

CAPÍTULO I: Planteamiento y justificación del problema

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud informa que actualmente la esperanza de vida es mayor, está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países, se espera que la proporción de las personas mayores de 60 años se duplique para 2050; es un fenómeno nuevo, poco conocido, que ya estamos viviendo; ha emergido con rapidez involucrando políticas nacionales e internacionales, a científicos, instituciones y a la sociedad en general (OMS).

La población de 60 y más años de edad en el mundo corresponde al 12,3% respecto a la población total. En las regiones más desarrolladas la cifra es de 23,9% y en las menos desarrolladas la diferencia es enorme, ya que presenta un porcentaje de 9,9. Las regiones más desarrolladas de Europa (23,9%), Norteamérica (20,8%) y Oceanía (16,5%) son las que presentan la mayor proporción de población de 60 y más años de edad. En cambio, la proporción es más baja en África (5,4%), Asia (11,6%) y América Latina y el Caribe (11,2%).

En Bolivia, desde el año 1950 al 2012, la población de 60 y más años de edad se incrementó en 684.464 personas, es decir, hay un aumento de un poco más de 11 mil adultos mayores al año y 4,5 veces más; desde el 2001 al 2012, esta población creció del 7 a 8,7%, respecto a la población total. Actualmente alcanza aproximadamente a 996.415 habitantes; en el área urbana existen 288.690 hombres y 336.938 mujeres, en tanto que en el área rural se encuentran 182.573 hombres y 188.214 mujeres (INE).

El aumento de la esperanza de vida, implica un reto para los sistemas de salud a nivel mundial, lo cual tiene efecto en las condiciones de vida del adulto mayor; el concepto de calidad de vida conlleva el análisis desde diversos puntos de vista, aunque de manera general, implica la condición del individuo en aspectos sociales, culturales, espirituales y sobre todo el estado de salud, físico y psicológico.

La calidad de vida se basa en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas del individuo, buscando el bienestar y la felicidad de estas personas esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida. En el adulto mayor, esto implica las condiciones de vida mínimas como salud, obtener alimentos, estabilidad en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos.

Hoy en día, los hogares o asilos para ancianos han aparecido como respuesta a la necesidad de atención y cuidado del adulto mayor. Este segmento de población, ha llegado a ser considerado como una comunidad vulnerable, ya que, en esta etapa de la vida, son propensos a sufrir el descenso de sus capacidades físicas, cognitivas y psicológicas.

Muchas veces los familiares al no tener el tiempo deseado por las actividades del diario vivir, comodidad, o por bienestar, piensan que los adultos mayores van a tener una mejor calidad de vida viviendo en una institución donde los atienden 24 horas al día, desligando la responsabilidad, porque todas sus necesidades básicas son atendidas por estos establecimientos.

En Santa Cruz solo 400 mil ancianitos se benefician de programas sociales, Los asilos están llenos y los ancianos sufren abandono. En los cuatro centros de adultos mayores, albergan alrededor de 500 hombres y mujeres de la tercera edad. Cada uno de ellos recibe un pre diario de Bs 10, pero estos recursos son insuficientes para cubrir sus necesidades; 60% de los que habitan en este lugar han llegado por su propio pie. Otros de la mano de sus hijos o familiares, algunos se resisten a quedarse (Periódico EL DIA, 25 de marzo del 2013).

En La Paz 33 adultos mayores viven en el hogar María Esther Quevedo, 29 ya no tienen contacto con sus familiares y el resto recibe visitas de parientes alguna vez. Algunos están de tres a veinte años sin recibir ninguna visita de familiar, esto causa

depresión o bien que se aíslen del resto del grupo. Estos abuelos están en situación de abandono, que es una forma de maltrato (Periódico LA RAZON, 3 de agosto del 2017).

Según la organización HelpAge revela que estamos lejos de ser un país que tenga un buen trato con los adultos mayores. Discriminación, maltrato, desatención en los hospitales y abusos de otros familiares son algunos de los fenómenos más recurrentes que se dan en el país.

En el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia, Sub Regional Villazón, viven actualmente 21 Adultos Mayores, los cuales residen en el centro por diversos motivos, la mayoría en estado de abandono, algunos tienen pocas visitas y otros no tienen contacto con sus familiares hace años.

Por todo lo descrito anteriormente se formula el siguiente planteamiento de problema, ¿Cuál es la calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón?

1.2 Justificación

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible, en el que se pueden observar varios cambios en la vida del adulto mayor, tanto en el aspecto físico, como psíquico y social, estos cambios no siempre son favorables, ya que es inevitable el deterioro, que puede resultar en algunas enfermedades físicas, deterioro mental y/o exclusión social, lo cual hace que esta población requiera atención especial.

El concepto Calidad de Vida ha tomado gran importancia en los últimos tiempos, esto ha generado la realización de estudios en diferentes áreas, disciplinas y grupos poblacionales en relación a esta temática y su contribución al bienestar y satisfacción del individuo, en base a este enfoque la Organización Mundial de la Salud a través de varios estudios multicéntricos ha propuesto el uso de instrumentos de medición

comunes de calidad de vida con el objetivo de comparar realidades de distintas regiones; entre estos instrumentos podemos destacar al Cuestionario Breve de Calidad de Vida CUBRECAVI que está basado en el concepto multidimensional de calidad de vida y salud, permitiendo realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes sobre la calidad de vida de las personas mayores que viven en el asilo.

La calidad de vida contempla múltiples factores, que determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida; se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21).

El aporte teórico que esta investigación pretende abordar, son nuevos conocimientos sobre la Calidad de Vida que presentan los adultos mayores que residen en los asilos, residencias o también conocidos como hogares, en Bolivia no se profundizó sobre la temática; de esta manera, la presente investigación servirá para futuros investigadores que deseen abordar esta temática.

El aporte práctico de la presente investigación, es que en base a sus resultados se podrá diseñar estrategias de prevención que podrán hacer uso las instituciones, personal y población en general, que están en contacto con este grupo etario, para que puedan mejorar y desarrollar nuevas formas de intervención, atención y cuidado, valorando las características individuales de cada adulto mayor.

CAPÍTULO II: Diseño Teórico

2.1 Identificación del Problema

¿Cuál es la calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón?”

2.2 Objetivos General

Evaluar la calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón
- Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón.
- Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón.

2.4 Hipótesis

- Los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Para Adultos Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón, presentan un nivel bajo de

calidad de vida, los indicadores relevantes son la integración social y satisfacción con la vida.

- Los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida para Adultos Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón, presentan un nivel de Depresión Moderada.
- Los sentimientos y emociones que predominan en el estado afectivo de Los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida para Adultos Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón son Soledad y Miedo.

2.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	<p>La calidad de vida es:</p> <p>"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SALUD 	<p>-Salud Subjetiva : Nivel de satisfacción con respecto a su estado de salud, autoevaluación</p> <p>-Salud Objetiva: Frecuencia de dolores y molestias, síntomas físicos frecuentes</p> <p>-Salud Psíquica: Frecuencia de sentirse deprimido o angustiado, tener problemas de memoria, estar desorientado o perdido</p>	<p>Mucho Bastante Algo Nada</p> <p>Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces</p> <p>Nunca Casi Nunca A veces Frecuentemente</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • INTEGRACIÓN SOCIAL. 	<p>-Percepción de las relaciones interpersonales -satisfacción con la convivencia -frecuencia de las relaciones sociales,</p>	<p>Satisfecho Indiferente Insatisfecho</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • HABILIDADES FUNCIONALES. 	<p>-Capacidad funcional -autonomía funcional -actividades diarias.</p>	<p>Ninguna Alguna Bastante Mucha</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDAD Y OCIO. 	<p>- Frecuencia de la actividad -satisfacción con su ocupación.</p>	<p>Frecuentemente Ocasionalmente Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • CALIDAD AMBIENTAL. 	<p>-Satisfacción con los aspectos ambientales</p>	<p>Satisfecho Indiferente Insatisfecho</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • SATISFACCIÓN EN LA VIDA. 	<p>-Percepción de su bienestar -satisfacción</p>	<p>Mucho Bastante Algo Nada</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • EDUCACIÓN. 	<p>Nivel de estudios de estudio</p>	<p>-Menos de estudios primarios, no sabe leer -Menos de estudios primarios, sabe leer -Estudios primarios completos - Formación Profesional 1er Grado</p>

DEPRESIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • INGRESOS. • SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS 	<p>-Ingreso mensual percibido</p> <p>-Satisfacción de los servicios -frecuencia de uso</p>	<p>- Formación Profesional 2º Grado</p> <p>- Bachiller Elemental, EGB</p> <p>- Bachiller Superior, BUP, COU</p> <p>- Estudios de Grado Medio</p> <p>- Universitario/superior</p> <p>- Hasta 300bs.</p> <p>- De 301 a 450 bs.</p> <p>- De 601 a 900 bs.</p> <p>- De 901 a 1.200 bs.</p> <p>- De 1.201 a 1.600 bs.</p> <p>- De 1.601 a 2.100 bs.</p> <p>- De 2.101 a 2.700bs.</p> <p>- Más de 2.700bs.</p> <p>Muy satisfecho</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Algo satisfecho</p> <p>Nada satisfecho</p> <p>Valoración general en percentiles - cuestionario breve de calidad de vida CUBRECAVI</p> <p>De 10 A 30 Nivel muy bajo</p> <p>De 35 a 40 Nivel bajo</p> <p>De 50 a 60 Nivel medio</p> <p>De 70 a 80 Nivel alto</p> <p>De 90 a 99 Nivel muy alto</p>
	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS)</p>	<p>AFECTIVO.</p>	<p>COGNITIVO</p>	<p>CONDUCTUAL</p>

ESTADO AFECTIVO

Estado afectivo es la manifestación de la esfera afectiva, expresan cómo los objetos y fenómenos de la realidad que el hombre conoce, satisface o no sus necesidades, si le son agradables o no, está integrado por: las emociones, sentimientos y pasiones (Betta, 1976)

SOLEDAZ

- Sentimiento de Abandono
- Aislamiento
- Desamparo
- Ausencia de visitas
- Escasa comunicación
- Sentirse desamparado
- Falta de afecto

Lamina cinco
Lamina seis
Lamina diez
Lamina doce

TRISTEZA

- Añoranza
- Falta de apoyo familiar
- Duelo por la juventud perdida
- Temores
- Escaso apetito
- Poco interés al realizar actividades de su interés
- Aislamiento voluntario
- Angustia
- Aflicción constante
- Preocupación excesiva
- Dolencias corporales

Lamina cuatro
Lamina nueve
Lamina diez
Lamina once
Lamina trece

MIEDO

- Necesidad social
- Temor al abandono
- Soledad
- Ansiedad
- Malas noticias
- Separación
- Pérdida de propiedades
- Agresión
- Pérdida de control corporal
- Problemas económicos
- Desesperanza

Lamina cinco
Lamina seis
Lamina siete
Lamina ocho
Lamina doce
Lamina trece
Lamina catorce

IRA

- Falsas percepciones
- Envidia
- Enfado
- Agresión
- Percepción de sufrir alguna pérdida.
- Contradecir o negar
- Realizar actividades con mala gana
- Disgusto ante determinadas cosas
- Mal humor.

Lamina cinco
Lamina seis
Lamina siete
Lamina ocho
Lamina catorce
Lamina quince

ALEGRIA

- Visitas
- Expresiones de júbilo
- Disposición a realizar nuevas actividades
- Buen humor
- Sonrisas espontáneas
- Historias de amor

Lamina tres
Lamina nueve
Lamina quince

CAPÍTULO III: Marco Teórico

En este capítulo se desarrollan los conceptos teóricos que fundamentan la investigación, los mismos coadyuvan a la comprensión de la misma.

3.1 Senectud o adulto mayor

Debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años (OMS, 2003). La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte".

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento, pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

3.2. Cambios en el envejecimiento

El proceso de envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo o endógenos y factores ambientales o exógenos a él. Lo que afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico y social.

3.2.1 Cambios Biológicos

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no debe verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

-Problemas de irrigación sanguínea: la caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.

-La sexualidad: la atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.

-Los sentidos: en el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones.

3.2.2 Cambios Sociales

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

-El desplazamiento social - la jubilación: una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.

-El sentimiento de inutilidad: a medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

-La soledad: es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida

3.2.3 Cambios psicológicos

-El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

-Adaptación psicológica: las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica, sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.

-La memoria: es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones.

4. Concepto de calidad de vida

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar”(Tuesca Molina, R. 2012,p.21).

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Fernández-Ballesteros, 2013)

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Watanabe, B. Y. A. 2014.p 121-126.)

La calidad de vida es un concepto multidimensional cualquier reducción (frecuente entre los instrumentos de calidad de vida desarrollados desde la medicina) a un concepto mono factorial de salud resulta inadmisibile y atenta contra los a priori del concepto. Es decir, la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también. Ello implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) así como factores socios ambientales o externos (las redes de apoyo, los servicios sociales, etc.) (Fernández-Ballesteros, 2004.p 18,22).

El concepto de calidad de vida debe contener tantos aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Esta cuestión parte de la decisión sobre si, calidad de vida, es un concepto puramente subjetivo, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización, o como defienden otros autores entre ellos Fernández-Ballesteros, la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona (Alonso, M. Á. V., &Schalock, R. L.2010 p, 21,41).

La calidad de vida es el “grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, capacidad que se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo que, de la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos, y de su existencia, poseen los miembros de una sociedad (Setien, M. L. 1993.p 137-138)

Organismos oficiales, como la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la OCDE, la calidad de vida corresponde a diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad Personal.

Sin embargo, cuando se pregunta de manera abierta a la gente sobre su calidad de vida, perciben diversos aspectos, los materiales son los más relevantes para unos, mientras que para otros tiene mayor importancia estar rodeado por aquellos a quien se ama; en ocasiones se identifica calidad de vida con felicidad y otras veces con una especie de equilibrio entre las aspiraciones y los logros.

Algunos autores diferencian entre el *nivel de vida*, vinculado a una estructuración vertical de la sociedad, y que haría referencia a los elementos más o menos cuantificables que ordenan a los individuos en capas o estratos, y el *estilo de vida*, determinado por la combinación de bienes que uno elige y las actividades que uno hace, todo ello procesado en una configuración más abstracta, que vendría determinada por los valores que se detentan y la ubicación sociocultural que nos distingue y que aporta una visión social multiforme y variada, no vertical (Orizo, F.A. 1992,P. 236-237).

4.1 Calidad de vida en el adulto mayor

Las condiciones que integran el concepto de calidad de vida en las personas mayores son multidimensionales, intervienen factores importantes como, la autonomía, el género, la edad, la posición social y las relaciones familiares (Fernández Ballesteros 2007).

La calidad de vida se ve influenciada y modificada por varios factores como las condiciones de salud física, condiciones psicológicas como las emociones, la personalidad y la situación económica en la que el individuo se encuentra.

La calidad de vida en el adulto mayor es de vital importancia para el reconocimiento de envejecimiento satisfactorio ya que es un indicador de este y su evaluación permite tener una visualización enfocada a realización de políticas que implementen la satisfacción del individuo y así poder abarcar desde una perspectiva útil una planificación y asignación de los recursos para la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores (Olivi A, Fadda G, Pizzi M, 2015, p 227-249).

Según Mortimer Powell Lawton un psicólogo gerontólogo interesado en las repercusiones físicas y sociales que se implican en la determinación de la calidad de vida del adulto mayor, en el año de 1991 propone una definición de la calidad de vida como la “evaluación subjetiva multidimensional bajo criterios, tanto intrapersonales, como socio-normativos, del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado” (Ramírez R, Agredo R, Jerez A y Chapal L. 2008;p 529-536).

Se postulan cuatro parámetros que deben ser evaluados en la calidad de vida: calidad de vida física, calidad de vida social, calidad de vida percibida, calidad de vida psicológica de esta manera la calidad de vida va ligada a la satisfacción que el individuo sienta, entendiéndose satisfacción como todo suceso que le permite a la persona llenar espacios vacíos, cumplir con las exigencias y premiar las acciones o

recibir alguna recompensa por ello. Un individuo en el que el bienestar subjetivo físico, psicológico y social está alto estará satisfecho con su vida y por ende su calidad de vida será mejor, es decir, la calidad de vida de un individuo se basa en la búsqueda de la percepción de satisfacción; un elemento importante para la exploración de la calidad de vida es la salud, sin embargo cuando esta presenta un declive o un desbalance de las condiciones físicas o psicológicas podrá repercutir en enfermedades crónicas e incapacitantes (Vera M,2007,p 284-290).

Para el adulto mayor resulta de gran importancia suplir sus necesidades básicas como la vivienda, la salud y la alimentación, sin embargo, algunas cosas resultan mejor cuando se acompañan del poder ser parte de actividades sociales, recreacionales o simplemente de compartir ideas y de ser compañía de alguien o para alguien, repercutiendo así en la percepción que tiene el adulto mayor frente a la calidad de vida. Otro aspecto clave que influye en la satisfacción y en la calidad de vida del adulto mayor es la auto-percepción que tiene frente a lo que sucede con su entorno y con él, por este motivo se ha convertido en un indicador de gran utilidad para conocer el estado de salud y la calidad de vida. La satisfacción de vida en el adulto mayor se ve ampliamente influenciado por el apoyo social y moral que reciba en el transcurso de vida este individuo, permitiendo al adulto mayor un mejor uso de sus habilidades y capacidades.

Es un hecho que cada vez vivimos más, la esperanza de vida aumenta y con ello también se desea estar bien la mayor cantidad de años posibles, ayudando al cuerpo a permanecer bien por más tiempo. Para ello hay muchas cosas que se pueden hacer, que se engloban en el llevar un estilo de vida saludable, lo que nos ayudará a vivir mejor. El obtener una buena calidad de vida se refiere a lograr tener salud, es decir, es un concepto amplio que se refiere a que las personas estén bien física y psicológicamente, dentro de las posibilidades de su edad. En los adultos mayores podemos considerar que una calidad de vida tenga que ver con que puedan ser autosuficientes, que se sientan valorados y queridos, y que puedan realizar diversas

actividades de sociabilización. Además, que puedan contar con una salud que, ya sea tomando medicamentos que controlen sus enfermedades, les permita llevar una vida adecuada.

Para que puedan gozar de una buena salud es necesario que se mantengan activos y que se ejerciten constantemente dentro de sus posibilidades. Pueden asistir a clases de gimnasia o hacer algún ejercicio en casa viendo televisión, pero lo mejor será siempre que un especialista les explique qué ejercicios pueden hacer. También pueden practicar yoga, taichí o alguna otra técnica que les ayude a relajarse y a mantener sus músculos y articulaciones correctamente.

Es muy importante que coman sano a todas las edades, pero sobre todo en la tercera edad, ya que todos los sistemas se van deteriorando, y el digestivo no es la excepción. Además, pueden consumir alimentos ricos en antioxidantes, que son de gran ayuda para enlentecer el envejecimiento tanto físico como el de nuestro cerebro.

También que vean a su familia unida, de un almuerzo familiar o de una celebración de cumpleaños, lo que no sólo los anima, sino que también los hace sentir sanos; que tengan amigos, asistiendo a un club de ancianos, a alguna actividad de la iglesia o donde sea que se sientan cómodos y puedan compartir con distintas personas. Es necesario que los ancianos vayan al médico regularmente, para que se hagan un chequeo y controlen los tratamientos que están recibiendo. Una buena calidad de vida también es importante que los sigamos viendo como personas útiles en nuestra casa y que encuentren una actividad acorde a sus capacidades, como tejer, bordar, o hacer algo útil para los demás y ellos mismos. También tenemos que facilitarles las cosas, sin hacer todo por ellos, por lo que, si tienen alguna dificultad para desplazarse, podemos adaptar el hogar para que puedan mantener su independencia, lo que los ayudará a sentirse bien.

La valoración de la Calidad de Vida Relacionada con las Personas Mayores, la medición puede ser utilizada tanto para la evaluación de sus necesidades personales (nivel de salud, atención a la dependencia, etc.), como para el conocimiento de los niveles de satisfacción con los servicios del centro (personal, recursos y actividades de la residencia), e incluso podría utilizarse para analizar su relación con la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población mayor (programas asistenciales, recursos sociales, presupuestos económicos).

Un problema añadido entre las personas mayores, es la propia multiplicidad del término Calidad de Vida, que los ancianos relacionan con '*una buena vida*', y que expresan con muy diferentes términos del lenguaje cotidiano para referirse a una vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, y desarrollo personal, por lo que en la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la Calidad de Vida en las Personas Mayores, ha sido utilizar diferentes tipos de indicadores de bienestar o vida satisfactoria (Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. Y Tobin, S.,196, P 134-43)

4.1.1 Dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor

4.1.1.1 Salud en el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (2004) define a la salud como el bienestar físico, mental y social; sin embargo, el concepto es más amplio y significa no únicamente estar libre de enfermedades.

La salud incluye dos dimensiones. La dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. Y la dimensión psicológica, la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima y la incertidumbre del futuro.

También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (Oblitas, L, 2008)

En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo. El hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará en su calidad de vida. El grupo de edad avanzada desea estar libre de enfermedades. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto cuidado.

La escala de salud explora tres aspectos diferentes sobre la calidad de vida relacionada con la salud:

- a) **Salud Subjetiva:** representa el nivel de satisfacción que el sujeto manifiesta con respecto a su estado de salud, su propia autoevaluación.
- b) **Salud Objetiva:** se toma en cuenta la frecuencia con la que el sujeto ha tenido dolores o molestias últimamente, basándose en un listado de síntomas físicos frecuentes en las personas mayores.
- c) **Salud Psíquica:** se toma en cuenta la frecuencia con la que el sujeto ha presentado algunos de los problemas psicológicos más comunes de las personas mayores.
 - Sentirse deprimido o angustiado.
 - Tener problemas de memoria.
 - Estar desorientado o perdido.

4.1.1.2 Integración social en la adultez mayor

La integración social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Es necesario observar aspectos objetivos como subjetivos de las relaciones sociales de las personas mayores y su red de apoyos. Tomando en cuenta el tipo de convivencia y la frecuencia de los contactos sociales y en qué medida se siente satisfecho con cada una de esas relaciones (Fernández y Zamarrón, 2007, p 20).

- a) **Satisfacción con la convivencia:** Representa un aspecto muy relevante de las relaciones sociales de las personas mayores y de su nivel de integración. Cuando el sujeto evaluado vive acompañado se le pregunta como de satisfecho se encuentra con la relación que mantiene con las personas con quien convive (si vive en la comunidad) o con las personas con quien comparte su habitación (en el caso de que ocupe una habitación compartida en una residencia o asilo).
- b) **Frecuencia de las relaciones sociales:** la frecuencia de los contactos sociales que el sujeto mantiene con determinadas personas relevantes; familiares, vecinos y amigos.
- c) **Satisfacciones con las relaciones sociales:** Se valora como de satisfecho esta con las relaciones que mantiene con: su conyugue, sus hijos, sus nietos, otros familiares, vecinos, personas de la residencia y amigos.

4.1.1.3 Habilidades funcionales en la adultez mayor

Establece que la funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas.

La movilidad y la función mental son los elementos que mejor definen la autonomía, la independencia y el contacto social en el adulto mayor.

En la vejez es muy probable que surjan ciertas limitaciones funcionales, las cuales ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas. Tanto las discapacidades como las limitaciones funcionales involucran la alteración de una función; sin embargo, la diferencia es en el nivel en que se produce la limitación (Cornachione, M, 2008).

Fernández y Zamarrón(2007, p 21), indican que se trata de identificar el grado de independencia que mantiene el sujeto para desenvolverse en su vida diaria y las dificultades específicas que puede tener. Tomando en cuenta dos sub escalas:

- a) **Autonomía funcional:** se toma en cuenta la auto-valoración global su nivel de dependencia del adulto mayor.
- b) **Actividades de la vida diaria:** se toma en cuenta la dificultad que tiene para realizar actividades como: cuidar su aspecto físico, hacer las tareas domésticas, caminar o hacer tareas fuera de casa.

4.1.1.4 Actividad y ocio en la adultez mayor

Casi la mitad de las personas mayores de 65 años declara que su actividad principal en el día está relacionada con el ocio. Esta realidad no debe entenderse como positiva ya que si el ocio no se entiende como un espacio para el desarrollo mental, físico y emocional del adulto mayor ese tiempo estará perdido y no contribuirá a un envejecimiento activo y sano.

La mayoría de personas ancianas en la trayectoria de su vida no tienen dicha concepción. Para ellos éste es un espacio residual que llenar con cualquier pasatiempo. En general se encuentran perdidos sin una verdadera capacidad de elección sobre su espacio de ocio.

El ocio se puede dividir en seis tipos, según apunta el *Observatorio de personas Mayores del Imsero*. A ninguno de ellos se le debe dar de forma exagerada un mayor tiempo específico, sino que la clave es perseguir una armonía y equilibrio entre todos ellos.

1) **El sedentario:** En él se incluyen todas las actividades relacionadas con los medios de comunicación, como ver revistas, escuchar la radio, ver la televisión. Siendo esta última la actividad estrella que incluye al 100% de la población. El exceso de este tipo de ocio se suele dar en las personas mayores con menor nivel formativo que viven solas y con núcleos familiares reducidos.

Es precisamente por este último motivo que este tipo de ocio no se hace de manera voluntaria, sino por las circunstancias personales del anciano.

2) **El doméstico:** Este ocio requiere de cierto dinamismo y son más frecuentes en mujeres. Coser, hacer manualidades o cuidar del huerto. Es imprescindible para el desarrollo del propio individuo, siempre y cuando no se conviertan en una obligación.

3) **El social:** Relacionarse con amigos, familia o compañeros refuerzan la esfera emocional de las personas mayores y su contacto con el mundo real. Desde ir a la Iglesia, hasta acudir a un centro de ancianos o realizar actividades en familia contribuyen a ello. Siempre, sin que ello ocupe la mayor parte del espacio privando de tiempo para uno mismo.

4) **El saludable:** Uno de los más importantes, y sin duda el más olvidado. Una persona anciana no debe tener la agilidad de un joven, pero sí deber estar en forma y cuidar su alimentación. Sin volverse una obsesión, deben hacer todo lo posible por reservar tiempo para pasear, el baile o practicar algún deporte acorde a su condición física.

5) **El de aprendizaje:** ‘Nunca es tarde cuando la dicha es buena’ Es exactamente la prescripción de esta clase de ocio. Además de ser objeto de desarrollo personal el aprendizaje continuo, es esencial para que el anciano se pueda desarrollar con normalidad en el mundo moderno. Desde aprender a utilizar a mandar un mensaje en el móvil a utilizar el ordenador o actividades más complejas, según el nivel de formación previo del anciano son muy recomendables

El área de actividad y ocio explora en que actividades ocupa su tiempo el sujeto y el grado de satisfacción que le produce la realización de dichas actividades. Examina el nivel de actividades físicas del sujeto y con qué frecuencia realiza actividades relacionadas con el ocio (Fernández y Zamarrón, 2007, p 21).

4.1.1.5 Calidad ambiental en la adultez mayor

El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano que rodea o se interrelaciona con el individuo, puede influir directamente en la calidad de vida de las personas, es por la razón que si hablamos del adulto mayor no lo podemos dejar a un lado.

Para que el cuerpo y la mente del ser humano se encuentren en un grado óptimo de recepción, relajación, adaptación, etc.; es necesario que el entorno donde se encuentra la persona, sea adecuado.

Sabemos que nuestro entorno este, de una u otra forma, relacionado con factores naturales que determinan si este es adecuado, bueno o malo, tales como el clima, las estaciones, agua, luz, radiación, calidad del aire, así mismo con los factores biológicos (representan todas las cosas que poseen vida) como la flora, fauna, otras personas, gérmenes, agentes de enfermedades, etc.

El hombre esta interactuando en todo momento con el medio ambiente tanto con el natural como el social y el artificial; por lo cual el medio ambiente determina su comportamiento físico y psicológico, que es un factor determinante de la salud, bienestar y del mismo confort del individuo.

La importancia del componente ambiental en el análisis y valoración de las personas mayores, de su adaptación o de su capacidad funcional, está en relación con las características tanto de los sujetos como del propio ambiente. La presión ambiental es percibida como la demanda o el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo.

En esta área se toma en cuenta el nivel de satisfacción del sujeto con relación a una serie de aspectos objetivos de su vivienda o dela residencia donde habita, así como su satisfacción general con la misma (Fernández y Zamarrón, 2007, p 22).

4.1.1.6 Satisfacción con la vida en la adultez mayor

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares

continentes. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos. Los bajos ingresos por beneficios jubilatorios, o su ausencia, así como deficiente o ninguna cobertura médico-social, generan distintos grados de satisfacción por la vida, alterándola.

Se ha sugerido que la satisfacción con la vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para alcanzar un óptima satisfacción por la vida y la calidad de la misma en los ancianos. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la satisfacción por la vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos (Lizan, L. 2014,p 131-2.)

La satisfacción con la vida de los ancianos depende en gran medida de las circunstancias, de las acciones que se adopta del mundo, tanto del físico como del sociocultural, o de ambos, los ecosistemas naturales y sociales y los diversos sectores que los integran emiten constantemente acciones sobre el adulto mayor, algunas de las cuales son denominadas “satisfactores” porque satisfacen las necesidades humanas —básicas o biológicas o superiores o espirituales— por lo que ejercen una acción beneficiosa sobre el ser humano al contribuir a su desarrollo y a mejorar su calidad de vida así como la satisfacción por la misma. En cambio, hay otras acciones externas que provienen de la naturaleza y de la sociedad que se denominan “frustradores” porque arruinan y frustran las necesidades de los ancianos por lo que constituyen factores principales de los males e infelicidad del hombre y la causa esencial del deterioro de la calidad de vida de los mismos al impedir o bloquear la satisfacción de las necesidades humanas (Torroella, G, 2014, p, 236).

4.1.1.7 Educación en la adultez mayor

Cuando se alcanza la tercera edad muchas personas planificaron que, al llegar a la jubilación, retomarían sus estudios que quedaron a medias por los avatares de la vida, otras cumplir el sueño de estudiar una carrera universitaria y muchas se plantean aumentar su cultura y visión del mundo y se apuntan a los diversos planes de estudios para personas mayores que muchas universidades y entidades públicas como ayuntamientos fomentan.

Sin embargo, no hablamos de las personas mayores que no tuvieron la oportunidad de ir a la escuela o solo fueron poco tiempo, tan poco que no fue suficiente para aprender a leer, escribir o las cuentas básicas o lo aprendieron en precario de manera que, aunque sepan en teoría leer, en la práctica son lo que se llama analfabetos funcionales.

Uno de los motivos que se ve frecuentemente en una persona analfabeta mayor de 65 años, es porque tuvo que ponerse a trabajar o hacerse cargo de la familia muy joven.

Estas personas mayores que no han podido llegar a escribir más que su firma, y a veces ni eso, han tenido toda su vida una traba grave que les ha impedido el acceso a muchas oportunidades de empleo, ocio, ascenso social; aumenta su vulnerabilidad ante engaños y estafas e incluso ha condicionado su manera de estar en la sociedad, el analfabetismo algo que se suele llevar de manera disimulada por vergüenza, deben confiar de manera obligada en la buena voluntad de los demás, confiar en las respuestas de las personas que les rodean y a las que les piden colaboración.

En esta área se tiene que tomar en cuenta el nivel de Educación que tiene el adulto mayor; el nivel de estudios máximo que el sujeto a alcanzado. (Fernández y Zamarrón, 2007, p 23).

4.1.1.8 Ingresos en la adultez mayor

Todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana. Por lo cual El Estado boliviano provee una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades. Prohibiendo y sancionando toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Ley N^a 3791 de la Renta Universal de Vejez y Gastos Funerales de diciembre de 2007: Establece la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad) dentro del Régimen de Seguridad Social no Contributivo. Es una prestación vitalicia que el Estado boliviano otorga a todas las personas bolivianas mayores de 60 años y a los/las extranjeros/as nacionalizados/as mayores de 60 años.

La Renta Dignidad consiste en el pago mensual de Bs 250 a las personas mayores de 60 años que reciben una pensión de jubilación fija y Bs 300 para quienes no la perciben ningún tipo de jubilación.

La Pensión de Vejez Consiste en el pago de una pensión mensual de por vida que recibe el Asegurado, y a su fallecimiento el pago de gastos funerarios y las pensiones mensuales por muerte que correspondan a los Derecho habientes, siempre que cumplan con los requisitos y procedimientos establecidos en la Ley 065 y sus normas complementarias. (Periódico La Razón, 21 de septiembre del 2017).

4.1.1.9 Servicios sociales y sanitarios en la adultez mayor

Se conoce como servicios sociales a aquellas prestaciones que son muy importantes para el bienestar social: es decir, para la calidad de vida de los individuos que integran una sociedad.

Toda la población adulta mayor en Bolivia goza actualmente de 780 prestaciones de salud de manera gratuita, entre ellas consultas médicas, acciones de prevención, promoción, curación, cirugías, diálisis y rehabilitación.

Aunque la mayoría de los adultos mayores no conoce de los beneficios y privilegios que goza; Para acceder a este servicio gratuito, los beneficiarios solo deben acreditar ser adulto mayor, 60 o más años, solo con su carnet de identidad, que es el único requisito para acceder a este y otros beneficios, tanto en el área rural como en la urbana, a lo que se asegura que no se requiere estar en un estado de decadencia senil para recibir la atención.

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 1028 incorpora el Complemento Nutricional para el adulto mayor “CARMELO”, para contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las y los adultos mayores de Bolivia, en la prestación a la Ley N° 475, formulación que proporciona nutrientes que son necesarios para alcanzar un adecuado estado nutricional, mejorando la calidad de vida en el adulto mayor.

Las personas adultas mayores de 60 o más años tienen acceso a un régimen de descuentos y privilegios entre los que se establece el 20 por ciento de descuento en los servicios de impuestos a bienes inmuebles, energía eléctrica y agua potable. Para ser beneficiario solo necesita su carnet o su documento de derecho propietario.

También tiene derecho a un descuento del 20 por ciento en pasajes urbanos y departamentales en transporte terrestre, así como el 40 por ciento en transporte aéreo son parte de los beneficios y privilegios que establece la Ley N°1886. Además, un trato preferente en todos los servicios, públicos y privados son una obligación.

La Ley N° 369 Ley General de las Personas Adultas Mayores, del 1 de mayo de 2013, regula los derechos, garantías y la protección institucional a esta población, asimismo

establece el derecho a una Vejez Digna, entendida como la no discriminación y maltrato.

Esta normativa señala que los gobiernos autónomos departamentales y municipales deben promover la apertura y funcionamiento de centros de acogida, transitorios y permanentes para adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

El artículo 7 de esta ley establece que las Instituciones públicas y privadas brindarán trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios: uso eficiente de los tiempos de atención, capacidad de respuesta institucional, capacitación y sensibilización del personal, atención personalizada y especializada, trato con calidad y calidez, erradicación de toda forma de maltrato y uso del idioma materno.

Estos centros deben ofrecer un servicio integral, desde el servicio médico, psicológico, social y recreativo; Existen adultos mayores “frágiles” física, psicológica y socialmente. La fragilidad física está referida a quienes a causa de alguna discapacidad física no pueden trasladarse de un lugar a otro si no es con la ayuda de terceras personas o máquinas.

5. Residencia de tercera edad

El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO, las define como *“establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios”*

Las Residencias son pues un recurso social, de alojamiento temporal o permanente, para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral de los mayores en situación de dependencia.

La OMS (2004) señala: *“la presencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana”*.

En las personas mayores esta situación puede relacionarse con el envejecimiento en sí mismo, o ser la suma de esta circunstancia agravada por la existencia de enfermedades: *“estado en que se encuentran algunas personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas, o de ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria”* (Casado, D.; Y López, G,2001).

La esperanza de recibir los cuidados necesarios ante un supuesto deterioro de la salud, queda limitada por las obligaciones laborales de los hijos, sobre todo de las hijas, lo que les hace pensar que: *“...tal como está la vida hoy no creo que nadie vaya a dejar el trabajo para atender a sus padres, y menos aún si son nueras...”* (BREILH, J, 1990)

Normalmente estos centros, están abiertos a la comunidad y disponen de espacios y equipamientos técnicos adaptados, los profesionales necesarios, los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad.

Con mucha frecuencia, las personas que habitan en las Residencias Públicas son pobres, enfermas y se sienten ‘*viejas*’, y probablemente estas tres circunstancias son las que tipifican la vejez residenciada y la diferencian de las personas mayores que habitan en domicilios. La ancianidad no es, por supuesto, un criterio exclusivo y discriminante de las personas que viven en las residencias, aunque si es una condición indispensable para hacerlo, ni tampoco el padecer ciertas enfermedades o un nivel económico reducido, pero el hecho de ser ‘*residente*’, aporta ciertas características personales específicas que el resto de personas ancianas no posee y que a menudo se

relacionan tanto con el entorno, como con la retroalimentación que provoca la convivencia con los estados de vejez, enfermedad y limitación de otras personas.

