de Depresión de Beck** a los adultos mayores, muestran aspectos como: Un estado de ánimo negativo, presentando sentimientos de fracaso, tristeza, angustia, irritabilidad, insomnio, pesimismo e insatisfacción por las actividades que realiza, susceptibilidad, inestabilidad emocional, pérdida del sentido de la vida, porque les dejaron solos en la Institución.

Así también se pudo evidenciar insatisfacción en sus relaciones interpersonales presentando problemas para establecer contacto con el medio, ya que muchos de ellos interactúan con el medio de manera descortés.

Las características más relevantes que se pudo analizar de la **Cuestionario de Autoestima 35”B”** a los adultos mayores, muestran aspectos como: Un auto concepto y una autoevaluación negativa de sí mismo generando un auto rechazo en sí mismo, cabe destacar que se dio más baja autoestima en las mujeres.

Por tal razón se consideró la necesidad de trabajar en la reducción de los niveles de depresión, ansiedad causados muchas veces por el aislamiento, soledad, incomunicación, vida rutinaria y la desocupación en institución, como también en el fortalecimiento de la autoestima de los adultos mayores.

Segundo objetivo, ***“Ejecutar un programa de intervención a las personas de la tercera edad institucionalizados en el Hogar.”***

El Programa de Intervención estuvo sujeto a facilitar la adaptación del adulto mayor hacia la institucionalización por medio de la reducción de los niveles de ansiedad, depresión, y así también se trabajó con el fortalecimiento de la autoestima.

Respecto a la ansiedad se afirma, que se logró desarrollar la capacidad del autocontrol, se llegó a disminuir el temor difuso, además llegaron a adquirir conocimientos y capacidades para sentirse bien, así también a tener tolerancia a la frustración; asimismo se logró disminuir el aislamiento, soledad, incomunicación, vida rutinaria y la desocupación.

De manera general, se obtuvo una mayor adaptación a la institucionalización por medio de las técnicas, estrategias, actividades, por ejemplo. El espejo interior, realizadas en la intervención, las mismas que permitieron manejar situaciones estresantes, reduciendo el malestar personal causado por la institucionalización.

En cuanto a la depresión, se logró reducir los niveles de depresión, que muchas veces se incrementan al llegar a la edad adulta. La aplicación del Programa de Intervención ayudó a que los pacientes puedan adoptar una actitud más positiva hacia la vida.

Muchos de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” consumen coca, alcohol y manifiestan que al consumir las sustancias mencionadas anteriormente les permiten disminuir dolores físicos, dolores psicológicos; además es una ayuda para aguantar estar encerrados en el hogar y aliviar el dolor que llevan por dentro, pero con el programa aplicad se logró que los adultos mayores puedan aliviar y disminuir la depresión a través de diferentes tareas,

actividades que ellos aprendieron, como ser cantar, compartir sus sentimientos, ocuparse en otras tareas, juegos dinámicas, técnicas de relajación, por ejemplo las caricias físicas.

En cuanto a las mujeres, con menor número a comparación de los hombres, afirman que ellas pijchean coca, consumen pastillas antidepresivas y algunas veces suelen conversar con jóvenes que vienen de los colegios a visitarlas, en otras ocasiones suelen decidir estar solas porque se sienten irritables y propensas a responder de manera negativa.

Cabe destacar que en el pabellón se logró disminuir el nivel de depresión a través de la implementación del Programa, los resultados obtenidos fueron muy significativos, ya que se logró que las mujeres puedan reducir el auto reproche o culpa excesiva, ver todo de manera más positiva.

De manera general, se pudo afirmar que los adultos mayores aprendieron a identificar conductas, actitudes desfavorables, pensamientos y sentimientos negativos, sentimientos de minusvalía, a tener una mejor concentración, se disminuyó la fatiga, irritabilidad, desesperanza, tristeza u odio hacia sí mismos, alcanzando un mayor interés o el placer en actividades que alguna vez eran divertidas y se logró que los adultos mayores eliminen pensamientos de suicidio o muerte.

Son capaces de establecer acciones que les permitan manejar de manera satisfactoria las crisis por la que atraviesan en el momento y así también llegaron a sobrellevar de mejor manera las sensaciones de vacío, soledad; pesimismo con relación a su salud, su bienestar, su futuro dejando de lado su pasado y recordando con menos dolor y angustia.

Para la autoestima se logró desarrollar la capacidad de autocontrol, fortalecimientos su capacidad para aceptarse y apreciarse hacia sí mismo, adquirieron conocimientos y capacidades para sentirse bien, tener buena relación con los demás, las que permitieron tomar actitudes de desconfianza a sí mismos y haciendo frente a lo que sienten y piensan, amarse, respetarse y valorándose como personas únicas.

Recuperaron pensamientos y sentimientos que les hacían sentirse bien consigo mismo y que permiten tener una visión más positiva de sus capacidades, habilidades y logros. Por ejemplo una de las actividades fue agarrando y pateando la pelota.

De esa manera, podemos decir que en un cierto grado se alcanzó que los adultos mayores se reconozcan y acepten tal y como son, con sus dimensiones reales y potenciales, mismas que le facilitarán a alcanzar grados de desarrollo muy saludables.

Tercer objetivo, *“Evaluar la eficacia del programa de intervención, realizada en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.*

Para evaluar la eficacia del programa de intervención se realizó una evaluación final (post-test), del programa de intervención indica que se logró reducir un nivel de **ansiedad grave** por una **ansiedad moderada**, lo que significa que los síntomas físicos, psíquico conductuales, intelectuales y asertivos son menos frecuentes en los adultos mayores con ideas positivas ante aquellas situaciones que puedan provocar dificultad.

