

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de los adultos mayores es un tema relevante y actual porque contempla el bienestar emocional, físico, económico y social, para los adultos mayores su bienestar se basa en la familia y el apoyo psicológico emerge como un factor fundamental para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

La salud mental influye directamente en el bienestar general de los adultos mayores y su capacidad para enfrentar los cambios desafiantes que atraviesan en esta etapa de sus vidas con consecuencias psicológicas como soledad, ansiedad; además de tener que adaptarse a nuevas circunstancias de vida.

En esta práctica institucional se analizó cómo el apoyo psicológico impacta en la calidad de vida de los adultos mayores del Asilo “Santa Teresa de Jornet” de Tarija. Los adultos mayores poseen riqueza de experiencias y sabiduría por lo cual el apoyo psicológico es esencial para aprovechar sus fortalezas.

El apoyo psicológico puede proporcionarles un espacio seguro donde expresen sus preocupaciones, emociones y deseos, asimismo mejorar su movilidad física, la memoria y concentración. Con el programa implementado en la práctica institucional para mejorar su calidad de vida se pudo mejorar las diferentes áreas que son clave para una vida plena y significativa de los adultos mayores, también es una oportunidad para fortalecer las políticas y prácticas que benefician a los adultos mayores.

Esta práctica institucional vincula el apoyo psicológico con la calidad de vida de los adultos mayores; este trabajo busca mostrar la importancia de brindar apoyo psicológico en esta etapa.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población en el departamento de Tarija, como en muchas otras partes del mundo, genera desafíos para el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. En la medida que la sociedad experimenta cambios de orden económico, cultural, social, es necesaria la comprensión y el abordaje de las implicaciones psicológicas asociadas con las personas adultas mayores.

La disponibilidad de servicios de apoyo psicológico para este grupo poblacional influye significativamente en su bienestar emocional, social y físico; la pérdida de seres queridos, la disminución de la movilidad y la adaptación a nuevas rutinas tienen un impacto negativo en la salud mental.

A pesar de la importancia del apoyo psicológico, existen barreras que pueden dificultar que los adultos mayores accedan a este servicio como la falta de conciencia sobre la importancia de la salud mental en la vejez, el estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica y la ausencia de recursos económicos.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). La población mundial envejece rápidamente. En 2020, había en el mundo 1000 millones de personas con 60 años o más. Esa cifra aumentará a 1400 millones en 2030, lo que representa una de cada seis personas en todo el mundo. Para 2050, el número de personas de 60 años o más se habrá duplicado hasta alcanzar los 2100 millones. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta situarse en los 426 millones.

En América Latina, viven actualmente alrededor de 76 millones de personas mayores de 60 años. Se espera que esta cifra se cuadriplique para 2050 con un envejecimiento demográfico pronunciado en los países en desarrollo a comparación de los países industrializados.

Los adultos mayores contribuyen a la sociedad como miembros de la familia y la comunidad, muchos son voluntarios y trabajadores. Aunque la mayoría goza de buena salud, muchos corren el riesgo de presentar afecciones de salud mental como depresión y ansiedad.

Muchos también pueden experimentar movilidad reducida, dolor crónico, fragilidad, demencia u otros problemas de salud, para los que necesitan algún tipo de cuidados a largo plazo.

Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de padecer varias afecciones al mismo tiempo.

A edades más avanzadas, la salud mental viene determinada no solo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento. La exposición a la adversidad, la pérdida significativa de la capacidad intrínseca y una disminución de la funcionalidad pueden provocar angustia psicológica.

Según las previsiones de la ONU, el número de personas mayores de 65 años se habrá más que duplicado a mediados de siglo, por lo que los derechos y el bienestar de las personas mayores deben ser prioritarios en los esfuerzos por lograr un futuro sostenible. El Informe Social Mundial 2023 reclama medidas concretas para ayudar a la población mundial, cada vez más envejecida, en medio de la escalada de los costes de las pensiones y la atención sanitaria.

Según el estudio, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU (DESA), el envejecimiento de la población es una tendencia mundial definitiva de nuestro tiempo, pero los países pueden cosechar los beneficios dando a todos la oportunidad de envejecer con buena salud y promoviendo la igualdad de oportunidades desde el nacimiento. Se recomienda que los países replanteen las políticas y prácticas asociadas a los medios de vida y el trabajo. Muchos gobiernos ya están introduciendo oportunidades de aprendizaje permanente, así como reforzando y aprovechando al máximo las plantillas intergeneracionales. También están introduciendo edades de jubilación flexibles para dar cabida a un amplio abanico de situaciones y preferencias personales.

A nivel nacional el último censo de población y vivienda se registró 11.508,014 habitantes en Bolivia (INE, 2019). La población contabilizada se divide en tres grandes grupos de edad: entre 0 y 14 años, la población representa el 28%, 12 puntos menos que la proporción recomendada de 40% por organismos internacionales para denominar a un país joven. La población adulta de 15 a 64 años representa el 63% del total, y las personas de 65 años o más

constituyen el 9%, es decir, aproximadamente 1.035,721 habitantes. De esta población mayor, el 60% vive en condiciones de pobreza, lo que equivale a aproximadamente 621,432 ancianos.

A nivel regional, en Tarija existe solo un asilo: el Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet”, establecimiento geriátrico destinado principalmente a brindar hospedaje a los adultos mayores de 60 años o más. Con el propósito de velar por su bienestar biopsicosocial hace aproximadamente dieciocho años, el Asilo “Santa Teresa de Jornet” estuvo administrado por el Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES), luego en Julio de 1993 paso a depender de la dirección de las hermanas de la Congregación de Jornet, quienes desde entonces trabajan arduamente en el progreso de la institución. El asilo cuenta con aproximadamente 380 adultos mayores que residen en el Hogar.

Por tanto, se debe hacer una reflexión sobre la situación que están atravesando los adultos mayores, ya que la población de la tercera edad ha aumentado notablemente en nuestro país y según las estadísticas anteriores, es una población que se encuentra en su gran mayoría desatendida e indefensa.

1.2 Justificación de la práctica institucional

La calidad de vida incluye el bienestar biopsicosocial de cada individuo, este aspecto es fundamental para asistir a los adultos mayores porque lamentablemente, muchos no disfrutan de una calidad de vida adecuada; factores como la soledad, el aislamiento social y las conductas negativas son comunes en esta etapa de la vida, lo que afecta significativamente su bienestar general.

Además, es ampliamente reconocido que la población de adultos mayores es vulnerable, a menudo, descuidada por sus propias familias y la sociedad en general. Esta percepción negativa hacia la vejez puede generar sentimientos de inutilidad y exclusión social que intensifican el sufrimiento emocional.

Por lo tanto, integra las dimensiones físicas, cognitivas y emocionales como elementos esenciales para la calidad de vida, asimismo la propuesta de un cuidado holístico se apoya en modelos teóricos que abogan por la atención integral como estrategia para mejorar la calidad de vida.

Con el propósito de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet” se aplicó mediante esta práctica institucional apoyo psicológico que contribuyó positivamente al bienestar de los residentes para que su estadía sea digna y gratificante. Para lograr esto, se propuso proporcionar un cuidado holístico dirigido a satisfacer aspectos centrados en sus necesidades físicas, cognitivas y emocionales, que a menudo son desatendidas, lo cual contribuyó a mejorar su calidad de vida.

El programa de apoyo psicológico ha sido diseñado y aplicado para generar cambios positivos y significativos en la situación de vida de los adultos mayores, este programa, por tanto, ofrece intervenciones psicológicas adecuadas y adaptadas a las características y demandas de la población adulta mayor, basadas en actividades grupales, individuales y recreativas con el propósito de fomentar el bienestar emocional y fortalecer la conexión social entre los residentes, al promover un entorno más saludable y enriquecedor, se contribuye de manera efectiva a su bienestar integral para que vivan esta etapa de sus vidas con mayor satisfacción y plenitud.

CAPÍTULO II
CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

2.1 Características y objetivos de la Institución

El Asilo “Santa Teresa de Jornet” es un establecimiento geriátrico destinado principalmente a brindar hospedaje a los adultos mayores a partir de los 60 años de edad con el propósito de velar por su bienestar biopsicosocial. Hasta hace aproximadamente 18 años, el Asilo “Santa Teresa de Jornet” fue administrado por el Servicio Departamental de Gestión social (SEDEGES), pasando en Julio de 1993 a la dirección de las Hermanas de la Congregación de Jornet se hicieron cargo e iniciaron un arduo trabajo a favor del progreso de la institución.

2.1.1 Historia

La congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados fue fundada por el Siervo de Dios, D. Saturnino López Novoa en colaboración con Santa Teresa de Jesús Jornet e Ibars, nombrada Superior General del Instituto desde sus comienzos. El instituto religioso nace en Barbastro (Huesca) el 27 de enero de 1873, el 11 de mayo del mismo año se abre la Casa Madre en Valencia. La casa hogar de Tarija se fundó en el año 1993 con cinco hermanitas venidas de otras casas hogar de Bolivia (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Oruro). Después de adquirir el título de propiedad fue demolida y se construyó el actual Hogar.

2.1.2 Misión y visión del Asilo “Santa Teresa de Jornet”

Misión

Nuestra misión es el ejercicio constante de la virtud de la caridad cristiana en la acogida y cuidado corporal y espiritual de los adultos mayores, especialmente los más pobres en sus distintas dimensiones, que sean puestos al cuidado de la congregación.

Visión

Ser una institución donde nuestros acogidos se sientan en un ambiente cálido, familiar e integral, donde puedan sentirse felices y ser conscientes de que su mayor dignidad es la de ser hijos de Dios, que acepten su historia, que tengan una vejez digna, que puedan tener una dichosa y santa muerte.

El Asilo está dividido de acuerdo con las características de los adultos mayores. Una primera división es por sexo: dos secciones de mujeres y dos secciones de varones, que a su vez se subdividen en dos subsecciones cada una denominada semanería tanto de hombres como de mujeres, y también esta enfermería de hombres y mujeres.

El Asilo “Santa Teresa de Jornet” está ubicado en la calle Santa Cruz N° 1185, cuya estructura y terreno son de la congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

Los horarios de visita para las familias y amigos son de 09:30 a 12:00 y por las tardes de 15:30 a 17:30.

CAPÍTULO III
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA PRÁCTICA
INSTITUCIONAL

3.1 Objetivo General

Brindar apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del Asilo “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija-2024.

3.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Implementar un programa de mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Evaluar el impacto del programa.

CAPÍTULO IV
MARCO TEÓRICO

En el presente acápite se describen los conceptos del objeto de estudio, entre ellos: conceptualización de la calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud del adulto, senectud o adultez mayor, tipos de envejecimiento y apoyo psicológico entre otros.

4.1 Conceptualización de la calidad de vida

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) la calidad de vida es ... la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesando de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.

Según Verdugo y Sabesh (2002) el concepto de calidad de vida no es algo nuevo. Ya Platón y Aristóteles reflexionaron en torno a lo que constituye el bienestar o la felicidad, pero ha sido durante las últimas tres décadas cuando el estudio del concepto de calidad de vida ha tomado auge y ha pasado a ser la guía de la planificación centrada en el individuo, la evaluación de resultados y la mejora de la calidad de vida (pp. 29-41).

En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: “el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias” (Paterne & Bardales, Martínez, 2012, p.155-62).

Existe consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. (Lisigurski & Varela, 2003, pp.7-63).

Para aspirar a una buena calidad de vida en la tercera edad es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, al tiempo que fortalece la capacidad de control sobre los eventos externos para que le reporten beneficios.

El anciano debe mantener una actividad física sistemática, interactuar con otras personas de su edad y procurarse apoyo social. Esto coadyuva un sentido de espiritualidad, religiosa o no, que les permiten una óptima calidad de vida.

4.2 Calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor

La calidad de vida se entiende como una combinación óptima de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Las tres dimensiones que engloban y comprenden de manera integral la calidad de vida son la dimensión física, psicológica y social (Montes De la Oca, 2006).

A continuación se presentan las dimensiones que abarca la calidad de vida para el adulto mayor.

4.2.1 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.

Según Oblitas (2008), la salud incluye dos dimensiones. La dimensión física que 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. La dimensión psicológica relacionada con 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.

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 (Asili, 2004).

Para Rodríguez (2006), las personas mayores necesitan que los servicios ofrecidos sean de calidad. El objetivo básico de la calidad de vida es que la asistencia para personas con pérdida de autonomía debe realizarse a unos niveles básicos exigidos por la normativa vigente y permitiéndoles vivir dignamente. Se trata, pues, que se produzca una adaptación del adulto mayor al medio biológico, social y psíquico, estos tres aspectos están en continuo cambio. Para esto es necesario trabajar en el estilo y nivel de vida, en las condiciones y modos de vida, en el contexto económico y social, la cultura, y la historia de vida individual y personal. Este último es un elemento esencial.