Las residencias públicas por general pretenden dar cobertura a los '*estados de necesidad*' destinados principalmente a la atención de los sectores más desfavorecidos, en especial a la atención de ancianos "*terminales, solitarios por abandono o inexistencia de la familia, a los incapaces de gestionar sus derechos, a los 'explotados' o manipulados por sus propios familiares, a los enfermos físicos y mentales y a los abandonados*" (Treserra, M. A. 1993).

A las pérdidas que aparecen con la edad, los residentes suman la pérdida de su domicilio, de la proximidad y contacto con sus seres queridos, de la intimidad y capacidad de decisión y control sobre la mayoría de aspectos de su vida, acentuándose su sensación de desarraigo y provocando el inicio de una nueva forma de dependencia que, al margen de la ya existente por enfermedad u otros motivos, y que probablemente ha originado el ingreso en la residencia, genera una situación de mayor dependencia física y emocional, consolidando así su institucionalización.

Podamos diferenciar a las personas residentes del resto de ancianos por su situación de necesidad y dependencia (física, psíquica o social), y por lo que podríamos llamar su '*mayor envejecimiento social*', no es más que la consecuencia de como la estructura de la sociedad actual, basada en los criterios de productividad y beneficio, establece un modelo de orden que no tiene funciones que ofrecer a quienes ha dejado fuera del sistema productivo.

5.1 Motivos de ingreso a una residencia de tercera edad

En general, las tres circunstancias que motivan el ingreso de un anciano en una Residencia son los problemas de salud física o psíquica (enfermedades), los problemas relacionados con la convivencia (soledad o imposibilidad de vivir solo/a) y los problemas de carácter socioeconómico (falta de recursos). Aunque la mayoría de

personas mayores manifiesta que desearía vivir en su domicilio hasta el fin de sus días, o residir en el de los hijos como alternativa más deseada en segundo lugar (IMSERSO, 1998), resulta cada vez más frecuente encontrar ancianos que aceptarían la alternativa de la institucionalización como recurso de futuro, sobre todo cuando el envejecimiento va asociado a alguna enfermedad y esta provoca la pérdida de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria y la imposibilidad de una vida autónoma. Sin embargo, la toma de esta decisión divide la actitud de las personas mayores. De un lado, su simple planteamiento origina un fuerte rechazo entre gran parte de ellos, que declaran abiertamente no desear “*acabar sus días*” en una Residencia. De otro, hay quienes suavizan su opinión, admitiendo el disgusto que les supondría dicho ingreso, pero mostrando a la vez su resignación “*si las circunstancias así lo requiriesen*”. Y finalmente, también hay quienes se refieren a la institucionalización como la solución de futuro más probable, e incluso deseada, esperando recibir allí todas las atenciones que pudieran precisar cuando la vejez suponga ser ‘*una carga*’, en lugar de acudir a la familia.

Las personas ancianas que manifiestan una actitud positiva hacia la institucionalización, opinan que en la Residencia estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos que en los domicilios propios o de la familia, impresiones que mayoritariamente han obtenido a través del conocimiento previo de alguna residencia que han visitado, o de familiares o amigos ingresados que les han transmitido una opinión favorable de las mismas (IMSERSO, 2000). Por su parte, la mayoría de personas mayores que tiene una opinión desfavorable de la vida en las Residencias, relaciona los centros con la necesidad de compartir la habitación, la pérdida de intimidad en general, la poca calidad y variedad de las comidas y la imposibilidad de controlar muchos aspectos de su vida diaria, como horarios, salidas y organización del tiempo y actividades, que pasan a ser establecidos y regulados por la dinámica de la vida residencial, y que a menudo les provoca una sensación de añoranza y tristeza que consolida su actitud de rechazo (IMSERSO, 2004).

La incapacidad para continuar con sus propios cuidados y la actividad funcional independiente (“*valerme por mí misma*”), como consecuencia del deterioro de la salud, suele ser la razón básica por la que las personas mayores aceptarían ingresar en una residencia, siempre que la familia no pudiera hacerse cargo de la situación. La actitud de la familia, se convierte así en uno de los elementos más determinantes a la hora de tomar la decisión o no del ingreso. A pesar de que el número de personas mayores que desean vivir en una Residencia es todavía muy inferior al de los que desean hacerlo en domicilios (propios o de familiares), la presión familiar sobre el grupo de los más mayores es tan fuerte que muchos acaban escogiendo el ingreso con prioridad sobre otras formas de vida. Esta idea del ingreso ‘*como resignación*’, es bastante frecuente entre las personas mayores sin hijos o con malas relaciones con los hijos.

Aunque la existencia de una enfermedad suele ser el desencadenante de que un anciano opte por vivir en una Residencia, las circunstancias que determinan que ingrese en un centro son más frecuentemente de tipo psicológico (soledad, sentimiento de representar una molestia o “*carga*” para los demás, malas relaciones familiares o miedo a morir abandonado), que de tipo físico (falta de salud) o incluso social (falta de vivienda, de recursos o inexistencia de servicios médicos próximos al domicilio).

6. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2016).

La Depresión, involucra un esquema de visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, a este esquema se lo conoce como tríada cognitiva. La persona que padece

depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí (Beck, A, 1967).

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar; afecta la forma en que una persona come y duerme, afecta a la interacción y desenvolvimiento social, afecta como uno se valora así mismo que un estado pasajero de tristeza; no indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente (Calderón, N. Guillermo, 1996).

En la psicología, la depresión es una enfermedad mental, un trastorno psíquico consiste, en un estado de agotamiento e infelicidad. Las personas que la experimentan se sienten tristes, pierden interés en las actividades y en los eventos diarios, y tienen una sensación de falta de valor.

La depresión es un problema cognitivo, lo cual establece que una razón por la que el individuo es propenso a la depresión, es porque desarrolla estas cogniciones erróneamente, por ejemplo, la experiencia de la pérdida.

Esta pérdida sería considerada un evento estresante desde la perspectiva transaccional del estrés, que se define como una relación particular entre el individuo y el entorno, lo cual es evaluado por el mismo como algo amenazante o desbordante que pone en peligro su bienestar (Beck, A ,1979)

El significado, es la cuestión central en las terapias cognitivas. Los significados hacen que las personas relacionen sus estados de ánimo, personamiento y conductas, dándole sentido a los acontecimientos (los recuerdos, los que se espera de futuro y la concepción de si mismo), de la vida de una persona.

Algo que se debe considerar, es que la depresión puede aparecer sin causa aparente que justifique, incluso en personas sin problemas, presuntamente felices, y bien

ajustadas. En otras ocasiones, se desencadena por un determinado episodio o circunstancias, como la muerte de un ser querido, problemas laborales, divorcio y otros.

De igual manera la depresión afecta a la persona íntegramente, su cuerpo su raciocinio, su libido, auto imagen, valoración y expectativas hacia el futuro, presentándose falta de energía, que predispone muy negativamente frente a los esfuerzos físicos, tales como levantarse de la cama, ducharse, vestirse, desplazarse.

6.1 Manifestación de la depresión

- Puede existir una disminución de la eficacia o rendimiento en sus actividades cotidianas con dificultad para concentrarse.
- La persona con depresión no presenta alteraciones de las funciones cognitivas superiores, aunque lentitud en su pensamiento y la dificultad para fijar la atención pueden aparentar alteraciones de la memoria de las que muchos enfermos se quejan.
- Las personas que padecen depresión pierden su autoestima y seguridad en sus propias capacidades, sintiéndose incapaz de tomar decisiones. Sus pensamientos están dominados por el pesimismo ante el futuro o lleno de cavilaciones sobre actividades realizadas en el pasado y que el sujeto se reprocha haber realizado.
- En el caso de la existencia de los síntomas psicóticos, existe una pérdida del juicio de realidad que de forma característica lleva al enfermo a culpabilizarse sobre errores pasados hasta el punto de sentirse merecedor de un castigo.
- Se puede sentir también inútil e inferior a los demás.
- El enfermo siente una enorme pérdida de energía, experimentando un gran cansancio físico o psicológico que describen como agotamiento. Para estas personas todo supone un esfuerzo excesivo.

- Pierden el interés por el sexo o puede existir una disminución del placer experimentado durante el acto sexual.
- Otras alteraciones de las funciones vegetativas incluyen la pérdida de apetito de forma característica o el aumento de la ingesta sobre la misma en su manifestación atípica. También puede aparecer una pérdida de peso.
- Las alteraciones del sueño son muy frecuentes y casi constantes durante el episodio depresivo. Suele aparecer insomnio que puede ser de conciliación o de mantenimiento. Cuando existen síntomas melancólicos es característico el despertar precoz tras unas horas de sueño sin posibilidad para volver a dormirse. Uno de los síntomas atípicos es, por el contrario, la presencia de hipersomnia o aumento de las horas de sueño. En cualquier caso, el sueño resulta poco reparador para la mayoría de los depresivos.
- Pensamiento recurrente de muerte en los que el sujeto preferiría muerto antes que continuar en el estado depresivo también son frecuente. En un punto de mayor gravedad puede pensar ocasionalmente en el suicidio, por lo que la planificación de un método suicida o su consecución eventual son circunstancias que hay que tener presentes para tomar las medidas preventivas necesarias.
- La apariencia del deprimido puede variar entre el abatimiento y llanto continuos, o bien la agitación psicomotriz. Si se asocia con ansiedad, al menos existirá una cierta inquietud psicomotriz, retorciéndose las manos o arrancándose los cabellos. En caso de melancolía, predominara la inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor de los casos extremos.
- La tolerancia de las molestias físicas se encuentra disminuida, reduciéndose así el umbral del dolor. Por esta razón pueden expresar como insoportables ciertas molestias físicas banales. Así, en algunas depresiones los síntomas psíquicos a un segundo plano (Mercado, H. E, 2015).

6.2 Tipos de depresión

- **Depresión menor (distimia)** los mismos síntomas están presentes de manera más leve y duran por lo menos 2 años. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida y viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad. También pueden sufrir de episodios de depresión grave.
- **Depresión moderada**, puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias, los síntomas se presentan de forma suave y son generalmente episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento pesimista y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. Se presenta a menudo una preocupación de cosas innecesarias; por ejemplo, el rendimiento en el trabajo, se sienten más sensibles y susceptibles, tiene la sensación de producir lastima dentro de las relaciones personales.
- **Depresión Grave**, a veces conocida como depresión unipolar o clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas mencionados abajo por al menos 2 semanas. Con frecuencia los tienen por varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una, dos, o varias veces en el transcurso de la vida de una persona.
- **Maniaco-Depresiva**, o trastorno bipolar, no es tan común como las otras formas de depresión. Se caracteriza por periodos de depresión que alternan con periodos de manía. Durante los episodios de manía, las personas pueden tornarse hiperactivas, eufóricas, e irritables. Pueden malgastar dinero y hasta involucrarse en conductas sexuales inapropiadas. En algunas personas, con los episodios depresivos se alterna una forma más leve de manía, conocida con hipomanías. A diferencia de otros de trastornos afectivos, las mujeres y los hombres tiene la

misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar tienen a tener más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.

6.3 Depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor destaca principalmente por la presencia de tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y síntomas psicósomáticos, es decir, síntomas físicos producidos por procesos emocionales, tales como fatiga crónica o dolor de cabeza.

El origen de un trastorno depresivo se puede originar de tres dimensiones que pueden generar el trastorno, ya sea de manera individual o combinada (Cognifit, 2017).

1-El factor biológico como causa de depresión en mayores

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina).
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer.
- Enfermedad de las glándulas tiroideas y paratiroides

2- Factor psicológico como causa de la depresión en mayores

Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo:

- Disminución de la autoestima

- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como, por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

3- Factor social como causa de depresión en mayores

Es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales estresantes. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc. Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediamente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.

Es importante destacar que envejecimiento no es sinónimo de depresión, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos

pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona.

(Daniel M. Campagne, 2017).

6.4. Síntomas de depresión en el adulto mayor

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. No obstante, durante el transcurso de ésta, el adulto mayor también puede presentar algunos déficits neuropsicológicos. Durante el envejecimiento es normal que el adulto mayor presente ciertos cambios a nivel cerebral, por los cuales se vea reducida su velocidad de procesamiento, así como su capacidad atencional y de memoria. No todas las personas se van a ver afectadas en este sentido, sin embargo, no es extraño que aquellos mayores que padecen depresión presenten también las dificultades neuropsicológicas mencionadas a continuación, para lo cual es aconsejable que el adulto mayor realice actividades de estimulación que refuercen sus capacidades.

- Déficits neuropsicológicos provocados por la depresión en el adulto mayor:
- Dificultades en la memoria episódica (recuerdo de acontecimientos pasados):
- Deterioro en la memoria a corto plazo y memoria verbal, debido a la influencia de pensamientos negativos
- Déficit de memoria de trabajo (capacidad de manipular información mentalmente)
- Dificultad para mantener la atención (atención sostenida), así como para realizar diversas tareas al mismo tiempo (atención dividida)
- Disminución de la velocidad de procesamiento de la información
- Alteración en la función ejecutiva (dificultad en la planificación y toma de decisiones, en la capacidad de solución de problemas y en la flexibilidad cognitiva)

Un estudio reciente confirmó que existen alteraciones neurocognitivas entre pacientes depresivos y controles. Las diferencias más significativas, se observan en habilidades

cognitivas como la inhibición, memoria de trabajo, atención dividida y en general las funciones ejecutivas. El programa de estimulación cognitiva para personas con depresión de CogniFit fue aplicado a dos grupos (depresivos-contróles), durante ocho semanas. Tras este periodo se comprobó la eficacia de este entrenamiento cognitivo personalizado. Se observó una reducción de los síntomas depresivos en el grupo de personas con depresión. Logrando una mejora del control ejecutivo, y permitiendo al paciente crear mejores estrategias para hacer frente a los síntomas depresivos (rumiación y perseverancia).

La falta de concentración propia de la depresión disminuye la capacidad para consolidar nuevos datos, de esta manera el adulto mayor con depresión se muestra más despistado y “olvidadizo”. Éste es el motivo por el que se puede llegar a confundir la pérdida de memoria debida a la depresión (pseudodemencia depresiva) por aquella que corresponde a la demencia, especialmente a la de tipo Alzheimer. Es importante atender a ciertas cuestiones que permiten diferenciar una de la otra:

- La pérdida de memoria debida a la depresión comienza de manera brusca, mientras que la que se presenta en la demencia aparece de manera insidiosa y lenta
- Los adultos mayores con depresión a menudo se encuentran invadidos por pensamientos negativos recurrentes, los cuales les provocan dificultades para prestar atención y, por tanto, para fijar la información. Mientras que, en el comienzo de una demencia, la persona justifica su falta de memoria sin ser consciente del error.
- Durante la depresión los olvidos fluctúan con el estado de ánimo, en el caso de la demencia los olvidos son constantes.
- El adulto mayor con depresión muestra preocupación por sus dificultades de memoria, mientras que el que padece demencia no se percata de éstas.

7. Estado Afectivo

El ser humano en su necesidad de relacionarse con los demás seres, establece distintos vínculos afectivos, que se organizan en formas complejas de intercambio humano, tales como las emociones y sentimientos. Los vínculos afectivos están cargados de tensión, de energía, que movilizan o impulsan la conducta en un sentido u otro.

Se denomina afectividad a todo lo que comprende la esfera afectiva, que constituye el principal engranaje que impulsa toda la vida psicológica de la personalidad. (Betta, 1976, p 181). En cada momento de nuestra vida existe un tono afectivo básico que matiza las ideas, pensamientos, fantasías, etc. (Coderch, 1991, p 48).

El Afecto es un patrón de conductas observables que es la expresión de un estado de sentimientos experimentados subjetivamente (emoción) (D.S.M.-III-R, 1990, p 465). En tanto que humor es el estado de ánimo que impregna y modula las percepciones, representaciones y conducta (Taboada, 1990, p 37)

Se define al Estado afectivo como la manifestación de la esfera afectiva, expresan cómo los objetos y fenómenos de la realidad que el hombre conoce, satisface o no sus necesidades, si le son agradables o no, está integrado por: las emociones, sentimientos y pasiones (Betta, 1976, p 183-192)

7.1 Emociones

Estado que sobreviene de manera súbita y sin esperarlo, produce un cambio en el humor o estado de ánimo, influyendo en el modo en el que percibimos la situación en la que aparecen. Es una conducta o respuesta frente a los diferentes estímulos que nos presenta la vida. Algunas de las emociones son innatas y otras son el resultado de un aprendizaje, es decir, que son adquiridas por procesos complejos de aprendizajes de

una cultura y por la incorporación de vivencias personales, a través de la socialización primaria y secundaria.

Las cuatro emociones Básicas son: Alegría (euforia), tristeza (depresión), miedo (angustia) e ira.

Alegría: Es un estado de ánimo que se produce en la persona cuando cree haber alcanzado una meta deseada. Tal estado propicia paz interior, un enfoque del medio positivo, al mismo tiempo que estimula a conquistar nuevas metas. Es una condición interna de satisfacción.

Diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad.

Tristeza: Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota pesadumbre o melancolía.

Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, entre otros. A menudo nos sentimos tristes cuando nuestras expectativas no se ven cumplidas o cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres.

Pesimismo, desesperanza, desamparo, Pena, soledad,

Miedo: es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza. La máxima expresión del miedo es el terror. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad, incertidumbre, inseguridad.

Ira: es una emoción que se expresa a través del resentimiento o de la irritabilidad. La ira se vuelve el sentimiento predominante en el comportamiento cognitivamente y

fisiológico cuando una persona hace la decisión consciente de tomar acción para detener inmediatamente el comportamiento amenazante de otra fuerza externa. La ira puede tener muchas consecuencias físicas y mentales; la respuesta cerebral puede atacar o huir de una amenaza o daño percibido (Enojo, resentimiento, furia, irritabilidad).

7.2 Sentimientos

Constituyen las vivencias afectivas de mayor jerarquía donde intervienen el intelecto que inhibe y mitiga las relaciones somáticas hasta su desaparición, quedando limitado exclusivamente a las manifestaciones psíquicas. Constituyen estados afectivos estables.

Los sentimientos son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, sino que es producto de una situación progresiva que deja su huella.

No siempre es positivo, también puede ser negativo siendo el más preocupante, ya que pueden hacer aparecer ciertos trastornos en el individuo llamados negativos, que dificultan una relación. Con consecuencias en la estabilidad personal, nos hacen desarrollar comportamientos defensivos.

Son frente a las emociones estados afectivos más elaborados, más duraderos, más profundos, aunque alcanzan menor intensidad, sentimientos interindividuales, sociales e ideales, entre los que destacan: Amor, Odio, Simpatía.

Los sentimientos son reacciones afectivas de poca intensidad y larga duración, es frecuente en los adultos. Existe estabilidad y subjetividad, hay predominio de conciencia y voluntad. El sujeto se da cuenta que odia o que ama a otra persona. El ambiente familiar y la cultura modifican los sentimientos. Los mismos carecen usualmente de las concomitancias somáticas de las emociones y tienen menos

repercusión con la conducta motora y más con el pensamiento, poseyendo un marcado carácter autóctono que las independiza de la regulación voluntaria.

Los sentimientos son adquiridos en el proceso de socialización: amor a nuestra pareja, el odio a nuestros enemigos, el cariño hacia una profesora, el rencor hacia un familiar

7.3 Pasión

Es un estado afectivo altamente intelectualizado que da origen a ideas sobre valorizadas, caracterizado por su gran persistencia que, en ocasiones, llega hacerse permanentes.

Es un estado afectivo muy intenso, una tendencia que se puede tornar exclusiva y predominante de la persona.

Este término, aplica a menudo a un vivo interés o admiración por una propuesta, causa, actividad, etc. Se dice que a una persona le apasiona algo cuando establece una fuerte afinidad o inclinación hacia una persona, objeto o situación (Jonathan Haidt, 2006)

7.4 Estado afectivo en los adultos mayores

Durante la vejez, las relaciones personales y familiares siguen siendo un aspecto fundamental en la vida de las personas. En esta etapa, más que en otras, se suelen acumular pérdidas afectivas. El grupo familiar cercano, suele verse reducido debido a las exigencias de la sociedad actual y la forma en que se organiza el cuidado de los mayores ya no es exclusivo de la familia, sino que tiende a compartirse con otros apoyos más formales.

La estabilidad afectiva con la que llegan las personas a la vejez tampoco es igual en todos los individuos, sino que va a depender de lo que hayamos ido sembrando por el camino, de los hábitos saludables que hayamos tenido, de las relaciones

interpersonales que hayamos mantenido, de la propia sensación de haber disfrutado de la vida.

La vejez no supone un parón en la vida de la persona, sino más bien debe verse como un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece.

Cuando las personas llegan a la adultez de sus vidas, sobre la base seis, una serie de cambios físicos, sociales y emocionales se producen en ellos. El desgaste natural de los años empieza a actuar sobre su cuerpo y sus sentimientos.

Llegar a la tercera edad puede verse afectada por el abandono o el resquebrajamiento de la comunicación familiar. Los lazos afectivos pueden romperse cortando toda interacción con los miembros de la familia, y los sentimientos del adulto mayor verse vulnerados.

Eso puede llevarlos a una profunda depresión, y en consecuencia ver afectada su salud. Empiezan a comportarse como niños, a sentirse incomprendidos, volverse intolerantes a los ruidos, a ciertas comidas, etc. y eso, de una u otra forma termina por aislarlos.

Esta soledad se verá muchas veces reflejada en pensamientos de muerte para no seguir siendo una carga para su entorno, y mucho menos una molestia para los nuevos integrantes de la familia como nueras, yernos, nietos, entre otros.

A ese cuadro se suman problemas de demencia senil, incontinencia urinaria, Alzheimer, mal de Parkinson o arterioesclerosis, que la familia no comprende y lo asumen como una molestia. Dentro de ese contexto, muchos hijos o familias, optan por enviar a sus padres a centros de reposo, asilos o albergues para adultos mayores.

Muchas veces los ancianos son llevados por sus propios hijos como un mal necesario, pues no tienen donde atenderlos, ya sea porque los hijos o viven fuera, en provincias o el extranjero y no hay quien se haga cargo de sus padres. Otras veces, debido a su soltería o viudez, estos ancianos no tienen familia y no les queda otra alternativa.

CAPÍTULO IV: Diseño metodológico

Este capítulo muestra la descripción metodológica, técnicas e instrumentos empleados en la investigación, como también describe la población con la que se trabajó.

4.1 Tipificación de la investigación

La investigación se sitúa en el área de la Psicología clínica ya que la misma se entiende como:

“El campo que dirige el estudio, la evaluación diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal, de los problemas o trastornos psicológicos, conducta anormal; prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental; Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento” (Feldman, R.1998).

La Psicología clínica se encarga de la evaluación y diagnóstico, reúne información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo, estado emocional de las personas, estructura y rasgos de personalidad, valiéndose de diferentes pruebas, técnicas e instrumentos psicológicos existentes para dirigir su estudio, explicando ciertas características comportamentales, de esta manera se realizó el estudio de Calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el “Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”

Al mismo tiempo la investigación corresponde al diseño de estudio de casos, diagnóstico, descriptivo, con enfoque cualitativo y cuantitativo.

El Estudio de Casos consiste en la observación detallada de la conducta de los sujetos de manera individual, los clínicos reconocen que cada caso es diferente debido a las circunstancias particulares que lo rodean y que los casos se pueden volver más complicados debido a los informes verbales de los sujetos “Todas las definiciones vienen a coincidir en que el estudio de casos implica un proceso de indagación que se

caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés” (Rodríguez,1996,p8).

Es una investigación diagnóstica descriptiva ya que se recolectaron datos acerca de la Calidad de Vida del Adulto Mayor a través de la aplicación de una batería de test, y con los resultados se obtuvo un diagnóstico de la calidad de vida de cada uno de los internos, que viven en el “centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”, es también descriptiva porque detalla y caracteriza cada una de las variables investigadas.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis (Hernández, 2010. p76).

El tratamiento de los datos se realizó desde un enfoque cualitativo, porque se describen sucesos complejos en un medio natural con información de tipo cualitativo. Esta investigación suele considerar técnicas cualitativas, todas aquellas distintas a las encuesta y al experimento, es decir entrevistas abiertas, grupos de discusión o técnicas de observación al participante. Se recoge los discursos completos de los sujetos para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significados que se producen en determinada cultura o ideología, tomando en cuenta el número de participantes de la investigación y las características de los objetivos planteados.

Posee un enfoque cuantitativo, porque se aplicaran instrumentos de evaluación que presentan características numéricas identificando porcentajes en las respuestas de cada componente evaluado, considerando su interpretación de forma cualitativa, haciendo un análisis en base a la teoría planteada a través del sustento teórico.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población sobre la cual se respaldó la investigación, estuvo compuesta por los Adultos Mayores que viven en “El Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”; la institución cuenta con nueve varones y once mujeres, de 65 a 100 años de edad.

4.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida específicamente por 10 Adultos Mayores de ambos sexos que viven en “El Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

4.2.2.1 Tipo de Muestreo

El muestreo que se utilizó es el No Probabilístico de tipo Intencional. En la muestra no probabilística, la elección de sujeto depende del criterio del investigador, pueden ser sujetos voluntarios, muestra de expertos (se seleccionan personas expertas en algo), muestra de sujetos tipo o estudios de caso (se estudia a una determinada persona o situación) y muestra por cuotas en las que se cumplen ciertos porcentajes de cada subgrupo de la población.

Este método no es un tipo de muestreo riguroso, dado que no todos los elementos de la población pueden formar parte de la muestra, se trata de seleccionar a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando que la muestra sea representativa, por lo tanto se selecciono de acuerdo al siguiente criterio muestral:

- Adultos Mayores que vivan en el centro más de un mes.
- Adultos Mayores que no presenten demencia.
- Adultos Mayores que no presenten algún tipo de psicopatología.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos

4.3.1 Métodos

Los métodos que se utilizaron son:

Teórico. Permite describir las características que poseen las variables, en base al fundamento teórico existente; la información obtenida en esta investigación sirvió para describir la calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el “El Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

Empírico. Permite revelar la esencia del objeto de estudio, su aporte al proceso de investigación es resultado fundamental de la experiencia a través del procedimiento práctico con el objeto y diversos medios de estudio; en esta investigación, se hizo uso de instrumentos que permitieron la recopilación de información importante.

4.3.2 Técnicas

La técnica que se utilizó en la recolección de datos es la siguiente:

La técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación, fue el de la encuesta, entendida como un proceso “*de recogida de información por medio de preguntas o enunciados escritos impresos y que además se emplea para investigar hechos o fenómenos de forma general y no particular.....utilizando información de una muestra representativa para explorar, describir o explicar las propiedades de la población origen*” (Vivanco, 2005), recurriéndose a la utilización del cuestionario breve de calidad de vida CUBRECAVI y el inventario de depresión de Beck.

-Entrevista no estructurada o abierta. Se trabajó con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo las características de la conversación, permitiendo la espontaneidad; realizando preguntas de acuerdo a las respuestas que vayan surgiendo con el fin de obtener información, historial detallado de la vida del paciente en general y del problema que presenta. Para ello, se requirió la habilidad del

entrevistador para que provoque un ambiente de confianza con el entrevistado, a fin de que hable con libertad de sus, creencias, sentimientos y emociones.

Este tipo de entrevista se utiliza para la autobiografía o la historia de vida sociológica (Taylor y Bogdan 1984).

4.3.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el recojo de información fueron:

Entrevista no estructurada, empleada para obtener información detallada de la historia de vida de los adultos mayores, como también aspectos que son evaluados en la presente investigación.

Guía de Entrevista

A través de la entrevista se indagaron las siguientes áreas:

Datos generales del adulto mayor, conducta manifiesta durante la entrevista, tiempo de institucionalización, historia de vida, aspecto afectivo y social.

4.3.3.1 Cuestionario Breve de Calidad de Vida CUBRECAVI

Elaborado por: Rocío Fernández-Ballesteros y María Dolores Zamarrón Casinillo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (1996).

El Cuestionario Breve de Calidad de Vida” o CUBRECAVI está compuesto por 21 sub-escalas que se agrupan y componen de 9 escalas en total, las mismas se mencionan a continuación:

- 1.- Salud.
- 2.- Integración social.
- 3.- Habilidades funcionales.

- 4.- Actividad y ocio.
- 5.- Calidad ambiental.
- 6.- Satisfacción en la vida.
- 7.- Educación.
- 8.- Ingresos.
- 9.- Servicios.

Está basado en un concepto multidimensional de la calidad de vida y salud propuesto por la OMS, el CUBRECAVI permite realizar una explotación rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas mayores.

El CUBRECAVI incluye dos elementos adicionales de valoración cualitativa, que facilitan la interpretación de los resultados. En primer lugar, el elemento 20 examina la importancia que el sujeto evaluado otorga a cada uno de los distintos componentes de la calidad de vida, permitiendo la identificación de las áreas más relevantes. En segundo lugar, el elemento 21 examina como el propio sujeto valora, subjetiva y globalmente, su calidad de vida.

El contenido y el formato del CUBRECAVI han sido diseñados específicamente para adaptarse a las características de las personas mayores, de modo que el propio sujeto puede contestar el cuestionario en aplicaciones individuales o grupales, aunque en los casos que sea necesario también puede aplicarse mediante una entrevista individual realizada por un profesional.

Su aplicación puede ser aproximadamente de 20 minutos, pero el sujeto puede tomar el tiempo que sea necesario. Está diseñado para personas mayores de 65 años y evalúa la Calidad de Vida en la vejez desde una perspectiva multidimensional. No se presenta una puntuación global del cuestionario, sino puntuaciones parciales de cada escala.

La corrección del CUBRECAVI se realiza por internet mediante *e-perfil*, la plataforma de correcciones de test por internet de TEA ediciones, que permite realizar la corrección con toda facilidad y obtener las puntuaciones y un perfil gráfico individual de forma inmediata.

El baremo normativo está estructurado en percentiles entre 10 y 99, para los autores de CUBRECAVI cuando los puntajes se ubican sobre el percentil 50 reciben una valoración “positiva”, así tanto más alto se ubica mejor apreciación, cuando se ubican por debajo del percentil 50 su valoración es “deficitaria” y, mientras más bajo se ubica el percentil, mayor será el déficit.

PERCENTIL	VALORACIÓN
10-15-20- 30	Nivel Muy Bajo
35-40	Nivel Bajo
50-60	Nivel Medio
70-80	Nivel Alto
90-95-99	Nivel Muy Alto

FIABILIDAD

Para estudiar la fiabilidad de las escalas CUBRECAVI se ha calculado el índice alfa de Cronbach. Dado que algunas escalas cuentan con un solo ítem (Satisfacción con la vida, ingresos y educación) se ha calculado este índice solo en las escalas que contienen 2 o más elementos en concreto: salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y calidad ambiental.

Consistencia interna de las escalas del CUBRECAVI

COMPONENTES	N	ALFA
Salud (5)	919	0,70
Integración social (3)	370	0,31
Actividad y ocio (3)	955	0,74
Habilidades Funcionales (5)	521	0,92
Calidad ambiental(2)	996	0,78

Los números que están entre paréntesis al lado de cada escala corresponden al número total de elementos que dicha escala incluye.

Alfa de Cronbach.

Como se puede apreciar en la tabla, los índices de consistencia interna son moderados (entre 0,92 y 0,70) en todas las escalas a excepción de integración social. La consistencia de integración social es baja (0,31), en este caso se ha comprobado que el índice se eleva hasta 0,71 si se elimina el ítem correspondiente a la frecuencia de las relaciones sociales y se mantienen los dos ítem relativos a la satisfacción con las relaciones (en un caso con familiares y amigos y en otro con la persona con quien conviven). Una posible interpretación puede ser que la satisfacción y la frecuencia de las relaciones sociales no necesariamente son consistentes entre sí, es decir, tener muchas relaciones sociales no implica necesariamente que estas produzcan satisfacción. Esta interpretación está en la línea de estudios previos sobre estos parámetros de las relaciones sociales realizados en distintos países (Antonucci y Fernandez Ballesteros, 2002)

VALIDEZ

La calidad de vida puede ser considerada apriorísticamente como un macro-constructo multidimensional y, por lo tanto, gran parte de los análisis se han realizado mediante procedimientos factoriales con el fin de hallar su estructura interna. En concreto, se ha realizado un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los elementos del CUBRECAVI.

El análisis ha dado lugar a 8 factores que corresponden muy ajustadamente a los componentes de la calidad de vida considerados teóricamente.

4.3.3.2 Inventario de Depresión de Beck

El BDI-II es un auto-informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

- De 0 a 9 puntos: No Depresión
- De 10 a 15 puntos: Depresión Ligera
- De 16 a 24 puntos: Depresión Moderada
- De 25 a 62 puntos: Depresión Grave

4.3.3.3 Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

La técnica de apercepción para edades avanzadas (S.A.T) es una extensión del T.A.T. diseñada para estudiar los problemas de los individuos de edad avanzada, cuyo autor es Leopold Bellak (1916-2002), se trata de una prueba proyectiva, que evalúa los contenidos mentales, sentimientos, mecanismos de defensa, impulsos, intereses y problemas emocionales del adulto mayor.

La aplicación es individual, el tiempo es variable según la cantidad de láminas que se utilicen, pero se sugieren de 20 a 30 minutos.

Es apto para la aplicación a personas de 65 años en adelante. Su ámbito es clínico-investigativo.

El material consta de 16 láminas y el manual, se recomienda la administración de un set de ocho láminas en orden consecutivo, ya que probablemente en una sesión demasiado larga fatigüe o impaciente al adulto mayor.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Como refiere Leopold Bellak (1916-2002), no se pretende fundamentar la validez y confiabilidad de esta técnica en complejas estadísticas, sino en el hecho de que las láminas representan situaciones que se observan con frecuencia en la vida cotidiana y que, en consecuencia, son adecuadas para suscitar respuestas, sentimientos y pensamientos típicos respecto a ellas.

La presente información acerca del SAT se funda en las respuestas de un centenar de personas, entre las que hubo 46 hombres y 54 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 65 a 84 años. Se procuró contar con una muestra socioeconómica representativa. Es dudoso que se haya logrado incluir en forma pareja representante de las clases de, por ejemplo, el índice Hollingshead. Se administró el SAT en distintos medios.

Entre las historias de estas cien personas, la extensión promedio de las palabras fue de 112, con una media de 138 y un modo de 280. El tiempo promedio de administración de diez láminas osciló de 20 a 30 minutos.

Como observación complementaria puede decirse que, al parecer, los ancianos cuentan historias más concretas que los niños o que los adultos de 18 a 65 años, estos últimos en respuestas al CAT y al TAT, representativamente. Esta observación no se funda sino en meras impresiones clínicas, pero coincide con la presunción corriente

de que muchas personas de edad muestran tendencia a restringir su esfera de intereses.

4.4 Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en varias fases o etapas, que fueron las siguientes:

ETAPA 1. Revisión bibliográfica

En esta etapa se realizó la respectiva revisión bibliográfica en todas las fuentes disponibles para desarrollar el marco teórico en el que se sustentó la investigación

ETAPA 2. Selección de instrumentos

Esta fase consistió en la selección y verificación de los instrumentos a aplicar en la investigación, realizando previas pruebas para comprobar que los mismos sean comprensibles (prueba piloto).

ETAPA 3. Selección y contacto con la muestra

Fase I selección de la muestra representativa en base a los criterios establecidos.

Fase II primer contacto con los adultos mayores ya identificados.

ETAPA 4. Aplicación de instrumentos.

Esta etapa, efectuada en cuatro sesiones individuales, en la que se realizó la aplicación de los instrumentos a la muestra representativa seleccionada: los instrumentos se emplearon en el siguiente orden:

- Entrevista
- Cuestionario Breve de Calidad de Vida CUBRECAVI
- Inventario de Depresión de Beck

- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

ETAPA 5. Procedimiento de resultados

Esta etapa consistió en analizar e interpretar los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos, mediante la tabulación y sistematización de los resultados significativos para la investigación.

ETAPA 6. Entrega del informe final.

Esta etapa consistió en la redacción del informe final dando a conocer los resultados que permitieron contribuir e incrementar los conocimientos existentes sobre el tema.

CAPÍTULO 5: Análisis e interpretación de los resultados.

En este capítulo se expone el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos generales específicos.

En la primera, parte se expone de manera individual, caso por caso y en la segunda parte se presenta el análisis e interpretación general de todos los casos, resaltando los aspectos más relevantes e incluyendo el análisis de la respectiva hipótesis.

5.1 Análisis e interpretación individual de los casos

CASO N° 1

DATOS GENERALES

Nombre: C. M

Edad: 87 años

Fecha de nacimiento: 30 de abril de 1931

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 2 meses

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

La señora C.M., se presentó a las entrevistas vestida adecuadamente, el estado de su ropa gastado pero limpio, cuidado regular en su higiene, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación.