En la evaluación de la **depresión extrema** por una **depresión moderada**, lo que significa que los sentimientos de tristeza, frustración, pesimismo y vacío se han visto reducidos, con una situación pasiva sobre la situación y proceso de soledad por el cual atraviesan, adquiriendo mayor estabilidad emocional en los adultos mayores, adoptando más una actitud más positiva frente aquellos problemas que muchas veces atraviesan.

Por último, en el incremento de la autoestima, se puede evidenciar que hubo un cambio significativo de una **autoestima deficiente** por una **autoestima regular**, donde se logró mejorar el auto concepto, y auto evaluación de los adultos mayores institucionalizados, desarrollando una capacidad de aceptación hacia sí mismo, y hacia su manera de pensar, sobre su situación en el cual se encuentran.

La implementación del Programa de Intervención de manera general nos permite concluir que dicho programa resultó favorable, porque permitió reducir los niveles de ansiedad, depresión y fortalecimiento de la autoestima los que contribuyeron a una

mayor satisfacción en la realización de las actividades, proporcionando una experiencia más agradable de los mismos adultos mayores.

Al producirse un cambio en la perspectiva que los adultos mayores tenían de sí mismo, permitió que se puedan establecer expectativas de vidas positivas, tomando sus propias decisiones, permitiendo desarrollarse como seres únicos y capaces de enfrentar sus problemas mientras sigan viviendo en el Hogar.

8.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que surgen de la Práctica Institucional son las siguientes:

A los adultos mayores:

- Evitar situaciones de estrés hace más aceptable las reacciones y síntomas propios de la edad.
- Compartir honestamente sentimientos y pensamientos, ayuda a mejorar el estado ánimo.
- Tener una buena comunicación y estar dispuestos a ser escuchados.
- Establecer metas personales, aprender a llevarlas a cabo y organizar su tiempo, siendo que estas significan un motivo para mirar hacia adelante

A los familiares:

- Es importante el apoyo familiar, ya que es vital para el adulto mayor. Puesto que un estado emocional adecuado puede mejorar el estado del adulto mayor.
- Brindar apoyo emocional y espiritual para ayudar al adulto mayor a lidiar con sus sentimientos.
- Es importante que los familiares de los adultos mayores institucionalizados conozcan la importancia de mantener las relaciones de afecto con el familiar interno y que la comunicación no se debe romper, esto para no crear en el adulto mayor sentimientos de incertidumbre y abandono que tanto mal provocan en su vivencia dentro de la institución.

- Conversar con el adulto mayor sobre las tareas que se necesitan hacer y hacer que participen cuanto sea posible.

A la institución:

- La necesidad de tener personal preparado teórica y prácticamente es importante, pero también resulta fundamental recomendar que las personas que trabajen este tipo de población con las características necesarias (emocionales, morales, éticas, etc) para poder brindar un apoyo.
- Capacitar al personal de la institución sobre el trato adecuado que se les debe dar a los adultos mayores, haciéndoles conocer la temática de la depresión, ansiedad y autoestima.
- Promover talleres informativos que orienten al personal de enfermería y fisioterapia acerca del cuidado que deben tener hacia adultos mayores.
- Educar al personal que trabaja con los pacientes sobre el plano psicológico en relación a enfermedades físicas o sucesos catastróficos de la vida para ofrecer a los pacientes y a sus familias un mejor y adecuado trato personal.
- Incrementar personal en el área de psicología que trabaje de manera exclusiva con adultos mayores institucionalizados, siendo que estos adultos mayores tienden a deprimirse con mayor frecuencia.
- Promover más actividades sociales, así como actividades recreativas de entretenimiento.
- Brindar estrategias al personal para que puedan recomendar a los adultos mayores cómo mantener su propio bienestar y darle un sentido de control, esperanza y equilibrio a su vida.

A los futuros practicantes:

- Dentro del programa de intervención planificar actividades que impliquen a los familiares en la vida del hogar para fortalecer los lazos con los mismos.

- La planificación, trabajo en equipo, actividades recreativas y tareas ocupacionales, son necesarias en esta población, es por eso que se recomienda trabajar en coordinación con todas las demandas que se requieran.
- Incrementar actividades encaminadas a fomentar la interacción social entre los participantes, a través de sesiones grupales que integren al mayor número de adultos mayores.
- Apoyar a los adultos mayores a que conozcan, acepte tal y como es, con sus dimensiones reales y potenciales, que le faciliten alcanzar grados de desarrollo muy saludables.

A los profesionales.

- Se recomienda que puedan realizar investigaciones acerca de los adultos mayores institucionalizados, de esa manera apoyar a esta población, que está siendo vulnerable cada vez más en nuestro departamento.

A las autoridades e instituciones encargadas.

- Que tomen en cuenta que esta población de adultos mayores forma parte importante en la vida de las personas, pues todos provienen de ellos y muchos de los beneficios de los que se goza en la actualidad son el resultado de sus luchas, sacrificios y sabiduría, por lo tanto es fundamental ahora que ya no pueden trabajar por la declinación física y psicológica que trae la edad, implementar políticas a favor de este sector.
- Que el personal de salud (medicina, enfermería, farmacia) proporcione informes claros, precisos y, de manera cortés, dispuestos a repetición y aclaración las veces que sea necesaria hasta estar seguros de haber sido bien entendidos.