4.3 Integración social en la adultez mayor

Según Bravo (2000), 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.

El grado de bienestar del adulto mayor ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social; en los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, entre otros (Montes De la Oca, 2006).

4.4 Habilidades funcionales en la adultez mayor

Volviendo a Bravo, este 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. Sin embargo, la investigación gerontológica ha demostrado que las tasas de declinación típicas de las poblaciones modernas no están fisiológicamente determinadas y que los modos de vida saludables pueden retardar el proceso

de envejecimiento en forma significativa. 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, 2008).

4.5 Actividad y ocio en la adultez mayor

Se reconoce que la participación es un elemento crítico de la calidad de vida y los expertos coinciden en señalar que hay amplias oportunidades para fortalecer la participación, integración social y el trabajo voluntario de las personas mayores, pese a que hay organizaciones muy activas en ese sentido, como algunas asociaciones de jubilados o pensionados. Se considera especialmente importante que los adultos mayores participen en las decisiones que los afecten, para lo cual es preciso fortalecer las agrupaciones existentes y reforzar el intercambio entre ellas, procurando fomentar la formación de redes. Igualmente importante es a) apoyar el desarrollo de organizaciones dedicadas al adulto mayor a fin de incrementar su protagonismo y capacidad para auto gestionarse y generar recursos; b) incluir a personas mayores en las distintas instancias que formulen y diseñen políticas, programas y proyectos; y c) ampliar el diálogo entre las autoridades gubernamentales locales y las organizaciones del adulto mayor (Rodríguez, 2006).

Para Cornachione (2008) el tiempo de ocio en los hombres y en las mujeres se ha incrementado en los últimos años entre los habitantes de grandes ciudades, pero no obstante ello, el reparto del tiempo de ocio entre las personas adultas es desigual. Por una parte están las personas inactivas con una sensación de gran disponibilidad y de tiempo vacío, mientras que otras con el trabajo se constatan como les disminuye el tiempo libre. La edad y el trabajo entre las personas adultas mayores es lo que regula o marca la disponibilidad de tiempo libre.

4.6 Calidad ambiental en la adultez mayor

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 & Uriarte, 2001).

4.7 Satisfacción con la vida en la adultez mayor

Retomando a Bravo, 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 continentales. 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.

Aquellas personas adultas mayores que mantienen lazos afectivos activos con su familia (casados, con hijos, nietos o sobrinos) viven más años que quienes carecen de red socio-familiar. Se observa que el índice de mortalidad es mayor entre los viudos durante los seis primeros meses de duelo, disminuyendo luego. Otro punto a tener en cuenta es el menor prestigio que tiene el anciano por causa de la modernización. Ello se debe a cambios en los valores, educación, estructura nuclear de la familia y vivienda más pequeña (Rodríguez, 2006).

Respecto a la independencia de los ancianos, existe un aumento de la tendencia de éstos a vivir en un hogar independiente de los hijos pero manteniendo estrecho contacto con ellos, rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico. En estudios realizados en oriente y en occidente se observan diferencias fundamentales en este aspecto. Los orientales presentan mayor preferencia que los occidentales sajones a convivir con sus hijos y nietos en la ancianidad (Martínez, 2004).

4.8 Educación en la adultez mayor

La educación implica, entonces, la posibilidad de brindar al adulto mayor recursos cognitivos, que faciliten la comprensión de los condicionantes sociales que se le imponen y le permitan el acceso a cuerpos de conocimiento social necesarios para mantenerse integrado. La educación aporta elementos teóricos y prácticos que potencien el descubrimiento, el autoconocimiento y refuercen el sentido de competencia social necesaria para que las personas mayores se sientan integradas con posibilidad de realizar aportes en el ámbito de la producción cultural y de las relaciones comunitarias. La educación favorece los procesos de adaptación en tanto permite que el sujeto mayor desarrolle respuestas activas y creativas para afrontar las necesidades y despliegue de las propias capacidades. Desde esa perspectiva, las actividades educativas potencian el aprendizaje en tanto recurso/proceso adaptativo por excelencia (Urbano, 2005).

4.9 Servicios sociales y sanitarios en la adultez mayor

Nuevamente para Martínez, la organización institucional y comunitaria debe prepararse para prevenir o tratar adecuadamente estos problemas, que ameritan un abordaje integral e interdisciplinario (médicos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, psiquiatras y terapeutas). El tener una comunidad con recursos de apoyo grupal donde la persona mayor pueda socializar, recrearse o capacitarse es fundamental. Asimismo, contar con cursos de preparación para la jubilación, entrenar al personal y la comunidad en la detección y abordaje de estos casos.

Las personas mayores necesitan que los servicios que se les ofrecen sean de calidad. El objetivo básico de la calidad de vida es que los servicios para las personas con pérdida de autonomía deben demostrar que operan a unos niveles mínimos exigidos por la normativa vigente y que permitan vivir dignamente. Se trata, pues, que se produzca una adaptación del adulto mayor al medio biológico, social y psíquico. Estos tres aspectos están en continuo cambio individual y personal (Rodríguez, 2006).

4.10 Senectud o Adulthood mayor

En 1990 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableció el 1° de octubre como el Día Mundial del Adulto Mayor y por resolución 50/141 del 21 de diciembre de 1995, la asamblea inglesa cambió el nombre de Day for the Eldery por el actual conocido como Internacional Day of Olders Persons (Día internacional del adulto mayor), de conformidad con los principios de las Naciones Unidas, a favor de las personas de edad.

En abril de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), filial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad (Padilla, 2002). Esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Maquera, 2013).

Adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se les conoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos.

Por los años 70, los términos adulto mayor y tercera edad eran poco conocidos. A los sesentones les decían abuelitos, viejitos o ancianos; actualmente, una persona de 60 años es un adulto mayor, pero de ninguna manera un viejo, “viejo” se entiende muchas veces como una persona que es una carga para la sociedad. Sin embargo, a los 60 o 75 años muchas personas están emprendiendo nuevas actividades productivas con la energía y el aplomo de siempre, claro que algunas funciones no son iguales que cuando tenían 30 años, pero es parte de las etapas por las que atraviesan en la vida todas las personas.

4.11 Definición de adulto mayor

De acuerdo con el diccionario Larousse, adulto mayor “es quien ha llegado a su mayor crecimiento o desarrollo”. En sentido figurado “quien ha llegado a su mayor grado de perfección”.

Existen vocablos similares o equivalentes al de adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos. A continuación, se citan algunos términos:

Una de las palabras más conocidas es “viejo” y el Diccionario terminológico de Ciencias Médicas (1978) la define de la siguiente manera: “edad senil, senectud, periodo de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades”.

Asimismo, Séneca (1990, como se citó en Maximia Rodríguez), tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría (Ortiz, 2003). Además menciona que la vejez es un concepto ambiguo, el último estadio en el proceso vital de un individuo. Este concepto define a un grupo de edad o generación que comprende a un segmento de los individuos más viejos de una población.

Los siguientes autores definen vejez de la siguiente manera: Galeno (131-201 d.C.) indica que la vejez era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana. Erasmo, en el siglo XVI, concebía la vejez como una carga, considerando que la locura era el único remedio contra la vejez. La vejez es un estigma, según el gerontólogo social norteamericano Atchley (1980), y la mayoría de las veces tal estigma es el resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando a través de los tiempos.

Otro concepto frecuente es el de anciano, varios diccionarios lo describen así: “dícese del hombre o la mujer que tiene mucha edad”. Aunque no aclara que significa mucha edad, en el Nuevo Testamento la palabra “anciano” tiene otra connotación, se utiliza para designar a jefes de religiosos o para designar personajes de la iglesia que tenían algún cargo directivo (Fajardo, 1995). De igual manera, Langarica (1990) alude que se entiende por anciano, viejo, persona de edad avanzada, a las personas en la última etapa de la vida, entre la madurez y la edad senil (60 años).

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

Monedero (1990), psicólogo, psiquiatra, filósofo con varios doctorados en España y el extranjero, autor de varios libros, entre ellos “Psicología Evolutiva y sus Manifestaciones Psicopatológicas”, define la edad adulta por etapas: a) Edad del retiro (más de 65 años) con mayor deterioro de las funciones, riesgos de desórdenes físicos y mentales, despreocupación por los asuntos profesionales y sociales; b) Vejez (más de 70 años) con dependencia de los demás, despreocupación casi total por asuntos sociales, insuficiencia de capacidades y c) Fase senil con última enfermedad y muerte, destrucción de las funciones biológicas esenciales (se insiste en la relatividad de estas conceptualizaciones y clasificaciones).

La gerontología es un término usado por primera vez en 1903 por Metchnikoff (investigador del Instituto Pasteur de París). El término está formado a partir de dos palabras griegas: “gerón” (anciano) y “logos” (conocimiento). Con este vocablo se designa a la ciencia dedicada al estudio del envejecimiento. Seis años más tarde, Nascher (año) acuñó el término geriatría para referirse a los aspectos clínicos relacionados con el proceso de “envejecimiento” y “senectud”, en la medida en que el primero se refiere al proceso de hacerse viejo con independencia de la edad, y el segundo al hecho de ser viejo cuando ya se es anciano.

4.12 Tipos de envejecimiento

4.12.1 Envejecimiento cronológico

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

4.12.2 Envejecimiento biológico

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

grasa subcutánea, el descenso de la actividad de los riñones, el declive de la piel y de la elasticidad vascular. El hecho de que con la edad aumente la propensión hacia las enfermedades no es en sí mismo una enfermedad. Dependiendo de la constitución psicológica de la persona el envejecimiento biológico puede tener o no consecuencias psicológicas; es el caso de las alteraciones hormonales que acompañan el cese de la actividad reproductora, las cuales pueden dar lugar a cambios de conducta.

Que ello ocurra depende en gran parte del grado de satisfacción personal logrado durante las etapas evolutivas anteriores. Así al tenor de lo que hayan sido sus personalidades y modos de vida, es perfectamente posible que dos personas de la misma edad tengan dos percepciones de lo que es envejecer totalmente diferenciadas.

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

Algunos autores distinguen entre el envejecimiento primario y secundario. El envejecimiento primario responde a factores genéticos y biológicos ligados al tiempo. Por su parte, el envejecimiento secundario es el que se debe al efecto de las enfermedades y de otros trastornos psicobiológicos. De ahí arrancan dos teorías que tratan de explicar el envejecimiento: una que considera que el envejecimiento está genéticamente programado, y la otra que tiende a explicarlo en términos de daños causados al cuerpo.

Las teorías de la programación genética parten de la base de que el envejecimiento está programado desde el momento en que nacemos (del mismo modo que está la pubertad), por lo que la herencia determinaría la duración de la vida humana. Otras teorías consideran el envejecimiento como un proceso natural, dinámico, irreversible, progresivo y universal que se inicia desde el momento mismo en que nacemos, por lo tanto, ningún ser humano está exento de envejecer. En esta etapa comienzan a aparecer – no siempre y según cada persona- los síntomas del desgaste fisiológico producido por los años: disminución de los órganos sensoriales, de las energías vitales, quizás alguna enfermedad. A la vez una mayor disminución de la memoria, mayor resistencia al cambio, rigidez en las ideas, creencias, valoraciones, escasez de motivaciones, y cierta dureza o insensibilidad a medida que van acumulándose las “cicatrices psicológicas”.

4.12.3 Envejecimiento psicológico

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

4.12.4 Envejecimiento social

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

Por ejemplo, se tienen datos a partir de estudios antropológicos, que todas las culturas ágrafas que conocemos tenían una consideración muy peculiar hacia sus senectos. Su longevidad era motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá. No es de extrañar que los brujos y chamanes fuesen hombres mayores. Ejercían también labores de sanación, de jueces y de educadores. En esas sociedades no es infrecuente que aquellos que ejercían labores importantes les denominaren "ancianos", ajenos a su edad.

En otras palabras, la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad. Para la mayoría de los pueblos mesoamericanos, los ancianos eran fundadores y tenían la cualidad de otorgar el poder, sus palabras eran más que sólo eso ya que se convertían en consejos que encauzaban el devenir de la vida, incluso de los mitos y de la historia. Sus arrugas representaban la experiencia de lo hecho, con el espejo del futuro, eran rasgos que evocaban y proyectaban. El papel que desempeñaban era sumamente importante no sólo como consejeros, guías de ceremonias y rituales, sino que en ocasiones

encabezaban la siembra de las cosechas, conocían el momento preciso en que se debe actuar y aquel en que es mejor dar paso a la quietud. Tan importante se consideró la imagen de un anciano que forma parte de la literatura e incluso de algunas figuras representativas traducidas en esculturas.