Presentó un discurso fue coherente, fluido, buen juicio, velocidad del habla normal, no hace uso de abstracción, ni de metáforas, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, el estado de memoria a corto, largo y mediano plazo conservados, tiene conciencia del entorno, orientación en el tiempo, espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: la señora C. se mostró deprimida, decaída, llorosa, tono de voz bajo, ánimo bajo.

2da sesión, aplicación de instrumento: se la encontró emocionalmente inestable, por momentos mostraba una actitud pasiva y en otros se angustiaba demasiado, terminando en llanto, también se acordaba de cosas lindas que la hacían reír.

3ra sesión, aplicación de instrumento: la señora C; continuó emocionalmente inestable, con los ánimos bajos.

4ta sesión, aplicación de instrumento: la señora C se encuentra un poco más animada, la actividad a realizar con las láminas la hizo sentir activa y motivada.

Cabe hacer notar que, al margen de su estado de ánimo, durante todas las sesiones la señora demostró buena predisposición para colaborar con las actividades que se le solicitaron, mostrándose comunicativa, participativa y dispuesta.

c) Motivo de institucionalización

Debido a la soledad y abandono en el que vivía la señora C, fue institucionalizada por su ex nuera, ya que todos sus hijos viven lejos y su único hijo cercano no velaba por su alimentación, ni bienestar, es evidente que la señora requiere de atención ya que no

puede valerse por sí misma, tiene problemas en sus rodillas que le dificultan el desplazamiento, también padece disminución visual, actualmente el único recurso económico de supervivencia es el bono dignidad.

d) Descripción general de caso

Las señora C.M nació y se crió en la ciudad de potosí, vivió en esa ciudad hasta sus 17 años aproximadamente, no terminó la secundaria por falta de recursos económicos, su ilusión era ser profesora, *“mi mamá no tuvo las posibilidades de hacerme estudiar, ella era cocinera de las casas millonarias”* (trabajadora de hogar) refiere que comenzó a trabajar desde que hizo el último año de secundaria hasta casi sus 85 años, *“he trabajado como burro”*, trabajo siempre en el comercio.

Se casó dos veces, a su primer marido lo conoció cuando tenía 20 años en la ciudad de Uyuni con el que tuvo 5 hijos, *“me jugó sucio y se fue con otra mujer”*; se volvió a casar a los 35 años con una persona que conoció en la ciudad de potosí, tuvo 1 hijo más.

La señora C.M vive en Villazón desde 1970, actualmente no tiene relación con sus hijos, no los ve, *“Mi hijo mayor vive en buenos aires, se llama David, y los otros viven en Italia, mi hija ha muerto, me dejó a mis dos nietos, yo los he criado a esos dos, la una está en La Paz, es abogada...no puede venir a verme y tampoco sabe que estoy aquí (centro de acogida) “me sabia mandar galletas y las cositas que me faltaban”*. Con el único que tenía un poco de cercanía es con su hijo menor que vive en la ciudad de Villazón.

La señora C.M hace mención que la persona que la llevó al centro de acogida para internarla es su yerna Ana, la ex esposa de su hijo Sandro porque la veía muy sola, sin nadie quien que la vea. *“Mi yerna presentó los papeles, yo sabía estar solita en mi casa, yo tengo mi casa propia que me he hecho aquí, sabia estar solita, mi hijo no venía...no traía comida ni para comer, sin comer sabia estar nomas...”*

Estado Socio afectivo-emocional

La señora C.M dice que, desde su ingreso al centro de acogida, la tratan bien, el personal es bueno, la atienden y no le falta de comer, significando una mejora en su calidad de vida, ya no está sola; comparte su habitación con una de las señoras mayores, no ha tenido inconvenientes *“es una señora muy buena, desde que llegué me conocí con ella”*, su compañera de habitación la ayuda en lo que puede.

La señora C.M se encuentra en un estado pasivo, le agrada la institución, pero no lo acepta como su hogar, no intenta integrarse con los demás adultos mayores, normalmente está aislada, contemplando a través de los ventanales que dan a la calle, su apetito disminuyó, se la nota triste, su único deseo es volver a su casa o irse a vivir con algún familiar *“mi nuera me dijo que voy a estar poco tiempo, unos meses nomas, no me contento con estar aquí adentro, no me acostumbro...(llanto) no me acostumbro, que he hecho yo para estar aquí adentro, toda mi vida me he dedicado a trabajar y trabajar, para que... para venir a donde.... Esto es para las flojas, para las que nunca han trabajado, pero yo mi casa trabajando también me he hecho, para mí nadie me lo ha hecho...”*.

El tiempo que permanece en la institución recibe pocas visitas, su ex nuera y su nieta la visitan con poca frecuencia, los hijos, familiares o amigos están totalmente ausentes, la ausencia de apoyo familiar sumada a la imposibilidad de poder vivir en su propia casa, repercute en la condición de la señora C.M, que está atravesando un estado de adaptación al nuevo medio, por lo que se la nota triste, son visibles algunos rasgos de depresión.

5.1.1 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

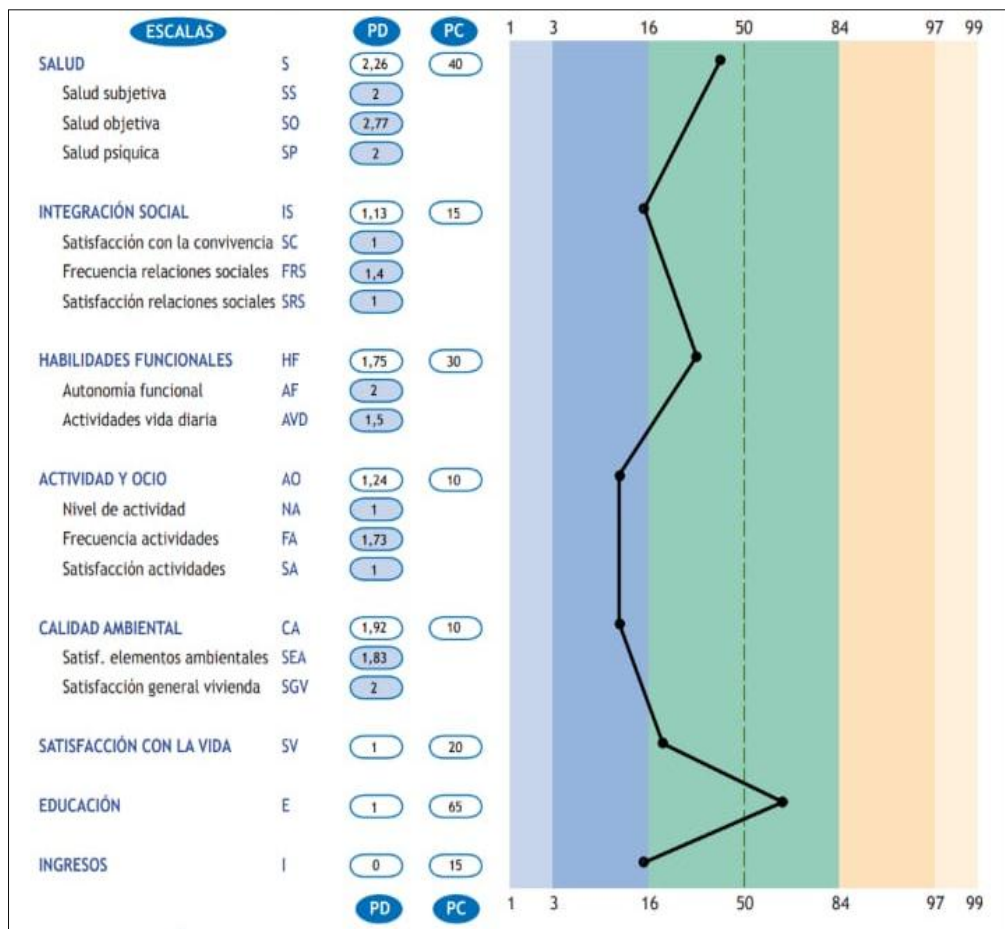
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Grafica N° 1 - Resultado y Perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Integración Social: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo

- Área de Actividad y Ocio: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Satisfacción con la vida: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Como se puede apreciar la señora C.M., de 87 años, en lo concerniente al área de **Integración Social**, está totalmente insatisfecha con sus relaciones sociales, razón por la cual percibe la red de apoyo que la rodea como deficiente, o no posee ninguna red, pues la señora recién fue internada hace dos meses y aún no se siente contenida en la institución, no lo siente su hogar, tal como comenta: “*no me gusta salir de mi cuarto, no quiero*”. Este es un indicador que señala que la señora no está satisfecha con la convivencia en la residencia en la que se encuentra, puesto que, no se relaciona con las otras personas, y esto se incrementa con la falta de visitas y acompañamiento de hijos y familiares.

Al decir, de Herrera (2016: 215) “la pérdida de interacción social, los roles y las tareas definidas socialmente se ven afectadas, y a raíz de esto, el nivel de socialización, autonomía personal, y otros del adulto, tienden a disminuir”.

Por tanto, la teoría, corrobora con la vivencia de la señora C.M., ya que, ha sido separada de su hogar y llevada a un lugar que no conoce, con personas con las cuales no comparte ningún vínculo afectivo-emocional ni sanguíneo, situación que provoca en ella el aislamiento social, por su edad tan avanzada, genera desinterés de crear nuevos lazos afectivos con personas totalmente desconocidas.

En el área de **Habilidades Funcionales**, la señora C. tiene un nivel **Bajo** de independencia, lo que significa que no puede desenvolverse por sí sola, siendo necesario una tercera persona para el desenvolvimiento diario y la realización de las actividades de la vida diaria.

Monroy (2005), señala que un nivel bajo en las habilidades funcionales son la “incapacidad o dificultad en gran medida para poder desarrollar sus actividades cotidianas de manera individual, lo que refiere la necesidad de ayuda para poder llevarlas a cabo de manera independiente”.

La avanzada edad de la señora, es un factor muy importante que impide su autonomía y/o independencia, sus capacidades psicomotrices se encuentran disminuidas. Las fuerzas físicas no son las más óptimas en este momento de su vida, ya que no le permite ser independiente en las actividades que requiere o desee realizar, “*no puedo hacer nada como antes, me cuesta caminar*”.

En el área de **Actividad y Ocio**, así mismo, puede notarse que la señora C. obtuvo un nivel **Muy Bajo**, en relación a la poca o nula realización de actividades de recreación, físicas y cotidianas, aspecto que, “en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad se considera como la omisión falta en la realización de actividades físicas, pero también como la insatisfacción en la realización de las mismas, que en su mayoría pueden ser recreativas y que le ayudan en su desarrollo psicomotriz” (López, 2013).

La dificultad que la señora presenta para movilizarse a raíz de su avanzada edad, y su deteriorada situación física, le impide y/o evita que pueda mantenerse activa, como otros internos del centro, en las diferentes actividades que realizan, “*prefiero estar sentada ,viendo la calle*”; esta frase, permite señalar que mala actitud influye en gran medida sobre este punto, el grado de insatisfacción le impide generar interés para participar en las diversas ocupaciones que debe efectuar en la institución en la que se encuentra.

Por otro lado, la puntuación correspondiente a **Calidad Ambiental**, se encuentra en un nivel **Muy Bajo**, que se interpreta como la insatisfacción de la misma, con todo lo relacionado a los aspectos objetivos de la vivienda que habita, como también los elementos o espacios que involucran o de los que está compuesto el inmueble, lo que le permite tener una visión amplia de la vivienda en general. “El ambiente puede influir en el bienestar físico y emocional de las personas adultas mayores... por los entornos físicos y sociales propicios para envejecer en el lugar... además de la adaptación de los ambientes a las personas adultas” (Andrews & Phillips, 2005).

Para una persona adulta mayor, que ha vivido casi toda su vida en un ambiente (casa) al que ha llegado a conocer y por el cual siente un apego afectivo y/o emocional, al que, por la costumbre, lo llama hogar y con el que ha creado un vínculo, es muy difícil y hasta casi imposible adaptarse y/o acostumbrarse en un nuevo ambiente, que es desconocido y el cual, además, se encuentra lleno de personas desconocidas, “ *no me acostumbro, me quiero ir a mi casa, me quiero ir con mis hijos*”. La señora C.M en la entrevista inicial hizo mención de no poder integrarse a la institución, le agrada la atención, la estructura, pero ella desea volver a su hogar, desde que ingresó se encuentra aislada, su apetito disminuyó y llora bastante.

En lo referente al área de **Satisfacción con la vida**, se ubica en un nivel **Muy Bajo**, dicho resultado refleja que la señora no está satisfecha con su vida actual, puesto que no se acostumbra a lo que concierne a su nueva vida, que incluye el ambiente, las actividades que se realizan y, además, las personas con las cuales debe convivir.

Al respecto Dávila y Díaz (2005) refieren que “la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias”; por lo tanto el hecho de haber sido puesta en un ambiente totalmente desconocido, con un

ritmo de vida y personas de igual manera, desconocidas, con las cuales debe convivir de manera obligatoria y con quienes no comparte ningún vínculo afectivo y emocional, hace que la señora no sienta ninguna satisfacción de estar en ese lugar. *“no me gusta estar aquí, yo no merecía esto”*.

Por último, en el área de **Ingresos**, la señora C. también se ubica en un nivel **Muy Bajo**, sobre este aspecto, se señala que “los ingresos que los adultos mayores perciben, además de la cantidad, calidad y distribución de bienes que tienen a su disposición es importante para ellos, puesto que les hace sentir una cierta independencia” (Ramírez, 2006). La señora señala que el único ingreso económico que ella percibe, es el bono de la Renta Dignidad de 300 bs mensuales que otorga el gobierno a los adultos mayores, y que ni sus hijos ni familiares le colaboran u ofrecen alguna ayuda económica para su subsistencia.

Al tener una edad tan avanzada, no puede acceder a alguna fuente laboral que le permita tener un ingreso económico, para de esta manera poder ser independiente en este aspecto, y manejarse de manera autónoma con sus recursos, lo que implica la subordinación de la misma hacia las autoridades del centro; *“no me alcanza la plata para comprarme mis cosas”*. Considerando que la señora C. trabajó prácticamente toda su vida, y hasta hace poco fue económicamente autosuficiente y capaz de mantener a sus hijos, nietos y de construir su propia casa, esta situación obviamente le afecta grandemente.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón ”

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora C.:

CUADRO N°1
NIVEL DE DEPRESION

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESION
24	Depresión Moderada

Los resultados indican que la señora presenta un nivel de **Depresión Moderada**, que “se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016), lo cual indica que la persona que presente este nivel, sienta desgano, no se sienta motivada. Los síntomas que se presentan, se muestran de forma ligera y son generalmente episodios moderados. Las características más sobresalientes son el humor bajo, la carencia de satisfacción, pensamiento pesimista y energía reducida, que conducen a una disminución del funcionamiento social y ocupacional.

El nivel de depresión que presenta la señora C., indica que la misma se encuentra pasando por un espacio de tiempo indefinido de tristeza ligera, no muy profundo, en el cual no siente la energía o el ánimo de convivir con personas desconocidas, así como convivir en un lugar que es igualmente desconocido para ella, lo cual se refleja en su aislamiento social de todos, como también de las actividades que se realizan, *“quiero irme a mi casa, yo no merezco estar aquí”*.

En el adulto mayor institucionalizado el riesgo de depresión puede ser mayor, porque al encontrarse internado en un centro de bienestar al anciano o asilo, conlleva generalmente condiciones especiales de enfermedad, vulnerabilidad, convivencia, acompañamiento familiar y social, aislamiento y desafortunadamente a veces de maltrato físico y mental; lo cual requiere, procesos de adaptación emocionales y sociales adicionales, que pueden acentuar los sentimientos de tristeza, abandono y soledad (Ramírez y Correa,2015).

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas a cada lámina:

N° de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Una pareja de esposos sentados en el parque, están enojados, uno en una esquina y el otro en la otra esquina, están viendo una pareja joven que les hace recuerdo a su anteaño.	Según la narración, el adulto mayor en su apercepción proyecta un afecto de <i>tristeza</i> , ya que indica la nostalgia por sus años de juventud, lo cual se puede interpretar como duelo por la juventud perdida y sentimiento de añoranza al cuerpo y sexualidad de la juventud.
10	Soledad Tristeza	Está durmiendo, esperando la hora de ir a trabajar, es viejito pero trabaja también, esta medio enfermo, está solo y pensativo por su enfermedad.	La historia relatada hace visible sentimiento de <i>soledad, pobreza y enfermedad</i> . La frase “ <i>esperando la hora de ir a trabajar</i> ” se la puede relacionar con el sentimiento de abandono familiar, el cual obliga a la preocupación de su solvencia económica.
11	Soledad Tristeza	Dos enamorados, esta es la mejor de todas las vidas, el viejito está leyendo un diario,	En el relato de esta lámina se puede percibir sentimientos de <i>tristeza</i> por la pérdida de la juventud, la falta de

		pero viendo a los jóvenes y recordando.	afecto y el recuerdo de las lindas vivencias del pasado, así como también resignación a la realidad.
12	Miedo	La señora está llorando, recordando a sus hijos, pobrecita está recordando sus años pasados, sus hijos no la recuerdan, no le mandan cartas y por eso está llorando.	En la narración de esta lámina se puede identificar la presencia del sentimiento de <i>miedo</i> a la soledad, temor al abandono, expresa desazón debido a la ausencia de los hijos.
13	Tristeza Miedo	La señora está llegando de viaje en avión, de ver a sus familiares, yo también he viajado de Sucre a Cochabamba.	En su narración se puede identificar la falta del apoyo familiar, ya que es evidente el desapego familiar, sus hijos ni su familia la visitan, el deseo de ella visitarlos está latente.
14	Miedo Ira	El viejito está en el baño, no sé que estará sacando, pero va hacer caer todo en su cabeza, uno de viejito hace lo que puede.	Según la narración se puede percibir latente el sentimiento de <i>miedo</i> , con la expresión “ <i>no sé qué estará sacando, pero va hacer caer todo en su cabeza</i> ” hace evidente el temor a la pérdida del control de su cuerpo y capacidades; también está la presencia de <i>ira</i> , con la expresión “ <i>uno de viejito hace lo que puede</i> ” disgusto a determinadas cosas, como el no poder realizar tareas cotidianas sin dificultad.
15	Ira Alegría	¡Están bailando! Una chica con un viejito, están bailando romántico, el viejito está	En su relato se identifica afecto, <i>alegría</i> , manifiesta expresión de júbilo. Ante la actividad que están

		feliz, han bailado muy bien, está contento.	realizando los personajes, Relaciona las generaciones y el momento de bienestar en general, relaciona también su lado romántico como añoranza.
16	Miedo	Esta soñando con sus hijos, preocupada en cómo estarán, que estarán haciendo, no le hablan, no le han escrito. Está pensando en sus hijos, esta triste, triste.	En su narración es evidente el malestar por el abandono familiar, la preocupación y su rol de madre perdura, refleja sentimiento de <i>miedo</i> a la soledad, y angustia por no tener noticias del estado de sus hijos, proyecta su malestar, relaciona el dibujo de la lámina con su vida.

El estado afectivo de la señora C.M, se caracteriza por la presencia de afectos como el *miedo y tristeza*, lo que se puede relacionar con sentimientos de soledad, temor al abandono familiar, añoranza a la juventud perdida, la falta de afecto y apoyo familiar; en la vejez suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición de estos sentimientos negativos.

En la entrevista inicial hizo mención de no poder integrarse a la institución, le agrada la atención, la estructura pero ella desea volver a su hogar, desde que ingreso se encuentra aislado, su apetito disminuyo y llora bastante.

Expresó temor al abandono total de sus hijos, ellos viven fuera del país por lo cual no tiene quien la cuide, la falta de afecto y apoyo familiar se hizo muy evidente, motivo por el cual la señora ingresó al centro de acogida; expresa añoranza por su hogar propio “*yo tengo mi casita, aquí voy a estar solo un tiempo*”, se siente triste por haber llegado a vivir en el centro de acogida y no estar viviendo con algún familiar “*tanto he trabajado, yo no merecía estar aquí adentro*”, así como es su único anhelo

el de volver a su hogar, o ir a vivir con algún familiar, también es su único temor de nunca hacerlo y quedarse institucionalizada por mucho tiempo.

En la aplicación del instrumento de aperccepción sus estados efectivos negativos fueron más evidentes, *“Está soñando con sus hijos, preocupada en cómo estarán, que estarán asiendo, no le hablan, no le han escrito. Está pensando en sus hijos, esta triste, triste.”*(Lamina 16), en su narración es evidente el malestar por el abandono familiar, la preocupación de madre sigue latente, refleja sentimiento de *miedo* a soledad, y angustia por no tener noticias del estado de sus hijos.

El miedo y la tristeza se manifiestan en intranquilidad, desasosiego u llanto, algunos adultos mayores se angustian al saber que van a desaparecer del escenario de la vida y que esta seguirá marcha sin su presencia, que lentamente su imagen que ira borrando de la memoria de sus familiares (Márquez González, 2008)

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos y los datos recabados en la entrevista al adulto Mayor se presenta lo siguiente:

El **nivel de calidad de vida** de la señora C.M, es **muy bajo**, lo que se relaciona directamente con la insatisfacción y malestar en varias áreas de su vida; se deben evaluar varios parámetros para determinarlas, y debido a que varias áreas que la componen están afectadas, como su integración social, actividad y ocio, calidad ambiental, e ingresos que recibe, la percepción negativa que manifiesta afecta de manera significativa su apreciación acerca de su entorno y sus relaciones, la misma genera un deterioro notable en su calidad de vida.

El nivel de depresión que manifiesta la señora C, es **Moderado**, los síntomas que presenta son desgano, falta de motivación, las características más sobresalientes son el mal humor, la carencia de satisfacción, pensamiento pesimista y energía reducida,

que conducen a una disminución del funcionamiento social y ocupación, generalmente representado por episodios moderados.

El estado afectivo de la señora C.M; se caracteriza por la presencia de sentimientos negativos como el *miedo y tristeza*, que se pueden relacionar con temor al abandono, añoranza a la juventud perdida, falta de afecto y de apoyo familiar; en la vejez suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición de dichos sentimientos negativos..

CASO N° 2

DATOS GENERALES

Nombre: R.O.R

Edad: 69 años

Fecha de nacimiento: 6 de octubre de 1948

Sexo: Masculino

Tiempo de institucionalización: 4 años

a) Pruebas aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

El señor R; se presentó a las entrevistas con una vestimenta adecuada, ropa en buen estado, cuidado en su higiene, no manifestó movimientos involuntarios, ni agitación, se expresó con fluidez, velocidad del habla normal, contenido coherente, presenta buen juicio y capacidad de insight.

No presenta delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, no hace uso de abstracción, ni de metáforas, buen estado de memoria, conciencia del entorno, orientación en el tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: el señor R. expuso una conducta asertiva, se mostró colaborador, lo que permitió que se estableciera el rapport necesario con facilidad durante la entrevista; se sintió muy contento al contar su historia.

2da sesión, aplicación de instrumento: el señor R se mostró participativo y con interés en la prueba que se le iba a aplicar.

3ra sesión, aplicación de instrumento: se expresó y desarrolló la prueba con más confianza y seguridad.

4ta sesión, aplicación de instrumento: su comportamiento en las diferentes sesiones fue educado, respetuoso y demostró una actitud positiva. La actividad se desarrolló sin ningún tipo de dificultad.

c) Motivo de institucionalización

Atravesando una embolia a causa del alcoholismo que padecía, sin tener quien lo cuide, el señor R. fue internado en el centro de acogida, por la intersección de un amigo doctor, que conocía su condición de vida; él no cuenta con apoyo familiar, ni tenía la ayuda necesaria para superar su adicción, ni su enfermedad ya que se encontraba en situación de calle.

d) Descripción general del caso

El señor R. fue el tercer hijo de trece hermanos, nació y se crió en un pueblo denominado Palcachocaya, departamento de Potosí, sus padres ya fallecidos también fueron de origen potosino, la mayoría de sus hermanos fallecieron, otros se fueron a Argentina y hace años no sabe nada de ellos.

De su niñez recuerda que iba al campo por un fruto llamado achacana, y describe que toda su vida ha sido, una persona tranquila, y juguetona *“siempre he sido un hombre atrevido tranquilo, sinvergüenza y juguetón”*.

El señor R vivió muchos años en la ciudad de la paz, donde desarrolló su formación académica y trabajo; a los 16 años egresó de la Escuela Industrial, tiene la profesión de profesor técnico, cumpliendo los 21 años se fue a vivir a la ciudad de Villazón, donde fue el fundador de la Sección Técnica Industrial del Colegio 9 de Abril.

Se casó de una forma inesperada los 22 años con Etelvina Zubieta que tenía 16 años, con la cual conformó una familia y tuvo dos hijos.

“Un día a las 6 de la mañana me ido a misa de oración. y hay al padrecito Gainza le he dicho... padre quiero que nos case por religión porque, por el diablo ya me he casado... así es que sin padrinos sin nada terminado la misa, así como bautizan a las wuawitas, así nos han casado, sin padrinos, sin nada, sin fiestas, sin nada...”

Años después de su casamiento y con su hogar conformado, se fue a La Paz a seguir preparándose académicamente, cuando volvió se encontró con la desilusión de que su esposa vendió su casa y se fue a la Argentina sin ningún tipo de aviso, conoce que actualmente viven en Buenos Aires, su hija es empresaria y su hijo sacerdote, hace años no tiene ningún tipo de contacto con ellos.

El señor R comenta que trabajó hasta unos años antes de ingresar al centro de acogida, era independiente, se encontraba bien hasta que decidió probar nuevas cosas, como la mala vida, se volvió alcohólico, una etapa de su vida a la cual dice no querer volver, pero piensa que fue bueno probar y que en ese momento no tenía preocupaciones; el alcoholismo y el no tener familia que lo apoye, fue su motivo de ingreso al centro.

Estado socio afectivo-emocional

El señor R ingresó al centro con un nivel de calidad de vida muy bajo, concretamente en estado de calle, sin recursos económicos, atravesando una embolia que lo tenía paralizado y abandono familiar; el señor R dice que, desde su ingreso, la atención y cuidados que le brindaron le hicieron sentir como ser humano, ese amor hizo que se esforzara y saliera de adelante.

El señor R expresa sentirse en el paraíso, porque no le falta nada, no tiene preocupaciones, su alegría es leer y su único miedo es la muerte, se siente bien, cómodo y tranquilo, el único problema que tiene está relacionado con la interacción con algunos de los adultos mayores con quienes comparte el hogar, porque hacen críticas negativas, y no valoran lo que tienen en el centro. Pero a pesar de ello se preocupa por la salud y bienestar de ellos.

El señor R no tiene ningún deseo en especial hacia el futuro, se siente satisfecho con la vida que lleva y lo que posee actualmente, no tiene relación con los hijos y tampoco espera tenerla, siente haber cumplido como padre.

5.1.2 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

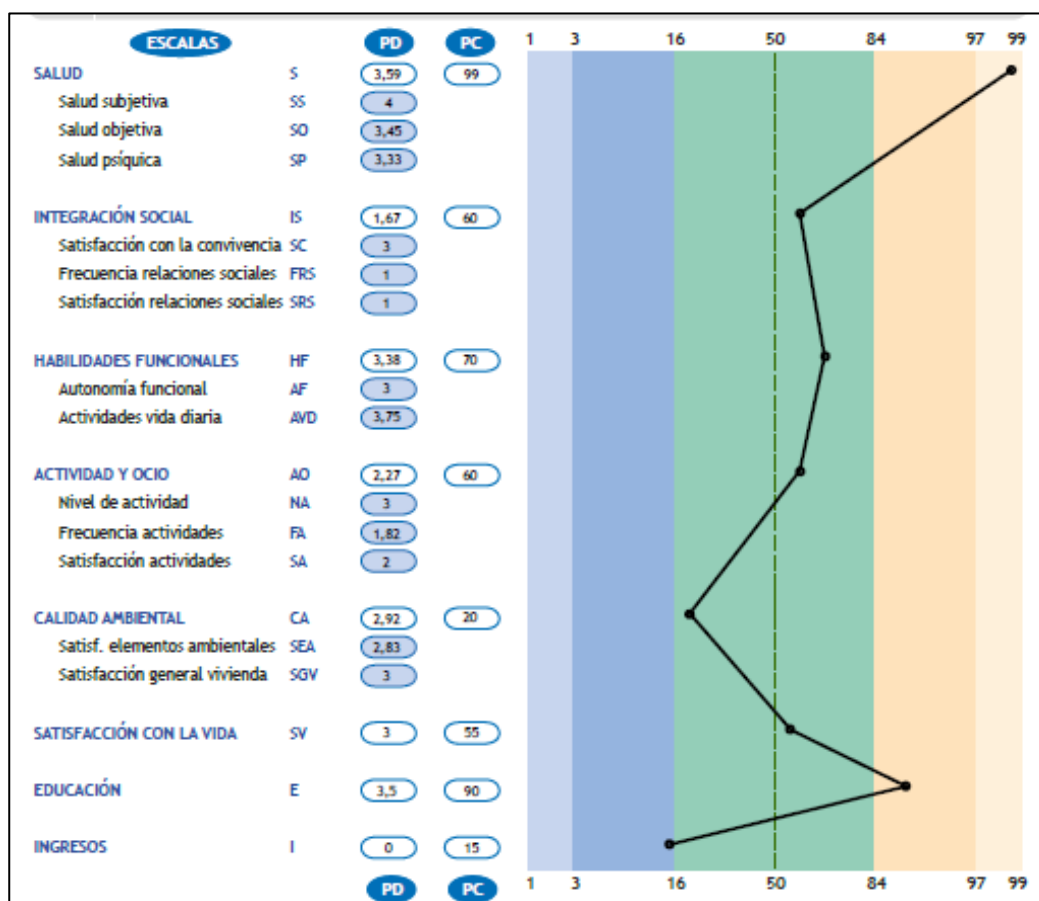
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Grafico N°2 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Salud: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 70, correspondiente a Nivel Alto
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

En el gráfico N°2, se puede observar los resultados revelados, en lo concerniente a **Salud**. El señor R. se encuentra en un nivel **Muy Alto**, el que corresponde a: “un estado de equilibrio psíquico, físico y mental, que exige de la realización de

actividades físicas y mentales en forma cotidiana, para tener mayores probabilidades de gozar de buena vida y mantener ese equilibrio” (ABC, Definición, 2016), y en cuanto a todo aquello que involucra a este aspecto, implica que este individuo, goza de una salud óptima, en los aspectos subjetivos, objetivos y psíquicos.

Estos resultados manifiestan que el señor R. en relación a la salud, siente satisfacción y plenitud, no presenta ninguna enfermedad física, posee un estado de ánimo favorable, además de una actitud positiva frente al hecho de estar en un lugar desconocido, con personas y actividades ajenas al ritmo y estilo de vida al que se encontraba acostumbrado “*me siento bien, no me duele nada*”.

En relación a las **Habilidades Funcionales**, se sitúa en un **Nivel Alto** con respecto a esta particularidad, que es “la capacidad de cada persona en diversas áreas de funcionamiento, que favorecen y al mismo tiempo, evitan la pérdida de la autonomía, que luego se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social muy grande” (GOMEZ J., 2015), lo que exterioriza que el señor R. no posee ninguna dificultad para desenvolverse por sí mismo en las diferentes actividades que se requieren, tanto en relación a su persona como en la interacción con otros internos; además, desarrolla sus actividades cotidianas por sí mismo, sin requerir de ayuda, por ejemplo; el solo realiza su aseo personal puede ducharse y vestirse.

El poseer un alto nivel en el área de salud (física y/o psíquica), permite que este tenga el ánimo suficientemente alto para ver con optimismo el día a día, lo cual se refleja en su actitud positiva frente a las actividades que realiza, ya sea de forma libre y espontánea, como las obligatorias “*yo puedo hacer cualquier cosa, me gusta colaborar y ayudar a los abuelitos que necesitan*”. Este aspecto influye para que el individuo se muestre autónomo y/o independiente, y realice sus actividades de manera independiente.

Así mismo, se puede notar que el señor R; en cuanto a la **Calidad Ambiental** se ubica en un nivel **Muy Bajo**, manifestando que se encuentra insatisfecho en el lugar en el que se encuentra viviendo, ya sea por los elementos ambientales que lo rodean, como ser los accesorios existentes o no, en el centro, lo cual influye en gran medida en la satisfacción que tiene con el ambiente en general. Ya que “el contexto ambiental, tanto físico-construido como social, explica en mayor medida la esperanza de vida, la longevidad y la propensión a desarrollar patologías relacionadas con la edad (Alzheimer, cáncer, etc.)” (Fetter, 2012).

Para una persona adulta, resulta complicado llegar a vivir en un lugar comunitario, en el cual debe compartir la mayoría o todos los ambientes y accesorios del mismo, ya que no puede hacer uso de los mismos, de acuerdo a su voluntad, las veces y momentos que desee. Dándose por esta razón una cierta interdependencia con los otros adultos mayores acogidos en el centro, *“es bastante frío, no tenemos lugares recreativos, nuestro pequeño gimnasio está cerrado y se llevaron algunas máquinas”* También puede tratarse de que le sea dificultoso adecuarse al ambiente de la institución, percibiendo a la misma como no de su agrado, a la cual por obvias razones no está acostumbrado, y que tardará un determinado tiempo en adaptarse, si es que lo hace, ya que el señor R antes de ser ingresado estuvo viviendo en situación de calle o sea en total libertad.

Con el punto concerniente al área de **Educación**, se encuentra en un nivel **Muy Alto** en relación a la educación, ya que es un “derecho que no debe ser sometido a ningún límite de edad y para el adulto mayor este derecho tiene una significación especial, pues representa una oportunidad de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades” (García T. 2007).

Para un adulto institucionalizado, es algo favorable haber recibido algún grado de instrucción y/o formación, ya que permitirá su adaptación, desenvolvimiento y relacionamiento en el nuevo lugar. El señor R; es una persona formada como profesor

en el área técnica industrial, se desarrolló laboralmente en diferentes escuelas secundarias, según refiere es algo que le apasiona; actualmente encuentra satisfacción en la lectura *“me gusta mucho leer, novelas, periódicos, libros, de todo; también me gustaba dar clases”*.

Por último, en el área de **Ingresos**, el individuo obtuvo un percentil de **15**, lo que hace referencia a que la “seguridad económica en la vejez, que es el procreo del adulto mayor, de su seguridad económica, que implica el bienestar físico y material del mismo, además de una independencia material” (Guzmán, 2006), el percentil indica que éste posee o se encuentra en un nivel **Muy Bajo**, puesto que el mismo sólo percibe el bono de la Renta Dignidad otorgado por el gobierno de forma mensual, no recibe ayuda económica de ningún familiar *“sólo me dan mi bono de 300 bs, nada más”*.

El hecho de estar institucionalizado, en cierto grado y/o medida, coarta o impide al adulto mayor para realizar algún trabajo, físico y/o intelectual liviano, que le permita generar recursos económicos, que no sólo benefician a la sostenibilidad y autonomía económica personal, sino también al mantenimiento físico-motor e intelectual de cada adulto.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión del señor R.:

CUADRO N°2
NIVEL DE DEPRESION

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESION
11	Depresión ligera

El cuadro N°2 revela el grado de depresión por el cual el señor R. se encuentra, situándolo en un nivel de **Depresión Ligera**, lo que se comprende como “un esquema de visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro... La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí” (Beck, 1967), por lo que los síntomas de depresión de este grado, están presentes, pero de manera leve, lo que significa que dichos síntomas se presentan de forma esporádica en ciertos momentos de la vida, y que se caracterizan por momentos de tristeza, días en los que falta el ánimo, no siente entusiasmo por la vida o también pérdida del apetito en ciertas ocasiones.

De acuerdo a la situación en la que se encuentra el señor R., posiblemente existen momentos en los cuales sienta tristeza, puesto que más allá de la predisposición que tenga para estar en el centro, siente al parecer el abandono, lo cual –aparentemente- le produce una cierta falta de ánimo para realizar las actividades personales como colectivas, lo que puede reflejarse también en la falta de apetito, “*algunas veces, no tengo ganas de hacer nada, ni levantarme de mi cama*”.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

N° de Lamina	Variable A Medir	Relato	Interpretación
9	Tristeza Alegría	La pareja viendo y envidiando, a la otra pareja, como cuando eran jóvenes, se querían mucho	Según el relato se proyecta un afecto de <i>tristeza</i> , ya que indica la añoranza por el cuerpo y la sexualidad de la juventud, envidia por la pérdida de la fantasía y enamoramiento que no experimenta actualmente.
10	Soledad Tristeza	Un hombre, enfermo, sin nadie, completamente amargado, sin tener con quien hablar, la edad ya lo ha perjudicado.	Según la narración del adulto mayor su percepción proyecta un afecto de <i>soledad</i> , manifestando “ <i>sin tener con quien hablar</i> ”, la preocupación de atravesar una enfermedad en total abandono familiar, sin apoyo y desamor de sus seres queridos. Expresa la angustia de su aislamiento y no tener comunicación con sus seres queridos.
11	Soledad Tristeza	Un viejo curioso, en vez de leer esta chusmeando lo que se están besando	El relato hace visible el sentimiento de <i>soledad</i> , la falta de afecto, expresa envidia hacia a la juventud perdida, sentimiento de resignación frente a la realidad, añoranza al cuerpo y sexualidad de la juventud.