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales.

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura, a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano (Mederos, 1999).

4.13 El adulto mayor en un asilo

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

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

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

“El viejo no se siente fuera de la colectividad sino que está realmente fuera. Muchas veces se encuentran desamparados y tienen que recurrir a la vida asilar, donde pacientemente esperan la muerte” (Monedero, 1959, p.597).

4.14 Asilo “Santa Teresa Jornet”

El Asilo “Santa Teresa Jornet” de la ciudad de Tarija es el único en la ciudad. El actual asilo, fue edificado con la ayuda exterior y actualmente está a cargo de las “Hermanitas de los ancianos Desamparados” desde el año 1993.

Esta institución recibe a adultos mayores de toda Bolivia que tengan cumplidos más de 60 años, según las características de éstos y según sus necesidades; es decir, si están enfermos y ya no puedan trabajar, si no tienen familia o a veces es la propia familia la que solicita la institucionalización del adulto mayor, porque no tienen tiempo para ocuparse de ellos debido al trabajo los dejan solos todo el día en sus hogares. A causa de esto, se deprimen y adquieren enfermedades propias de la edad como arterosclerosis y otras. Otros adultos mayores que trabajaron para patrones en el campo y como no son útiles ahora no tienen dónde vivir, debido que no recibieron beneficios por sus años de trabajo. En esta institución se da preferencia a los adultos mayores que más lo necesitan. Son las propias “Hermanas” las que se hacen cargo, ya que todas cuentan con estudio en geriatría, en colaboración con el personal de apoyo un enfermero particular, fisioterapeuta, trabajadora social y una psicóloga.

El Asilo “Santa Teresa Jornet” presta y cubre todas las necesidades básicas del adulto mayor es decir, techo, alimentación (desayuno, almuerzo, merienda y cena), atención médica y protección.

El Hogar está dividido de acuerdo a las características de los adultos mayores: Una primera división por sexo con dos secciones de mujeres y dos de varones, a su vez se subdividen en dos subsecciones cada una denominada semanería y enfermería de mujeres y hombres.

Los horarios de visita para las familias y amigos están acordados de 09:00 a 11:00 y por las tardes de 15:00 a 17:30. Los gastos de la institución en los servicios básicos (luz, agua y gas), medicamentos, ropa de cama y diez ítems de personal están eventual y parcialmente cubiertos por la gobernación de Tarija. También se cuenta con apoyo de personas de buena voluntad que colaboran, también tienen el 50% de la Renta Dignidad de los adultos mayores institucionalizados.

4.15 Apoyo Psicológico

El apoyo psicológico se refiere a la atención especializada que se brinda para ayudar a los adultos mayores a lidiar con estos desafíos emocionales, por ejemplo, en una casa de reposo. El apoyo psicológico se refiere al conjunto de intervenciones y estrategias que tienen como objetivo proporcionar ayuda emocional, orientación y herramientas para afrontar situaciones de estrés, conflicto, crisis o problemas emocionales. Este tipo de apoyo busca promover el bienestar mental y emocional de las personas, fortaleciendo su capacidad para enfrentar desafíos y mejorar su calidad de vida.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, brindándoles el apoyo adecuado.

4.16 Programa de intervención

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

4.17 Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es precursora del instrumento de calidad de vida: World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) desarrollado en el año 1993. Comenzó su desarrollo tras la campaña “salud para todos”, se caracteriza por ser uno de los instrumentos más completos, abarca muchos aspectos subjetivos de la calidad de vida que se conoce por ser transcultural y estar disponible en más de 40 idiomas alrededor del mundo.

Las preguntas que contiene el instrumento WHOQOL fueron desarrolladas por parte de pacientes en contacto con los servicios sanitarios, el propio personal sanitario y

personas en población general. Las preguntas son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. El cuestionario para sus inicios se desarrolló en quince países y actualmente se extiende a casi cuarenta países. En un principio surgieron 2000 preguntas generadas en los centros iniciales, luego se desarrolló el primer instrumento con 236 preguntas, con seis áreas y 24 facetas y, a partir de ello, se desarrollaron las dos versiones del WHOQOL: 100 y BREF (34). Las dos versiones son validadas en español que evalúan la calidad de vida global y salud general: el WHOQOL-100 comprendida de 100 ítems, y la versión abreviada WHOQOL-BREF por 26 ítems con la diferencia que ésta es aplicable en ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y cuando se considere medidas breves.

EL WHOQOL-BREF, consta de 26 ítems o preguntas distribuidas en cuatro dominios: salud física con siete ítems, salud psicológica con seis ítems, relaciones sociales con tres ítems y salud ambiental con ocho ítems. Toma como referencia las 24 facetas del WHOQOL-100; además contiene dos preguntas globales con respecto a la calidad de vida global y salud general. Cada ítem o pregunta presenta cinco opciones de respuesta tipo Likert.

- **Propósito**

Es proveer un perfil de calidad de vida con puntuación global de áreas y facetas que componen a la calidad de vida, es diseñado y compartido para poner en práctica en pacientes y población general. Su principal objetivo es promover el bienestar físico, psicológico, social y ambiental de todas las personas, busca medir más allá de los indicadores de morbimortalidad incluyendo a otros factores que alteran la vida de la persona y en especial las rutinas de la vida diaria.

- **Aplicación**

La escala es autoevaluada, el tiempo de referencia que examina el WHOQOL-BREF es relacionada a las dos últimas semanas, si la persona evaluada no es capaz de leer o escribir puede realizarse por medio de una entrevista.

Dominios y facetas de la escala de calidad de vida WHOQOLBREF

A continuación, se describen los dominios con sus respectivas facetas y se resume en la Tabla 1.

Salud física

- Actividades de la vida diaria: Explora la capacidad de una persona para realizar actividades en el día a día.
- Dependencia de medicamentos o tratamientos: Examina la dependencia a los medicamentos o medicinas alternativas para contribuir con el bienestar físico y psicológico.
- Energía y fatiga: Explora la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una persona para realizar tareas necesarias de la vida diaria, así como otras actividades elegidas como la recreación.
- Dolor e incomodidad: Explora sensaciones físicas desagradables como rigidez, dolor a corto o largo plazo y hasta qué punto estas sensaciones son angustiantes e interfieren con la vida.
- Dormir y descansar: Experimenta cuánto una persona puede dormir, descansar y los problemas que pueden tener en esta área.
- Movilidad: Examina la visión de la persona sobre su capacidad para moverse de un lugar a otro o en los servicios de transporte. Se centra en la capacidad general de la persona para ir a donde requiera sin la ayuda de otros, independientemente de los medios utilizados para hacerlo.
- Capacidad de trabajo: El trabajo se define como cualquier importante actividad en la que se dedica la persona, las actividades principales pueden incluir trabajo remunerado, no remunerado, comunitario, voluntario, estudio a tiempo completo, cuidado de niños y tareas domésticas.

Salud psicológica

- Imagen corporal y apariencia: Se basa en la satisfacción de la persona con él su aspecto y el efecto que tiene sobre su autoconcepto sea de forma positiva o negativa.
- Sentimientos negativos: Experimenta cuánto una persona tiene sentimientos negativos como: agotamiento, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en el día a día de la persona.

- Sentimientos positivos: Experimenta cuánto una persona presenta sentimientos positivos de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida.
- Autoestima: Examina cómo se sienten las personas acerca de sí mismas, esto puede variar desde sentirse positivo acerca de ellos mismos a sentirse extremadamente negativos.
- Espiritualidad, religión, creencias personales: Examina la experiencia y un sentido de bienestar a través de las diferentes creencias religiosas, personales y espirituales. Para muchas personas esto es una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, significado, sentido de pertenencia, propósito y fuerza.
- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración: Explora la visión de una persona de su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones, esto incorpora la velocidad y la claridad del pensamiento.

Relaciones sociales

- Relaciones personales: Examina hasta qué punto las personas sienten compañía, amor y apoyo que desean de las relaciones íntimas en su vida, aborda la oportunidad de amar, ser amado y tener intimidad con los demás, emocional y físicamente.
- Apoyo social: Examina cuánto siente una persona el compromiso, aprobación y disponibilidad de asistencia de familiares y amigos, y en qué medida podría depender de este apoyo en una crisis.
- Actividad sexual: Enfoca la necesidad y el deseo sexual de una persona, y la medida en que la persona puede expresar y disfrutar su deseo sexual de manera apropiada. Las personas pueden informar poco o nada del deseo sexual sin que esto tenga ningún efecto adverso en su calidad de vida.

Ambiente

- Recursos financieros: Explora la visión de la persona de cómo sus recursos financieros satisfacen las necesidades de una vida saludable y cómoda.

- Libertad - seguridad física - seguridad: Examina el sentido de seguridad de la persona y protección contra daños físicos, es probable que influya directamente en el sentido de libertad de la persona y la oportunidad de vivir sin restricciones.
- Salud y asistencia social: accesibilidad y calidad: Examina la visión de la persona sobre la salud, atención social y el tiempo que toma obtener ayuda y la atención que recibe o espera recibir la persona. Incluye lo fácil o difícil que es llegar a los servicios sociales y de salud.
- Ambiente del hogar: Examina el lugar donde vive y la calidad del hogar sobre la base de estar cómodo, brindarle a la persona un lugar seguro para residir, también se incluye la referencia al vecindario inmediato.
- Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades: Examina la oportunidad y el deseo de aprender nuevas habilidades, nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Esto podría ser a través de programas de educación, actividades recreativas y tener noticias de lo que está sucediendo.
- Participación y oportunidades de recreación y ocio: Explora la capacidad, oportunidades e inclinación de una persona a participar en actividades de ocio y pasatiempos, el disfrute de la recreación y relajación.
- Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico y clima): Examina la visión de la persona de su entorno y estética general del medio ambiente y si esto sirve para mejorar o afectar negativamente la calidad de vida.
- Transporte: Examina la opinión de la persona sobre cuán disponible o fácil es encontrar y usar cualquier servicio de transporte para ir algún lugar. La atención se centra en cómo el transporte disponible permite a la persona realizar las tareas diarias necesarias y la libertad de realizar las actividades elegidas.

Tabla 1*Dominios y facetas de la escala de vida WHOQOL – BREF*

Dominios	Facetas incorporadas en dominios
Salud física	Actividades de la vida diaria, dependencia de ayudas médicas, energía y fatiga, dolor, descanso y sueño, movilidad y capacidad de trabajo.
Salud psicológica	Imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad - religión o creencias personales, pensamiento - aprendizaje - memoria y concentración.
Relaciones sociales	Relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
Ambiente	Recursos financieros, libertad - seguridad física seguridad, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidad para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para la recreación y ocio, entorno físico (contaminación, ruido, tráfico y clima) y transporte.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)

Corrección

Escala empírica del nivel de calidad de vida

- Escala cualitativa del nivel de vida

Hasta el momento no existe una valoración cualitativa cuando una persona presenta una mejor calidad de vida, por lo tanto se ha planteado una escala diseñada por un estadístico planteado de forma empírica:

Tabla 2

Escala cualitativa del nivel de calidad de vida

Valoración	Puntaje percentilico
Alta	100 – 90
Media alta	90 – 80
Media	80 – 60
Media Baja	60 – 45
Baja	< 45

Fuente: Base de datos - escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
Del Ing. Juan Carlos Túquerrez Granja, Christopher Calispa y Maite Castillo.

Puntuación

- Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general.
- No existen puntos de corte propuestos.
- A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

4.18 Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)

Definición e implicaciones

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo. Comienza aparecer en las bases de datos científicas en 1969 y desde entonces ha recibido una creciente atención, debido a que se trata de un término que engloba varios aspectos del bienestar. Dicho

concepto se ha adoptado como un indicador en disciplinas tan diversas como la economía, la política, la psicología y la medicina. En ésta última se ha notado un marcado aumento de los estudios en que aparece como variable. La comparación de diversas bases de datos (de 1985 a 1995) muestra que, en bases especializadas en psicología, urbanización y biología, se duplicaron las menciones sobre la calidad de vida; mientras que en las bases de datos médicas se triplicó durante el mismo periodo (Fernández, 1997). Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en medicina sólo se refiere al impacto de un padecimiento en la calidad de vida, o bien al efecto de fármacos en la mejoría.

La calidad de vida ha sido objeto de investigación por parte de profesionales pertenecientes a muy diversas disciplinas (Sánchez Sosa & González-Celis, 2006). Así, la contaminación ambiental, la deforestación y el consumo de energía son indicadores ecológicos que afectan la calidad de vida en una región dada; el crimen, las tasas de suicidio, la violencia social y el ingreso per cápita son indicadores económicos del bienestar e impactan la calidad de vida en otra región.

Asimismo las tasas de mortalidad, morbilidad y expectativa de vida son indicadores epidemiológicos de la salud en una población y también se relacionan con la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1998). Sin embargo, a pesar de que todos estos indicadores están relacionados con la calidad de vida, no representan en sí mismos una dimensión concreta. Por consiguiente, se trata de una variable que ha recibido constante atención y que la diversidad de formas en que se ha medido y conceptualizado es relevante. A pesar de que el desarrollo de la misma, como objeto de estudio, es relativamente reciente, quizá por la diversidad de objetivos y variables que se han incluido en su estudio, como por ejemplo satisfacción con la vida, morbilidad, niveles de funcionamiento social y laboral o efectos adversos de tratamientos médicos, (González-Celis, 2002).

Estos aspectos parecerían ser en sí mismos una serie de atributos y características que se relacionan semánticamente con el término “calidad” aplicada al concepto vida. Otra de las definiciones más recientes de calidad de vida de mayor uso, y quizá la más completa, es la que establece la propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002): “La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998, World Health Organization, WHO, 1995).

Esta definición busca abarcar tanto factores objetivos y situacionales de las personas como aquellos relativos a la percepción subjetiva de los propios individuos; es decir, además de los indicadores tradicionales (epidemiológicos tales como tasas de mortalidad, financieros, como incremento en el nivel de ingreso económico, etc.) es menester incluir factores sociales y psicológicos (Fernández-Ballesteros, 1998). Por ello, la OMS ha concebido la calidad de vida en cinco dominios o áreas de contenido: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y medio ambiente (WHO, 1993). La mayoría de los autores que siguen esta línea ha concebido la calidad de vida como un concepto cuyos componentes incluyen tanto variables internas como la salud percibida, satisfacción en la vida y habilidades funcionales, etc.; como externas, por ejemplo: el estatus socioeconómico, nivel de ingreso económico, estado de salud, oportunidades de desarrollo personal y uso efectivo del tiempo libre, así como factores ambientales y acceso a los recursos materiales y sociales, por ejemplo servicios de salud, trabajo, actividades recreativas, etc.; (Fernández-Ballesteros, 1998, Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006). Calidad de Vida es entonces un concepto multidimensional que conviene operarse en términos de dimensiones interrelacionadas y es un concepto que se ha evaluado de manera constante desde dos aproximaciones teóricas en psicología: la nomotética y la ideográfica.

Definición de áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud

El Inventario de Calidad de Vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente. Éstas se presentan a continuación:

- Preocupaciones se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como “Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad”.
- Desempeño físico se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”.
- Aislamiento explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo: “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”.

- Percepción corporal se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como “Me da pena mi cuerpo”.
- Funciones cognitivas revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración como “Se me olvida en dónde puse las cosas”.
- Actitud ante el tratamiento revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”.
- Tiempo libre explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”.
- Vida cotidiana revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida”.
- Familia explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”.
- Redes sociales explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”.
- Dependencia médica se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”.
- Relación con el médico se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

Validez del InCaViSa

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test, así como sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud. Para este propósito resultaron especialmente importantes las variables relacionadas con aspectos de la

intervención médica. El inventario resulta útil para evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, es decir, en diseños pre-post tratamiento, pues se muestra en los seguimientos buena estabilidad y posibilidad de reconocer el efecto de situaciones transitorias y variables socio-demográficas. Además, también presenta una sección de síntomas físicos comunes en padecimientos sensibles a las intervenciones, posiblemente por el efecto de desgaste físico favorecido por las condiciones subyacentes de una mala calidad de vida. La siguiente tabla muestra los puntos de corte de acuerdo con los valores extremos de los grupos evaluados con el InCaViSa. Estos datos no pueden considerarse generalizables a poblaciones con características muy distintas a los de población urbana, y no constituyen criterios diagnósticos formales, sino un indicador de la posición que ocupa la calidad de vida individual respecto a un grupo de referencia. La siguiente tabla muestra los puntos de corte para pacientes con padecimientos agudos.

Tabla 3

Puntos de corte en Calidad de Vida

Áreas	Muy buena (P 90)	Buena (P 75)	Normal	Baja (P 25)	Muy Baja (P 10)
Preocupaciones	0	0	1-6	7-11	≥12
Desempeño físico	≥19	18	14-17	11-13	≥10
Aislamiento	0	0	1-4	5-6	≥7
Percepción corporal	0	0	1-4	5-9	≥10
Funciones cognitivas	≥1	2	3-6	7-9	≥10
Actitud ante el tratamiento	0	1	2-6	7-8	≥9
Tiempo libre	0	0	1-4	5-9	≥10
Vida cotidiana	0	0	1-3	4-6	≥7
Familia	20	20	17-19	13-16	≥12
Redes sociales	20	20	14-19	10-13	≥9
Dependencia medica	≥3	4-5	6-13	14-17	≥18
Relación con el medico	≥14	11-13	6-12	3-5	≥2

Fuente: Base de datos – InCaViSa (2009)

Aplicación y uso del InCaViSa

El Inventario de Calidad de Vida y Salud es un inventario autoaplicable cuya administración toma entre 15 y 20 minutos; es confiable, válido, sensible y sencillo de aplicar. En la experiencia de los autores, el instrumento debe administrarse en una situación tranquila, con el aplicador presente. Frecuentemente, las preguntas evocan anécdotas o historias de vida que pueden coadyuvar de manera importante en la recolección de datos cualitativos del caso; puede suceder que el paciente quiera referirse a un aspecto muy específico de la pregunta que modifica el sentido de la respuesta. Aunque esto sucede poco, es esencial que el entrevistador tome nota del significado exacto que quiere dar el paciente. El instrumento puede utilizarse en alguna población analfabeta que pueda entender los valores numéricos; en este caso, por cautela metodológica, los entrevistadores deben estar entrenados en la administración de una escala y en sus opciones para no inducir ninguna respuesta, y de preferencia, ser alguien distinto de quien aplicó la intervención que se desea evaluar.

Elaboración del perfil InCaViSa

Las puntuaciones de cada reactivo se obtienen por sumatoria directa donde: “Nunca”, “Casi nunca”, “Pocas veces”, “Frecuentemente”, “Casi siempre”, “Siempre” suma 0 puntos, suma 1 punto, suma 2 puntos, suma 3 puntos, suma 4, puntos suma 5 puntos respectivamente. Las sumatorias por área corresponden a la sumatoria de los reactivos que componen cada área, en la hoja de vaciado se van colocando los resultados de la escala y se ubica la posición del total de área en el punto correspondiente a su valor en la columna de las tablas ocho y nueve dependiendo del tipo de condición (crónica o aguda) de tal forma que se facilite la interpretación de las áreas problemáticas.

CAPÍTULO V
DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente acápite se muestra la descripción metodológica, técnicas e instrumentos empleados en la práctica institucional, asimismo la población beneficiaria.

5.1 Descripción sistematizada de la P.I.

5.1.1 Contacto con la institución

Se realizó el contacto con el Hogar de Ancianos “Santa Teresa Jornet” del departamento de Tarija, con la madre superiora, Cira Espinal Montes, directora de la institución a la cual se le comentó sobre la práctica institucional que se desea realizar.

5.1.2 Revisión bibliográfica y aprobación de instrumentos

En esta etapa, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica relacionada con la calidad de vida y el apoyo psicológico, con el propósito de comprender y contextualizar adecuadamente la práctica institucional. Además, se procedió a la selección de los instrumentos de medición que se utilizaron para recopilar los datos pertinentes, los instrumentos utilizados fueron la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF y el Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa).

5.1.3 Revisión de programas

Se realizó una revisión de diferentes programas referentes a la calidad de vida, para implementarlo con los adultos mayores y lograr mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, la presente práctica institucional se sitúa en el área de la Psicología Clínica, específicamente dentro de la Psicogerontología, definida como:

La ciencia que estudia los procesos psicológicos que se producen en el transcurso del envejecimiento humano, desde el nacimiento hasta la muerte. Afirma que la psicogerontología es un área interdisciplinaria que integra conocimientos de la psicología, la biología, la medicina y las ciencias sociales (Fernández-Ballesteros, 2004).

Fernández Ballesteros también destaca la importancia de la psicogerontología para promover el bienestar de las personas mayores. Afirma que los profesionales en el tema ayudan a las personas mayores a enfrentar los desafíos del envejecimiento y aprovechar al máximo su vejez.

5.2 Características de la población beneficiaria

La población beneficiada fueron los adultos mayores que tienen una edad de 60 a 83 años del Hogar “Santa Teresa de Jornet”, debido a las características de la práctica institucional se implementó el programa a 34 adultos mayores.

Tabla 7

Sexo	
Hombre	18
Mujer	16
Total	34

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Hogar.

5.3 Contraparte Institucional

- Brindar los espacios necesarios y adecuados para el desarrollo de la práctica institucional.
- Supervisión a la estudiante por parte de la psicóloga del hogar respecto al desempeño y cumplimiento de las horas de trabajo requeridas en la práctica institucional.
- Control de asistencia verificado cada mes por parte de la directora del hogar.

5.4 Métodos, técnicas, materiales e instrumentos

A continuación se detallan los métodos, técnicas e instrumentos empleados en la práctica institucional:

5.4.1 Métodos

En el desarrollo, se aplicó el método cuantitativo en la tabulación y sistematización de los datos, que permitió explicar hechos y características de la población. Así también se utilizó el método cualitativo porque a través del análisis se comprende los diferentes fenómenos suscitados en la población. Finalmente el método activo-participativo que permitió a la practicante interactuar con los adultos mayores.

Los principales métodos que se utilizaron fueron los siguientes:

- a) Método de la modelación teórica.- Es un método de investigación de carácter material o teórico, creado para reproducir el objeto que se está estudiando. “Constituye una reproducción y aproximación simplificada e intuitiva a realidad” (Pérez, 1996 p. 3).

Se optó por este método ya que permitió seleccionar actividades de otros programas referidos a la calidad de vida con el fin de poder aplicarlos en la práctica y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

- b) Método activo-participativo.- Se utilizó el método activo participativo durante la aplicación del programa, para generar en los adultos mayores una acción de interés, necesidad y curiosidad.
- c) Método expositivo.- Ofrecen una exposición activa no reproductiva, permite desarrollar las actividades informativas y de integración, orientadas a fomentar el cambio de ideas y sentimientos entre los adultos mayores.

5.5 Técnicas

Las técnicas que fueron empleadas en la práctica institucional son las siguientes:

- a) Dinámica grupal.- Se aplicó esta técnica con el fin de lograr una mayor interacción entre los miembros del grupo, la cual debe tener una estabilidad relativa y una participación activa. Se reconoce que el grupo permite a cada individuo estar en constantes cambios, transformaciones y movimientos a través de los cuales se da el desarrollo de la persona como del propio grupo.
- b) Técnica de relajación.- Se engloba bajo el epígrafe de técnicas de relajación aquellos procedimientos cuyo objetivo es enseñar a las personas a controlar sus propios niveles de activación. Se trata, probablemente, de la estrategia terapéutica más ampliamente utilizada en el ámbito de la psicología clínica, ya sea como un procedimiento específico o como un componente más de otras técnicas (como la desensibilización sistemática o la inoculación de estrés). En las últimas décadas, el interés por su aplicación terapéutica (así como por la investigación de sus fundamentos psicológicos y psicofisiológicos) ha ido creciendo incesantemente hasta el punto de haber llegado a recibir el sobrenombre de “aspirina conductual”. Su popularidad radica en su eficacia para controlar los niveles de activación excesivos y/o mantenidos de forma crónica que se encuentran en la etiología y

mantenimiento de distintos trastornos de corte psicológico y psicofisiológico (Vásquez, 2001).

5.6 Instrumentos

5.6.1 WHOQOL-BREF

El WHOQOL-BREF consta de 26 ítems o preguntas distribuidas en cuatro dominios: salud física con siete ítems, salud psicológica con seis ítems, relaciones sociales con tres ítems y salud ambiental con ocho ítems. Toma como referencia las 24 facetas del WHOQOL-100, además contiene dos preguntas globales con respecto a la calidad de vida global y salud general. Cada ítem o pregunta presenta cinco opciones de respuesta tipo Likert.