12	Miedo	Una foto de su marido y ella cuando eran jóvenes, ahora está llorando porque no tiene ninguna esperanza, cuando era joven tenía dos hijos que le hacían renegar, trabajar... ahora esta solita	En la narración de esta lámina se puede identificar la presencia del sentimiento de <i>miedo</i> , sentimiento agobiante al desamparo, temor al abandono, desesperanza, expresa añoranza y angustia debido a la ausencia de los hijos.
13	Tristeza Miedo	En el alto la paz, llego en el avión una mujer para ver si consigue marido, y hay un hombre que la ve y dice que linda mujer.	En su relato se identifica sentimiento de ansiedad, <i>miedo</i> hacia la soledad, expresa la falta de amor. La necesidad de compañía.
14	Miedo Ira	Está en el baño arreglando, preparándose para bañarse el abuelito.	En el relato de esta lámina expresa su independencia, y su hábito de higiene personal,
15	Ira Alegría	Alegres están viendo como bailan, un viejito con una jovencita, y un joven, con una viejita...los que ven critican como mi nieto no va estar con alguien de su edad.	En su narración es evidente el sentimiento de <i>alegría</i> , a reacción de la felicidad y placer que les causa bailar a las personas mayores, aunque también es existente un sentimiento de desaprobación por la diferencia de edades, como también sentimientos eróticos
16	Miedo	Se durmió cansada, después de haber trabajado haciendo los quehaceres del hogar, y sueña en que si encontrara algún día un hombre que la ame.	Según la narración, el adulto mayor proyecta un afecto de <i>miedo</i> a la soledad, expresa la falta de amor y temor a no encontrar alguien que le dé el afecto que necesita, haciendo clara su necesidad social.

En la entrevista el señor R. destacó que su ingreso fue por consumo de sustancias, parálisis (embolia), abandono familiar y soledad. La familia cumple un papel fundamental para el bienestar del adulto mayor; la ausencia o escasez de relación con sus seres queridos, tanto en calidad como la frecuencia, puede representar un motivo de frustración en esta etapa *“no espero verlos, ni que vengan, yo he cumplido como padre”*.

El señor R. hace muchos años no tiene relación con sus hijos, tampoco tiene contacto con familiares, lo cual lo puso en una situación de soledad extrema que lo indujo al alcoholismo, ante su situación de desamparo ingresó al centro de acogida, en el cual vive armónica y alegremente *“para mí esto es el paraíso, estoy en el cielo”*, refiere a que nunca vivió con tanta paz y sin obligaciones, sin embargo, no están ausentes los sentimientos negativos como la angustia por abandono de su familia, el refirió no esperar nada de ellos, pero aún así, la falta de amor y necesidad de apoyo de sus seres queridos está latente, al igual que el miedo de no tener o conseguir el afecto que necesita.

En las interpretaciones de las láminas, también fue evidente su estado de afecto *“Un hombre, enfermo, sin nadie, completamente amargado, sin tener con quien hablar, la edad ya lo ha perjudicado”* (lamina 10), la narración proyecta un afecto de soledad, le preocupación de atravesar una enfermedad nuevamente en total abandono familiar, sin apoyo y desamor de sus seres queridos. Expresa la angustia de su aislamiento y no tener comunicación con sus seres queridos.

El empobrecimiento progresivo de los refuerzos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, el deterioro en las funciones de los órganos de los sentidos, las funciones intelectuales, etc., desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en el anciano, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social.

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos y los datos recabados en la entrevista, el adulto Mayor presenta:

El **nivel de calidad de vida** del señor R es **Medio**, lo que expresa el bienestar promedio que requiere para una vida confortable, determinada por una serie de indicadores favorecedores a la misma como el área de Salud, Habilidades Funcionales y Educación; otros no favorecedores como la Calidad Ambiental e Ingresos.

Los resultados indican que se encuentra con un nivel de **Depresión Ligera**, lo cual puede afectar al ánimo, a la manera de pensar, a la forma de auto valorarse, haciendo evidente episodios de tristeza y decaimiento.

En relación al estado afectivo del señor R, se caracteriza por sentimientos de *miedo* y *soledad*, los cuales se relacionan con sensaciones de abandono, desamparo, desesperanza, angustia, sosteniendo al adulto mayor en una aflicción constante.

CASO N° 3

DATOS GENERALES

Nombre: M. J. B

Edad: 74 años

Fecha de nacimiento: 16 de agosto 1944

Sexo: Masculino

Tiempo de institucionalización: 3 años

a) Pruebas aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida

- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

El señor M, se presentó a las entrevistas bien vestido, ropa gastada pero limpia, demuestra cuidado en su higiene, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, se expresó con fluidez, pero se dificultó la comunicación porque el señor es de origen quechua, posee buen estado de memoria a corto y mediano plazo, cierta dificultad para la memoria de largo plazo, conciencia del entorno, orientación en el tiempo, espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: el señor M.J al inicio se lo notó algo tímido, respetuoso y atento a la consigna, se pudo establecer rapport con facilidad y llevar a cabo la entrevista sin ningún tipo de dificultad.

2da sesión, aplicación de instrumentos: se lo percibió más suelto, con más confianza, con predisposición a trabajar, se llevó a cabo la aplicación del instrumento sin dificultad

3ra sesión, aplicación de instrumentos: el señor M.J se mostró como siempre activo, predispuesto a colaborar, estuvo atento en toda la aplicación, no perdió el interés.

4ta sesión, aplicación de instrumentos: demuestra interés, posee escucha activa, actitud positiva, no se hubo ningún tipo de dificultad para su evaluación.

c) Motivo de institucionalización

El señor M. ingresó al centro de acogida por un cuadro crítico de salud, que le imposibilitó que trabajara y se sustentara por sí solo, se encontraba en estado de calle, no contaba con la ayuda de ningún familiar, actualmente no tiene quien vele por él, no tiene vivienda y su único ingreso económico no es más que el bono dignidad.

d) Descripción general del caso

Nació y se crió en Carachipampa, pueblo del departamento de Potosí; solo fueron dos hijos, él y su hermano fallecido, no conoció a su madre; se crió solo con el padre, trabajó desde niño, cuidando vacas y ovejas, solo curso unos años de la escuela primaria, se casó con una señora del pueblo con la que tuvo 5 hijos, que se criaron y educaron en el mismo pueblo.

El señor M. vivió en Carachipampa hasta casi sus 60 años, en una oportunidad por motivo de trabajo se fue a Vitichi por dos meses, cuando volvió a Carachipampa, recibió la noticia que sus hijos y su esposa vendieron todas sus pertenencias, tierras y animales, a los vecinos y familiares de su esposa, desde ese momento no sabe, ni vio más a su familia.

Desde ese momento no tiene relación con sus hijos, y sus hijos tampoco tienen interés por él, *“la licenciada, cuando me dejaron aquí, fue a Potosí, a avisar a mis hijos que estoy en el centro de acogida, mis hijos, que me importa le habían dicho, que me importa, donde será, donde está y ha traído mis documentos, me ha mostrado, aunque sea que se muera que me importa le habían dicho, no quieren verme”*; solo sabe que sus hijas ya están casadas, viven en Cochabamba y otras en Potosí, no conoce a sus nietos; nunca lo visitaron en el centro de acogida, dice no verlos hace más de 30 años, calcula que su hija mayor ya cobra su bono dignidad.

Está viviendo en la ciudad de Villazón hace 15 años, trabajó varios años en la ciudad fronteriza Argentina de la Quiaca y no se casó nuevamente ni tuvo más hijos.

El señor M. antes de que ingrese al centro de acogida, andaba deambulando solo, sin ayuda por la ciudad de Villazón, enfermo, con una infección molar que le afectó casi todo el rostro y parte del cráneo, exponiendo una inflamación enorme y demasiado

visible, lo cual le impedía comer, hablar y poder trabajar... unos jóvenes viajantes lo llevaron al centro de acogida para que lo pudieran ayudar.

Estado socio afectivo-emocional

El señor M. Ingresó al centro de acogida con un estado de salud crítico, abandono familiar y sin solvencia económica.

El señor M. dice que desde su ingreso recibió atención médica, antes no podía caminar, caminaba con bastón, viajó varias veces a la ciudad de Potosí para que lo curen.

Desde su ingreso dice que no tuvo problemas para integrarse, se acostumbró rápido, nunca se sintió triste por haber ingresado al centro, se siente bien, contento, su estado de salud mejoró considerablemente, le gusta estar activo, le gusta ayudar en la cocina y en todo lo que pueda ayudar, siente que cuando ayuda a los demás, Dios lo ayuda a él, *“cada vez estoy más guapo”*.

Con los demás adultos mayores se relaciona bien, los ayuda y evita todo momento de pelea, dice que cuando quieren pelear que es mejor evadir, hacerse al sordo y no responder a nada de lo que digan, *“no me gusta renegar”*.

No tiene deseos de irse del centro de acogida, dice que no tiene donde ir, y no quiere ir con sus hijos, se siente cómodo, tranquilo y feliz en el centro.

5.1.3 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

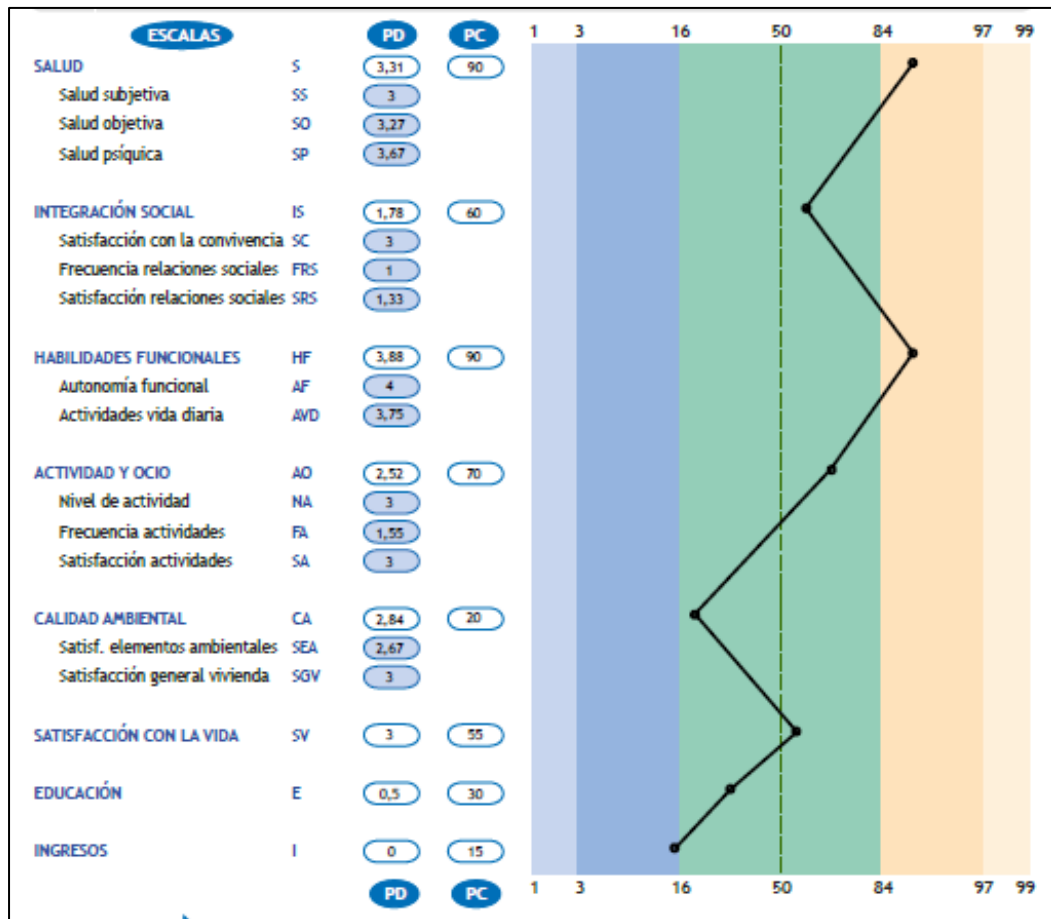
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Gráfico N° 3 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Salud: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Actividad y Ocio: Percentil 70, correspondiente a Nivel Alto
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo

➤ Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

De acuerdo a los resultados, se puede notar que en lo que respecta a la **Salud** el señor M. se encuentra en un nivel **Muy Alto**, entendiendo que un estado de salud “es una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio, y se considera al proceso salud enfermedad como una unidad dialéctica donde la lucha de contrarios y la solución de las contradicciones produce el desarrollo humano y de la sociedad”(Medicina General Integral, 2015), y que se interpreta como la ausencia de afecciones, no le afecta nada, goza de buena salud, tanto subjetiva, como objetiva y además psíquica.

La salud es un elemento muy importante en el desarrollo psicomotriz de cada individuo, más aún en la tercera edad, lo cual permite alcanzar la plenitud de la vida, y que, además alcanzar objetivos deseados para la autorrealización en los diferentes ámbitos personales de cada individuo. Para el señor M. el gozar de completa y/o buena salud, es importante, ya que esto le permite realizar diferentes actividades que son de su agrado y poder estar activo, tanto física como mentalmente (*yo estoy bien, sano, no me duele nada*).

Por otro lado, en cuanto al área de **Habilidades Funcionales**, un nivel **Muy Alto**, no es otra cosa, que la “funcionalidad del adulto mayor, que alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía” (Aponte C., 2016), expresada en la capacidad del señor M. para realizar diferentes actividades de manera independiente, como su aseo personal, por ejemplo; le gusta estar activo, llevando a cabo actividades que lo tienen dinámico, participando de las diferentes actividades cotidianas del centro en el que vive.

Es de suma importancia que una persona adulta mayor, se mantenga activa de manera física y psíquica, ya que dicha actividad le permitirá un funcionamiento correcto, óptimo de su organismo, evitando así el deterioro físico y psíquico del mismo “*yo puedo hacer varios trabajos, me gusta ayudar*”. La satisfacción con la vida, que se manifiesta como un “estado de construcción de una determinada armonía entre mente y cuerpo, además de un relativo equilibrio, como una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio” (Losada, 2004)) que permiten a la persona, tener cierta estabilidad con respecto a su calidad de vida, y que dan paso a ascender a un nivel superior, que beneficie al individuo.

Así mismo, en el área de **Actividad y Ocio**, el señor M. se encuentra en un nivel **Alto**, que indica que “el ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social, puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad” (Meléndez M., 2016), y se interpreta como la alta frecuencia en actividad motora e intelectual, en la realización de diversas actividades dentro del centro, las cuales tienen como objetivo central, ayudar con lo que se requiera en el centro de acogida, en las posibilidades y/o capacidades que posee, para sentirse bien consigo mismo, pero también, ayudando a otros con las actividades que no logran realizar por sí mismos.

Esta área está muy relacionada con la anterior, puesto que el estar en constante actividad, le permite al señor M. ser un individuo dinámico, que logra una óptima funcionalidad física y psíquica de su organismo, demostrando solidaridad a las personas con las cuales convive. Siendo este aspecto muy importante, ya que el ejercicio (actividad física, mental o psíquica) en esta etapa de vida, es vital, para evitar el deterioro fisiológico del organismo, que pueda atentar contra el estado

afectivo y emocional de las personas “*me gusta participar de todas las cosas que hacen aquí*”.

Por otro lado, se puede observar que en el área de **Calidad Ambiental** el señor M. se encuentra en un nivel **Muy Bajo**, que hace referencia a las “necesidades y demandas de servicios, equipamientos e infraestructuras destinados a los millones de adultos mayores vulnerables (pobreza, desatención, soledad, violencia)” (Sánchez-González, 2007), lo que refleja cierta insatisfacción por el lugar en el que se encuentra viviendo, ya sea por los elementos ambientales como por la relación con sus compañeros, lo que va a provocar la insatisfacción con la vivienda en general.

En el área de **Educación**, se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que señala que “es necesario un proceso de educación en la tercera edad, que permita el bienestar del anciano como un ser biopsicosocial, contrarrestando posibles representaciones pesimistas de sí, dirigido además a lograr una autoestima positiva, propiciar el autodesarrollo, la autovaloración adecuada, entre otras” (Araneda. J., 2017), lo que expresa que se trata de una persona sin preparación académica, apenas pudo realizar los cursos básicos de primaria, que le permitieron aprender lo básico para poder leer y escribir, solo sabe lo básico, pues su nivel de instrucción es mínimo.

La educación es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, pero en los siglos pasados, era un privilegio al cual la mayoría no podían acceder. En la actualidad, por esta razón, muchos adultos mayores han sido estafados por sus propios hijos, despojándoles de todos sus bienes (materiales y económicos) y dejándoles en la calle, en situación de abandono, por carecer de esta área tan importante en el desarrollo humano “*en el campo no había escuelas, no sé leer ni escribir bien*”.

Finalizando el análisis y en lo que corresponde al área de **Ingresos** el señor M. se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que es “la capacidad de cada adulto mayor, de disponer

y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (Guzmán, 2003), lo que puede interpretarse, como la dependencia de éste a recibir el bono de la Renta Dignidad de 300bs mensuales entregado por el gobierno nacional, sin recibir ningún otro ingreso económico, ni de familiares, ni conocidos *“yo solo recibo la platita que me dan los del gobierno”*.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión del señor M.:

CUADRO N°3
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
14	Depresión Ligera

Se puede observar en el cuadro, que el señor M. presenta un nivel de **Depresión Ligera**, que es “una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar; afecta la forma en que una persona come y duerme, afecta a la interacción y desenvolvimiento social, afecta cómo uno se valora así mismo, es un estado pasajero de tristeza; no indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente” (Calderón y Guillermo, 1996); los síntomas de depresión leve no son tan agresivos como para transformar su actividad diaria, pero de cierta manera se ve afectado por sentimientos de tristeza,

con desánimo, alteraciones del sueño y apetito, ganas de llorar, cambios bruscos de humor, pérdida de ilusiones, pesimismo, negatividad, el adulto mayor pasa por momentos esporádicos de desazón “*hay días que estoy pensativo, medio triste, pero poquito*”. La depresión se puntualiza como “una enfermedad que afecta al organismo, al ánimo, y a la manera de pensar; afecta a la forma en que una persona se valora a sí mismo y a la forma en que uno piensa, es algo más que un estado de ánimo decaído, no es una tristeza normal” (Coderch, 1991), por lo cual el individuo, debe tratar de superar esos momentos de tristeza, y así, no caer en niveles más bajos o inferiores.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

Nº de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Un abuelito y abuelita están sentados, están hablando de cómo están, tiene 65 a 60 años, están mirando a los jóvenes, están mirando tranquilos.	Se presenta el sentimiento de compañerismo y sexualidad, además del deseo de compañía, de interrelacionarse con otros, puede ser familiares o bien otros adultos mayores, también que refleja el afecto de <i>tristeza</i> , por la añoranza por sus años de juventud.
10	Soledad Tristeza	Este abuelito está un poco	Expresa <i>tristeza</i> por la falta de compañía, abandono familiar, se

		triste, de pena, está enfermo con dolor de cabeza, piensa que podría hacer, será que me curo, que me puedo recuperar.	puede observar una clara identificación, “ <i>enfermo de dolor de cabeza</i> ” haciendo referencia así mismo, reflejo la <i>soledad</i> , preocupación y desamparo que padeció en su enfermedad, momento de más necesidad del apoyo, expresa <i>solidaridad</i> .
11	Soledad Tristeza	Un abuelito que está leyendo un libro, una abuelita con su hijita están contentas, riendo, del auto está bajando otra abuelita	Indica <i>soledad</i> , enfocando al abuelo como el único aislado sin comunicación, no relaciona los personajes, aclara la felicidad de los otros, haciendo evidente la falta de afecto y el deseo de compañía que él requiere, “ <i>está bajando otra abuelita</i> ” se puede considerar como sentimiento de pertenencia.
12	Miedo	En la foto hay un abuelito y una abuelita con su hijita, la otra abuelita está llorando por sus hijos desaparecidos.	Refleja el <i>miedo</i> por la pérdida familiar, Expresión de temor a la muerte y pérdida de sus seres queridos, la ausencia de afecto, se identifica claramente el problema de relacionamiento que tiene con sus hijos, “ <i>hijos desaparecidos</i> ” sentimiento de desesperanza.
13	Tristeza Miedo	Están viajando marido y mujer, en avión, en avión rapidito viajan, pero es carito.	Al hacer mención de un matrimonio, se identifica la <i>tristeza</i> por la pérdida o ausencia del ser amado, anhelo de

			vivencias pasadas, miedo al abandono. Preocupación por problemas económicos.
14	Miedo Ira	Este abuelito está parado, Esta en el baño, cansado, guardando alguna cosita.	Expresa el <i>miedo</i> a la pérdida de control del cuerpo, capacidades y su independencia “ <i>cansado</i> ” padecimiento de alguna enfermedad, dolencias por la edad.
15	Ira Alegría	Los abuelitos están viendo, a los otros que están abrazaditos, están bailando...entre ellos están hablando y escuchando.	Manifestación del deseo reprimido, la falta de afecto y la añoranza de su pasado, lo que le genera <i>ira</i> , envidia el no poder vivenciar esas experiencias nuevamente, ausencia de relación familiar.
16	Miedo	No sé qué estará sonando, yo a veces sueño con mi familia y trabajando.	Indican claramente la identificación con el personaje y añoranza a la familia, además de sentimiento de <i>miedo</i> a pérdida de independencia y autonomía personal, el poder desenvolverse como lo hace actualmente.

El estado afectivo del señor M, se caracteriza por la presencia de afectos como *tristeza y miedo*, que se relacionan con el sentimiento de angustia, duelo por la pérdida de su juventud, falta de apoyo familiar, temor al abandono total, miedo a la pérdida de propiedades.

En la entrevista inicial, el señor M, hizo mención de haber ingresado a la institución con un cuadro grave de salud y en pleno abandono familiar, dice no haber tenido ningún tipo de inconveniente con su integración, se adaptó con facilidad, y se encuentra feliz de estar en la institución.

Presenta aparente estabilidad emocional, pero con la aplicación del instrumento de apercpción se logró identificar sentimientos de miedo *“En la foto hay un abuelito y una abuelita con su hijita, la otra abuelita está llorando por sus hijos desaparecido”* (lamina 12), refleja el temor por la pérdida familiar. Expresión de temor a la muerte y pérdida de sus seres queridos, la ausencia de afecto, se identifica claramente el problema de relacionamiento que tiene con su hijos, “hijos desaparecidos” sentimiento de desesperanza.

El apoyo familiar, es muy importante para el adulto mayor, la falta o ausencia generan sentimientos negativos como los que presenta el señor M. La tristeza es latente por la ausencia de sus hijos, él sabe que sus hijos no quieren saber de él y no les importa su paradero ni bienestar *“la licenciada fue a buscarlos a potosí y ellos le dijeron que no quieren saber nada de mí, trajo fotos de prueba”*.

El señor M, a pesar de mostrarse cómodo, a gusto en su nuevo hogar, refleja sentimientos de miedo, miedo al tener que afrontar el mundo solo como lo hizo antes de llegar al centro de acogida, como también temor al rechazo directo de sus familiares. *“no quiero irme, estoy bien aquí, además no tengo donde ir”*, se encuentra desmotivado, e insensible ante el significado de familia.

La pérdida afectiva y la necesidad de afecto se hicieron evidentes en la interpretación de las gráficas que se le mostró. Asiendo evidentes sus emociones.

“La experiencia de la pérdida en cada momento dentro del ciclo vital presenta características propias, cada situación tiene su carga dramática y en cada caso hay variables diferentes que pueden complicar el duelo. Al llegar a una edad avanzada

puede influir considerablemente en el modo en que las personas se enfrentan al dolor por la pérdida de un ser querido, la pérdida de un objeto, sentimientos, situaciones, desgaste físico y enfermedades; son ideas totalmente negativas para las personas mayores” (Tobal, 2015).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El **nivel de calidad de vida** del adulto mayor es nivel **Medio**, lo que se puede interpretar como una vida estable, equilibrando aspectos positivos como el tener una muy buena Salud, desarrollo en las Habilidades Funcionales; con aspectos negativos que incluyen en la vida diaria como un nivel muy Bajo en Calidad Ambiental, Educación e Ingresos; dando resultado una vida estable.

El adulto Mayor se encuentra con un nivel Ligero de Depresión, por el cual puede padecer episodios de angustia, decaimiento y desmotivación en su diario vivir.

El estado afectivo del señor M, se caracteriza por la presencia de afectos como *tristeza y miedo*, que se relacionan con sentimientos de angustia, duelo por la pérdida de su juventud, falta de apoyo familiar, temor al abandono, miedo a la precariedad económica y no poder cubrir sus necesidades.

CASO N° 4

DATOS GENERALES

Nombre: M.D. L.M. P.

Edad: 70 años

Fecha de nacimiento: 24 de febrero de 1948

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 10 años

a) Pruebas aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

La señora M se presentó a las entrevistas vestida adecuadamente, cuidado en su higiene, se preocupa por su apariencia y coquetería femenina, no manifestó movimientos involuntarios, ni agitación, se expresó con fluidez, coherente a su discurso, presenta buen juicio.

Velocidad del habla normal, vocabulario amplio, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, no hace uso de abstracción, ni de metáforas, buen estado de memoria, orientación en el tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: la señora se presentó algo ansiosa, inquieta, hablaba rápido, respondía de forma espontánea, se logra establecer rapport, y llevar a cabo la entrevista

2da sesión, aplicación de instrumento: se presentó pasiva, con ganas de participar, atenta a las consignas.

3ra sesión, aplicación de instrumento: se presenta con ganas de trabajar, participa activamente.

4ta sesión, aplicación de instrumento: se muestra algo distraída, costó un poco su concentración en la actividad, misma que se logró llevar a cabo.

c) Motivo de institucionalización

La señora M fue internada por su propia hija, por no poder darle el espacio y la atención que necesita, debido a no contar con casa propia, por su trabajo y problemas matrimoniales, los cuales no quiere que afecten a la madre; la hija la visita y la saca del centro de acogida todos los fines de semana.

d) Descripción general del caso

La señora M, Nació en Potosí, pero se crio en Sucre, estudió hasta el segundo de secundaria, nunca se casó, pero tuvo una hija en su adolescencia, el padre de su hija falleció por problemas con el alcohol, dedicó su vida a atender a su familia y a la crianza de su hija.

La señora M, la mayor parte de su vida fue ama de casa, se dedicó a su hogar, a trabajar en los quehaceres de la casa donde vivía con sus hermanos, ella no trabajaba para ganar dinero en otros lugares o áreas, porque sus hermanos la solventaban económicamente, incluyendo cuando nació su única hija, sus hermanos fueron partícipes de la crianza y educación.

Vivió en la ciudad de Sucre hasta sus 60 años, no se acuerda bien pero ya era una señora de edad cuando fue a vivir a la ciudad de Villazón por su única hija, que es lo más preciado que posee, está esperando que su hija se jubile para que se puedan ir a Sucre o La Paz donde se encuentran sus nietos, no recibe visitas de sus familiares porque ninguno sabe que ella vive en el centro de acogida, no vive en la casa de su hija porque ella vive en alquiler en un lugar pequeño y no la puede cuidar. Pero todos los viernes la va a sacarla de centro para llevarla a su casa y pasan el fin de semana juntas.

Estado socio afectivo-emocional

La señora M dice que su ingreso fue voluntario, porque no podía vivir con la hija por los problemas matrimoniales que tiene, no quería presenciar los malos acontecimientos, ni renegar.

Los primeros años que estuvo internada en el centro dice que lloraba demasiado, le costó mucho acostumbrarse, ahora se siente más cómoda, le gusta la atención del personal, dice que todos son muy buenos, pero no logra integrarse con los demás adultos mayores, dice que son maleducados, y atrevidos, la hacen renegar mucho.

Dice que prefiere estar sola, no hablar con los abuelos, su única preocupación es su hija, espera con ansias que su hija se jubile para que así se puedan ir a vivir a Sucre.

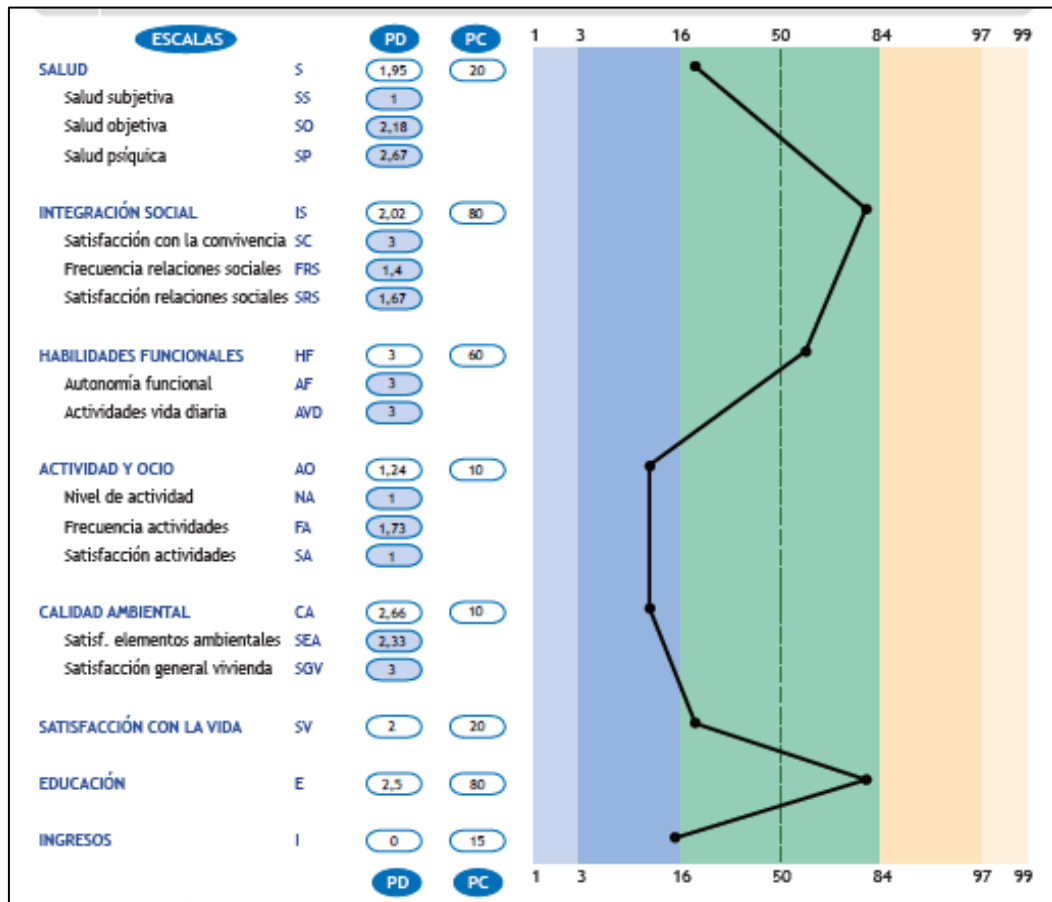
5.1.4. Análisis e interpretación individual de los instrumentos

1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:
“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Grafico N° 4 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Salud: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Integración Social: Percentil 80, correspondiente a Nivel Alto
- Área de Actividad y Ocio: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Satisfacción con la vida: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 80, correspondiente a Nivel Alto

Los resultados del cuadro, indican que el nivel de **Salud** de la señora M, está en un nivel **Muy Bajo**, que “se expresa correctamente cuando el hombre vive

comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones” (Ferrara, 2016), le perturba bastante en su diario vivir, siendo el área más afectada la de la salud subjetiva, lo que representa un cierto grado de insatisfacción que manifiesta respecto a su estado de salud.

La salud es uno de los elementos más importante en el desarrollo humano de cada individuo, y por lo tanto debe velarse por su equilibrio. Si se produce algún tipo de inestabilidad en esta área, puede desencadenar en trastornos fisiológicos, afectivos y emocionales (*soy delicada, rapidito me enfermo, de cualquier cosa*). Siendo la salud subjetiva la más afectada, se interpreta esta situación, como la incapacidad de la señora por ser objetiva en cuanto al auto percepción de sí misma.

Así mismo, y en cuanto al área de **Integración Social**, encuentra en un **Nivel Alto**, que “consiste en constituir un todo, completar un todo con las partes que faltaban o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo. Denota un sentido de pertenencia al todo o a una parte y desarrolla un sentido de identidad” (Meléndez, 2014) que se traduce en la satisfacción de la señora M. con respecto a la relación y convivencia con las personas cercanas, siendo ella, alguien jovial que le gusta bailar y conversar “*evito charlar con algunos abuelos, con las enfermeras me gusta hablar, pero con la que mas charlo y espero con ansias es a mi hija y mi nieto*”, y una de las pocas internas que goza de visitas y salidas de la institución los fines de semana, eso le permite frecuentar seguido a su única hija y nieto, actividad que disfruta y la estabiliza emocionalmente.

Con respecto al área de **Actividad y Ocio**, la señora se ubica en un nivel **Muy Bajo**, se “muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se propician las condiciones para desenvolverse en un entorno

rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros” (Sáez Narro, 2013), puesto que, al parecer, la única actividad que realiza es el baile, pero no le gusta realizar ninguna de las actividades diarias dentro del centro, y por esa razón se mantiene pasiva, solo le gusta ver novelas en la televisión.

A la edad de una persona adulta mayor, es necesario que estén en constante movimiento, puesto que las actividades físicas o psíquicas que realicen, van a impedir la atrofia de huesos y músculos, además del deterioro en la funcionalidad del organismo y las facultades mentales *“bailamos cuando festejamos el cumpleaños de algún abuelo, después no hay mucho que hacer, hacemos un poco de ejercicio pero más me gusta ver mis novelas en mi cuarto”*.

Con relación a la **Calidad Ambiental**, se sitúa en un nivel **Muy Bajo** con respecto a este punto, que indica que “el ambiente o entorno físico-material, en el que se albergue a una persona adulta, debe ser acogedor y hogareño, para ayudar al proceso de aceptación y adaptación” (Bedmar Moreno, 2014), lo cual se interpreta como la insatisfacción de la misma por vivir en el lugar en el que se encuentra, a pesar de que ya son diez los años que vive en el centro de acogida, razón por la cual, no logra acostumbrarse, puesto que afirma que dicho inmueble es un lugar muy frío.

La señora M al ser una de las más antiguas, años anteriores estuvo en el antiguo establecimiento, que era más pequeño, no tenían tantas comodidades como las que tienen actualmente, pero aun así ella no se siente cómoda ni feliz, le gusta el inmueble, pero no quiere pertenecer a él por siempre *“no quiero morir aquí, solo espero que mi hija se jubile para que no vayamos con mi familia”*

Una persona tiene un vínculo afectivo a lo que ya conoce y lo siente como parte de ella. Al ser sacados de ese lugar y llevado a otro lugar, genera en ellos un shock que, dependiendo de la persona, irá desapareciendo de acuerdo a la asimilación y

adaptación al nuevo lugar *“esta no es mi casa, algunos dicen es mi casa, pero no para mí, no es mi casa”* que a muchos les cuesta o que, hasta el final de sus días, no pueden superar.

La **Satisfacción con la vida** es otro elemento importante y en el cual obtuvo un nivel **Muy Bajo**, que es “la aceptación y el conocimiento de las capacidades de cada persona sobre su ser y su entorno, además de sus potencialidades y los éxitos que a través de la vida ha conseguido” (Segovia Díaz, 2012), además se revela su insatisfacción con algunas circunstancias que está atravesando, como el no vivir en la casa de su hija, por los problemas que tiene ella, teniendo por este motivo que estar separada de ella y la familia que vive en Sucre, lo que no le permite disfrutar su estadía en el centro.

La soledad es un elemento muy importante para el inicio de cuadros depresivos que pueden llevar a la muerte de un adulto mayor, y puesto que la filiación con determinadas personas (familia), con las cuales se comparte un vínculo muy íntimo *“ellos no son mi familia, yo tengo que irme con mis hermanos, mi hija y mis nietos*, es muy importante, se debe tomar nota y estar pendiente de los diferentes estados de ánimo del adulto mayor, que revelan su satisfacción por la vida que están llevando o los conflictos emocionales que están atravesando, que se manifiesta como un “estado de construcción de una determinada armonía entre mente y cuerpo, además de un relativo equilibrio, como una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio” (IMSERSO, 2004) que permiten a la persona, tener cierta estabilidad con respecto a su calidad de vida, y que dan paso a ascender a un nivel superior, que beneficie al individuo.