- **Propósito**

Es proveer un perfil de calidad de vida con puntuación global de áreas y facetas que componen a la calidad de vida, es diseñado y compartido para poner en práctica en pacientes y la población general. Su principal objetivo es promover el bienestar físico, psicológico, social y ambiental de todas las personas, busca medir más allá de los indicadores de morbilidad incluyendo a otros factores que alteran la vida de la persona y en especial las rutinas de la vida diaria.

- **Aplicación**

La escala es autoevaluada, el tiempo de referencia que examina el WHOQOL-BREF es relacionada a las dos últimas semanas, si la persona evaluada no es capaz de leer o escribir puede realizarse por medio de una entrevista.

Dominios y facetas de la escala de calidad de vida WHOQOLBREF

A continuación, se describen en resumen los dominios en la tabla 4.

Tabla 4*Dominios y facetas de la escala de vida WHOQOL – BREF*

Dominios	Facetas incorporadas en dominios
Salud física	Actividades de la vida diaria, dependencia de ayudas médicas, energía y fatiga, dolor, descanso y sueño, movilidad y capacidad de trabajo.
Salud psicológica	Imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad - religión o creencias personales, pensamiento - aprendizaje - memoria y concentración.
Relaciones sociales	Relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
Ambiente	Recursos financieros, libertad - seguridad física seguridad, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidad para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para la recreación y ocio, entorno físico (contaminación, ruido, tráfico y clima) y transporte.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)

Corrección

Escala empírica del nivel de calidad de vida

- Escala cualitativa del nivel de vida

Hasta el momento no existe una valoración cualitativa cuando una persona presenta una mejor calidad de vida; por lo tanto, se ha planteado una escala diseñada por un estadístico planteado de forma empírica:

Tabla 5

Escala cualitativa del nivel de calidad de vida

Valoración	Puntaje percentilico
Alta	100 – 90
Media alta	90 – 80
Media	80 – 60
Media Baja	60 – 45
Baja	< 45

Fuente: Base de datos - escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.
Del Ing. Juan Carlos Túquerrez Granja, Christopher Calispa y Maite Castillo

Puntuación

- Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general.
- No existen puntos de corte propuestos.
- A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

5.6.2 Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)

Definición de áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud

El Inventario de Calidad de Vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente. Éstas se presentan a continuación:

- Preocupaciones se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como “Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad”.
- Desempeño físico se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”.
- Aislamiento explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”.
- Percepción corporal se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como “Me da pena mi cuerpo”.
- Funciones cognitivas revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida en dónde puse las cosas”.
- Actitud ante el tratamiento revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”.
- Tiempo libre explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”.
- Vida cotidiana revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida”.
- Familia explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”.
- Redes sociales explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”.
- Dependencia médica se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”.

- Relación con el médico se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

La Tabla 6 muestra los puntos de corte para pacientes con padecimientos agudos.

Tabla 6

Puntos de corte en Calidad de vida

Áreas	Muy buena (P 90)	Buena (P 75)	Normal	Baja (P 25)	Muy Baja (P 10)
Preocupaciones	0	0	1-6	7-11	≥12
Desempeño físico	≥19	18	14-17	11-13	≥10
Aislamiento	0	0	1-4	5-6	≥7
Percepción corporal	0	0	1-4	5-9	≥10
Funciones cognitivas	≥1	2	3-6	7-9	≥10
Actitud ante el tratamiento	0	1	2-6	7-8	≥9
Tiempo libre	0	0	1-4	5-9	≥10
Vida cotidiana	0	0	1-3	4-6	≥7
Familia	20	20	17-19	13-16	≥12
Redes sociales	20	20	14-19	10-13	≥9
Dependencia medica	≥3	4-5	6-13	14-17	≥18
Relación con el medico	≥14	11-13	6-12	3-5	≥2

Fuente: Base de datos – InCaViSa (2009)

Aplicación y uso del InCaViSa

El Inventario de Calidad de Vida y Salud es un inventario auto aplicable cuya administración toma entre 15 y 20 minutos. Es confiable, válido, sensible y sencillo de aplicar. En la experiencia de los autores, el instrumento debe administrarse en una situación tranquila, con el aplicador presente. Frecuentemente, las preguntas evocan anécdotas o historias de vida que pueden coadyuvar de manera importante en la recolección de datos cualitativos del caso; puede suceder que el paciente quiera referirse a un aspecto muy específico de la pregunta que modifica el sentido

de la respuesta. Aunque esto sucede poco, es esencial que el entrevistador tome nota del significado exacto que quiere dar el paciente. El instrumento puede utilizarse en alguna población analfabeta que pueda entender los valores numéricos; en este caso, por cautela metodológica, los entrevistadores deben estar entrenados en la administración de una escala y en sus opciones para no inducir ninguna respuesta, y de preferencia, ser alguien distinto de quien aplicó la intervención que se desea evaluar.

Elaboración del perfil InCaViSa

Las puntuaciones de cada reactivo se obtienen por sumatoria directa donde: “Nunca”, “Casi nunca”, “Pocas veces”, “Frecuentemente”, “Casi siempre”, “Siempre” suma 0 puntos, suma 1 punto, suma 2 puntos, suma 3 puntos, suma 4 puntos, suma 5 puntos. Las sumatorias por área corresponden a la sumatoria de los reactivos que componen cada área, en la hoja de vaciado se van colocando los resultados de la escala y se ubica la posición del total de área en el punto correspondiente a su valor en la columna de la tabla 6 (aguda) de tal forma que se facilite la interpretación de las áreas problemáticas.

CRONOGRAMA

Fase/Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión de la práctica institucional por la/el docente de Actividad de Profesionalización II.											
Validación de la práctica institucional.											
Aplicación de la práctica institucional.											
Análisis e interpretación de los resultados.											
Elaboración y presentación del informe final.											
Defensa final de la práctica institucional.											

CAPÍTULO VI
RESULTADOS, PRESENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE
INTERVENCIÓN INFORME TÉCNICO DE LA INSTITUCIÓN

En el presente acápite se presenta la respuesta a los objetivos específicos propuestos para realizar la práctica institucional.

6.1 Resultados pretest y postest

6.1.1 Primer objetivo

- Diagnosticar la calidad de vida de los adultos mayores.

6.1.2 Datos demográficos de la población

Tabla 1

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	18	53%
Mujer	16	47%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Hogar.

Tabla 2

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60 a 70 años	13	38%
71 a 80 años	14	41%
80 o mas	7	21%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Hogar.

Tabla 3*Estado civil*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	20	59%
Casado/a	2	6%
Divorciado/a	3	9%
Viudo/a	9	26%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Hogar.

Tabla 4*Familia*

Familia	Frecuencia	Porcentaje
Sin Familia	13	62%
Familia	21	38%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Hogar.

A continuación se presentan los resultados del pretest del WHOQOL-BREF de calidad de vida de los dos pabellones del Hogar “Santa Teresa de Jornet”.

Tabla 5

Calidad de vida - Pabellón hombres y mujeres

Pretest		
Calidad de Vida	f	%
Muy buena	1	3%
Buena	0	0%
Regular	24	71%
Baja	9	26%
Muy baja	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5, los resultados del pretest muestran el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. El 26% tiene un nivel bajo en cuanto a su calidad de vida; el 71% tiene un nivel regular en cuanto a su calidad de vida y solamente el 3% de adultos mayores tiene un nivel muy bueno en cuanto a su calidad de vida.

Por consiguiente, estos resultados desfavorables hacen necesario implementar un programa diseñado específicamente para reforzar y estimular áreas de la salud física, la salud psicológica y las relaciones sociales.

Asimismo, se hace evidente la importancia de brindar este tipo de apoyo a los adultos mayores que atraviesan por esta situación y así sientan la compañía y valoración que merecen. Así, pues, lo demuestran los resultados expuestos en el postest.

A continuación se presentan los resultados del pre-test por áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa):

Tabla 6

Preocupaciones respecto a la salud- Pabellón hombres y mujeres.

Pretest		
Preocupaciones	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	8	23%
Baja	21	62%
Muy baja	5	15%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de preocupaciones presentan estos resultados: el 15% indica un nivel muy bajo, el 62% un nivel bajo y el 23% un nivel normal. Los resultados, hacen referencia a los cambios que atraviesa este grupo, derivados de las preocupaciones por los procesos de enfermedad con implicaciones en la modificación de su percepción respecto a la interacción con otros. Esta situación afecta su interacción con los demás, a su auto-percepción y a la percepción de las inquietudes de quienes los rodean, por lo cual, es importante la aplicación del programa con actividades específicas que ayuden a mejorar esta área.

Tabla 7

Desempeño físico - Pabellón hombres y mujeres.

Pretest		
Desempeño físico	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	5	15%
Baja	5	15%
Muy baja	24	70%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de desempeño físico presentan estos resultados: el 70% indica un nivel muy bajo, el 15% un nivel bajo y el 15% un nivel normal.

Los resultados hacen referencia al desempeño físico y la capacidad que tienen los adultos mayores para realizar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo; es decir, qué tan capaces son de caminar, subir gradas, cargar bolsos, realizar ejercicio físico, etc.

La deficiencia del desempeño físico se refleja en los resultados del pretest. Por consiguiente, es necesaria la aplicación del programa con actividades específicas que ayuden a mejorar esta área.

Tabla 8

Aislamiento - Pabellón hombres y mujeres.

Pretest		
Aislamiento	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	1	3%
Baja	3	9%
Muy baja	30	88%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de aislamiento presentan estos resultados: el 88% indica un nivel muy bajo, el 9% un nivel bajo y el 3% (un adulto mayor) un nivel normal.

La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest; por consiguiente, es necesario aplicar el programa y se trabajar con actividades grupales, reflexiones sobre los sentimientos negativos y otras, que promueven el compañerismo y ayuden a contribuir con la creación de un entorno más acogedor y conectado dentro del hogar para lograr una mejora significativa con los abuelitos.

Tabla 9*Percepción corporal – Pabellón hombres y mujeres*

Pretest		
Percepcion corporal	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	24	71%
Baja	7	20%
Muy baja	3	9%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de percepción corporal presentan estos resultados: el 9% un nivel muy bajo, el 20% un nivel bajo y el 71% un nivel normal.

Los resultados hacen referencia a los cambios de la percepción corporal, la autoestima, apariencia, la satisfacción que tienen los adultos mayores sobre su aspecto y cómo ellos perciben y valoran su propio cuerpo, y sus capacidades físicas.

La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest. Se opta por aplicar el programa y trabajar con actividades específicas como fortalecimiento de autoestima, actividades de apreciación a su cuerpo, reflexiones sobre la valoración de sí mismos y otras, y lograr cambios favorables respecto a dicha área.

Tabla 10*Funciones cognitivas - Pabellón hombres y mujeres.*

Pretest		
Funciones cognitivas	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	2	6%
Baja	2	6%
Muy baja	30	88%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de funciones cognitivas presentan estos resultados: el 88% indica un nivel muy bajo, el 6% un nivel bajo y el 3% un nivel normal y el 3% un nivel muy bueno.

La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest. Por consiguiente, es necesario la aplicación del programa y trabajar con actividades específicas orientadas a la memoria, atención y razonamiento como por ejemplo: armado de rompecabezas, pintar dibujos, sopa de letras, crucigrama, origami, lecturas cortas, etc., con ello se logran cambios favorables que son esenciales para que los adultos mayores puedan realizar tareas cotidianas, mantener la independencia, y participar activamente en la vida social. Esto les permite mantener una vida activa, involucrarse en actividades recreativas y tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

Tabla 11

Tiempo libre - Pabellón hombres y mujeres.

Pretest		
Tiempo libre	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	5	15%
Baja	20	59%
Muy baja	9	26%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de tiempo libre presentan estos resultados: el 26% indica un nivel muy bajo, el 59% un nivel bajo y el 15% un nivel normal.

La deficiencia de esta área no ha sido tan significativa como en las anteriores, sin embargo se opta por implementar el programa con actividades grupales a través de las cuales los adultos mayores puede disfrutar y compartir momentos para fortalecer esta área permitiéndoles redescubrir intereses y pasiones que, pueden haber quedado relegados. Así habrá cambios que favorecerán la estimulación mental, el mantenimiento de la autonomía, y la promoción de una vida social activa.

Tabla 12

Vida cotidiana - Pabellón hombres y mujeres.

Pretest		
Vida cotidiana	f	%
Muy buena	1	3%
Buena	0	0%
Normal	1	3%
Baja	7	21%
Muy baja	25	73%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de vida cotidiana presentan estos resultados: el 73% indica un nivel muy bajo, el 21% un nivel bajo y el 3% un nivel normal y el 3% un nivel muy bueno.