Así mismo y en lo que corresponde al área de **Educación**, la señora M. se sitúa en un nivel **Alto**, refiriendo que esta área es “la capacidad de cada ser humano de trabajar sus potencialidades al máximo, trabajando no sólo el intelecto, sino también la capacidad motora (trabajos manuales) que es otra dimensión de la educación”

(Aleixandre Rico, 2017), la misma logró estudiar hasta culminar el nivel secundario en la ciudad de Sucre, por lo cual ella está capacitada para poder leer y escribir muy bien, gustando de la lectura de libros de la biblioteca del centro de acogida.

El grado de instrucción, le permitirá a cualquier persona de cualquier edad, evitar ser engañada y/o estafada, con documentos o dinero, por cualquier persona *“Sé leer, fui a la escuela, podría haber estudiado mas, pero no supe aprovechar, podría haber sido profesora como mi hija”* Además, la lectura de libros permitirá y mantendrá el funcionamiento del cerebro, impidiendo que se produzca alguna demencia o atrofia, manteniéndola lúcida y coherente, en cuanto a fechas y hechos históricos o más.

Por último, el área de **Ingresos**, está en un nivel **Muy Bajo**, lo que indica “la capacidad de la persona por crear espacios o materiales o productos, que puedan ser intercambiados, lo que también va a crear una cierta independencia económica” (Sáez Narro, 2016), además representa, que su único ingreso como adulto mayor, es la recepción del bono dignidad de 300bs mensuales que entrega el gobierno, pero acota que su hija le compra ropa y algún gusto de vez en cuando.

Puesto que, por la situación de adulto mayor institucionalizado, muy difícilmente podrán generar ingresos económicos de magnitud *“nos pagan 300bs, nos descuentan para pagar aquí y compro algunas cosas”* existiendo la necesidad de crear espacios en los que se sientan útiles y su presencia sea provechosa.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora M.:

CUADRO N°4
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
23	Depresión Moderada

De acuerdo a los resultados, se observa que la señora M. presenta un nivel de **Depresión Moderada**, caracterizado por “una disminución de la eficacia o rendimiento en sus actividades cotidianas con dificultad para concentrarse, no presenta alteraciones de las funciones cognoscitivas superiores, aunque lentitud en su pensamiento y la dificultad para fijar la atención pueden aparentar alteraciones de la memoria” (Mercado, 2015), lo que señala la existencia de cierto nivel de depresión que no es negativo ni dañino para la persona, siendo de menor intensidad y gravedad que la depresión grave. Es un tipo de depresión que no interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.

La depresión se puntualiza como “una enfermedad que afecta al organismo, al ánimo, ya la manera de pensar; afecta a la forma en que una persona se valora a sí mismo y a la forma en que uno piensa, es algo más que un estado de ánimo decaído, no es una tristeza normal” (Jean Delumeau, 1978), por lo cual el individuo, debe tratar de superar esos momentos de tristeza, y así, no caer en niveles más bajos o inferiores.

Las personas con depresión moderada pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida, sus síntomas normalmente son la pérdida o aumento de apetito, insomnio, falta de energía, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones “*a veces no puedo dormir por pensar en mi hija, mi familia, me siento cansada*”. Todos estos síntomas pueden afectar de manera grave a una persona adulta mayor, si no es atendida de manera oportuna y correcta por profesionales, pudiendo ocasionarle la muerte. Toda esta situación puede ser causada por el sentimiento de abandono que sienten los adultos mayores, al ser dejados por sus

familiares en estos lugares, que son desconocidos por ellos y en el cual deben iniciar una nueva etapa que no es vivida de la mejor manera.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

N° de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Están sentados en una plaza, una pareja de abuelitos y la pareja de enamorados se están por besar.	Expresa sentimiento de añoranza a la expresión de sexualidad y el deseo de experimentar emociones. Tristeza por la pérdida de la juventud.
10	Soledad Tristeza	Una abuelita está en la cama enferma, está sola y triste sin que le vean.	Proyecta la <i>soledad</i> , sentimiento de abandono y desamparo, preocupación por enfermedades, y la falta de afecto.
11	Soledad Tristeza	Un abuelito está sentado solo, está leyendo un diario, pero también mira a los jóvenes enamorados en la calle.	Sentimiento de <i>soledad</i> , reflejada en la necesidad de afecto y falta de relacionamiento con la familia. Deseos reprimidos de compañía.

12	Miedo	Una abuelita está llorando, porque está sola, y su marido murió.	Miedo a la soledad, desesperanza a la vida “ <i>marido murió</i> ”, sentimiento de temor a la separación o abandono de sus familiares.
13	Tristeza Miedo	Una abuelita llega de viaje en avión, nadie la fue a esperar y por eso hay un joven que le está ayudando, esta triste.	<i>Miedo</i> a la desorientación temor a la pérdida o extravió y de sí misma, Sentimiento de falta de afecto, ausencia familiar.
14	Miedo Ira	Un abuelito en el baño que trata de acomodar su medicamento, está cansado.	Miedo a las enfermedades, y pérdida de independencia Representación de la molestia por la pérdida de autonomía física.
15	Ira Alegría	Es una fiesta familiar, están bailando nietos con abuelos, los otros dos abuelos miran felices como bailan.	Sentimientos de satisfacción o alegría, por la dinámica familiar, añora sus bailes de juventud y la compañía de una pareja.
16	Miedo	Esta soñando que está en la casa de su hija, con sus nietos, ya no está sola en su sueño, está feliz.	Temor a la soledad, y la falta de afecto provoca sentimiento de Nostalgia de cuando vivía en su hogar, necesidad de momentos familiares,

El estado afectivo del adulto mayor se caracteriza por la presencia de afectos como *miedo y tristeza*, siendo presente sentimientos como añoranza, duelo por la juventud perdida, temores aislamiento voluntario, preocupación excesiva, temor a la falta de apoyo.

En las narraciones de la señora M. se pudo identificar tristeza, la presencia de sentimiento de añoranza a la juventud, se hace relación a la entrevista en la que hizo mención de su gozo de las buenas vivencias, pero apenada de no haber aprovechado su juventud y las posibilidades que tenía “*podría haber estudiado, sería profesional y no estaría aquí adentro*”, auto culpándose de su condición; la señora es una de las pocas que tiene visitas, uno de sus mayores temores es que su hija no vaya a buscarla los días viernes como lo hace normalmente, lo cual la hace ponerse ansiosa y muestra preocupación excesiva “*me tiene que avisar si no viene, por ahí le paso algo, yo como voy a saber estando aquí adentro*”, padece miedo al abandono, a la separación con su única hija.

La familia de la señora M no sabe que ella se encuentra en el centro de acogida, al que ingresó por voluntad propia, por temor y miedo de ser alejada de su hija, “*no vivo con ella porque tiene problemas con su marido, yo no estoy para ver esas cosas, pero ella viene a buscarme los viernes*”, opto por el ingreso para estar cerca de su hija. Siente tristeza en su aislamiento voluntario, pues procura no relacionarse con los otros adultos mayores, “*No se puede hablar con ellos, prefiero estar solita*”.

El miedo en la vejez está también relacionado con la fragilidad, el sentirse vulnerables y perder la propia autonomía tan valorada en la sociedad contemporánea. El aislamiento y la soledad se convierten en amenazas que pueden despertar el temor de los mayores, la pérdida de pares es una escena temida en tanto la muerte se percibe como posible. El cambio de estatus social o la falta de reconocimiento pueden también derivar en una muerte social (Thomas, 1991).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El nivel de **calidad de vida** del adulto mayor **es Bajo**, se puede relacionar con el malestar o insatisfacción en varias áreas de su vida, como el no tener una buena salud, Calidad Ambiental, sentirse insatisfecho con la vida que lleva y los ingresos que percibe, contra restando con áreas positivas que procuran equilibrar como el tener un nivel muy alto en el área de Integración Social y Educación.

El señor M, presenta un nivel de **depresión Moderado**, lo cual puede disminuir la eficacia o rendimiento de las actividades cotidianas, episodios de decaimientos, desgano continuos.

El estado afectivo de la señora se caracteriza por afectos como *miedo y tristeza*, siendo presente sentimientos como añoranza, duelo por la juventud pérdida, temores, aislamiento voluntario, preocupación excesiva, temor a la enfermedad ya la falta de apoyo familiar.

CASO N° 5

DATOS GENERALES. -

Nombre: V. U. M.

Edad: 69 años

Fecha de nacimiento: 13 de julio de 1949

Sexo: Masculino

Tiempo de institucionalización: 2 años

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck

- Test de apercepción para edades avanzadas SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

El señor se presentó a la entrevista con una vestimenta adecuada, limpia, cuida su higiene, se expresó con fluidez, vocabulario amplio, no hace uso de abstracción, ni de metáforas, discurso coherente, presenta buen juicio y capacidad de insight.

No presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, buen estado de memoria conciencia del entorno, orientación en el tiempo y espacio, la persona no presenta trastornos viso-espaciales, perceptuales o apraxias.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: se lo noto algo tenso, algo desconfiado, costó poder establecer rapport, pero se logró llevar a cabo la entrevista.

2da sesión, aplicación de instrumento: se mostró más pasivo, atento a las indicaciones de la evaluación

3ra sesión, aplicación de instrumento: mostró una conducta más activa y participativa, se llevó a cabo la evaluación sin dificultad.

4ta sesión, aplicación de instrumento: al inicio se mostro poco colaborativo, en el transcurso de la evaluación fue enfocando su atención y poniendo interés, le gusto la actividad.

c) Motivo de institucionalización

El señor V. fue ingresado al centro de acogida por problemas con el alcohol, no tiene familiares que velen por él; no tiene comunicación con su único hijo, no tenía a nadie que lo pueda haber ayudado, por esa razón una muy buena amiga de él lo interno en el centro de acogida.

d) Descripción general del caso

El señor V Nació en la ciudad de Tarija el 13 de julio de 1949, vivió en la ciudad hasta los 8 años, se fue a vivir a la ciudad de Villazón, estudio la primaria y secundaria en la Quiaca Argentina, no concluyó sus estudios secundarios.

Los padres del señor V no se casaron, convivieron muy poco tiempo, y solo tuvieron dos hijos, él y su hermano, sus padres fallecieron hace muchos años y a su hermano no lo ve hace más de 40 años, pero sabe que vive en el chapare.

Muy joven se fue a trabajar a la ciudad de Buenos Aires, durante muchos años viajó bastante, estuvo en Abaroa frontera con Chile trabajando en migraciones, en Porto Velo Brasil, recorrió mucho, pero donde más vivió fue en Buenos Aires, 25 años, y extendió raíces en esa ciudad.

Se casó en Buenos Aires, y se divorció al tiempo, la hija falleció antes de cumplir el año y por la separación con su esposa, se distanció del hijo, ya que él viajaba y volvió a Bolivia, ya son más de 28 años que no tiene contacto directo con su único hijo, no conoce a sus nietos, solo sabe que son 5 por medio de otras personas.

“No lo veo 28 años más o menos, desde que tenía 17 años, y ahora tiene 45 nació el 8 de julio de 1973... no conozco a mis nietos, solo sé que son 5 ... él no sabe que estoy aquí en el centro, nadie sabe que estoy aquí.... Ningún familiar... y no quiero que sepan tampoco...”

El señor V se encuentra más de dos años en el centro de acogida, lo hizo ingresar una amiga de él, porque en su momento se volvió alcohólico, la mala vida lo estaba destruyendo como persona, ningún familiar sabe de los acontecimientos que vivió, y tampoco quiere que sepan, se encuentra bien con su situación actual y no espera nada más en un futuro.

“en el hogar estoy dos años y dos meses, a mí me trajo doña Natalia...una amiga mía... me trajo porque vio que estaba un poco mal...bebía mucho.... Tomaba mucho, como era jugador de fútbol, jugaba aquí en Villazón, después en Buenos Aires también, jugué para el Ocla, Milenio de la construcción, en la selección también jugaba...”

Actualmente, está totalmente rehabilitado, sale con autorización del centro de acogida para hacer compras o pasear, en el centro es uno de los mayores colaboradores, ayuda a los demás abuelitos y vela por su bienestar.

Aspecto afectivo y social.

El señor V dice que cuando ingreso al centro de acogida se sentía algo incómodo, extrañaba la calle, le costó acostumbrarse, porque estaba acostumbrado a estar solo, a trabajar, hacer sus cosas solo, a vivir solo.

Dice que procura llevarse bien con todos los adultos mayores que viven en el centro de acogida, hace mención de que hay que saberlos tratar porque no todos están en la misma condición.

Está conforme con la atención del personal y con el centro en general, dice que tienen todo y no les falta nada, lo que si les gustaría que agreguen más personal para que puedan salir a pasear más seguido.

Algunas veces se pone triste con algunas fechas específicas, como los carnavales, dice que le gusta ir a ver, y otros acontecimientos de los cuales no puede ser partícipe. Se siente tranquilo, evita renegar con los demás.

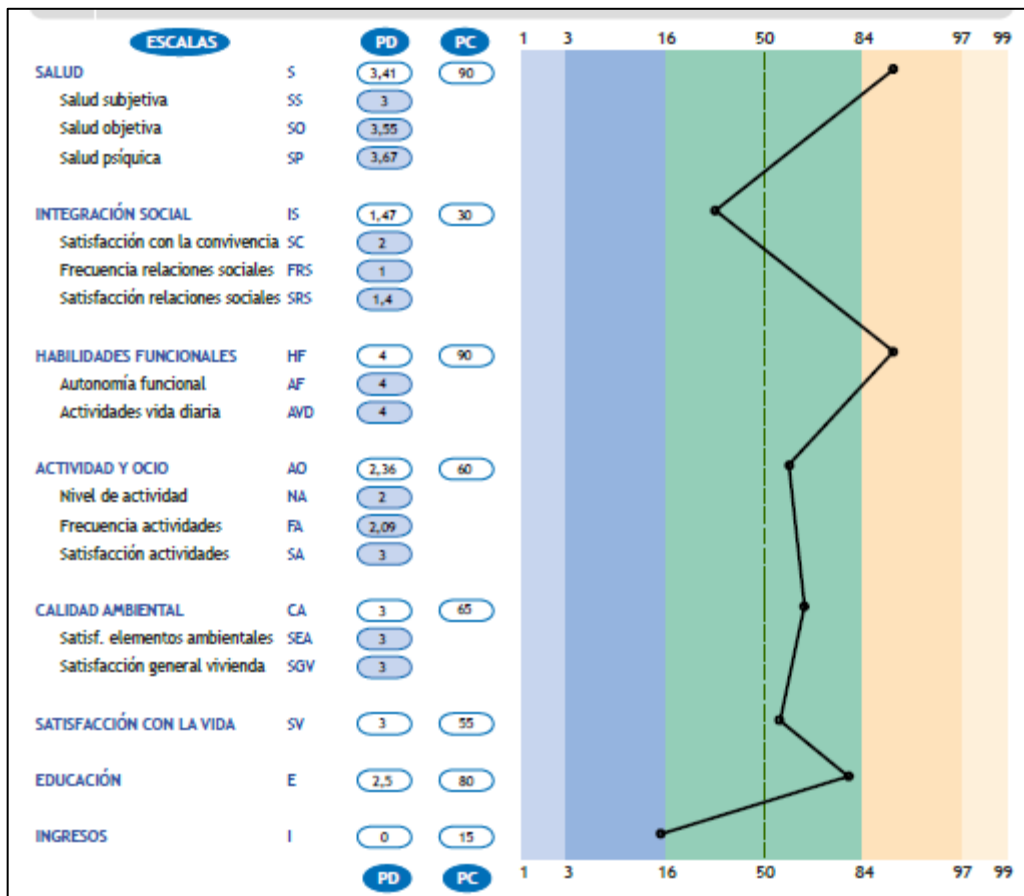
5.1.5 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:
“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Gráfico N° 5 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Integración Social: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo

- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Salud: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Alto
- Área de Educación: Percentil 80, correspondiente a Nivel Alto
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Con respecto al presente caso, los resultados revelan que el señor V. en lo concerniente al punto de la **Salud**, se encuentra en un nivel **Muy Alto**, puesto que es “un estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...además que es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de éste” (Alma Ata, 2014), dando pie a interpretar esta situación, como el equilibrio físico, afectivo y emocional de la persona, lo que señala que el señor, goza de buena salud, y que las áreas subjetiva, objetiva y psíquica, están en óptimo equilibrio, sin que le produzca ningún desequilibrio, ni afecte nada en ningún aspecto de su vida.

Este elemento, como ya se indicó anteriormente, es importante en la vida de cada adulto mayor. Es de suma importancia que el señor V. por ser adulto mayor puntúe este resultado, pues esto revela que el señor en lo que concierne al tema físico (trastorno o enfermedad) no padece de ninguna afección, señalando también que su salud subjetiva y psíquica, se encuentran en un nivel óptimo, lo cual indica que éste está lúcido y consciente del tiempo y el espacio”*me encuentro bien, me siento bien, muy rara vez me molesta mi rodilla*”.

Con respecto al área de la **Integración Social** el señor V. está en un nivel **Muy Bajo** con respecto a su integración en el centro, entendida esta área como “el relacionamiento de cada ser humano con su entorno, las normas impuestas por la sociedad y la forma como se adscribe éste a todas ellas” (Martínez, 2013), puesto que y según los resultados, y a pesar de que el mismo refiere sentirse a gusto en el centro, se observa cierta insatisfacción por parte del mismo a integrarse en lo relacionado al

lugar, ya sea con el tipo de relación social, adaptación a los nuevos ambientes, crear rutinas de vida (horarios y actividades nuevas), etc.

La integración a nuevos lugares, como así a la creación o formación de nuevas relaciones interpersonales, ya no son el objetivo central en la vida de una persona adulta mayor. Esta es la razón por la cual, a muchos adultos mayores, como el señor V., no le interesa crear nuevas relaciones interpersonales, ni participar en actividades nuevas y que además no las sienten propias, como compartir horarios o ambientes, que ya no son exclusivos sino comunitarios *“a los abuelos hay que seguirles la corriente, para no renegar”*. Todos estos factores influyen en gran medida, para que el señor V. no pueda integrarse de manera real y completa al centro, que además se incrementa por la ausencia de visitas por parte de sus familiares *“mi familia no sabe que estoy aquí, prefiero que no sepan, no los veo hace años”*.

En lo concerniente a las **Habilidades Funcionales**, se ubica en un nivel **Muy Alto**, que señala esta área, como *“la capacidad de cada individuo, para realizar una determinada actividad humana, ya sea manual, como intelectual, dependiendo de la potencialidad que tenga o de la destreza que maneje”* (Aguilera J., 2017) de sus habilidades o capacidades, en su mayoría físicas, interpretándose que no existe ninguna dificultad para que el señor V. pueda realizar actividades cotidianas de manera independiente o manejar su autonomía funcional.

Al presentar un alto grado de salud, este aspecto influirá y se reflejará en la capacidad del individuo para realizar diferentes actividades, que le permitirán poseer cierta autonomía e independencia personal, como actividades de su aseo personal, o para realizar alguna que otra actividad de ocio o diversión *“me gusta ayudar a los demás con las actividades que no pueden solos”* que le permita mantener en un alto grado la salud integral de su persona (objetiva, subjetiva y psíquica).

La salud se manifiesta como un “estado de construcción de una determinada armonía entre mente y cuerpo, además de un relativo equilibrio, como una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio” (Taboada, 1990) que permiten a la persona, tener cierta estabilidad con respecto a su calidad de vida, y que dan paso a ascender a un nivel superior, que beneficie al individuo.

En el área de **Educación** el individuo se sitúa en un nivel **Alto**, haciendo referencia a esta área, como “al proceso de adquisición de conocimientos por parte de una persona, para hacerlo madurar y elevar al máximo sus potencialidades, además de explotar sus capacidades” (Guzmán Grecia, 2015), lo que implica que el señor V. recibió un cierto grado de instrucción, lo que le permite saber leer y escribir. Aspecto que le ayudará a mantener la funcionalidad del cerebro a través de la lectura, y que lo mantendrá al tanto en lo que respecta a la actualidad de los temas sociales y políticos que ocurren a su alrededor y en el mundo.

El señor V. señala que se formó, en lo que respecta a su educación, hasta casi terminar el secundario en la república argentina, lo que le permite que actualmente pueda leer y escribir muy bien “*constantemente estoy leyendo el periódico o algún libro*” Además, gusta mucho de la lectura, frecuentando en gran medida la biblioteca, para poder distraerse y seguir aprendiendo, a través de las noticias del periódico, etc.

Por último y finalizando el análisis y con respecto al área de **Ingresos**, el señor V. se encuentra en un nivel **Muy Bajo**, que señala como “*un derecho que no debe ser coartado para los adultos mayores, puesto que esta situación, ayuda o perjudica a los mismos, en su independencia económica, además que impide el desarrollo de las habilidades físico-manuales de los adultos*” (Beade Ruelas, 2014) y que se traduce como la incapacidad de recibir o generar algún ingreso económico para su subsistencia, en el caso de encontrarse fuera de la institución.

El señor V. indica que el único ingreso fijo que recibe, es el bono dignidad de 300bs mensuales que entrega el gobierno nacional, y que ningún familiar le colabora de manera económica con algún ingreso “*no soy jubilado, solo cobro al mes el bono dignidad*”.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión del señor V.:

CUADRO N°5
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
13	Depresión Ligera

Los resultados indican que el señor V. exterioriza un nivel de **Depresión Ligera**, que se presenta como el trastorno del estado de ánimo, caracterizado por “la pérdida de la autoestima y seguridad en sus propias capacidades, sintiéndose incapaz de tomar decisiones, además de pensamientos que están dominados por el pesimismo ante el futuro o lleno de cavilaciones sobre actividades realizadas en el pasado y que el sujeto se reprocha haber realizado” (Mercado, 2015), en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos cambios como mudanza del hogar, para luego ir a vivir en un centro para adultos mayores,

como la pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse), son factores que incrementan el nivel de depresión.

La depresión se puntualiza como “una enfermedad que afecta al organismo, al ánimo, ya la manera de pensar; afecta a la forma en que una persona se valora a sí mismo y a la forma en que uno piensa, es algo más que un estado de ánimo decaído, no es una tristeza normal” (VERA M, 2007), por lo cual el individuo, debe tratar de superar esos momentos de tristeza, y así, no caer en niveles más bajos o inferiores.

Es normal que una persona adulta mayor, que sienta que ha sido abandonado en un lugar desconocido, con personas igualmente desconocidas, con un ritmo y estilo de vida diferente, sienta tristeza y hasta desolación, puesto que ha sido sacado de su hábitat *“hay ratos que me siento angustiado, pensativo, prefiero estar en mi cuarto solo hasta que se me pase”* para ser llevado a un lugar que no es propio y al cual tiene que adaptarse y acostumbrarse.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: *“Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”*.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

Nº de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Dos parejas, un matrimonio y dos enamorados, la pareja están un poco tristes, están muy separados, parecen,	Expresa sentimiento de Melancolía por la vida de pareja que llevaba, la falta de apoyo

		peleados, no están de acuerdo en algo.	familiar, al hacer mención de “ <i>están muy separados, parecen, peleados</i> ” hace referencia a su estado de aislamiento voluntario y alejamiento de sus familiares, expresa <i>tristeza</i> , al recordar esos episodios.
10	Soledad Tristeza	Una señora de edad que está enferma, se ven todos los medicamentos, está pensando en su enfermedad y en los familiares que no la van a ver.	Se revelan sentimientos de abatimiento por el abandono de familiares, la expresión de <i>soledad</i> es latente, el sentimiento de desamparo hace que se preocupe por un posible desequilibrio en la salud, el afrontamiento de enfermedades individualmente.
11	Soledad Tristeza	Se ve una pareja alegre, una persona que está leyendo el diario en su living, está preocupado, etc. enfermo, hay una movilidad de la que está bajando una persona	Proyecta sentimiento de <i>soledad</i> , identificando a un personaje solo, preocupado y abatido por su salud, el individualismo y el deseo de independencia personal, son evidentes, “ <i>movilidad de la que está bajando una persona</i> ” sentimiento de pertenencia.
12	Miedo	La señora está llorando, puede ser por la foto que se ve ahí, por sus hijos que no ve hace mucho.	Pesadumbre que desemboca en el miedo, ante el abandono, de sus seres queridos, temor a no ver nuevamente a sus hijos.

13	Tristeza Miedo	Persona de edad que está en el baño, este medio preocupado, viendo sus medicamentos.	Sentimientos de miedo a la pérdida de la salud, preocupación por los problemas económicos y que significaría una enfermedad sin apoyo familiar.
14	Miedo Ira	Es una oficina de avión, llego una pareja y hay una persona que está observando, esperando, puede que esté esperando a esa pareja que ha llegado. Yo viaje tantas veces en avión.	Expresa <i>Miedo</i> al extravió, a la desorientación de sí mismo, Molestia por haber sido dejado en un lugar que no es su hogar y temor por no regresar a su casa. También expresa anhelo a la juventud.
15	Ira Alegría	Hay una pareja que está bailando, un matrimonio está observando, el joven está bailando con la madre de su enamorada.	Se revelan sentimientos de <i>alegría</i> , gozo, por la dinámica de la familia, relaciona con sus viejos momentos de felicidad, cuando aún tenía familia e hijos.
16	Miedo	La señora está soñando con su familia, está un poco afligida, pensando en la familia.	Presencia de temor ante el hecho de sufrir abandono y soledad, miedo a no tener nuevamente una familia, necesidad de afectos y falta de sentimiento de pertenencia a un hogar.

El estado afectivo del adulto mayor se puede caracterizar por el *miedo y tristeza*, lo que se relaciona con el temor a la soledad, a la pérdida del control corporal, al poco interés de realizar actividades, añoranza a de la juventud y sus vivencias pasadas.

El miedo lo expresa en el sentimiento de pérdida de la independencia, pérdida del control corporal, le atemoriza la posibilidad de vivir con dolor o con limitaciones físicas, ya que padece dificultad en una rodilla, el ser conscientes de la pérdida de la fuerza y resistencia física, puede llevar a producir miedo no lograr valerse por sí mismo y por lo tanto, el adulto mayor adquiere cuidados evitando algunos movimientos, se aísla, procura no depender de otros para realizar las actividades de la vida diaria.

La añoranza de la juventud y vivencias pasadas resaltaron en la entrevista *“muy joven me hice independiente, viaje por todos lados”*, sentimiento de duelo por la juventud perdida, angustia hacia la soledad que proyecta en varias de las láminas, en muchas interpretaciones que el personaje refiere que estuviera llorando *“la señora está llorando, puede ser por la foto que se ve ahí, por sus hijos que no ve hace mucho”* demostrando angustia por la falta de pareja y de afecto.

Uno de los sentimientos que se reconoce asociado al envejecimiento es el miedo a la propia muerte. La inseguridad es símbolo de la muerte mientras que la seguridad simboliza la vida, A partir de la modernidad se ha acrecentado el nivel de miedo en el hombre occidental. El temor en la especie humana hunde raíces en el temprano conocimiento de la muerte como una posibilidad que todos hemos de experimentar. (Jean Delumeau ,1978).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El Nivel de la **calidad de vida** del adulto mayor, según los resultados obtenidos se encuentra en un nivel **medio**, lo que se puede interpretar como una vida relativamente equilibrada, relacionando áreas positivas con las negativas de su vida, como el tener una buena salud, poder valerse por si mismo y haber recibido educación, contrarresta

la escasa Integración Social, la falta de Actividad y Ocio, la insatisfacción con la Calidad Ambiental e Ingresos, dando resultado una vida relativamente estable.

El adulto mayor presenta un nivel de **Depresión Ligero**, lo que puede hacer presente sentimientos de tristeza, ira o frustración interfiriendo con la vida diaria en episodios no muy frecuentes, puede que este nivel de depresión actualmente no afecte en muchos aspectos al sujeto, pero hay que tomarlo en consideración y trabajar en él.

En cuanto al estado afectivo, éste se caracteriza por: *miedo y tristeza*, lo que se relaciona con el temor a la soledad, a la pérdida de control corporal, al poco interés de actividades, a la vez añoranza de su juventud y vivencias pasadas.

CASO N° 6

DATOS GENERALES

Nombre: T. M. L. C.

Edad: 86 años

Fecha de nacimiento: 15 de diciembre de 1931

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 2 años

a) Pruebas aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

La señora se presentó vestida adecuadamente, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, se expresó con fluidez, vocabulario amplio, velocidad del habla normal, organiza bien sus ideas, contenido coherente a su discurso, presenta buen juicio. Buen estado de la memoria, conciencia del entorno, orientación en el tiempo, espacio, la persona no presenta trastornos viso-espaciales, perceptuales.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: al inicio mostro una conducta algo reacia, impaciente hacia las preguntas, algo incomoda; se logró establecer rapport en el transcurso de la entrevista.

2da sesión, aplicación de instrumento: se mostró más participativa, más amable y atenta al realizar la actividad.

3ra sesión, aplicación de instrumento: se encuentra pasiva, tranquila, colabora con la actividad a desarrollar, se lleva a cabo la evaluación sin ningún inconveniente.

4ta sesión, aplicación de instrumento: muestra una conducta más amable, amigable y predispuesta a colaborar, con respuestas más fluidas.

c) Motivo de institucionalización

La señora T, ingreso al centro de acogida porque no había quien la cuide, ella vivía con su madrina, pero constantemente estaba de viaje y al ver que no había quien vele por ella, decidió internarla, para que reciba la atención y cuidados necesarios, actualmente la señora T, se encuentra en silla de ruedas lo que le impide que se pueda valer por sí misma y ser independiente.

d) Descripción general del caso

La señora T, nació y se crio en la ciudad de La Paz, su madre murió cuando era muy chiquita, la crio su abuelita, no pudo tener educación escolar, vivió en esa ciudad aproximadamente hasta 21 años que fue la entrada de la presidencia de Víctor paz Estensoro, vio que era insostenible la vida en la paz con su presidencia y se mudó de forma definitiva a la ciudad de Villazón para poder trabajar, no estudio.

Desde que llego a la ciudad de Villazón, se acostumbró, se dedicó a trabajar y se casó con un señor de la ciudad y tuvo una sola hija la cual le dio 6 nietos.

Me casé por iglesia, hicimos fiesta y todo... tuve solo una hija, él era mujeriego, se ha ido con otra mujer y por eso le dejado... se ha ido... me dedique a trabajar... he sabido trabajar en todo, de empleada, también viajaba con mercadería a Potosí, Tupiza, vendiendo, en todo he sabido trabajar... porque si no quien nos va dar pues... comida, vestirse... hay que trabajar...

Su única hija vive en buenos aires Argentina, La señora T hace dos años atrás vivía con su hija porque estaba mal de salud, tenía un tumor muy grande en la espalda, lo cual requería de doctores especializados y decidieron tratar en buenos aires; ya restablecida de su cirugía y tratamiento se volvió a vivir a Villazón con una señora que era su madrina, no quería vivir en Buenos Aires porque dice que no se acostumbra, no le gusta el calor, los mosquitos, ni nada de la ciudad.

Actualmente la señora se encuentra saludable, dice no llorar y no tener pena... que está acostumbrada a vivir sola, no espera la visita de nadie, pero si sabe que su hija va ir alguna vez debido a la distancia, que sus nietos son chicos para viajar a verla, y que su madrina cuando está en Villazón y tiene tiempo va a verla, se siente conforme en el centro de acogida porque nada le falta, tiene lo que necesita.

Aspecto afectivo y social.

La señora T dice que, desde su ingreso al centro de acogida, no se acostumbra hasta la actualidad, dice no es de llorar, no lloro, ni llora, tampoco es de sentir pena, está acostumbrada a vivir sola, pero aun así no se acostumbra a vivir en el centro, no le agrada la comida, no se lleva bien con todos los adultos mayores institucionalizados, dice que no tiene con quien hablar, *“no se puede hablar, no hablan”*.

Dice que no siente pena porque su corazón se va enfermar, que para que va sentir pena, y alegría solo siente cuando ve a su hija, normalmente si se enoja, reniega porque no está acostumbrada a lo que hablan los adultos mayores, no tiene ningún tipo de miedo y no se siente sola tampoco. Se siente tranquila y pasiva.

La señora T expresa que no desea estar en el centro de acogida hasta el final de sus días, quiere salir, pero lo único que la detiene es que no puede caminar

5.1.6 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

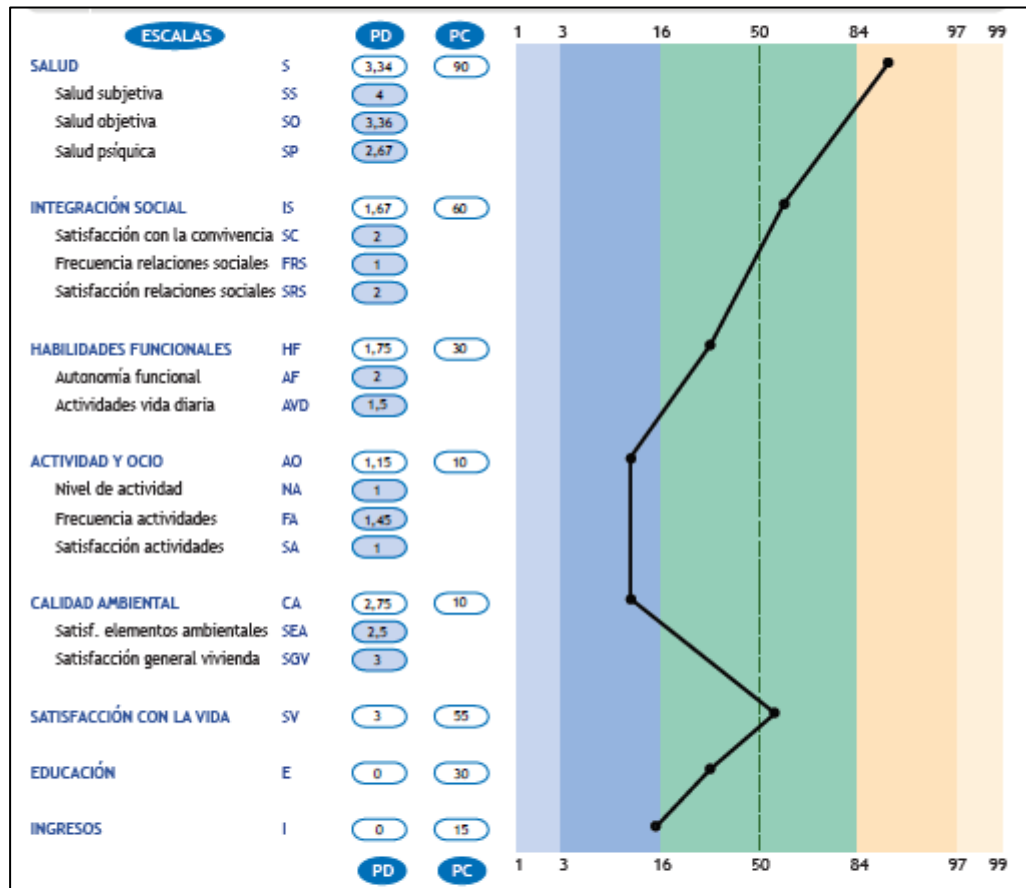
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Grafico N° 6 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Salud: Percentil 90, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 30, correspondiente a Nivel Bajo
- Área de Actividad y Ocio: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Inicialmente se observa que la señora T en el área de **Salud**, se encuentra en un nivel **Muy Alto**, la salud es el “equilibrio estable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en

relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso”(Gallardo, 2015), lo que refleja que ésta goza de buena salud subjetiva, objetiva y psíquica, y que por ende, no padece de ninguna afección, ni física, ni orgánica. Los resultados revelan que esta área no se encuentra en ninguna medida afectada, lo cual permitirá a la persona, desarrollar sus actividades de manera satisfactoria y óptima.

El tener una puntuación tan alta en este aspecto para un adulto mayor institucionalizado, es muy importante, puesto que no tendrá ningún impedimento para realizar las actividades que sean propuestas en el centro “*a mí no me duelen los huesos ni nada como a los otros*”. Tendrá lucidez para poder manejarse de manera autónoma e independiente, puesto que no padece de ninguna dolencia que le impida participar de manera activa en cualquier acontecimiento o acto.

En el área de **Habilidades Funcionales**, se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que es caracterizado por el “desarrollo de las habilidades o capacidades motoras, físicas, mentales, etc. que cada ser humano posee y que deben ser explotadas al máximo, y que además, se reflejan en la interacción humana, con su entorno” (Bedmar Matías, 2015), por lo cual se puede afirmar que la persona con este nivel, presenta bastante dificultad para poder valerse por sí misma, justamente la señora T. usa silla de ruedas para poder movilizarse y realizar diferentes actividades, por lo que se ve en la necesidad de depender de los demás, ya que necesita ayuda para movilizarse.

Para una persona adulta mayor, es importante poder realizar ejercicios físicos, para evitar distrofias musculares o de los huesos, para que todo eso, no le impidan poder movilizarse a donde desee hacerlo. En esta etapa de la vida, es importante realizar y/o tener sesiones de fisioterapia, que ayude a los adultos mayores, a evitar el deterioro físico de sus extremidades, ya sean superiores o inferiores “*hago todo que esté a mi*

alcance, pero necesito ayuda para muchas cosas". Esta situación puede considerarse como el "desequilibrio del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que no permiten a cada adulto mayor, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso" (Inmerso, 2000). Toda esa situación, es la que impide al adulto mayor, trabajar sus potencialidades, lo que imposibilita que esta persona logre un completo bienestar, físico, mental y social, mediante la ayuda de sectores sociales, políticos, religiosos y económicos, y así, incrementa su nivel de calidad de vida.

En **Actividad y Ocio**, la señora T. obtuvo un nivel **Muy Bajo**, sobre este aspecto, "las actividades de los adultos mayores, en esta etapa de su vida, deben ser ligeras, que permitan el correcto y óptimo desarrollo de los mismos, no sólo físico, sino también mental y psíquico" (González, 2007), lo que señala que la misma no realiza ningún tipo de actividad que desarrollan en el centro, puede ser que tenga su origen, en el impedimento de movilidad que padece, aunque hay que manifestar, que la misma procura trabajar con las manos y brazos cuando hay rutinas de ejercicios, pero éstas son actividades ocasionales. Por lo que resta del tiempo, la señora está pasiva, viendo televisión o escuchando radio, sola.

Este aspecto es muy importante, y que se contradice con el área de la salud, puesto que ahí indicaba que ella no padecía de ninguna afección, mientras que, en esta área, señala que presenta dificultad para moverse, lo que hace pensar que algo no coincide, y que debe averiguarse, puesto que la más afectada es la señora T., ya que, por la edad, esté sana o enferma, debe llevar una vida más activa y no tan sedentaria y pasiva "*participo en lo que puedo, pero se está quieta viendo alrededor*"

Por otro lado, y en el área de **Calidad Ambiental**, la misma obtuvo un nivel **Muy Bajo**, "puesto que los ambientes deben ser refugios acogedores, en los cuales los

adultos mayores se sientan como en sus hogares, deben ser ambientes de tranquilidad emocional y que además, sean vistos como propios” (Tendero, 2011), reflejando a causa de esta situación, que la misma se encuentra insatisfecha en el lugar en el que se encuentra viviendo, ya sea por los elementos ambientales en sí, como por la satisfacción con la vivienda en general.

Ya se indicó anteriormente que, para un adulto mayor, es un shock sacarlos de su hábitat natural, donde ellos eran los dueños y señores del lugar en el que vivían antes de llegar al centro, como también la decisión de los horarios y actividades que se deseaban desarrollar, para ser llevados a un lugar desconocido “*estoy bien, pero no quiero morirme aquí, me gustaría irme*”, que ya no es propio, sino comunitario, y donde además deben estar sujetos a reglas, normas, horarios y actividades ajenas a su estilo y rutina diaria, por lo cual no existe satisfacción en relación al nuevo ambiente, ya sea en relación a la infraestructura, mobiliario, comodidad o actividades que desarrollan allí.

Así mismo, y en el área de **Educación**, la señora ha puntuado en un nivel **Muy Bajo**, lo que señala “la necesidad de recibir nuevos conocimientos que ayuden al desarrollo máximo e integral de las personas, independientemente de la edad que tengan” (Gutiérrez, 2010), ya que según la misma no ha recibido ningún tipo de instrucción académica, razón por la cual, la señora no sabe leer ni escribir, por lo que resulta ser analfabeta funcional.

La señora manifiesta que no tuvo la oportunidad de ir a la escuela, por lo cual no tuvo ningún tipo de aprendizaje, dando por consecuencia, su falta de conocimiento para leer y escribir, “*no fui a la escuela en mis épocas no todos estudiaban, no se leer, ni escribir*”. El haber puntuado tan alto en salud, es un indicador que la señora, posee lucidez, lo que la faculta para adquirir nuevos conocimientos, que la beneficien en esta etapa de la vida y que la ayuden a ser algo independiente, para leer revistas, novelas o el periódico, etc.

Por último, y lo que corresponde al área de **Ingresos**, la señora T. presenta un nivel **Muy Bajo**, y según Trujillo (2007) “la autonomía económica, ayudará a cualquier adulto mayor, a desarrollar varias áreas, que además le permitirán fortalecer los ejercicios mentales, físicos y motores, mediante una actividad, que genere ingresos económicos”, lo que manifiesta que la misma sólo percibe el bono dignidad de 300bs mensuales ofrecidos por el gobierno, y que ningún familiar le colabora con nada. Además, que ella no realiza ninguna actividad que pueda generar algún ingreso económico, aparte del que recibe por parte del gobierno “*sólo recibo la plata del gobierno, nada más*”.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora T.:

CUADRO N°6
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
10	Depresión Ligera

Se puede observar que la señora T. expone un nivel de **Depresión Ligera**, que es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones, que indica que los mismos “están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida y viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad” (Cognifit, 2017), pero también es una enfermedad que provoca un cambio de energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la

voluntad. En las personas mayores se puede originar debido al cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades, pérdidas de figuras significativas e importantes, como familiares, laborales o sus mismas funciones.

Caracterizado por una “disminución de la autoestima, además de un aumento de la inseguridad, seguida de una sensación de impotencia y de la pérdida de control sobre su entorno, como también de vivencias de inutilidad” (Cabrera, 2006), que por la corta duración con la que se presenta, no afectará en gran medida al individuo, pero que no deben descuidarse, puesto que la intensidad de las características puede incrementarse, hasta llegar a un estado (nivel) grave de depresión.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

Nº de Lamina	Variable A Medir	Relato	Interpretación
9	Tristeza Alegría	Es una señorita a su hijito le está hablando, están queriendo hablar, las dos que están sentadas también son señoritas, están en una plaza sentadas, paseando.	Sentimiento de <i>tristeza</i> , anhelos del pasado por la falta de compañía, apoyo familiar.
10	Soledad Tristeza	Una señora está echada, durmiendo, pensando, esta triste porque no tiene plata, no trabaja. Vive sola, no tiene	Sentimiento de <i>soledad</i> , desamparo total de la familia, Consternación por

		familia, triste esta de pena.	la progresiva pérdida de autonomía e independencia personal, lo cual desemboca en la dependencia hacia otras personas.
11	Soledad Tristeza	De la señorita sus wawitas está jugando con el coche, hay un señor, y un gatito durmiendo.	Añoranza de épocas y experiencias pasadas, que recuerdan su autonomía personal. <i>Tristeza</i> por la falta de compañía de su hija.
12	Miedo	Hay una foto de wawas mellizas, hay una señora, que está llorando por las wawas de pena, se llora por las wawas.	Se observa la presencia de sentimientos de intranquilidad, ante el hecho de ser abandonada sentimiento de <i>miedo</i> ante el abandono de sus hijos.
13	Tristeza Miedo	Están viajando a EEUU con su marido, están viajando en avión, ahí está su marido esperando para viajar a EEUU.	Añoranza de la juventud perdida, Recuerdos de la compañía de su pareja, proyecta <i>tristeza</i> por la falta de afecto y necesidad de compañía.
14	Miedo Ira	El abuelito está en el baño, está acomodando las cosas.	Existe la presencia de sentimiento de <i>miedo</i> , por el abandono, como por la pérdida de autonomía. Temor a no poder valerse por sí mismo.

15	Ira Alegría	Todos enamorados, están abrazándose, esta señora está de pena, se está abrazando, está su hijo, están abrazados aquí también, marido y mujer.	Remembranzas con sentimientos de gozo, <i>alegría</i> , relaciona con fiestas de juventud, momentos de enamoramiento, episodios familiares vividos en el pasado.
16	Miedo	Se durmió de la pena, pena de que no tenga plata, no tiene comida, hay que trabajar, ganar plata es costoso, de la pena se ha dormido, la pena vence y uno se duerme.	Ante la pérdida de la autonomía personal y económica, le invaden sentimientos depánico, <i>miedo</i> y preocupación por su bienestar.

El estado afectivo de la señora T, se caracteriza por la presencia de afectos como el *miedo y la tristeza*, lo que se puede relacionar con sentimientos de abandono, añoranza, falta de apoyo familiar y temor a la pérdida.

En la entrevista que se le realizó a la señora T, hizo mención que pese a los años que vive en la institución, no logra adaptarse, no le agrada la comida y prefiere no interactuar con los demás adultos que viven en la institución, “*no se puede hablar, no hablan*”, menciona que no siente pena, tristeza, ni llora porque su corazón se va enfermar.

Aparentemente no existen efectos negativos que la caractericen a la señora, pero con la aplicación del instrumento de apercepción se pudo identificar sentimientos como la tristeza, por el abandono familiar, la falta de afecto, “*Hay una foto de wawas mellizas, hay una señora, que está llorando por las wawas de pena, se llora por las wawas*”(lamina 12), proyecta la presencia de sentimientos de angustia por la falta de

afecto y la presencia de sus seres queridos, se puede relacionar con el temor de que se olviden de ella y la necesidad de apoyo.

Presencia de miedo a la pérdida total de independencia, al no poder realizar las pocas cosas que realiza, debido a que ella se encuentra en silla de ruedas, su temor se expresa en *“Se durmió de la pena, pena de que no tenga plata, no tiene comida, hay que trabajar, ganar plata es costoso, de la pena se ha dormido, la pena vence y uno se duerme”* (Lamina 16). Es evidente el temor a la pérdida de la autonomía personal y económica, a la falta de alimentos, sentimientos de miedo y preocupación por su bienestar.

Ella hizo mención de que está acostumbrada a vivir sola, y la soledad no le afecta, podemos observar la presencia de afectos negativos.

El deterioro físico, la pérdida de movimientos, la inmovilidad, afecta de manera significativa su calidad de vida en comparación a los otros adultos mayores con quienes comparte en el centro.

“La falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio pueden ser origen de problemas psicológicos Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida” (Marottoli R, 1992)

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El **nivel de calidad de vida** de la señora T es **Bajo**, este nivel se relaciona directamente con la insatisfacción o desequilibrio en varios aspectos de su vida, las áreas en los que es existente insatisfacción son Actividad y Ocio, la Calidad Ambiental, los Ingresos que percibe, la falta de Educación, contrarrestando en poca proporción con una muy buena salud y logrando algo de interacción social en su ambiente; los resultados reflejan varios indicadores afectados negativamente que repercuten en la vida cotidiana.

El adulto mayor presenta un nivel de Depresión **Ligera**, lo que refiere una inestabilidad emocional, que puede provocar cambios de energía, baja voluntad originadas por la disminución de funciones y capacidades, como así también por la ausencia de familiares.

El estado afectivo de la señora T. se caracteriza por la presencia de emociones como el *miedo y la tristeza*, lo que se puede relacionar con sentimiento de abandono, añoranza, falta de apoyo familiar, y temor.

CASO N° 7

DATOS GENERALES

Nombre: F. C. L.

Edad: 73 años

Fecha de nacimiento: 1 de mayo de 1945

Sexo: Masculino

Tiempo de institucionalización: 3 años

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

El señor se presentó a las entrevistas vestido adecuadamente, el estado de su ropa gastado pero limpio, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, su vocabulario es reducido, se expresó por momentos demasiado rápido haciendo difícil poder comprenderlo, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, cierta

dificultad en la memoria a mediano plazo, conciencia del entorno, orientación en el tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: se muestra muy sumiso, tímido, en el transcurso de la entrevista se va abriendo, se logra establecer rapport.

2da sesión, aplicación de instrumento: se muestra pasivo, pero cooperativo, presta atención y responde con fluidez.

3ra sesión, aplicación de instrumento: se lo ve sereno, interesado en la evaluación, le gusta participar de las actividades.

4ta sesión, aplicación de instrumento: se muestra más seguro, activo, analiza y conversa con fluidez. Se lleva a cabo la evaluación sin ningún tipo de inconveniente

c) Motivo de institucionalización

El señor F, decidió institucionalizarse por voluntad propia porque es un hombre solo, sin familia, la mayoría de sus familiares fallecieron, actualmente no tiene nadie quien vele por él, no tiene contacto con su única hija.

d) Descripción general del caso

Nació en Uyuni, se crio en un pueblo que se llama Tomabe, fueron 3 hermanos, pero es el único vivo, nunca conoció a su padre, su madre los crio sola, a los 5 años se lo llevaron a vivir achile, ya grande volvió a Bolivia, se dedicó a trabajar y viajo por todos lados, se casó a los 18 años y solo tuvo una hija, su esposa también murió. Dice no tener familia.

A los 5 años me llevaron a chile, ahí empecé a trabajar, de todo he aprendido, para que me voy a quejar, he trabajado de sereno, herrero de todo he trabajado...

Se casó en el registro civil de atocha cuando tenía 18 años, tuvo una hija, su esposa murió en Tupiza *“mi mujer, se ha muerto, hace años, yo soy solo, para que voy a decir que tengo familia.... Solo Dios”*

No tiene relación con su única hija, ni con sus nietos que son 6...ellos viven en Potosí, *mi hija venía a verme, ahora con tantos hijos... que va poder venir, esta sin tiempo, solita, ella divorciada es.... Solo igual estoy tranquilo....*

Por cuestión de trabajo se estableció en la ciudad de Villazón, él es zapatero, pero trabajo de todo en su vida. Antes de que ingrese al centro de acogida el vendía zapatos en la calle, el decidió por voluntad propia internarse en el centro de acogida porque se vio que ya estaba mayor y no había quien le cuide.

Aspecto afectivo y social.

El señor F dice que desde que ingreso en el centro de acogida se siente tranquilo, se siente como si estuviera en su casa, está conforme con el personal, dice que le tratan bien, pero no lleva una buena relación con todos los otros adultos mayores que viven en el centro, *algunos son ignorantes y no saben hablar, quieren golpear.*

No siente la necesidad de llorar, tampoco se siente triste, dice no tiene motivos para sentir tristeza, no me siento triste ni por mi familia, se siente contento cuando habla con alguno de los adultos mayores que considera sus amigos, y a veces se enoja y siente ira cuando escucha que algún adulto mayor habla incoherencias, pero dice que es solo por un momento. No tiene ningún tipo de temor porque él sabe que actúa bien, y solo dios ve lo que uno hace.

5.1.7 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

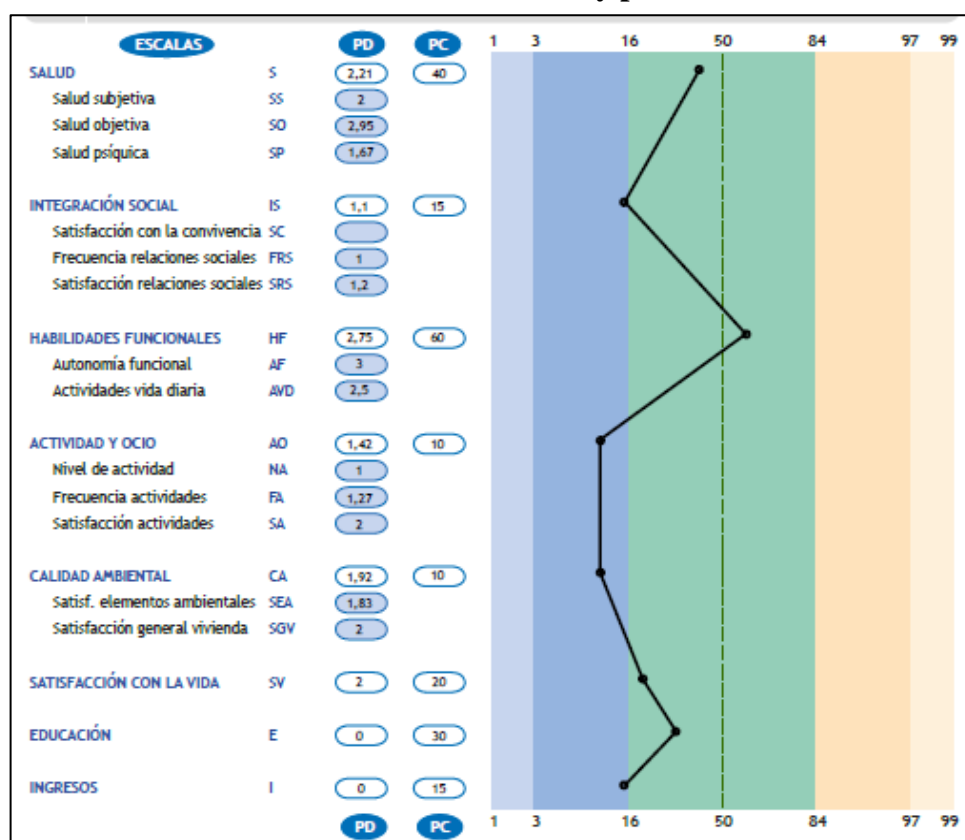
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Gráfico N° 7 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Integración Social: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Salud: Percentil 40, correspondiente a Nivel Bajo
- Área de Actividad y Ocio: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo

- Área de Calidad Ambiental: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Satisfacción con la vida: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

En el caso del señor F. se puede observar que su nivel de **Salud** refleja un nivel **Bajo**, lo que afecta en gran medida su condición de vida, ya que este factor es “el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos” (Galli V., 2013), siendo el área de salud psíquica la más afectada, y que indica que, a corto y largo plazo, afectará su organismo, dejándolo en una situación no muy favorable para el señor F., puesto que puede padecer de demencias y/o trastornos físicos y orgánicos, que atenten contra su humanidad *”uno de joven todo, pero cuando es viejo ya no sirve, por eso nos botan”*.

Es importante notar que la puntuación del señor con respecto a esta área es baja, lo cual señala, la imperante necesidad de atención profesional para prevenir mayor deterioro en la salud del adulto mayor. Ya que esta es una etapa en la que las personas son más vulnerables y necesitadas de atención médica.

En el área de **Integración Social**, se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, indicando que “la integración en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida” (Zapata, 2001), los datos señalan que éste se encuentra insatisfecho con el tipo de relaciones que lleva con los otros adultos mayores del centro, con quienes convive, no llega a integrarse, haciéndose más evidente cuando sus pares reciben la visita de sus hijos y/o familiares.

Las visitas continuas de la familia a un adulto mayor institucionalizado, facilitarán en cierta medida, la asimilación de éste a su nueva vida y hogar, lo que permitirá también, la adaptación a los nuevos ambientes, horarios y actividades que se realicen, para luego pasar a una etapa de aceptación al nuevo ritmo y estilo de vida “*no recibo visitas, mi hija no debe tener tiempo, no viene*”. Dicho proceso no se dará de la manera más favorable, si es que el adulto mayor es abandonado sin escrúpulos en los centros de acogida y olvidado.

En lo concerniente a la **Actividad y Ocio**, el señor obtuvo un nivel **Muy Bajo** en esta área, que implica que “los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, que favorecen en la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social, y que impide la tenencia de una actividad de goce o disfrute” (Pérez, 2009), lo que puede manifestar la forma de vida y el deseo del señor, en mantenerse pasivo, no da indicios o señales que revelen que tiene iniciativa de realizar actividades que lo tengan laborioso o dinámico.

En este caso, el área de salud se complementa de manera correcta con esta área, puesto que su salud no es la más óptima, razón por la cual, no siente deseos de realizar ningún tipo de actividades físicas o mentales “*que podemos hacer aquí adentro, estamos sentados nomas*”. No presenta interés en ninguna actividad propuesta, siendo la salud psíquica de suma importancia, incluso con cierta relevancia sobre la física, que, en este caso, no es buena y que necesita de ayuda profesional.

Así mismo, en lo concerniente a **Calidad Ambiental**, posee un nivel **Muy Bajo**, haciendo notar la “necesidad de la creación de un lugar adecuado para las personas adultas, en el cual puedan desarrollar hábitos y costumbres, que ayuden al desarrollo psicomotriz de los mismos, y que al mismo tiempo, impida el deterioro físico y motor de los adultos mayores” (Hidalgo, 2007) lo que se interpreta como la insatisfacción

del señor con el lugar en el que se encuentra viviendo, tanto con los elementos ambientales individuales, como la satisfacción con la vivienda en general.

El señor F., se encuentra indiferente al establecimiento en el que se encuentra, no está interesado en las comodidades que tiene o no, para él es indiferente, ya que no tiene otro lugar al que pueda llamar hogar, no tiene donde mas ir a vivir ni quien vele por él.

Con respecto a la **Satisfacción con la vida**, el señor F. se coloca en un nivel **Muy Bajo**, “implica satisfacción con la vida, la presencia de estado de ánimo positivo y ausencia de estado de ánimo negativo (cuyo conjunto determina la felicidad); también incluye el valor asignado a las metas, el cual es individual y específico en cada cultura” (Vera Martha, 2015), lo que revela que éste no se encuentra en ninguna medida satisfecho con la vida que lleva en el centro, puesto que no es la vida que le gustaría vivir, quejándose de su nivel económico, de los pocos ingresos que recibe, pero exteriorizando que no le hace falta nada. Señala que la persona tiene ciertas debilidades que deben ser subsanadas, para el mejor desarrollo de las mismas en esta edad de adulto mayor. Es importante recalcar, “la necesidad de una equiparación de oportunidades, que permita la igualdad y plena participación de las personas adultas mayores en la vida y el desarrollo social, que además implica cambios mutuos tanto por parte de la propia persona, como de la sociedad, para que los diversos sistemas de la sociedad, se pongan a disposición de todas las personas, especialmente de aquellas con desventaja social” (L. Bermejo; 2002).

Los bajos puntajes en las áreas anteriores, señalan la gran necesidad afectiva y emocional del señor F., puesto que está atravesando por momentos muy críticos, en los cuales necesita de la ayuda profesional y familiar (visitas) “*uno viejo ya no sirve para nada*”, para sobrellevar esta etapa nueva, difícil y hasta dolorosa de asimilar.

En el área de **Educación**, el señor F. obtuvo un nivel **Muy Bajo**, puesto que “la educación del adulto mayor tiene sus antecedentes en la formación de adultos; la

integración básica sobre la educación de adultos es importante para la sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del humano adulto” (RosembackEugen, 2012) que refleja la falta de instrucción académica o trasmisión de conocimientos teóricos, diversos motivos le impidieron acceder a la posibilidad de estudiar, razón por la cual, es analfabeta, no sabe leer ni escribir.

Este es un factor importante en el desarrollo de cada ser humano, hasta casi elemental, puesto que el no saber leer y escribir, coarta el poder abrirse camino en la época de vida laboral, pudiendo llegar a ser blanco fácil de engaños y estafas, muchas veces realizadas por los mismos hijos o familiares “*no sé leer ni escribir*”.

Por último, y en lo correspondiente al área de **Ingresos**, el señor F. obtuvo un percentil de **15**, lo que lo sitúa en un nivel **Muy Bajo**, “lo que respecta a los ingresos económicos, se ha otorgado especial atención a los obtenidos mediante la seguridad social, así como a los generados por la permanencia en el mercado laboral o de otros mecanismos de ayuda que tienen que ver con las redes de apoyo que se generan alrededor de la población adulta mayor” (Ramírez, 2006), lo que significa que él sólo percibe el bono dignidad de 300bs mensuales, ningún familiar le colabora con nada “*a mí nadie me ayuda con nada*”, dato que indica la dependencia económica de éste al gobierno y al centro en el cual reside.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión del señor F.:

CUADRO N°7
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
27	Depresión Grave

El señor F. presenta un nivel de **Depresión Grave**, que “es una enfermedad mental, un trastorno psíquico consiste, en un estado de agotamiento e infelicidad. Las personas que la experimentan se sienten tristes, pierden interés en las actividades y en los eventos diarios, y tienen una sensación de falta de valor” (Beck, 1979), que puede deberse al abandono familiar, del cual es víctima. El sentimiento de soledad, como la extrema tristeza, son los síntomas más característicos de este grado de depresión, que en este grado son severos y que, además, interfieren con la capacidad psicomotriz de la persona, no pudiendo conciliar el sueño, pérdida extrema del apetito, constante congoja y pérdida del disfrute de la vida, llanto sin razón, etc.

El señor F. se encuentra atravesando por momentos muy críticos, que requieren de la inmediata ayuda profesional; su sentido de vida se ha perdido, como la satisfacción en las actividades que debe realizar, *“uno de viejo ya no sirve para nada, solo me queda esperar que dios decida llevarme”*. El miedo y la tristeza se manifiestan en intranquilidad, desasosiego u llanto, algunos adultos mayores se angustian al saber que van a desaparecer del escenario de la vida y que esta seguirá marcha sin su presencia, que lentamente su imagen que ira borrando de la memoria de sus familiares. (Márquez González, 2008).

Un nivel **Grave de depresión** es traducido como “un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser permanente; además, se define por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas. Los estados depresivos graves, son los grandes causantes de reacciones suicidas, ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia, puesto que la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el

estupor” (MADOZ V, 1998). El adulto mayor con este grado de depresión, presenta una constante tensión desagradable, donde cada experiencia se acompaña de pena, temor, preocupación, angustia, agitación o perplejidad, además de padecer sentimientos físicos o emocionales.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

Nº de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Unos abuelos sentados en el parque, están tristes, sentados como aquí estamos.	Clara identificación, sentimiento de <i>tristeza</i> ante su condición, Separación física de sus seres queridos, que provoca afectos de turbación.
10	Soledad Tristeza	Abuelito está echado triste, enfermo, está de pena porque sus amigos ni familia lo van a ver.	Se revela los sentimientos de <i>tristeza</i> , a causa del abandono familiar, falta de afecto y apoyo.
11	Soledad Tristeza	La pareja esta abrazada, quiere bailar, son novios, hay un abuelito que está leyendo un diario, y hay una persona que está subiendo al auto para irse a pasear.	Nostalgias de las relaciones de pareja, por lo cual le invaden episodios de desconsuelo, es latente el sentimiento de <i>soledad</i> , la expresión “ <i>está</i>

			<i>subiendo al auto para irse a pasear” puede indicar su des conformismo ante su realidad.</i>
12	Miedo	La abuelita está triste, pensando, cuando uno es joven, todos te quieren, cuando uno envejece, todos te votan.	Presencia de sentimientos de miedo ante el abandono que sufre, temor a que nadie le pueda dar el afecto y apoyo que merece, <i>miedo</i> a la desvalorización.
13	Tristeza Miedo	Están queriendo viajar, donde sea se están yendo.	Momentos de desasosiego, por la pérdida de la libertad (autonomía e independencia), <i>miedo</i> a la toma de decisiones, al futuro, evita tomar decisiones de su rumbo.
14	Miedo Ira	El abuelo está ordenando las cosas	Frustración y molestia, ante el hecho de obedecer normas y reglas ajenas.
15	Ira Alegría	Están bailando abrazados, se están despidiendo, se están yendo	Se revelan sentimientos de gozo, por el recuerdo de momentos agradables vividos, pero también se menciona la pérdida la alegría.
16	Miedo	Está soñando, triste, en lo que hacía cuando era joven.	Manifestación de miedo a la pérdida de independencia, temor a no poder realizar actividades que desarrollaba, añoranza del pasado. Necesidad de apoyo.

El estado afectivo del señor F, se caracteriza por la presencia de afectos como la *tristeza y miedo*, lo que se puede relacionar con el duelo por la juventud perdida, el aislamiento voluntario, la soledad y los temores por la edad.

En la entrevista inicial el señor F. hizo mención de que el solo por voluntad propia se institucionalizo, por estar solo, sin contacto con su única hija, ni con familiares, dijo que se sentía bien desde su ingreso, que se siente muy bien como si estuviera en su casa, pero no logra integrarse en totalidad con todos los adultos mayores, solo se comunica con algunos.

Se puede observar que en su discurso de forma directa se percibe bien estar emocional, pero indirectamente con la aplicación del instrumento de apercpección, se puedo identificar sentimiento de tristeza latente, *“Unos abuelos sentados en el parque, están tristes, sentados como aquí estamos”*(lamina 9), evidente identificación y proyección de sentimiento de tristeza ante su condición, presenta angustia por la ausencia de sus seres queridos, desolación a causa del abandono familiar, falta de afecto y apoyo.

Manifestación de miedo a la pérdida de independencia, temor a no poder realizar actividades cotidianas solo, *“La abuelita está triste, pensando, cuando uno es joven, todos te quieren, cuando uno envejece, todos te votan.”* (Lamina 12), es evidente la presencia de sentimientos de miedo ante el abandono que sufre, temor a que nadie le pueda dar el afecto y apoyo que merece, miedo a la desvalorización. Añoranza del pasado y duelo hacia la juventud perdida.

El tener 60 o más años no es sinónimo de ser una persona vieja, pero muchos individuos que integran esta comunidad suelen caer en depresión, con sentimientos de tristeza, inseguridad, temor, porque se sienten excluidos, inútiles, inservibles, alguno se sienten una carga para sus familias o para la sociedad, en general. Los que

atravesan soledad o abandono suelen caer muy rápido en la obsolescencia (L. Bermejo, 2002).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

De acuerdo a los datos recabados, a través de la aplicación de los instrumentos, se puede observar que:

El **nivel de calidad de vida** del adulto mayor es **Muy Bajo**, lo que significa que la condición de vida que lleva no es la esperada, es afectada objetiva o subjetivamente, varios de los indicadores que se evaluaron están Insatisfechos, áreas como la Salud, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Integración y Satisfacción con la vida necesitan análisis para mejorar y hacer que el adulto mayor se sienta más confortable, sin dejar de lado sus áreas estables.

El nivel de depresión que presenta el adulto mayor es **Grave**, es evidente su desinterés por todo, está totalmente insatisfecho con la vida que lleva por su edad, siente que por ser mayor no sirve para nada, este caso requiere seguimiento y atención especializada.

El estado afectivo del señor F. se caracteriza por la presencia de sentimientos de **tristeza y miedo**, lo que se relaciona con el duelo por la juventud perdida, aislamiento voluntario, soledad y temores.

CASO N° 8

DATOS GENERALES

Nombre: L. C.

Edad: 72 años

Fecha de nacimiento: 15 de diciembre 1945

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 1 año

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Test de apercepción para edades avanzadas

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

La señora se presentó a las entrevistas vestida adecuadamente, el estado de su ropa regular gastado pero limpio, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, velocidad del habla lenta y suave, organiza sus ideas, da continuidad, coherencia a su discurso, presenta buen juicio, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, no hace uso de abstracción ni de metáforas, cierta dificultad para la memoria de mediano plazo., conciencia del entorno, orientación en el tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión entrevista: se mostraba deprimida, algo decaída, con una voz baja, pensó que no iba poder colaborar con la evaluación porque no sabe leer, ni escribir. Se logra establecer rapport.

2da sesión aplicación de instrumento: se muestra retraída, tímida, con algo de vergüenza por miedo a equivocarse, pero presta atención y responde.

3ra sesión aplicación de instrumento: se la siente con más seguridad, responde con más fluidez, pero en algunos momentos se distrae.

4ta sesión aplicación de instrumento: actitud positiva y participativa, más segura se lleva a cabo la evaluación sin dificultad.

c) Motivo de institucionalización

La señora L. se encuentra en el centro de acogida porque la internó el Corregidor de su comunidad, debido a que se encontraba en pleno estado de abandono, la señora vivía sola en el campo, sus hijos no velan por su bienestar, no tiene a nadie que la pueda cuidar. Se encontraba en situación de abandono.

d) Descripción general del caso

La señora L Nació el 15 de diciembre en Poscababo, comunidad pertenece a la ciudad de Villazón, fueron 6 hermanos, 3 del padre y 3 del padrastro, no tuvo una infancia feliz, la madre murió cuando ella tenía 5 años porque le cayó un rayo y se crio con su abuelita y con la gente, no quiso vivir con su padrastro porque era malo, le pegaba mucho, en su infancia pasteaba ovejas. No se casó, tuvo tres hijos

Se dedicó a trabajar en el campo, picaba tierra y se dedicaba a sembrar verduras, compró sus propias cabras, ovejas, pero se enfermó y tuvo que viajar a Tupiza para hacerse operar; en su ausencia su tío y una de sus hijas vendieron todas las pertenencias y a ella no le dieron nada.

Tuvo dos parejas, con las cuales no se casó, con la primera tuvo dos hijas, una vive en Santa Cruz y la otra en Tarija, su primer concubino se suicidó tomando veneno, después de 10 años tuvo su segunda pareja, para el cual tuvo un hijo varón; él la abandono por otra mujer.

Actualmente no tiene relación con sus hermanos porque algunos viven en Argentina y los otros no saben, no tiene contacto con sus hijos, ni nietos.

“no vienen a verme. No los veo hace un año. Le he dicho a la otra Licenciada que le diga q vengan y no han venido”...

Antes de que ingrese al centro de acogida, vivía con su patrona *“Vivía en Mojo con su patrona, cuidaba para ella las chivas, y me quito mis chivas y no me pago nada”*

Aspecto afectivo y social.

La señora L dice que desde que ingreso al centro de acogida no se acostumbra, quiere irse, no se logra integrar con los demás adultos mayores, no habla con ellos, porque normalmente se pelean. Suele estar callada, dice que algunos abuelitos son malos, son malcriados y la hacen renegar, tiene dificultad para dormir, dice que se duerme tarde. Con el personal de la institución se lleva bien, dice que son buenas, pero no les dejan ayudar con los que quehaceres de la cocina.

Se siente enojada por estar en el centro de acogida, quiere salir e irse donde su tío, o esperar que uno de sus hermanos vaya a sacarla del centro de acogida. Dice tener ánimos para trabajar, y que puede trabajar aun, siente que no tiene ningún impedimento.

Normalmente se siente sola, llora un rato y se le pasa. Tiene una preocupación del porque no la van a sacar.

5.1.8 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

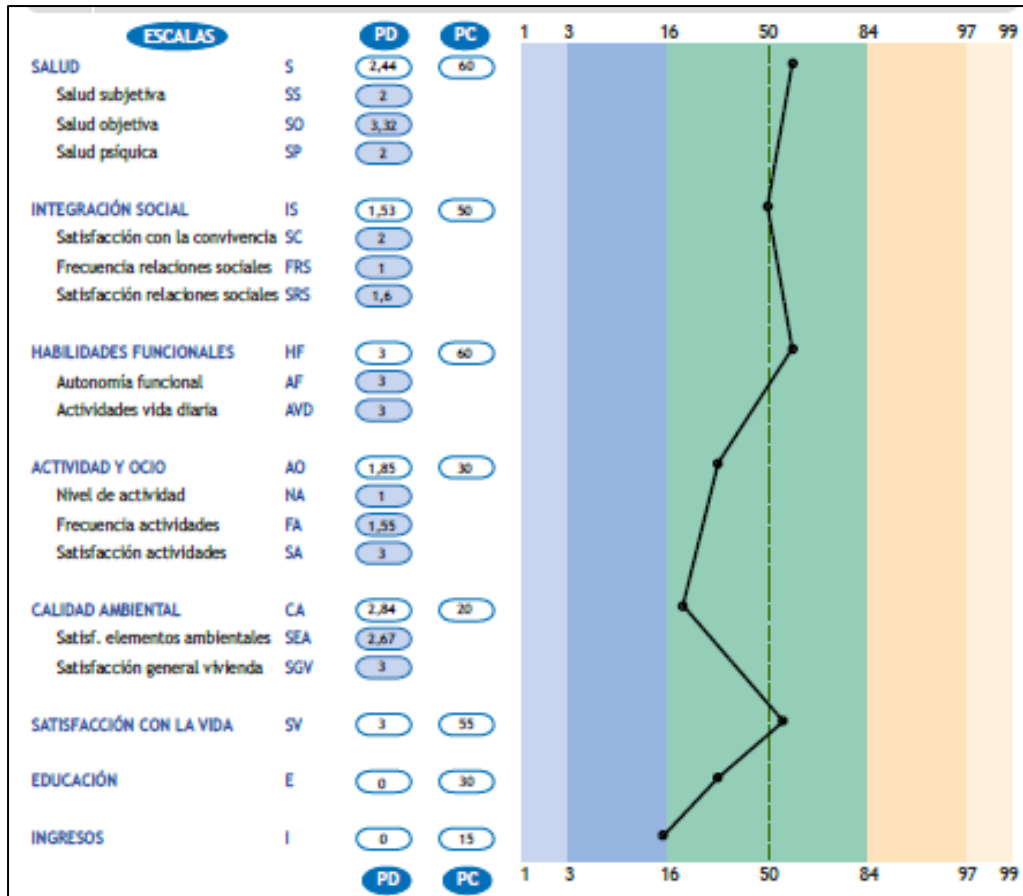
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

*“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia”
Sub Regional Villazón”.*

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Gráfico N° 8 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Actividad y Ocio: Percentil 30, correspondiente a Nivel Bajo
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Educación: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Los resultados de la señora L. indican que con respecto al área de **Actividad y Ocio**, la ubica en un nivel **Bajo**, que señala que “los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o actividad que los distraiga” (Soto Carlos, 2016), las personas que puntúan este nivel, habitualmente están inactivas, casi nunca realizan actividades dinámicas, no tienen iniciativa de crear y/o participar en actividades que los tengan activos.