La insatisfacción de disfrute de la vida cotidiana se refleja en los resultados del pretest, por consiguiente una vez que se aplique el programa con actividades como fomentar la participación en actividades del hogar, participación con otros voluntarios y fortalecer los hábitos de autocuidado, se logrará un cambio positivo reflejado en la actitud de los adultos mayores a la hora de participar en actividades que se realizan en el hogar, que se hace evidente en los resultados del postest. Además, las actividades diarias ofrecen oportunidades para el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y la interacción social, todos estos factores clave para una vida saludable y satisfactoria.

Tabla 13*Familia - Pabellón hombres y mujeres.*

Pretest		
Familia	f	%
Muy buena	1	3%
Buena	0	0%
Normal	12	35%
Baja	0	0%
Muy baja	0	0%
Sin familia	21	62%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de familia el 62% los adultos mayores no tienen familia. Los adultos mayores que si tienen familia presentan el 35% indica un nivel normal y el 3% un nivel muy bueno que significa que tienen buena relación con su familia.

Los resultados hacen referencia a la relación que tienen los adultos mayores con su familia y el apoyo que reciben de la misma. La familia juega un papel relevante en la calidad de vida, ya que representa una fuente primordial de apoyo emocional, social y, en muchos casos, físico. Así pues, la relación que los adultos mayores mantienen con sus familiares es casi nula, lo cual afecta significativamente en su bienestar general como se muestra en los resultados del pretest.

Tabla 14*Redes sociales - Pabellón hombres y mujeres.*

Pretest		
Redes sociales	f	%
Muy buena	0	0%
Buena	0	0%
Normal	6	18%
Baja	21	62%
Muy baja	7	20%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de los adultos mayores en el área de redes sociales presentan estos resultados: el 20% indica un nivel muy bajo, el 62% un nivel bajo y el 18% un nivel normal.

La carencia de estas redes sociales se muestra en los resultados del pretest, el apoyo que los adultos mayores reciben de las mismas influye significativamente en su bienestar. Por consiguiente, una vez que se aplique el programa con actividades como fortalecer las redes sociales que actúan como un sistema de apoyo, asistencia práctica, compañía emocional, brindar información de fuera es que se conseguirá resultados favorables, mismo que son expuestos en el postest y demuestran la incidencia del programa en la actitud positiva de los adultos mayores hacia la vida.

6.2 Segundo objetivo

- Implementar un programa de mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores.

A continuación, se presenta el programa con las actividades detalladas que se implementaron en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”.

PROGRAMA DE CALIDAD DE VIDA

RAPPORT

SESIÓN N° 1

Actividad: “Conociendo a los abuelitos”

Objetivo: Conocer a los adultos mayores de cada pabellón.

Material: No se necesita.

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde)

Procedimiento

Se realizó el recorrido por las instalaciones del Hogar “Santa Teresa de Jornet” bajo la guía de la psicóloga de la institución. Luego se procedió a conocer a cada adulto mayor. Asimismo, se hizo la presentación correspondiente del programa, sus actividades que se realizaran, y el tiempo de las visitas.

Durante los tres días destinados a presentarse ante los adultos mayores, la facilitadora habló con cada abuelito y abuelita, para tener cercanía con ellos. Sin embargo, se notaba cierta desconfianza y distancia de algunos adultos mayores.

SESIÓN N° 2

Actividad: “Hola, Hola”

Objetivo: Fortalecer la confianza

Material: No se necesita.

Tiempo: 4 horas

Procedimiento

Los adultos mayores se pusieron de pie y formaron un círculo. A continuación, uno de ellos caminó alrededor del círculo desde la parte exterior hasta tocar el hombro de alguien. Justamente con esa otra persona caminaron en direcciones opuestas alrededor del círculo hasta volver a ocupar su sitio. El/la abuelito(a) que llegó último(a) a su lugar perdió y tuvo que caminar alrededor del círculo nuevamente; así el juego continuó hasta que todos participaron. Por ejemplo en el saludo dijeron: “Soy Cecilio y estoy feliz” y “Soy Marta y me siento muy bien”

Mientras duró la sesión, los participantes mostraron compromiso también hubo risas, debido a cómo se daban las cosas. Se observó cómo, a medida que avanzaba el juego, los(as) abuelitos(as) se sentían más cómodos(as) al interactuar entre sí.

El objetivo de fortalecer la confianza se logró efectivamente, y la actividad contribuyó a mejorar la relación entre los participantes y crear un ambiente de confianza entre los(as) abuelitos(as) y la facilitadora.

SESIÓN N° 3

Actividad: “Imagen de espejo”

Objetivo: Establecer rapport.

Material: No se necesita.

Tiempo: 6 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores se ubicaron en parejas y para decidir quién será el “espejo”. La persona “espejo” tuvo el rol de imitar y reflejar los movimientos de su pareja. Después de un tiempo, la facilitadora les pidió que intercambien sus roles en la actividad para que la otra persona también pueda actuar de “espejo”. La actividad se llevó a cabo para establecer un buen rapport entre los(as) abuelitos(as) con la facilitadora.

Durante la sesión, se observó cómo los adultos mayores se conectaban mejor entre sí de manera colaborativa. La experiencia de imitar y ser imitado(a) generó un ambiente de confianza que contribuyó significativamente al objetivo de la actividad.

Se logró establecer un buen rapport y la actividad no solo mejoró la relación entre los participantes sino que fomentó un ambiente más cómodo y participativo. La sesión concluyó con una sensación de satisfacción.

SESIÓN N° 4

Actividad: Pretest

Objetivo: Aplicar la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y el Inventario de Calidad de Vida y Salud INCAVISA.

Materiales:

- Escala WHOQOL-BREF
- Inventario INCAVISA
- Lapiceras

Tiempo: 36 horas (mañana y tarde)

Procedimiento

La facilitadora realizó la aplicación de la Escala y el Inventario de manera individual. Se aplicaron los instrumentos previstos a cada participante, se hizo primero en el pabellón de hombres y luego en el pabellón de mujeres. La facilitadora explicó en qué consiste cada test y se optó por aplicarla individualmente.

ÁREA COGNITIVA

SESIÓN N° 5

Actividad: “Obsérvame”

Objetivo: Ejercitar la memoria a corto plazo.

Material:

- Accesorios

Tiempo: 6 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron una fila uno frente al otro, creando dos líneas paralelas. Se les dio 30 segundos para que se observen unos a otros detalladamente y puedan observar cada accesorio que tiene el/la abuelito(a) en su vestimenta. Luego, se les pidió que se den la vuelta poniéndose de espaldas en esa postura deben cambiar algún objeto de lugar (una traba, ponerse o quitarse los lentes, desabotonarse la camisa o quitarse un aro, etc.). Cuando giraron para quedar de frente tuvieron que notar el cambio realizado por su compañero(a).

La actividad se llevó a cabo en pabellón de hombres y mujeres para estimular la memoria a corto.

Durante la sesión, se observó la concentración y atención además de entusiasmo por tratar de descubrir los cambios que realizaron sus compañeros(as).

La actividad no solo estimuló la memoria sino que también promovió la observación y el detalle, asimismo, contribuyó a mejorar su capacidad de atención.

SESION N° 6

Actividad: “La historia de Pinocho”

Objetivo: Reforzar la concentración y la memoria.

Material:

- El cuento de pinocho.

Tiempo: 6 horas

Procedimiento

Los adultos mayores formaron grupos de cinco personas sentadas alrededor de la mesa. La facilitadora leyó el cuento de Pinocho indicándoles previamente que presten mucha atención porque al finalizar la lectura realizará preguntas sobre el cuento. Una vez concluida la lectura, hubo una ronda de preguntas donde se discutió los temas del cuento. Además, reflexionaron sobre la honestidad y su importancia para mantener buenas relaciones con los demás. Se enfatizó que engañar a las personas que nos cuidan puede hacer que pierdan su confianza en nosotros.

La actividad se llevó a cabo en los salones de ambos pabellones con la participación de los(as) abuelitos(as) y se les leyó el cuento de Pinocho.

Los participantes demostraron interés durante la lectura y también en la discusión cuando participaron activamente en la ronda de preguntas y reflexionaron sobre las lecciones del cuento. La actividad no solo reforzó la concentración y la memoria, sino que también promovió una discusión significativa sobre valores importantes. Además, sirvió como una oportunidad para fortalecer los valores éticos entre los(as) abuelos(as), dejando una impresión duradera sobre la importancia de la honestidad en las relaciones humanas.

SESIÓN N° 7

Actividad: “Tú puedes”

Objetivo: Fortalecer las relaciones interpersonales y la concentración.

Materiales:

- Rompecabezas.

Tiempo: 24 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron parejas. A cada pareja se le proporcionó un rompecabezas y se les dio la consigna: “Uno de los participantes debe armar el rompecabezas de la mejor manera posible, mientras que su pareja deberá expresar la frase “TU PUEDES” en el momento necesario”.

A cada pareja se le proporcionó un rompecabezas. Uno de los participantes debió armar el rompecabezas mientras su compañero lo animaba con la frase "Tú puedes" en los momentos necesarios.

Se otorgó premios a las parejas que utilizaron mejor la frase “TU PUEDES” y completaron el rompecabezas antes que los demás. La actividad se realizó en las salas de los pabellones de hombres y de mujeres con la participación de los(as) abuelos(as), organizados(as) en parejas.

La actividad duró seis horas debido a que se les enseñó pacientemente a algunos participantes cómo armar el rompecabezas paso a paso. Se observó una gran colaboración entre las parejas, los participantes se motivaban mutuamente habiendo demostrado una notable mejora en la concentración y el trabajo en equipo.

El objetivo de fortalecer la concentración y las relaciones interpersonales se cumplió y la actividad no solo promovió la concentración y la perseverancia, sino que también reforzó los lazos de confianza y cooperación entre los abuelos.

SESIÓN N° 8

Actividad: “Realizando Origami”

Objetivo: Fortalecer la atención.

Materiales:

- Hojas de color
- Tijera
- Pegamento

Tiempo: 14 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se los agrupó en parejas para promover la colaboración y el compañerismo. La facilitadora mostró ejemplos visuales de los origami habiendo percatado que sean modelos simples y accesibles a todos los participantes. Se distribuyeron hojas de papel de colores variados y se dió las instrucciones, paso a paso, para cada diseño de origami. La facilitadora explicó y demostró cómo se realiza el primer diseño de origami a los participantes. La facilitadora brindó orientación y apoyo personal a cada abuelito(a) cuando lo requirieron. Una vez completado el primer origami, se procedió a enseñar el siguiente diseño. Esta actividad no solo fomentó la creatividad y la destreza manual, sino que también fortaleció las conexiones sociales y el sentido de logro entre los participantes.

La actividad se realizó en las salas de los pabellones de hombres y mujeres. La actividad tuvo una duración de 14 horas distribuidas en siete horas para cada pabellón, debido al tiempo requerido para enseñar, a cada pareja como realizar el diseño paso a paso. Los participantes demostraron gran interés y dedicación, mejorando sus habilidades manuales y manteniendo su atención durante todo el proceso.

El objetivo de fortalecer la atención y estimular la destreza manual se logró satisfactoriamente. Los(as) abuelitos(as) no solo adquirieron nuevas habilidades, sino que también disfrutaron de una experiencia compartida que promovió la interacción social y el trabajo en equipo. *Abdón: “Esto nos ayuda a olvidar todo lo malo”*

SESIÓN N° 9

Actividad: “Manos a la obra”

Objetivo: Estimular la creatividad de los adultos mayores realizando manualidades.

Materiales:

- Telas
- Pintura
- Hojas de dibujos
- Pinceles

Tiempo: 24 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores se reunieron para realizar actividades manuales. Se les proporcionó telas cortadas, pinceles, pinturas y se les mostró diferentes dibujos de los cuales escogieron uno para copiarlo sobre la tela, luego lo pintaron. También se les pidió que pinten las telas de acuerdo con sus intereses. La facilitadora explicó que las telas son como cuadros que pueden luego colocarlos en sus cuartos o guardarlos para que recuerden que tienen la capacidad de realizar manualidades. Los adultos mayores realizaron la actividad con entusiasmo y concentración, disfrutando todo el proceso de pintar sus manteles.

La actividad estuvo destinada a estimular la creatividad de los(as) abuelitos(as) y se llevó a cabo en los pabellones de hombres y de mujeres con una duración de 24 horas, distribuidas en 12 horas por cada pabellón, debido a que algunos(as) participantes necesitaron varias sesiones para terminar su obra.