Esta área es de vital importancia para una persona adulta mayor institucionalizada, puesto que la actividad física, permitirá la correcta o normal funcionalidad del organismo, impidiendo de esta manera el deterioro y atrofia o distrofia de huesos y músculos ‘*no quiero hacer nada, no me gustan las cosas que hacen aquí*’; la señora manifiesta que le gusta tejer, que se podría considerar como un ejercicio manual, que también es positivo.

En cuanto a la **Calidad Ambiental**, la señora obtuvo un nivel **Muy Bajo**, y que refiere que “a través del control del ambiente se puede influir en el bienestar físico y emocional de las personas adultas mayores, que está sujeta a las múltiples negociaciones que se establecen entre los heterogéneos sujetos y sus entornos” (Chackiel, 2000), lo que refleja que las personas con este nivel, se encuentran insatisfechos en el lugar en el que viven; ya sea por los elementos ambientales como la satisfacción con la vivienda en general.

Los adultos mayores ya tienen una estructura sobre el lugar en el que viven, es suyo, los horarios y actividades que realizan, son de su agrado y preferencia “*no es mi casa, me quiero ir, no me gusta estar encerrada*”; es su hogar, lo conocen y sienten un apego emocional. Mientras que por el centro en el cual son institucionalizados y en el cual deben cumplir horarios, realizar actividades, cumplir normas y reglas impuestas

por alguien, sienten un cierto rechazo y lo reflejan a través de la insatisfacción hacia el mismo.

Toda esta situación, indica el obstáculo a los adultos mayores de conseguir “oportunidades de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades. Puesto que para las personas que transitan por esta etapa de la vida, cualquier elemento, ya sea interno o externo, puede contribuir al desarrollo del envejecimiento y descenso de la calidad de vida, expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar” (Dávila y Díaz, 2005), y que perjudica a la integración de estas personas a diferentes espacios o ámbitos de la sociedad, provocando de esta forma, el aislamiento de las mismas.

En el área de **Educación**, la señora L. se sitúa en un nivel **Muy Bajo** y afirma que “para las personas que transitan por esta etapa de la vida, la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar” (Dávila y Díaz, 2005), lo que indica claramente que las personas que puntúan este nivel, no han podido acceder a instrucción o enseñanza, que muchas veces se produce, como en este caso, por haber nacido en el campo, por ejemplo, lo que impide que dichas personas puedan estudiar, lo que da como consecuencia que las mismas son analfabetas, no sepan leer, ni escribir “*no fui a la escuela, mi padrastro era malo*”.

Por último, en el área de **Ingresos**, la señora L. está en un nivel **Muy Bajo**, que hace referencia a “la desigualdad socioeconómica que se experimentan en la sociedad, así como la significación que tienen los ingresos en las edades avanzadas, justifican el estudio de lo que se denomina seguridad económica en la vejez, especialmente en aquellas entidades gubernamentales” (Ramírez, 2006), que claramente señala que la misma percibe únicamente el bono dignidad de 300bs mensuales entregados por el gobierno a todos los adultos mayores, ya que ningún familiar le colabora con nada.

La avanzada edad de la señora le dificulta en realizar actividades que le generen ingresos económicos, y que por los cuales, ella pueda gozar de cierta independencia y autonomía económica, y no la tengan en estado de dependencia a la ayuda del gobierno “*solo cobramos el bono, con eso me compro algunas cositas*”.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora L.:

CUADRO N°8
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
12	Depresión Ligera

La señora L. está atravesando por un nivel de **Depresión Ligera**, conocido también como distimia, donde los síntomas característicos de la depresión, están presentes, pero de manera o intensidad más leve y duración mínima. En el cual y “durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias estresantes, que provocan depresión, con disminución de la autoestima, aumento de la inseguridad, sensación de impotencia, ausencia o escasez de motivación vital, temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como, por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono” (Campagne Daniel, 2017). Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida y viven una existencia sin júbilo y energía, que casi parece ser una extensión natural de su personalidad.

Los adultos mayores con este grado de depresión, atraviesan por episodios con muchísima carga emocional y afectiva, que, de no tratarse y superarse, pueden finalizar en episodios de depresión grave, que puede concluir con la vida de la persona (*me siento triste, no quiero vivir*), en la mayoría de los casos, tiene su origen en la internalización de los mismo en la institución.

lo que señala que el individuo que presenta este grado de depresión, “padecerá en forma esporádica y por breves momentos, cierto nivel de tristeza, así como de una pérdida del apetito, por momentos tendrá brotes de llanto injustificado, además no encontrará goce, ni disfrute, ni placer en las actividades que comúnmente son causa de esas sensaciones” (Idem.). Estos episodios o cuadros depresivos pueden ocurrir una, dos, o varias veces en el transcurso de la vida de una persona, pero que no implican gravedad, si se toman las debidas consideraciones.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

N° de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Están sentados, van a leer o no van a leer, hay plantas, la pareja están hablando, todos están felices.	Se reflejan emociones de júbilo y satisfacción, por encontrarse en una zona verde, se pone alegre por la armonía que ve y la felicidad

			que percibe en la imagen, así como también el anhelo de ese bienestar en su vida.
10	Soledad Tristeza	El abuelo está agarrando su frente, está enfermo, está llorando, está solo, tendrá familia, no tendrá, capaz como yo sin familia, estoy botada aquí	Clara identificación de su <i>soledad</i> , de su estado de abandono “ <i>no tendrá, capaz como yo sin familia, estoy botada aquí</i> ” Se manifiesta afectos de desosiego, por la situación de abandono.
11	Soledad Tristeza	El señor esta con su hija, el otro está leyendo, hay una planta. Hay personas en el auto sentados, orando.	Se revelan sentimientos de agobio, por la pérdida de la independencia y el manejo de su persona. Manifiesta sentimiento de <i>soledad</i> , se apoya en su fe.
12	Miedo	La abuelita está llorando, porque sus hijos no lo ven,	Se manifiestan emociones de turbación, por la desolación en la que se encuentra. <i>Miedo</i> a no volver a sus hijos, falta de apoyo y afecto.
13	Tristeza Miedo	Hay valijas para viajar, están viajando a su casa, donde más pueden ir.	Deseos de regresar a su hogar, con la presencia de afectos de <i>tristeza</i> e impotencia por no poder hacerlo.
14	Miedo	El abuelo está parado, agarrando un celular, una cartera	Expresión de emociones iracundas, a una posible

	Ira		dependencia, <i>miedo</i> a la pérdida de comunicación con sus pares o seres queridos.
15	Ira Alegría	Son hermanos que están parados, abrazados que estarán bailando	Sentimiento de <i>alegría</i> a recordar momentos familiares agradables, añoranza a la familia.
16	Miedo	Estaba leyendo la biblia, está soñando con su familia, esta de pena, no hay quien le vea.	<i>Miedo</i> al desamparo total, Se refleja el temor por la inasistencia de visitas por parte de sus familiares, angustia contenida por su fe.

El estado afectivo de la señora L, se caracteriza por la presencia de afectos como *soledad y miedo*, que puede relacionarse con el sentimiento de abandono, ausencia de visitas, escasa comunicación, falta de afecto, temor al abandono y desesperanza.

En la entrevista que se le realizó a la señora, manifestó no acostumbrarse a vivir en la institución, desea irse con sus familiares, no logra interactuar con los adultos mayores, porque normalmente pelean, su comunicación es escasa, lo que hace que se sienta sola y el sentimiento de abandono sea más fuerte “*me siento sola, lloro un rato y se me pasa*”, desde que la ingresaron a la institución no recibe visitas de sus hijos, ni familiares, dejándola en desolación con necesidad de afecto y apoyo familiar.

El sentimiento de soledad también se pudo identificar en la aplicación de las gráficas, “*El abuelo está agarrando su frente, está enfermo, está llorando, está solo, tendrá familia, no tendrá, capaz como yo sin familia, estoy botada aquí*” (lamina 10), haciendo una clara proyección e identificación con su estado de abandono.

Tiene miedo al abandono total de sus hijos, familiares, temor a no volverlos a verlos y se no se preocupen por ella “*La abuelita está llorando, porque sus hijos no lo ven*” (lamina 12), manifiesta emociones de turbación, desolación en la que se encuentra, necesidad de apoyo y afecto familiar.

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad. "convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional". (Madoz, 1998, p 283)

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El **nivel de calidad de vida** de la señora es **Bajo**, lo que se entiende como una vida insatisfactoria, varios indicadores de necesidades básicas que se evaluaron están Insatisfechos afectando la vida diaria del adulto objetiva y subjetivamente, áreas afectadas, como la actividad y ocio, calidad ambiental, ingresos percibidos, y la insatisfacción con la vida.

La señora presenta un nivel de Depresión **Ligera**, lo que indica que puede padecer de forma esporádica y por breves momentos, tristeza, pérdida de apetito u llanto injustificado, el origen de este malestar puede deberse a la ausencia de su familia.

El estado afectivo de la señora L. se caracteriza por la presencia de emociones como **soledad y miedo**, que puede relacionarse con el sentimiento de abandono, ausencia de visitas, escasa comunicación, falta de afecto, temor al abandono y desesperanza. Mucha añoranza por la vida de campo y naturaleza a la que siempre ha estado habituada.

CASO N° 9

DATOS GENERALES

Nombre: J. H.

Edad: 68 años

Fecha de nacimiento: 13 de abril 1950

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 4 años

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Técnica de Apercepción para Adultos Mayores SAT

b) Conducta durante la entrevista y aplicación de instrumentos

La señora se presentó a las entrevistas con una vestimenta adecuada, el estado de su ropa gastado pero limpio, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, su vocabulario es reducido, contenido coherente, velocidad del habla normal, organiza bien sus ideas y da continuidad a su discurso, no presenta delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, no hace uso de abstracción ni de metáforas, buen estado de memoria, conciencia del entorno, orientación en el tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión entrevista: La señora J. se mostró algo nerviosa, angustiada, al inicio de la evaluación, se la notaba atenta pero impaciente, pendiente de la puerta.

2da sesión aplicación de instrumento: se mostró más pasiva, más tranquila con interés por la evaluación, se pudo desarrollar sin dificultad.

3ra sesión aplicación de instrumento: se mostró amable, participativa, con un dialogo más fluido y seguro.

4ta sesión aplicación de instrumento: se la noto más segura, respuestas un poco más fluidas, atenta la evaluación, se lleva a cabo la aplicación sin ningún tipo de dificultad.

c) Motivo de institucionalización

La señora J. ingreso al centro de acogida por abandono total, modo indigente y consumo de bebidas alcohólicas, no tiene familiares que velen por ella.

d) Descripción general del caso

La señora J nació y se crio en Berque, pueblo que pertenece a la ciudad de Villazón, no estudio, no puedo ir a la escuela porque eran pobres, no conoció a tu padre, y su madre falleció porque estaba enferma, toda su vida se dedicó a trabajar en el campo, pasteando ovejas, y hacia ollas de barro.

Se casó, tuvo tres hijos, los cuales fallecieron tras el parto, su marido falleció por excesivo consumo de alcohol, y ella al verse tan sola fue por el mismo camino, se dedicó a tomar alcohol, *tomaba, día, noche tomaba... estaba sola, dormía en la calle.... Caminaba sola... no comía... no veía a mis primos... solía estar deambulando en la ciudad de Villazón consumiendo tragos y mendigando monedas.*

Solo tiene de familia a primos políticos que le dejo su marido, con familiares de su propia familia ella no tiene relación, no sabe nada de ellos, *“mis primos viven en Berque, ellos no saben que estoy aquí, sino vendrían a verme, pero no saben, quiero que vengan y me traigan coquita, quiero ir a mi casa”*

La señora J ingreso al centro de acogida porque una conocida de ella la hizo ingresar, la veía muy mal en todos los aspectos.... A un comienzo lloraba mucho, no se podía acostumbrar, aun ahora no se le hace muy difícil vivir allí y solo desea salir.

No recibe visita de absolutamente nadie, y todos los días esta con pena, extraña a tus primos políticos y a sus ovejas, generalmente está aislada y sola, quiere volver a su casa en Berque.

Nadie viene a verme, mis primos no saben dónde estoy, sino ya hubieran venido, de eso nomas estoy de pena... quiero ir mi casa, no vienen a verme...

Aspecto afectivo y social.

Desde que ingreso al centro de acogida, no se logra acostumbrar, dice que sus primeros días lloraba mucho, ahora se siente aburrída, se siente triste, siente como si estuviera en una cárcel, llora algunas noches en su cuarto.

No se lleva bien con los otros adultos mayores porque le quieren pelear, pegar, prefiere estar sola, no le gusta que le vean renegado. Siente que los abuelitos están enojados con ella, se quiere ir, desea irse con su familia.

Expresa sentir mucha pena, a veces pierde hasta las ganas de comer, tiene mucha pena quiere ir al campo a trabajar.

5.1.9 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

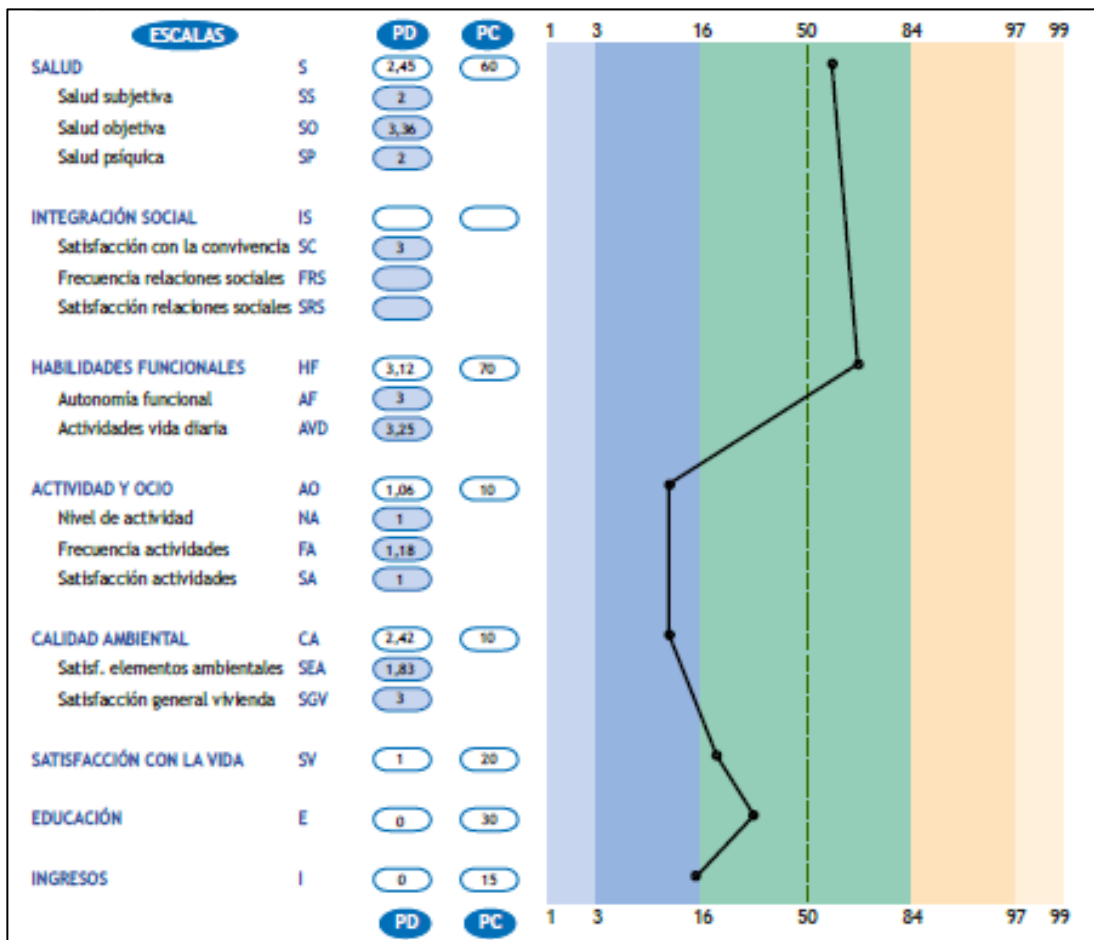
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia” Sub Regional Villazón”.

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Gráfico N° 9 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Integración Social: Percentil 10, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Habilidades Funcionales: Percentil 70, correspondiente a Nivel Alto
- Área de Educación: Percentil 30, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Satisfacción con la vida: Percentil 20, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Los resultados indican que, en el área de **Integración Social**, la señora J. se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que refiere que “la integración social de personas adultas mayores, es uno de los temas históricamente más debatidos en el campo de la educación alternativa y regular, por cuanto supone el último eslabón dentro de una cadena educativa que se orienta, aparentemente, hacia la equiparación de oportunidades laborales, económicas, sociales, políticas, etc.” (Miravet Moliner, 2014), este resultado refleja el grado de insatisfacción en el que se encuentra la entrevistada, especialmente por la mala relación que lleva con las personas que le rodean, y aquello se suma que no recibe visitas de parte de familiares o amistades.

Es muy importante en toda vida humana la socialización con otros seres, ya que, de no producirse este hecho, puede desencadenar en un trastorno social, que le impida relacionarse de manera positiva con otras personas, y que, por esta causa, las otras personas internas, la aparten o aíslen *“prefiero estar sola, son malos algunos abuelos, quieren pegar quiero irme a mi casa, con mis familiares”*.

Las **Habilidades Funcionales** son un factor importante, ya que indica que “la funcionalidad del adulto mayor alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente; su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía. Con la pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir, y aparece así el término discapacidad” (Bejarano, 2005) lo que refleja que la misma se encuentra en un nivel **Alto**, lo cual señala que las personas que puntúan en este nivel, no tienen ninguna dificultad física, por lo cual, pueden realizar actividades independientemente, como todo aquello referido al aseo personal, y/o ayudar con actividades cotidianas del hogar en el que vive.

Esta área es de gran importancia para mantener la actividad mental y física de todas las personas, ya que toda esta actividad, impide el deterioro del organismo, tanto a

nivel mental como físico, lo que generará un beneficio para el individuo, ya que se mantendrá activo a comparación de sus compañeros del centro *“me puedo peinar, barro, limpio el cuarto también”*.

Prosiguiendo con el análisis, en el área de **Satisfacción con la vida**, la señora se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que es “la satisfacción por áreas específicas, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos presentan para las personas” (Peeke y Dolezal, 1999), lo que significa que la señora se encuentra muy poco o nada satisfecha con la vida que lleva, que además, no disfruta de las cosas como antes, y que sólo desea volver a vivir en el campo, pues le desagrada vivir encerrada.

El estilo de vida que una persona tenga, influye muchísimo el grado de satisfacción del que se pueda disfrutar. Lo que significa que una persona que ha vivido en constante actividad (que es el caso de la mayoría de los adultos mayores) y luego es llevado a una vida cansina, estática, llega a no asimilar, ni adaptarse a esa nueva vida, por lo cual rechaza este nuevo estilo de vida *“no quiero estar aquí, que vengan mis familiares a buscarme, parece cárcel”*.

Este bajo nivel, es en su totalidad, de tipo subjetivo, por lo cual, se originará en una “evaluación que las personas adultas mayores hacen de sus vidas, que incluye, además, una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias” (Bejarano, 2005) de lo cual dependerá su satisfacción o no hacia la vida, lo cual, irá a determinar el nivel de calidad de vida de la persona.

En el área de **Educación**, la señora se encuentra en un nivel **Muy Bajo**; Adams Félix(2013) afirma que “el derecho a la educación no debe ser sometido a ningún

límite de edad y para el adulto mayor este derecho tiene una significación especial, que permitirá crear estrategias y métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica para un aprendizaje adulto” que señala claramente que la señora J. es una persona, que al criarse en el campo, no tuvo la posibilidad de recibir algún tipo de instrucción y/o enseñanza, razón por la cual, la misma es analfabeta, no sabe leer, ni escribir *“no fui a la escuela, mis papas no me hicieron estudiar”*.

Finalizando el análisis y en el área de **Ingresos**, se interpreta como la posición de la señora en un nivel **Muy Bajo**, que señala que *“los adultos mayores deben tener o recibir recursos que sean suficientes, además de la periodicidad con que los reciben, para que los adultos mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos”* (Cuentas, 2002), percibe su bono dignidad de 300bs mensuales, puesto que ningún familiar le colabora con nada.

La situación de ser una persona institucionalizada, le coarta la posibilidad de realizar alguna actividad, que pueda generar algún ingreso económico y que, de cierta manera, le permita una independencia y/o autonomía económica *“solo cobro al mes mi bono, con eso compro coquita”*.

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Bck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora J:

CUADRO N°9
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
26	Depresión Grave

Según los resultados que se muestran en el cuadro, se puede notar que la señora J. posee un nivel de **Depresión Grave**, que “es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar; afecta la forma en que una persona come y duerme, afecta a la interacción y desenvolvimiento social, que afecta como uno se valora así mismo; es un estado pasajero de tristeza, además de un estado de agotamiento e infelicidad” (Beck, 1979), conocida como depresión unipolar o clínica, en la cual, las personas tienen algunos o todos los síntomas característicos de la depresión por al menos dos semanas. Con frecuencia los tienen por varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una, dos, o varias veces en el transcurso de la vida de una persona. Este nivel afecta mucho a la integridad de la persona, y requiere de atención profesional rápida.

Implica que el sujeto que manifiesta este nivel, “se verá afectado de una tristeza muy profunda, además que perderá el apetito, pasará por lapsos de tiempo muy extensos de llanto, también puede presentarse el desinterés en las actividades que eran causa de motivación, por otro lado, se podrá notar la pérdida de la autonomía personal, como de una independencia social” (Lizan, L, 2014), que afectará la humanidad de la persona, y provocará el deterioro físico, mental y psíquico de la misma, si es que ésta, no recibe la asistencia competente, necesaria, adecuada y oportuna de para salir de esa situación tan crónica.

La persona que padece este nivel de depresión, independientemente de la edad, requiere de atención con urgencia, puesto que la tristeza es tan profunda, que no le permite salir de ese episodio emocional, tan crítico para una persona adulta (*no*

quiero vivir, estoy muy triste y no quiero hacer nada). Esta situación puede deberse a las áreas en las que ha puntuado bajo, a su historia de vida, en la que lo ha perdido todo, no existen en su vida ni lazos familiares y materiales que le den algún motivo para vivir, influye también el hecho de haberse convertido en bebedora consuetudinaria, la vida de calle y mendicidad en la que vivía, donde no se tiene nada, ni importa nada, sumado a la falta de visitas y abandono de los familiares.

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

N° de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Están en la plaza, las dos parejas la pareja mayor están casados, los otros no, están alegres, están hablando sin tiempo.	Recuerdos de tiempos pasados de <i>alegría</i> , llenos de gozo, añoranza a su época de juventud.
10	Soledad Tristeza	Está durmiendo, está pensando con la boca abierta, esta con un poco de pena.	Expresa <i>tristeza</i> ante su situación, remembranza del estilo de vida que se vivía antes de ser internada.
11	Soledad Tristeza	La pareja está hablando, están en la calle, son todos familia, son primos, están con un poco de pena	Manifestación <i>tristeza</i> por el abandono que padece de sus seres queridos. Sentimiento

			de angustia, por la ausencia de visitas por parte de familiares.
12	Miedo	La abuelita está llorando de pena, porque no le vienen a visitar, mis familiares no vienen a verme tampoco.	Identificación directa, sentimiento de <i>miedo</i> a no volver su hogar, ni con su familia. Expresión de emociones de temor, por la inasistencia en las visitas por parte de sus familiares.
13	Tristeza Miedo	Son primos, hay una chica y un abuelito, están llevando comida, carne para hacer asado, están con un poco de pena.	Manifestación de <i>tristeza</i> , evidente melancolía por no poder participar de actividades familiares. anhelo de afecto.
14	Miedo Ira	Está en el baño, es un hombre orinando, no tiene pena, esta alegre	Se refleja cierta distorsión de la realidad o incorrecta percepción de la misma. Falsa percepción (ira).
15	Ira Alegría	Están bailando, muy cerquita le está por besar, hay dos abuelitos que están mirando.	Melancolía de vida íntima, de pareja. Expresión de <i>ira</i> al no poder tener contacto con otros como en su juventud, envidia.
16	Miedo	La abuelita está durmiendo, pensado en su familia, lo que no vienen sus familiares a visitarle, está soñando con su marido y sus amigos que le	Presencia de miedo a la perdida familiar, como miedo a la muerte, sentimientos de soledad y abandono, por la

		dicen que vayan al cementerio, pero no se puede despertar.	falta de visitas, lo que provoca, necesidad de afecto.
--	--	--	--

El estado afectivo de la señora J. se caracteriza por la presencia de afectos como *tristeza e ira*, los cuales se relacionan con sentimientos como angustia, preocupaciones excesiva, temores, aislamiento voluntario, enfado y disgusto a determinadas cosas.

En la entrevista que se le realizo a la señora J. en todo momento estuvo presente la disconformidad de estar en el centro de acogida, desde que ingreso a la institución hasta la actualidad no logra adaptarse y su único deseo es irse, refiere que antes lloraba demasiado, ahora llora algunas noches haciendo evidente su tristeza y angustia, siempre expresa estar de pena, tristeza por no poder estar con sus familiares “*Son primos, hay una chica y un abuelito, están llevando comida, carne para hacer asado, están con un poco de pena*” (lamina 13) , es evidente la manifestación de melancolía por no poder participar de actividades familiares, el anhelo de afecto.

Muestra temor a no volver a su hogar que es su único deseo, está preocupada constantemente por el bienestar de sus familiares, como también por las ovejas y chivos que tenía antes de que ingrese al centro de acogida, no logra interactuar con los otros adultos mayores, prefiere estar sola, aislada.

Manifiesta ira, sentimiento de enfado y disgusto al estar donde no desea estar, prefiere mantenerse aislada sin interacción con los otros adultos mayores del centro, porque percibe agresión de parte de ellos, “*no se puede hablar, te quieren pegar, pelean nomas*”, siente como si fuera una cárcel y reniega de estar encerrada ahí, solo espera la visita de sus familiares para lograr salir, pero ellos nunca la visitan, están ausentes.

Cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad, puede percibirse como una pérdida, sentimiento de pérdida por la ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales, la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos, la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. En esta situación la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y tristeza. (Iglesias, J, 2001).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

De acuerdo a los resultados obtenidos el **nivel de calidad de vida** del adulto mayor es **Bajo**, lo que refiere a insatisfacción en varias áreas de su vida, Esta afirmación nace a partir de evidenciarse que áreas afectadas, que integran la totalidad de la calidad de vida, son la actividad y ocio, además de la calidad ambiental, de los ingresos que percibe y la satisfacción con la vida, estas afecciones hacen que el adulto mayor no tenga una vida satisfactoria tanto subjetiva como afectivamente.

Por lo que respecta al nivel de Depresión, es **Grave**, cabe hacer notar que es imprescindible que la señora entrevistada reciba atención especializada. Ya que puede ingresar a cuadros de tristeza profunda, perdiendo el apetito, así como otros aspectos de atentaran contra su vida.

El estado afectivo de la señora J. se caracteriza por la presencia de afectos de **tristeza e ira**, los cuales se relacionan con sentimientos como angustia, preocupación excesiva, temores, aislamiento voluntario, enfado, y disgusto a determinadas cosas.

CASO N° 10

DATOS GENERALES

Nombre: L. Q. B.

Edad: 86 años

Fecha de nacimiento: 8 de agosto de 1932

Sexo: femenino

Tiempo de institucionalización: 6 años

a) Pruebas Aplicadas

- Entrevista
- CUBRECAVI Cuestionario breve de calidad de vida
- Inventario de Depresión de Beck
- Test de apercepción para edades avanzadas SAT

b) Conducta Durante La Entrevista Y Aplicación De Instrumentos

La señora se presentó a las entrevistas con una vestimenta adecuada, el estado de su ropa gastado pero limpio, no manifestó movimientos involuntarios ni agitación, hubo momentos en los que se mostró molesta y renegona, no muy colaborativa, desconfiada, se dificultó la comunicación ya que la señora es quechuista, se expresó con fluidez en su idioma, por lo que se tuvo la colaboración de una persona que participó en la traducción y dio contenido coherente a su alocución.

Velocidad del habla un poco precipitada, habla de forma continua, capaz de organizar bien sus ideas y dar continuidad a su discurso, no presentó delirios, alucinaciones, ni confabulaciones, buen estado de memoria, orientación en tiempo y espacio.

Especificación por sesión

1era sesión, entrevista: La señora L, se mostró poco colaborativa, reacia, hubo dificultad para establecer un buen rapport y llevar a cabo la entrevista.

2da sesión, aplicación de instrumento: actitud tosca, al inicio de la actividad no quería participar, poco a poco se logra obtener su atención y colabora.

3ra sesión, aplicación de instrumento: se muestra con un poco más de confianza, algo más amable, pero sin ganas de participar, costó captar su atención.

4ta sesión, aplicación de instrumento: La señora L. se muestra más suelta y participativa, colabora y se lleva a cabo la actividad sin dificultad.

c) Motivo de institucionalización

La señora L fue ingresada al centro de acogida por que se encontraba delicada de salud, por motivos de trabajo su hijo, no podía estar al pendiente, y brindarle la atención que necesitaba, sus otros hijos hace años no saben nada de ella.

d) Descripción general del caso

Nació y se crió en una comunidad que se llama Volcán, no pudo estudiar, se casó y tuvo 3 hijos, dos de sus hijos viven en la Argentina y el otro en Villazón, no tiene mucha relación con ellos, fue ama de casa, trabajadora del hogar y pasteaba ovejas.

Se casó solo una vez, en Villazón y tuvo 3 hijos, el marido falleció por alcoholismo, dice que era muy malo, la golpeaba, él tomaba mucho y como ella no quería tomar, la golpeaba, ella trabajaba pasteando ovejas, al sentirse sola se fue varios años a vivir y trabajar a Güemes (Salta-Argentina)trabajaba en casas haciendo limpieza y todo quehacer.

Años después volvió a Villazón, hizo su casita donde vivía con su hijo óscar, que dice que se hizo de una mala mujer, a veces tiene pena de sus hijos, pero piensa que todos los hijos son así, se van y no se acuerdan de la mamá.

Su hijo óscar fue quien la ingreso al centro de acogida porque estaba muy enferma, y el por su trabajo no la podía cuidar, en la visita muy ocasionalmente, sus nietos iban a visitarla, pero también dejaron de ir.... Hace mucho tiempo no recibe visitas.

Aspecto afectivo y social.

La señora L. desde que ingreso al centro de acogida no logra acostumbrarse, dice que no lloraba, no estaba triste pero no logra acostumbrarse, se quiere ir donde sus hijos, no le agrada la comida que les dan, no tiene buena relación con los otros adultos mayores, dice que hablan incoherencias que la hacen renegar, hay abuelas malas que quien golpear.

Las enfermeras son buenas, dice que les tratan bien, entiende que por su trabajo sus hijos no vienen, se siente tranquila. No hace nada que la ponga alegre, ella quiere salir a pasear, no tengo miedo a nada, antes sabia vivir solita.

En la institución no se siente nunca sola porque hay muchos que viven en el lugar, no tiene pena, pero debes en cuando se echa de menos por sus hermanas y su familia.

5.1.10 Análisis e interpretación individual de los instrumentos

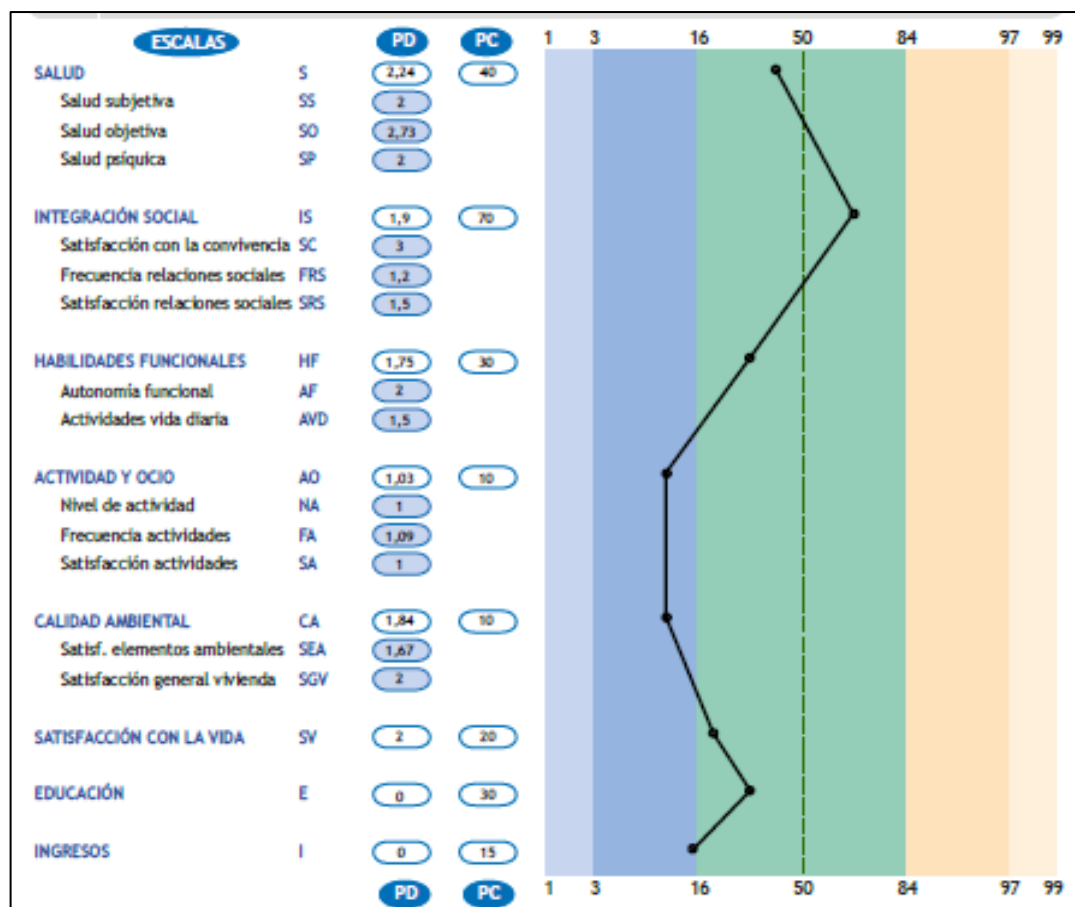
1. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El cuestionario CUBRECAVI responde al primer objetivo específico, que dice:

*“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia”
Sub Regional Villazón”.*

En el siguiente gráfico se observan los resultados obtenidos, que, para su análisis e interpretación, se tomaron en consideración los percentiles relevantes altos y bajos, obviando puntajes medios en base a la escala.

Grafico N° 10 – Resultado y perfil del caso



Áreas de medición:

- Área de Actividad y Ocio: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Calidad Ambiental: Percentil 15, correspondiente a Nivel Muy Bajo
- Área de Ingresos: Percentil 16, correspondiente a Nivel Muy Bajo

Según los resultados encontrados sobre los niveles de la calidad de vida que presenta la señora L. encontramos que en el área de **Actividad y Ocio** sacó un nivel **Muy Bajo**, correspondiendo a una vida demasiado sedentaria, con muy poca actividad física y casi nula participación con las demás personas que conviven en el Centro de atención al adulto mayor, este dato expresa lo dicho durante la entrevista, esa disconformidad de permanecer allí, las malas relaciones que tiene con sus coetáneos y

el deseo de salir de allí para retornar a vivir con la familia, a pesar de expresar que ya no espera nada y que se ha acostumbrado a estar sola, y que las visitas familiares paulatinamente se fueron espaciando hasta convertirse en ninguna, es evidente que la señora no se ha integrado al centro, no le gusta ni busca participar de las actividades recreativas y fisiológicas que realizan.

Por otro lado, su percepción del mundo y de la vida, se encontrará distorsionada, ya que, “el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos” Floreal Ferrara (Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, 1975).

En el Área de **Calidad Ambiental**, los datos recabados la ubican en un Nivel Muy Bajo, La importancia del componente ambiental en el análisis y valoración de las personas mayores, de su adaptación o de su capacidad funcional, está en relación con las características tanto de los sujetos como del propio ambiente.

La presión ambiental es percibida como la demanda o el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo. La cualidad positiva o negativa de la interacción entre la persona y el ambiente, puede ser determinada en función del grado de competencia del sujeto.