El objetivo fue estimular la creatividad se cumplió de manera efectiva. Los abuelos/as lograron expresar sus intereses a través de la pintura, lo que no solo les permitió desarrollar sus habilidades artísticas, sino que también reforzó su autoconfianza.

SESIÓN N° 10

Actividad: “Velocidad cognitiva”

Objetivo: Estimular y mejorar las funciones cognitivas de los adultos mayores, como la memoria, la atención y la agilidad mental.

Material:

- Hojas de color

Tiempo: 6 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores se reunieron en un espacio cómodo y tranquilo, con sillas dispuestas en círculo para facilitar la interacción y la visibilidad de grupo. Se les explicó que la actividad consiste en colocar una manila en cada muñeca de sus manos, las manillas son de papel de color. Se les explicó que la actividad consiste en identificar y tocar el color de la manilla de papel cada vez que vieran el mismo color. Los(as) abuelitos(as) se divirtieron mucho con esta actividad, ya que al principio les costó pero una vez que lo lograron se sintieron felices.

La facilitadora enfatizó la importancia de mantenerse concentrados(as) y resolver rápidamente las tareas cognitivas planteadas. Cada ejercicio se cronometró para medir la velocidad de respuesta y se fomentó la competencia amistosa entre los participantes.

La actividad se realizó en los pabellones de hombres y mujeres con una duración total de seis horas, distribuidas en tres horas por cada pabellón. La actividad fortaleció las capacidades cognitivas de los participantes y promovió un ambiente de interacción positiva con participación activa.

SESIÓN N° 11

Actividad: “Sopa de letras”

Objetivo: Fortalecer su concentración y memoria.

Materiales:

- Sopa de letras impresas
- Colores

Tiempo: 10 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores se reunieron y se les entregaron hojas impresas con sopa de letras entre 10 y 15 palabras.

La actividad consistió en buscar y encontrar las palabras ocultas. A cada adulto mayor se le indicó que coloreen cada palabra encontrada con un color diferente, promoviendo así la creatividad y el uso de una variedad de colores en la hoja. Para incentivar su participación, se les ofreció un premio al completar la actividad.

Se les explicó detalladamente la importancia de realizar la tarea para fortalecer su concentración y mantener las habilidades cognitivas activas. Disfrutaron de los beneficios lúdicos que coadyuva a su bienestar mental.

La actividad se llevó a cabo en las salas de los pabellones de hombres y mujeres con una duración total de diez horas, distribuidas en cinco horas por cada pabellón.

Aquellos que no podían leer ni escribir recibieron dibujos para pintar, lo que les permitió participar de manera inclusiva en la actividad.

La actividad no solo estimuló las capacidades cognitivas de los(as) abuelitos(as) sino que también les ofreció una oportunidad de expresarse creativamente, lo que resultó en una experiencia satisfactoria y enriquecedora.

Felipe: “Esta actividad mantiene nuestra mente ocupada y me gusta”

SESIÓN N° 12

Actividad: “Encontramos su pareja” Nivel 1

Objetivo: Estimular la memoria a corto plazo y la concentración.

Material:

- Tarjetas

Tiempo: 12 horas.

Procedimiento

Los adultos mayores se reunieron en un espacio cómodo y accesible. La facilitadora les proporcionó tarjetas con imágenes para emparejarlas. La actividad consistió en encontrar a su pareja entre las tarjetas distribuidas, como fue el nivel 1 se inició con cuatro pares de tarjetas. El objetivo fue emparejar las tarjetas lo más rápido y correctamente posible.

Al finalizar la actividad, discutieron las experiencias y compartieron historias divertidas e interesantes sobre la búsqueda de parejas.

Se destacó la importancia de la memoria, la atención y la colaboración en la actividad, promoviendo así el bienestar emocional.

La actividad se realizó en las salas de los pabellones de hombres y mujeres con una duración de 12 horas, distribuidas en seis horas por cada pabellón.

Se destaca la importancia de la memoria, la atención y la colaboración. Los(as) abuelitos(as) mostraron un gran interés en el juego, habiendo mejorado su capacidad para recordar y emparejar las tarjetas de manera eficiente.

La actividad no solo reforzó las habilidades cognitivas de los participantes, sino que también promovió un ambiente de colaboración y bienestar emocional.

Margarita: *“Me encanta este juego porque ayuda a mi memoria y me distrae de pensar que estoy aquí. Gracias señorita”*

SESIÓN N° 13

Actividad: “Encontramos su pareja” Nivel 2

Objetivo: Estimular la memoria a corto plazo

Material:

- Tarjetas

Tiempo: 12 horas.

Procedimiento

Los adultos mayores se reunieron en un espacio cómodo y accesible. Se prepararon tarjetas con imágenes para emparejarlas. Se les explicó a los participantes que la actividad consiste en encontrar a su pareja correspondiente entre las tarjetas distribuidas. En el nivel 2 se empezó con ocho pares de tarjetas. Cada tarjeta tiene su pareja exacta y el objetivo es encontrar el par lo más rápido y correctamente posible.

Al finalizar la actividad, discutieron las experiencias y compartieron historias divertidas e interesantes sobre la búsqueda de parejas. Nuevamente se destacó la importancia de la memoria, la atención y la colaboración, promoviendo así su bienestar emocional

La actividad se realizó en las salas de los pabellones de hombres y mujeres con una duración total de 12 horas, distribuidas en seis horas por cada pabellón.

Los(as) abuelitos(as) mostraron un gran interés en el juego, mejorando su capacidad para recordar y emparejar las tarjetas de manera eficiente.

La actividad no solo reforzó las habilidades cognitivas de los participantes, sino que también promovió un ambiente de colaboración y bienestar emocional.

SESIÓN N° 14

Actividad: “Paleta de colores”

Objetivo: Mejorar la atención y coordinación.

Material:

- Paletas de colores

Tiempo: 12 horas.

Procedimiento

Los adultos mayores formaron grupos de cuatro integrantes, después se procedió a entregar las dos paletas de los colores a cada participante. Se les indicó que señalen con ambas manos el color que escucharon mencionar. Este ejercicio se repitió más de cinco veces, las primeras rondas han sido para nombrar dos colores, después tres colores y así, sucesivamente, hasta que señalaron cinco colores. Los adultos mayores se divirtieron tratando de no equivocarse al seleccionar los colores.

La actividad se realizó en las salas de los pabellones de hombres y mujeres con una duración de 16 horas, distribuidas en ocho horas por cada pabellón.

Este ejercicio se repitió varias veces de manera individual asegurando de que comprendieran y pudieran seguir las instrucciones.

Los participantes mostraron una notable mejora en su capacidad de atención y coordinación a medida que progresaba la actividad que fortaleció estas habilidades y promovió la participación activa y la confianza en las propias capacidades de los abuelitos y las abuelitas.

SESIÓN N° 15

Actividad: “El juego de los olores”

Objetivo: Estimular los sentidos y promover el recuerdo de los adultos mayores.

Material:

- Diferentes aromas (orégano, canela, perfume, esencia de vainilla, ajo, etc.)

Tiempo: 8 horas.

Procedimiento

La facilitadora les mostró a los adultos mayores varios recipientes con tapa que contenían orégano, canela, perfume, etc. Se distribuyeron los recipientes entre los participantes, uno a la vez. Procedieron hacerlo con los ojos vendados mientras se les enfatizó la importancia de la concentración y la sensibilidad olfativa durante el juego. Cada participante tuvo que identificar el contenido del recipiente y trata de adivinar de qué se trata basándose únicamente en el olor. Se les pidió que a cada olor asociaron en una o más experiencias pasadas o recuerdos personales. Al finalizar esta actividad hubo una discusión sobre los olores y los recuerdos evocados durante el juego. Se motivó a los participantes a compartir sus historias personales relacionadas con los olores y a reflexionar sobre la importancia de los sentidos en la vida diaria y para la memoria.

La actividad se realizó en los pabellones de hombres y mujeres con una duración de ocho horas, distribuidas en cuatro horas por cada pabellón.

Los participantes compartieron historias personales relacionadas con los olores y reflexionaron sobre la importancia de los sentidos en la vida diaria y la memoria.

La actividad no solo fortaleció la memoria olfativa de los residentes, sino que también fomentó la interacción social y la reflexión personal.

Marta: *“El orégano me trae recuerdos a cuando cocinaba para mis patrones. Recuerdo que a sus hijos les encantaba que eche orégano a las comidas”.*

Cecilio: *“La canela me recordó a cuando era chiquito y mi madre me preparaba apicito caliente”.*

ÁREA EMOCIONAL

SESIÓN N° 16

Actividad: “Bailar y bailar”

Objetivo: Disminuir la preocupación.

Material:

- Música

Tiempo: 8 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron grupos de cuatro personas. Luego se trabajó con cada grupo durante un tiempo determinado. A los participantes se les explicó que la actividad consiste en bailar y reír con el objetivo de que logren olvidar sus preocupaciones y recordar aquellas canciones que les agrada. Durante la sesión, se seleccionaron canciones populares y conocidas por ellos(as), fomentando un ambiente alegre y relajado donde disfrutaron y dejaron de lado sus preocupaciones.

Después de esta actividad de baile, se realizó una socialización grupal, cada abuelito(a) tuvo la oportunidad de compartir cómo se sintió durante la actividad. Se les animó a expresar sus emociones, reflexionar sobre su experiencia y hablar de cualquier cambio en su estado de ánimo. Este momento de socialización no solo permitió a los participantes conectarse entre sí, sino también reflexionar sobre los beneficios emocionales y mentales de la actividad que se realizó en las salas de los pabellones de hombres y mujeres.

La actividad tuvo una duración total de ocho horas, cuatro horas en el pabellón de hombres y cuatro horas en el pabellón de mujeres, distribuidas en un día cada dos semanas.

Los participantes demostraron una notable mejora en su estado de ánimo, participaron activamente tanto en el baile y en la socialización posterior.

El objetivo de disminuir la preocupación se logró y la actividad fomentó la expresión emocional y la reflexión fortaleciendo su bienestar general.

Ofelia: *“Bailar y escuchar música me distrae de todos mis pensamientos malos”*

SESIÓN N° 17

Actividad: “Parejas a ciegas”

Objetivo: Fortalecer las relaciones interpersonales.

Materiales:

- Pañuelos o vendas.
- Sillas y/o botes, objetos, etc.

Tiempo: 10 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron parejas. En el sitio donde estuvieron se hizo una pista con obstáculos sobre el suelo, visible para todos los(as) abuelitos(as). A uno(a) de los miembros de cada pareja se le vendó los ojos. Para añadir el elemento sorpresa y desafiarlos(as), los obstáculos se retiraron silenciosamente, eliminando cualquier riesgo físico; sin embargo quienes participaban creían que los obstáculos seguían.

El/la abuelito(a) con los ojos vendados confió completamente en las indicaciones de su compañero(a), quien le guiaba a través de la pista de obstáculos imaginarios. Esta dinámica requirió una comunicación clara y precisa, fomentando la confianza y la cooperación entre los participantes. Además, se promueve la capacidad de seguir instrucciones y la percepción espacial sin el uso de la vista.

Esta actividad ha sido divertida y desafiante, sino que también fortaleció las habilidades sociales y el vínculo entre los miembros de cada pareja, proporcionando un valioso ejercicio de empatía y colaboración.

La actividad se llevó a cabo con el fin de fortalecer las relaciones interpersonales entre los participantes mediante una pista de obstáculos imaginarios en el patio del pabellón de hombres y en la sala del pabellón de mujeres con la participación de todos los(a) abuelitos(as).

La actividad promovió la empatía, la confianza y la cooperación, dejando a los residentes con una experiencia enriquecedora y fortaleciendo los lazos entre ellos.

SESIÓN N° 18

Actividad: “Haciendo mi mejor obra de arte”

Objetivo: Fortalecer la valoración de sí mismo.

Materiales:

- Papel crepe
- Tijeras
- Pegamento
- Cartulina

Tiempo: 16 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron grupos de cuatro, una vez organizados se les explicó la importancia del esfuerzo, el empeño y la paciencia en la realización de cualquier tarea, enfatizándoles que estas cualidades pueden conducir a buenos resultados y al logro de metas significativas.

El punto estuvo en animar a los adultos mayores a reflexionar y compartir sus propias experiencias de vida, donde su esfuerzo y perseverancia jugaron un papel crucial en la consecución de sus objetivos. Por consiguiente, los(as) abuelitos(as) procedieron a realizar su mejor obra de arte. Esta actividad no solo sirvió para inspirar y motivar, sino también para fomentar un sentido de comunidad y apoyo mutuo entre los participantes, resaltando la importancia de la resiliencia y la determinación en la vida. La dinámica tuvo lugar en la sala del pabellón de hombres y en la sala del pabellón de mujeres, con la participación de todos los(as) abuelitos(as).