El modelo ecológico sobre la vejez sostiene que la conducta es una función de la competencia de individuo y la presión ambiental de la situación. El comportamiento se considera resultado de una combinación de la presión ambiental de una determinada magnitud, que actúa sobre el individuo que tiene un grado específico de competencia.(Arrazola, Yanguas, Arriola, y Uriarte, Citado en Luján Padilla, 2014).

La señora L, al igual que varios de los adultos mayores que viven en las instalaciones, son totalmente indiferentes a las comidas que tiene o no, solo desean irse.

Otra área en la que puntuó **Muy Bajo** es acerca de sus **Ingresos**, ésta resultó ser una constante entre los adultos mayores que viven en el Centro de Acogida, ahí tiene cubiertas las necesidades de techo y comida, además de la atención del personal que trabaja allá, pero no disponen para sus gastos y gustos más que con los 300 bs que les otorga el gobierno como bono a la tercera edad, monto por demás insuficiente para cubrir sus necesidades, lamentablemente la señora no recibe ayuda económica de ningún familiar.

Al respecto: “De acuerdo con lo anterior, es evidente que las personas mayores que se encuentran institucionalizadas, no cuentan antes de dicha situación con condiciones adecuadas de vida, en la medida en que de acuerdo con Tobin y Lieberman (1976), citado en Bazo (s.f.), la dependencia, que implica experimentar pérdidas tanto físicas, como económicas, familiares o sociales, ha sido un factor determinante en la institucionalización.” (Nora Liliana Guevara-Peña,2016. Pág. 145)

2. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck responde al segundo objetivo específico, que dice:

“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”.

En el siguiente cuadro se podrá observar el nivel de depresión de la señora L:

CUADRO N°10
NIVEL DE DEPRESIÓN

PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESIÓN
18	Depresión Moderada

Los resultados indican que la señora L. padece de un nivel de **Depresión Moderada**, que “es un trastorno del estado de ánimo, durante el transcurso de éste, el adulto mayor también puede presentar algunos déficits neuropsicológicos, como la tristeza, melancolía, pérdida del sueño, o deseos de vivir, etc.” (Portelles, 2016), puede causar dificultades con las tareas diarias, los síntomas se presentan de forma suave y son generalmente episodios moderados de extrema tristeza, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento pesimista y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. Se presenta a menudo una preocupación de cosas innecesarias, por ejemplo, el rendimiento en el trabajo, se sienten más sensibles y susceptibles, tiene la sensación de producir lastima.

Este nivel de depresión es normal en personas adultas mayores que han sido institucionalizados, puesto que sienten haber sido abandonados por sus propias familias, como objetos que no sirven y estorban, por lo cual les inunda en momentos determinados (como fiestas de fin de año, cumpleaños, aniversarios, etc.) una tristeza profunda, de la cual muchos no salen, mientras que este nivel, indica que es algo pasajero, pero que debe ser atendido “*nadie me viene a ver, me siento muy triste y abandonad*”.

Refiere que el individuo con este grado de depresión, presentará dificultades en la realización de las tareas diarias; cabe notar, que los síntomas se presentan de forma suave y las características generales son el humor bajo, la carencia de disfrute, el pensamiento pesimista y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. Se presenta a menudo una preocupación de cosas innecesarias; hay que indicar, que el rendimiento en el trabajo (actividades diarias) es bajo, se sienten más sensibles y susceptibles, tiene la sensación de producir lastima dentro de las relaciones personales (amistad o de pareja) (Cognifit, 2017).

3. Técnica de apercepción para adultos mayores (SAT)

La técnica de apercepción para adultos mayores responde al tercer objetivo específico, que dice: “*Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón*”.

En la siguiente tabla se presentan las respuestas textuales percibidas en cada lámina:

Nº de Lamina	Variable A Medir	Relato	Análisis e Interpretación
9	Tristeza Alegría	Los abuelos están sentados, tristes, mirando a los jóvenes felices.	Sentimientos de tristeza que reflejan su estado actual, duelo por la juventud pérdida, hace referencia de estado de afecto entre jóvenes y adultos mayores, añoranza de etapas pasadas de la vida.
10	Soledad Tristeza	El abuelito está echado, enfermo, de pena, se quiere morir dice... yo también me quiero morir así pienso, tengo rabia, pierdo plata, dos chulos he perdido... por eso el abuelito también se quiere morir.	Clara proyección e identificación con la imagen, Se observa la presencia de un extremo pesimismo, marcada por la <i>soledad</i> , con deseos de morir, por el estado de abandono. Ausencia de visitas.
11	Soledad Tristeza	Están tristes, el abuelito está triste, vida amarga...	Sentimiento de <i>tristeza</i> latente, manifiestan sentimientos de abandono y desolación.
12	Miedo	La abuelita está llorando de su	Proyección directa, se identifica

		suerte, vive sola, llora por la ausencia de su familia, yo también lloro por mi suerte.	con la imagen, reflejan sentimientos de <i>miedo</i> , temor ante la realidad del abandono y de la muerte.
13	Tristeza Miedo	Están viajando en avión, es caro, si se cae de ahí arriba y se muere para que ir, yo quiero ir a Tarija pero en colectivo.	Presencia de sentimientos de <i>miedo</i> ante la muerte. Temor a los cambios y al futuro.
14	Miedo Ira	Está parado el abuelito, cansado, triste	Se observa la presencia de sentimientos de <i>miedo</i> ante la pérdida de su independencia, y el valerse por sí misma, desesperanza ante su situación.
15	Ira Alegría	Son abuelitos con sus nietitos, están abrazados, bailando, hay dos abuelitos viendo felices.	Nostalgia de momentos felices vividos en compañía de sus familiares. Expresa felicidad ante el afecto y recuerdo de sus tiempos.
16	Miedo	Está durmiendo de pena, sueña con gente, está de pena porque vive sola y extraña a su familia.	<i>Miedo</i> a abandono total, Expresión de sentimientos y afectos de temor y angustia, por la situación de estar institucionalizada.

El estado afectivo de la señora L, se caracteriza por la presencia de afectos como el miedo y tristeza, los cuales se pueden relacionar con el temor al abandono, la muerte, ansiedad, añoranza al apoyo familiar, duelo por la juventud perdida.

En la entrevista la señora L, expresó no estar conforme con tener que vivir en el centro de acogida y que deseaba irse, dijo que no lloraba seguido y tampoco se sentía muy triste, pero no se acostumbraba, no le gustaba la comida y tampoco tenía relación con los demás adultos mayores.

En la interpretación de sus narraciones se pudo observar que el miedo es un sentimiento latente en ella “*la abuelita está llorando de su suerte, vive sola, llora por la ausencia de su familia, yo también lloro por mi suerte*” (lamina 12). Una clara identificación que expresa el temor realidad, a que ya no la vayan a ver sus seres queridos y se olviden de ella por completo, el abandono, temor al llegar a la muerte en la situación que se encuentra, sin familia, y fuera de su hogar al que tanto le gustaría volver.

El sentimiento de tristeza se manifiesta latente, “*Están tristes, el abuelito está triste, vida amarga...*” (Lamina 11) manifiesta sentimiento de abandono y desolación, la añoranza al apoyo familiar, la ausencia de sus seres queridos es la causa de esos sentimientos, la necesidad de afecto es una de sus angustias, enlazándola con el duelo por la juventud perdida, la pérdida de sus habilidades, el no poder valerse por sí misma, una salud deficiente son el origen de su estadía en el centro de acogida, incluyendo las memorias de sus momentos de felicidad que actualmente extraña.

Dentro de los miedos más importantes, que todos tenemos, hay dos que están presentes en la mayoría de las personas mayores. Curiosamente, no es el miedo a la muerte, sino al sufrimiento cuando éste se acerca, particularmente al dolor físico, y por sobre todo está el temor a ser dependiente y no poder valerse por sí mismo. El ser una carga literalmente aterroriza a las personas de edad avanzada (Alcalde, P, 2010).

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

El **nivel de calidad de vida** del adulto mayor es **Muy Bajo**, lo que determina que no tiene una vida adecuada tanto en aspectos objetivos como subjetivos, como se observa en el gráfico correspondiente, se puede notar claramente, que varias de las áreas que integran y son analizadas por el instrumento, se ven afectadas; tales como el área de actividad y ocio, calidad ambiental, así como los ingresos que percibe y la satisfacción con la vida, que en forma global influyen la forma o estilo de vida del adulto mayor.

Con respecto al nivel de Depresión, se puede notar que éste es **Moderado**, lo que refiere que puede presentar algún grado de dificultad para la realización de sus tareas diarias, carencia de disfrute de algunas actividades, pensamiento pesimista y otras características de forma suave, pero no menos importante.

El estado afectivo de la señora L se caracteriza por la presencia de afectos **miedo y tristeza**, los cuales se pueden relacionar con sentimiento u emociones como temor al abandono, a la muerte, ansiedad, añoranza al apoyo familiar, duelo por la juventud perdida.

5.2 Análisis e interpretación general de los casos

5.2.1 Análisis general del nivel de todas las áreas de calidad de vida

A continuación, se realizará un análisis general de todos los casos en conjunto, para tener una visión general de la situación de los adultos mayores, que serán representados mediante los gráficos, que se muestran a continuación

CUADRO N°11
NIVELES GENERALES DE TODAS LAS ÁREAS DE
LA CALIDAD DE VIDA

NIVEL	Salud	Fr	%	Integración social	Fr	%	Habilidades Funcionales	Fr	%	Actividad y Ocio	Fr	%	Calidad Ambiental	Fr	%
Muy Bajo	1	0,1	10,00%	5	0,5	50%	3	0,3	30%	5	0,5	50%	7	0,7	70%
Bajo	3	0,3	30,00%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Medio	2	0,2	20,00%	4	0,4	40%	3	0,3	30%	4	0,4	40%	3	0,3	30%
Alto	0	0	0,00%	1	0,1	10%	2	0,2	20%	1	0,1	10%	0	0	0%
Muy Alto	4	0,4	40,00%	0	0	0%	2	0,2	20%	0	0	0%	0	0	0%
	10		100,00%	10		100%	10		100%	10		100%	10		100%
NIVEL	Satisfacción con la Vida	Fr	%	Educación	Fr	%	Ingresos	Fr	%	calidad de vida	Fr	%			
Muy Bajo	5	0,5	50%	6	0,6	60%	10	1	100%	3	0,3	30%			
Bajo	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	4	0,4	40%			
Medio	5	0,5	50%	1	0,1	10%	0	0	0%	3	0,3	30%			
Alto	0	0	0%	2	0,2	20%	0	0	0%	0	0	0%			
Alto	0	0	0%	1	0,1	10%	0	0	0%	0	0	0%			
	10		100%	10		100%	10		100%	10		100%			

Los resultados generales indican que, como se muestra en el cuadro, la **Calidad de vida** de la población evaluada en general, presenta un **40%** que señala que los adultos mayores se encuentran en un **Nivel Bajo De Calidad De Vida**, lo que significa que dichas personas, “no poseen los medios adecuados por los cuales puedan sentir satisfacción en las diferentes áreas que comprenden la calidad de vida, por lo cual, expresan insatisfacción en este sentido” (Hernández, 2015) ya que los adultos mayores institucionalizados en este centro están atravesando por diferentes circunstancias negativas, externas e internas, que afecta sus vidas y no les permite gozar a plenitud de esta etapa de su vida; más allá del cuidado, protección, el ambiente adecuado y seguro que se les ofrece, una buena atención de parte del personal encargado, etcétera, nada de eso compensa la necesidad de sentirse amado y protegido por su propia familia, donde sean los lazos de amor los que hagan de esta última etapa, llamada la “tercera edad” algo más dulce y llevadero, porque de acuerdo

a los relatos el sentimiento de haber sido abandonados por sus familias y no tener a nadie es un factor muy importante para determinar un mejor nivel de calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre sus posiciones en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos.

Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socio-económica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos”(Seiza yZedan,2011, pág.16).

En cuanto al área de **Salud**, se puede observar que de acuerdo a los parámetros del test el 40% de los Adultos Mayores se sitúa en un nivel **Muy alto**, aspecto muy importante ya que esta etapa evolutiva es la más vulnerable de padecer diferentes problemas de salud, lo que es “el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos; además de un conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo” (Cortez, 2016), se observa que el 50% de la muestra presenta un nivel que va entre medio y bajo, resultado que no hace más que reflejar que la población se encuentra en cierta medida afectada en lo concerniente a la salud de manera general, pero también en áreas determinadas, como ser la salud objetiva, psíquica y/o subjetiva.

Por otro lado, y con respecto a la **Integración Social**, el 50% población se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, lo cual “es la mezcla y unificación de los grupos sociales, más comúnmente visto en la segregación de las razas a lo largo de la historia, además de sectores desfavorecidos de una sociedad en la corriente principal de las sociedades” (Herrera, 2016) y que señala que las personas se encuentran insatisfechas con el tipo de relación que llevan con sus compañeros del centro de acogida, como también con los trabajadores del mismo, o las actividades que se desarrollan, percepción que tendría su raíz en el abandono familiar a la que se ven sometidos los adultos mayores.

Así mismo, en el área de **Actividad y Ocio**, el 50% de la población se ubica en un nivel **Muy Bajo**, ya que el “ocio y de la recreación en la tercera edad tiene un carácter desarrollador, por la participación y actualización que pueden generar como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida” (Morales, 2014), que se interpreta como la inactividad por parte de la mayoría de la población, que se mantiene pasiva, hasta un estado de letargo, y por lo cual, no realizan actividades de manera libre y espontánea, que los tenga activos, prefiriendo estar sentados, sin realizar algún tipo de movimiento.

Continuando con el análisis general, el área de **Calidad Ambiental**, señala que el 70% de los Adultos se posiciona en un nivel **Muy Bajo**, que indica la necesidad de “construir entornos físicos y sociales propicios para envejecer en el lugar, asimismo, para planificar espacios para una población que envejece en un contexto de cambio climático” (Andrews & Phillips, 2005) lo que viene a exteriorizar la insatisfacción de los adultos sobre los diferentes aspectos objetivos del inmueble y mobiliario de la vivienda donde habitan, como las diferentes actividades que se realizan en la misma.

En el área de **Educación**, el 60% de la población se sitúa en un nivel **Muy Bajo**, que señala que el “adulto que decide aprender, debe ser participe activamente en su propio aprendizaje y además, que intervenga en la planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas, en condiciones de igualdad

con sus compañeros participantes y con el facilitador”(Adams Félix, 2013), que expresa que la mayoría de los adultos mayores, son analfabetas porque no tuvieron la posibilidad de acceder a algún tipo de instrucción o enseñanza, lo que desemboca en no sabe leer, ni escribir.

En la última área, que corresponde a los **Ingresos**, en la que el 100% la población se posiciona en un nivel **Muy Bajo**, que refiere que “la seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (Guzmán, 2003) y que no hace más que reflejar la precariedad económica en la que se desarrolló la vida en su etapa productiva de las personas que hoy habitan el centro de acogida del adulto mayor, generando una dependencia económica de dichas personas hacia el gobierno nacional, por la recepción por parte de éstos, del bono dignidad de 300bs mensuales, puesto que ningún familiar les colabora en nada. Cabe hacer notar la consideración de que dicho monto es insuficiente para cubrir los gastos de la vejes, haciendo muy precaria su subsistencia.

5.2.2 Análisis general del nivel de calidad de vida

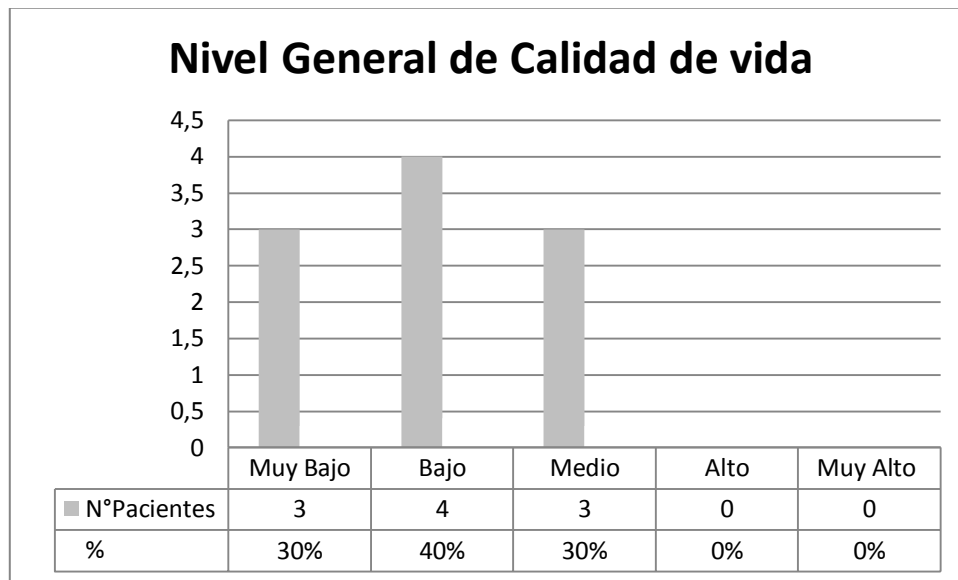
A continuación, se muestran los resultados generales finales, que indican el nivel de calidad de vida grupal, de los adultos mayores:

**CUADRO N°12
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA**

Nivel de Calidad de Vida	N° Pacientes	%
Muy Bajo	3	30%
Bajo	4	40%
Medio	3	30%
Alto	0	0%
Muy Alto	0	0%
TOTAL	10	100%

La información que se observa en el cuadro, revela el nivel de la calidad de vida de los Adultos Mayores, que será mejor comprendida con el siguiente gráfico:

GRÁFICA N°11
NIVEL GENERAL DE CALIDAD DE VIDA



La información contenida en el gráfico, revela que los Adultos Mayores residentes en el centro de acogida Reverendo Divina Providencia del departamento de Potosí, presentan con un alto índice del **40%** un nivel **BAJO** de calidad de vida, lo que se interpreta como “la insatisfacción por parte de los adultos mayores a todo lo que implica su nuevo régimen de vida, desde los ambientes, el nivel de salud, relaciones interpersonales, participación en actividades, etc. que no generan un clima de agrado” (Cardozo, 2016) la insatisfacción hacia su nuevo estilo y forma de vida dentro del centro, además que las relaciones interpersonales no son las adecuadas, varios de ellos expusieron que el mal carácter, ganas de pelear y malcriadez de algunos de ellos los hace aislarse para no ser agredidos, puesto que la avanzada edad de los mismos, les hace indiferentes a lo que ocurre con los otros internos; siendo la salud y los ingresos, elementos importantes para el aumento de la insatisfacción de los mismos.

La situación de los Adultos Mayores institucionalizados, permite el incremento de un estado afectivo y emocional de cierta inestabilidad, lo que acrecienta las diferentes afecciones que padecen los adultos, como la salud, seriamente afectada por la edad u algún padecimiento orgánico interno como externo. Esta situación influye en gran medida en el deseo y la participación de los individuos, en lo que respecta a la relación e integración social entre los adultos, factor que depende de las habilidades que están disminuidas debido a problemas de salud, impidiéndoles participar de las actividades que se desarrollan en el centro.

Por otro lado, se observa que un **30%** de los Adultos Mayores, revela estar situado en un nivel **MEDIO** de calidad de vida, que se refiere a un cierto grado de “aceptación, a un nuevo estilo de vida, que ha sido asimilado y ante el cual se produce una adaptación, tanto a los nuevos parámetros de conducta, como de relacionamiento” (Cortez, 2016) que manifiesta que, éstos presentan cierta satisfacción de manera general, con el estilo de vida que llevan dentro del centro de acogida, como ser las relaciones interpersonales que han establecido con otras personas dentro del mismo, como de las actividades que se realizan, de los ambientes y el mobiliario del lugar. Esta situación, además, se interpreta como la capacidad de los adultos, de realizar actividades por cuenta propia, o sea, que, en cierto modo, son autónomos e independientes (aseo personal), aspecto que refleja un buen estado de salud (subjetiva, psíquica y objetiva) por parte de los adultos.

La salud en sus diferentes dimensiones, es un factor muy influyente en la vida de cada persona, que determinará su actitud frente a los desafíos diarios que se le presenten, como la autonomía e independencia personal, o la interrelación e integración social con sus coetáneos, que, además, se verá reflejada en la participación de los mismos en actividades del centro. Se interpreta que los Adultos Mayores que se encuentran en este nivel, presentan características relativamente buenas de calidad de vida, lo que les permite ver con ánimo el nuevo estilo de vida que deben asimilar, al cual deben adaptarse y que deben aceptar.

Por último, se puede notar en el gráfico, que un porcentaje del **30%** de los Adultos Mayores, manifiesta estar en un nivel **MUYBAJO** de calidad de vida, que hace referencia al “desagrado total y completo, ante una nueva situación, que no desean asimilar, y ante la cual, no tienen la apertura necesaria; su situación físico y mental es crónica, puesto que están testarudos a su anterior estilo de vida, a pesar de tener mejores y óptimos recursos materiales y humanos” (Dávila y Díaz, 2005) señala claramente la insatisfacción y/o desagrado de los mismos por todo aquello que involucra su estadía en el centro de acogida. No gustan de las relaciones con otros internos o no las tienen, su estado de salud en sus diferentes dimensiones (subjetiva, psíquica y objetiva) no es la deseada; su vida es demasiado sedentaria e inactiva, mantienen una dependencia física y motora hacia los encargados del centro, expresando además desagrado y/o insatisfacción por la recepción de un monto económico muy mínimo por parte del gobierno, que obliga a la dependencia de ellos hacia externos.

Las situaciones o estados físicos, afectivos y emocionales en las personas que atraviesan esta etapa de la vida, se reflejan en áreas específicas de la vida de cada persona, las cuales señalan que estas personas, se encuentran atravesando por un momento de inestabilidad interna y externa, que desemboca en la insatisfacción con el inmueble en el que habitan, así como de la compañía o presencia de otros internos, con los cuales no han creado o formado algún vínculo amistoso, además se revela que su estado de salud no es el óptimo, lo cual influye en el ejercicio de actividades, según las habilidades que posee, que se ven alteradas por el estado de salud, dejando al adulto mayor, en un estado inactivo y pasivo, que no es favorable para éste, puesto que esta situación da pie a trastornos psicomotrices, como demencias, distrofias y/o atrofias de músculos, huesos y cerebro.

“Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud

general, el estado funcional y la disponibilidad económica. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre las poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socio-económicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos” (Quinteros, 2011. Pág. 18.).

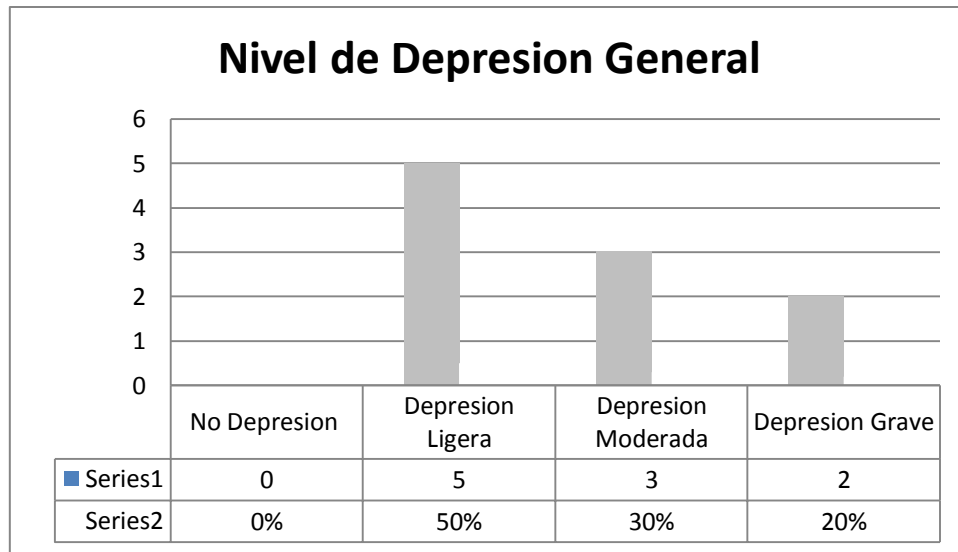
5.2.3 Análisis general del nivel de depresión

CUADRO N° 13
NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de Depresión	N° Pacientes	%
No Depresión	0	0%
Depresión Ligera	5	50%
Depresión Moderada	3	30%
Depresión Grave	2	20%
TOTAL	10	100%

Los resultados que se revelan en el presente cuadro, manifiestan los diferentes porcentajes de niveles de depresión que han alcanzado los Adultos Mayores del centro de acogida Reverendo Divina Misericordia, y que se detallan, analizan y explican a continuación, con la representación del gráfico:

GRÁFICA N°12
NIVEL DE DEPRESIÓN GENERAL



Los resultados que se muestran en el gráfico, revelan que la mayoría de la población padece de un nivel de **Depresión Ligera**, que se traduce como “un trastorno mental frecuente que involucra un esquema de visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, viéndose a sí mismo, como una persona despreciable, desvalorizada; además se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016), además de la presencia de trastornos del estado de ánimo, como momentos esporádicos de tristeza, disminución de la autoestima, pérdida de placer por aquello que anteriormente provocaba satisfacción, trastornos del apetito y/o del sueño, además de una sensación de fatiga habitual.

Además de estos síntomas, la depresión genera habitualmente apatía y dificultad para tomar decisiones. La depresión en el adulto mayor destaca principalmente por la presencia de tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y síntomas

psicosomáticos, es decir, síntomas físicos producidos por procesos emocionales, tales como fatiga crónica o dolor de cabeza.

5.2.4 Análisis general de afectos (apercepción para adultos mayores SAT)

CUADRO N° 14
TÉCNICA DE APERCEPCIÓN PARA ADULTOS MAYORES SAT

casos	soledad	tristeza	miedo	ira	alegría
1		*	*		
2	*		*		
3		*	*		
4		*	*		
5		*	*		
6		*	*		
7		*	*		
8	*		*		
9		*		*	
10		*	*		

Para el cuadro N° 14, se tomó en cuenta la presencia de los afectos en cada uno de los casos, en caso de presencia de afecto se lo califico con (*) como un indicador de presencia, tomando en cuenta solamente dos afectos para su interpretación en cada caso. En el cuadro no se expresa frecuencias, ni porcentajes debido a que la técnica aplicada es subjetiva, su interpretación es netamente cualitativa y el instrumento no posee parámetros cuantitativos, imposibilitando esa expresión.

Tomando en cuenta lo obtenido de las narraciones que expresaron los adultos mayores de las diversas láminas que se les aplico, se puede observar de manera general que los estados afectivos que caracterizan a los adultos mayores que viven en el centro de acogida divina providencia son el MIEDO Y TRISTEZA, lo que se puede relacionar con la ruptura de los lazos afectivos, la escasa interacción con la familia, creándoles un sentimiento de abandono, desamparo, tristeza y nostalgia.

Los adultos mayores en sus narraciones proyectaron el sentimiento miedo, lo que se puede relacionar con temor al abandono total de sus hijos, temor a no verlos nunca más y morir en la institución, el miedo a la pérdida de control corporal, perder su independencia, o al menos las que les queda, los pone en una situación de desesperanza mayor.

Los miedos más comunes que suelen tener los mayores es a los trastornos de los sentidos, memoria, juicio y, sobre todo, a no poder valerse por sí mismos. Debemos tener en cuenta que durante toda su vida han sido independientes, y en la edad adulta los hijos son los que han tenido dependencia de los padres. Al llegar a la vejez este factor se invierte, pero en caso de ausencia de los hijos, esto se convierte en sentimientos negativos que afectan psicológicamente al adulto mayor (Cabrera, 2006).

La Tristeza se proyectó con el sentimiento de duelo por la pérdida de la juventud, añoranza a su movilidad e independencia total, añoranza a su libertad y momentos de felicidad que ahora se viven con angustia, llevándolos a que ellos se aislen voluntariamente, haciendo más evidente la falta del apoyo familiar y soledad.

La dependencia y no poder valerse por sí mismo crea un miedo a la soledad y a sentirse falto de afecto. En esta etapa pasan de tener una actividad diaria a la inactividad. Al llevar una vida distinta y sin las rutinas diarias marcadas durante tanto tiempo, pasan a sentirse aburridos, más solos y menos útiles que en la edad adulta (Losada, 2004).

La Soledad en la mayoría de los adultos mayores se origina por el sentimiento de abandono de sus familiares y seres queridos, la ausencia de visitas repercute en su estado afectivo, haciéndolos sentir desamparados, la ausencia de afecto es más notorio.

Los adultos mayores al no pasar tiempo con la familia o verse desarropado de su cariño, afecto y cuidados. Les crea sentimiento de desamparo, pero aun así se sienten

preocupados de no ser una carga para ellos, ya que los hijos suelen tener su vida ya realizada, con un trabajo e hijos. (Fernández-Ballesteros, 2009).

El envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Objeto multidisciplinario puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social. El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico.

La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y lo que es peor, un conjunto de polipatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros más eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento. (Fernández-Ballesteros, 1992)

5.3 ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

Después de analizar los resultados plasmados en la presente investigación, se puede dar respuesta a los diferentes objetivos planteados en el mismo, las mismas que se refieren a continuación.

Hipótesis 1:

- La hipótesis planteada para responder el primer objetivo específico, indica “*Los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Para Adultos Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón, presentan un nivel bajo de calidad de vida, los indicadores relevantes son la integración social y satisfacción con la vida*”, según los resultados obtenidos, que se muestran en el cuadro N° 11, muestra que el 40 % de los adultos mayores tienen un nivel de calidad **bajo**,

indicando que las áreas relevantes de estas personas son Salud (40 % Muy Alto), Calidad Ambiental (70% Muy Bajo) Y Ingresos (100 % Muy Bajo), mientras que en las áreas planteadas en la hipótesis: Integración Social se obtuvo 50% en el nivel Muy Bajo y el área de Satisfacción con la Vida 50% en el nivel Medio, por lo cual la hipótesis formulada se **RECHAZA**.

Hipótesis 2:

- La hipótesis planteada para la segunda hipótesis específica es “*Los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Divina Providencia, presentan un nivel de Depresión Moderada*”, que según los resultados obtenidos que se muestran en el cuadro N* 13, señala que el 50% de los Adultos Mayores que viven en el centro de acogida Divina Providencia, presentan un nivel de **Depresión Ligera**, y solamente 30% de los adultos mayores sufren de depresión moderada. Por lo tanto, la hipótesis planteada se **RECHAZA**.

Hipótesis 3:

- La hipótesis planteada para responder el tercer objetivo específico es “*Los sentimientos y emociones que predominan en el estado afectivo de Los Adultos Mayores que viven en el Centro De Acogida Divina Providencia son Soledad y Miedo*”, según los datos obtenidos del cuadro N* 14, se puede observar de manera general que los estados afectivos que caracterizan a los Adultos Mayores que viven en el centro de Acogida Divino Providencia son el **Soledad y Miedo** por lo tanto la hipótesis es **ACEPTADA de forma PARCIAL**.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Según los resultados de la investigación se puede responder a cada uno de los objetivos planteados en el diseño teórico:

- En relación al primer objetivo específico que pretende *“Identificar el nivel de calidad de vida y los indicadores relevantes que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”*, de acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores es de Nivel Bajo, poniendo en evidencia a indicadores que influyen en el nivel de calidad de vida, estos son SALUD, CALIDAD AMBIENTAL e INGRESOS. Al estar la calidad de vida estrechamente vinculada a las aspiraciones y el estado físico, emocional y social en el que se encuentra la persona en un momento dado, dichos indicadores o dimensiones como es el caso, influyen en el nivel de satisfacción o disconformidad ya que afectan directamente en la vida que llevan los adultos mayores institucionalizados, por la importancia que tiene más aún en esa etapa de la vida, se concluye que un buen porcentaje todavía goza de buena salud, aspecto que favorece su estadía en el centro de acogida; todos ellos se encuentran en situación económica precaria, ya que el único ingreso efectivo del que pueden disponer es el bono solidario del gobierno, y viven a disgusto con algunas características del ambiente o lugar en el que viven, ya que no lo sienten suyo, ni ven la oportunidad que les brinda el tener un techo y comida diario, aunque algunos de ellos fueron recuperados de las calles, porque la nostalgia de la familia que ya no existe o se olvidó de ellos no se compensa con nada.

- En relación al segundo objetivo específico que pretende ***“Indicar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”***, según los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos se concluye que tienden a presentar un nivel de DEPRESIÓN LIGERA. Esto quiere decir que el adulto mayor se caracteriza por humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento pesimista y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. Se presenta a menudo una preocupación de cosas innecesarias; tienen la sensación de producir lastima dentro de las relaciones personales.
- En relación al tercer objetivo específico que es ***“Caracterizar el estado afectivo de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional”*** de acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos se concluye que LOS ESTADOS AFECTIVOS SE CARACTERIZAN principalmente POR EL MIEDO y TRISTEZA. Es decir que tienen latentes afectos negativos, que puede ser origen de un desequilibrio emocional, en reacción de las perdidas afectivas, al abandono familiar, ruptura de la comunicación y falta de afecto, haciendo que los sentimientos del adulto mayor sean vulnerables, pudiendo conducirlos a una depresión, afectando su salud psíquica y física.
- En relación al objetivo General que indica ***“Evaluar la calidad de vida de los Adultos Mayores que viven en el Centro de Acogida Reverendo Divina Providencia Sub Regional Villazón”***, de acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos se concluye que LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ES BAJO, lo que significa que los adultos mayores, no se encuentra satisfechos con algunos o varios aspectos de su diario vivir, tomando en cuenta que la calidad de vida, es tomada como un

elemento multidimensional, el que combina el bienestar subjetivo y objetivo, en el que se incluye aspectos psicológicos, sociales, salud, etc. El bajo nivel de calidad de vida se puede representar por la presencia de indicadores, la afectación de uno o varios indicadores influyen en el bienestar general del adulto mayor.

6.2 RECOMENDACIONES

Resulta pertinente destacar, que es fundamental crear conciencia y educar a la población de todos los estratos sociales, de manera que asuman una conducta responsable frente a un hecho tan ignorado, pero de imperante necesidad, y es el de velar por una calidad de vida de los Adultos Mayores, que sea óptima y favorable para ellos, razón por la cual, se presentan a continuación una serie de recomendaciones a:

Centros de acogida e Instituciones legales:

- Que puedan brindar espacios de información y capacitación a toda la población, promoviendo una responsabilidad social, partiendo en un principio por los medios de comunicación, para crear conciencia social en beneficio y para el cuidado de los ciudadanos Adultos Mayores.
- Formar un equipo multidisciplinario integro, especializado en gerontología y atención en el adulto mayor, para incorporarlo en las respectivas instituciones, y así poder brindar mejor atención y optimar la calidad de vida.
- Ante el bajo nivel de calidad de vida, se recomienda indagar en los indicadores afectados y trabajar sobre ellos, aplicando dinámicas correspondientes al área, así poder mejorar la calidad de vida del adulto Mayor institucionalizado.

- Se recomienda hacer seguimiento constante del estado psíquico, físico y mental de todos los adultos mayores institucionalizados, para saber su condición de bienestar subjetivo y objetivo, así evitar la disminución de calidad de vida.
Para los casos de presencia de Depresión y afectos negativos, se recomienda crear planes de intervención individuales, personalizados para mejorar su estado.

Hijos y Familiares:

- Todos deben contribuir a la prevención en contra de la vulneración de los derechos de estas personas, que velaron por el cuidado integral de sus seres queridos, ya que sigue haciendo falta que todos los ciudadanos, especialmente los hijos de estas personas, inicien la comunicación con ellos, creando lazos afectivos que fortalezcan y establezcan al adulto mayor, aún después de institucionalizarlos.

Autoridades y medios de comunicación:

- A las autoridades, promover programas y planes de prevención sobre la problemática, tanto en instituciones públicas encargadas de velar por la seguridad de los ciudadanos, como unidades educativas de secundaria y primaria, como también en universidades estatales, e instituciones privadas.
- A los medios de comunicación, que promuevan la sensibilidad y la difusión de conocimientos acerca de la situación real de personas Adultas Mayores, en situación de abandono, y, por consiguiente, sean instrumento activo en la prevención de estos hechos.
- Crear conciencia a través de los medios de comunicación para que la población se haga responsable de sus adultos mayores los ame, cuide, proteja y provea en sus necesidades, promoviendo mayor respeto y consideración en esta etapa de la vida en la que el ser humano retorna al estado de indefensión y dependencia.

Futuras Investigaciones:

- Se recomienda abordar otros elementos importantes para el análisis de la calidad de vida de los Adultos Mayores, como el nivel de autoestima, el grado de ansiedad, la rehabilitación integral (física y psicológica) de las personas institucionalizadas.
- Se sugiere evaluar a los adultos mayores, con test proyectivos, que brindan información valiosa sobre la personalidad, emociones y sentimientos. Permitiendo una recolección de datos más profunda, explorar nuevos instrumentos y técnicas.