Esta actividad tuvo una duración de 16 horas, ocho horas en el pabellón de hombres y ocho horas en el pabellón de mujeres. La actividad no solo inspiró a los participantes, sino que también creó un ambiente de apoyo y resiliencia.

SESIÓN N° 19

Actividad: “Sesión de fotos”

Objetivo: Elevar la autoestima.

Materiales:

- Cámara
- Portarretratos

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Se les explicó a los adultos mayores en qué consiste la sesión de fotos. Las fotos tomadas serán una oportunidad para que se arreglen y vean de una manera especial. A pesar de cualquier cambio que noten en su apariencia, se les recordó que siguen siendo hermosos, ya que lo más importante es la persona que son por dentro.

Durante la sesión, se les pidió que cada uno realice una pose diferente para la cámara, fomentando la creatividad y la autoexpresión. Después de tomar las fotos, cada participante pudo elegir la imagen que más les gustó y mejor representó su propia imagen. Posteriormente, las fotos seleccionadas se revelaron y se entregaron enmarcadas a cada abuelito(a).

Esta actividad no solo les proporcionó un recuerdo tangible, sino que también reforzó su autoestima y les permitió ver su belleza desde una nueva perspectiva. Además, el proceso de seleccionar y enmarcar la foto creó una experiencia significativa y positiva, dejando una impresión duradera y valiosa para cada participante.

La actividad se realizó en los jardines del hogar con la participación de todos los abuelos/as.

El objetivo de elevar la autoestima se alcanzó con éxito. La actividad no solo permitió a los residentes verse desde una nueva perspectiva, sino que también les proporcionó un recuerdo tangible y valioso que reforzó su autoimagen positiva.

SESIÓN N° 20

Actividad: “Momentos que inspiran nuestras vidas”

Objetivo: Fortalecer las relaciones personales.

Material:

- Imágenes impresas

Tiempo: 8 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores formaron parejas, a cada una se les mostró imágenes que representaban doce momentos significativos de la vida. Cada adulto mayor tuvo que explicar el significado que le atribuyó a cada uno de esos momentos y luego compartir con el resto cómo le gustaría vivirlos personalmente. Entre los momentos representados se incluyeron momentos para amar, aprender, confiar, proteger, soñar, mostrar fuerza, entre otros aspectos importantes de la vida. Esta actividad fue diseñada para fomentar la reflexión personal y la comunicación entre los participantes.

Lo realizado les permitió explorar y compartir sus experiencias, deseos y valores de una manera significativa y emotiva. Al hacerlo, no solo fortalecieron su autoestima y autoconciencia, sino que también cultivaron un sentido de conexión y comprensión mutua con sus compañeros(as).

Esta dinámica promovió la reflexión personal y la comunicación entre los participantes. La actividad tuvo una duración de ocho horas, cuatro horas en el pabellón de hombres y cuatro horas en el pabellón de mujeres. La actividad permitió a los participantes explorar y compartir sus experiencias y deseos, creando un sentido de conexión y comprensión mutua. Por tanto, se logró cumplir el objetivo de fortalecer las relaciones interpersonales.

SESIÓN N° 21

Actividad: “Puestos en el zapato de la otra persona”

Objetivo: Fortalecer la empatía.

Material:

- Periódico

Tiempo: 10 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Se pidió a los adultos mayores que formen grupos de tres personas. A cada grupo se les mostró noticias del periódico referidos a los adultos mayores que enfrentan situaciones graves. Luego, se utilizó la técnica lluvia de ideas para responder a la siguiente pregunta: “¿Cómo se sentirían ustedes si estuvieran en la situación de los adultos mayores de la noticia?” Se les animó a reflexionar sobre las noticias y a cultivar la empatía, a través de sus respuestas, imaginando cómo podrían sentirse si enfrentaran circunstancias similares.

La actividad se llevó a cabo con el fin de fortalecer la empatía entre los participantes, utilizando noticias sobre adultos mayores en situaciones graves como punto de partida para la reflexión. La actividad se realizó en la sala del pabellón de hombres y en la sala del pabellón de mujeres con una duración total de 10 horas, cinco horas en el pabellón de hombres y cinco horas en el pabellón de mujeres.

El objetivo fue fortalecer la empatía y se logró de manera efectiva. La actividad promovió una reflexión significativa y un intercambio emocional que fortaleció la comprensión mutua entre los participantes.

SESIÓN N° 22

Actividad: “Técnica de relajación”

Objetivo: Relajar el cuerpo y la mente.

Material: No se necesita.

Tiempo: 16 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

La facilitadora enseñó a los adultos mayores formas prácticas y sencillas para lograr relajarse física y mentalmente. Le dedicó tiempo individual a cada abuelito(a) para asegurarse que la técnica de relajación sea efectiva.

Inició con la posición adecuada y luego enseñó los métodos de respiración. Cada sesión de relajación duró 15 minutos por adulto y se practicó de manera regular con un seguimiento por parte de la facilitadora y así promover un bienestar continuo.

La actividad estuvo enfocada en la relajación física y mental, diseñada para promover el bienestar continuo de los adultos mayores. La actividad se realizó en la sala del pabellón de hombres y en la sala del pabellón de mujeres.

La actividad tuvo una duración de diez horas, cinco horas en el pabellón de hombres y cinco horas en el pabellón de mujeres. Cada sesión de relajación duró 15 minutos por adulto, la actividad fue practicada regularmente para garantizar un bienestar continuo.

El objetivo de relajar la mente y el cuerpo se alcanzó con éxito a pesar de que hubo algunas dificultades se logró con la mayoría de los adultos mayores. La actividad proporcionó a los adultos mayores una técnica efectiva para manejar el estrés y mejorar su bienestar general, contribuyendo a una mayor calidad de vida, por lo mismo se les recomendó seguir practicándola regularmente.

SESIÓN N° 23

Actividad: “Relaciones afectivas”

Objetivo: Mejorar las relaciones interpersonales y familiares.

Material: No se necesita.

Tiempo: 8 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se les explicó que la actividad consiste en identificar los afectos y sentimientos que, al expresarlos, podrían afectar sus relaciones y crear conflictos interpersonales o familiares. A través de la catarsis, se buscó identificar emociones como la ira, la antipatía, los modales, los gestos y la falta de decisión frente a conflictos relacionados con sus familiares y compañeros del hogar. Esta actividad se hizo individualmente, permitiendo a cada participante explorar y reflexionar sobre sus propios sentimientos y cómo estos pueden afectar sus relaciones personales.

El objetivo principal fue promover la conciencia emocional y facilitar un espacio seguro donde los adultos mayores puedan expresar y comprender mejor sus emociones, ayudándoles a gestionar conflictos de manera más efectiva y mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales. La actividad fue realizada en las salas de los pabellones de los hombres y mujeres con una duración de ocho horas, cuatro horas por cada pabellón.

Durante la jornada, cada participante tuvo la oportunidad de trabajar individualmente, lo que le permitió explorar y reflexionar profundamente sobre sus emociones. Cada quien estuvo enfocado en identificar sentimientos como la ira, la antipatía, los modales inapropiados, los gestos y la indecisión frente a situaciones conflictivas con sus familiares y compañeros(as) del Hogar.

El objetivo principal de promover la conciencia emocional se logró y los participantes pudieron no solo identificar sus emociones, sino también entender mejor cómo gestionarlas para evitar conflictos y mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales. Al final de la actividad, muchos expresaron un sentido de alivio y claridad, así como una mayor disposición para resolver conflictos de manera más efectiva.

SESIÓN N° 24

Actividad: “Silla vacía”

Objetivo: Lograr que los adultos mayores puedan desahogarse.

Material:

- Silla

Tiempo: 36 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Se invitó a cada adulto mayor a participar de manera individual. Primero, se les explicó que la técnica implica imaginar que una silla, frente cada quien, representa a una persona significativa con quien tiene algún conflicto o sentimiento no resuelto. Entonces, se les animó a visualizar y hablar con esa “persona” imaginaria como si estuviera presente físicamente. Cada participante tuvo la oportunidad de expresar libremente sus sentimientos, pensamientos y emociones hacia aquella persona representada por la silla vacía. Con esta actividad pudieron discutir temas como resentimientos, alegrías, decepciones y otros aspectos que deseaban resolver. La actividad estuvo centrada en permitir que los adultos mayores exploren y procesen sus emociones de manera abierta y reflexiva. Al finalizar, se les invitó a reflexionar sobre lo que han descubierto y sentido durante la actividad.

La actividad estuvo enfocada en la exploración emocional y la resolución de conflictos internos de los adultos mayores. La dinámica se llevó a cabo en las salas del pabellón de hombres y de mujeres. Cada abuelito(a) fue invitado(a) a participar de manera individual en un ambiente seguro y controlado. La actividad tuvo una duración de 18 horas para cada pabellón. A lo largo de la sesión, cada participante pudo desahogarse y explorar aspectos importantes de sus relaciones personales, revelando problemas y angustias que no habían compartido con nadie. Este proceso ayudó a los(as) abuelitos(as) a liberar tensiones emocionales y a alcanzar un mayor entendimiento de sí mismos. La actividad brindó un espacio seguro para la autoexploración emocional, facilitando el procesamiento de sentimientos no resueltos y promoviendo un bienestar emocional más profundo para los participantes.

Teresa: *“Gracias mamita por escuchar, es un dolor que cargo desde chica y me lo llevaré a la tumba, pero gracias por permitir sacarlo”.*

SESIÓN N° 25

Actividad: “Adiós tristeza”

Objetivo: Disminuir la tristeza.

Materiales:

- Hojas
- Lápices

Tiempo: 6 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se les explicó en que consiste la actividad. Se procedió a leer las siguientes preguntas: “¿Qué les causa tristeza?”, “¿Cómo manejan la tristeza?” y “¿La tristeza interfiere en sus actividades?”. Cada participante respondió a estas preguntas y se reflexionó sobre cada una de las respuestas proporcionadas.

Las respuestas de los adultos mayores han sido registradas en hojas de papel para su revisión y análisis posterior. Basándose en las respuestas proporcionadas, la facilitadora les brindó herramientas prácticas a los adultos mayores para ayudarles a gestionar y superar la tristeza. El objetivo es facilitar un espacio donde puedan explorar sus emociones, comprender mejor cómo afectan sus vidas diarias y aprender estrategias efectivas para afrontar la tristeza de manera saludable y constructiva.

La actividad se desarrolló en las salas del pabellón de hombres y de mujeres e inició con una explicación detallada de la actividad.

Las herramientas proporcionadas fueron bien recibidas, y se observó una mejora en la comprensión de cómo la tristeza afecta sus vidas y en la adopción de estrategias más saludables para enfrentarla. La actividad permitió a los participantes conectar con sus emociones de manera constructiva, aprendiendo nuevas formas de manejar sus sentimientos y mejorar su bienestar emocional.

Abdón: “Nos ayudó a soltar la tristeza que tenemos nosotros los ancianos”.

SESIÓN N° 26

Actividad: “Palabras que caen con fuerza y palabras que caen despacio”

Objetivo: Mejorar su autoestima.

Materiales:

- Hojas de color
- Tijeras
- Marcadores

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores escribieron en papeles de colores las palabras que los hieren y en hojas de color blanco las palabras que elevan su autoestima. Escritas las frases que desalientan y las que alientan, se reparten entre los participantes. Se les pidió que arruguen los papeles que recibieron lanzándolos a sus compañeros(as). Con este acto simbólico representaron la liberación de las palabras negativas y desalentadoras.

A continuación, la facilitadora hizo aviones con las hojas blancas y las repartió entre los participantes. Los aviones simbolizan palabras que enaltecen su autoestima y son positivas. Cada adulto mayor recibió un avión de papel y se les invitó a reflexionar sobre cómo estas palabras positivas pueden impactar su vida y la de los demás de manera positiva.

Después de esta actividad, se realizó una reflexión grupal sobre las respuestas obtenidas durante la sesión. Se invitó a los participantes a compartir cómo se sintieron al liberarse de las palabras negativas y al recibir las palabras positivas. Se le pidió a cada uno(a) una promesa a sí mismo(a) de cultivar una buena autoestima y utilizar palabras que les ayuden a vivir de manera positiva. Esta promesa personal refuerza el compromiso individual hacia el bienestar emocional y la positividad en sus interacciones diarias.

A lo largo de la sesión, se ofreció contención emocional a los participantes, quienes compartieron problemas y angustias previamente no expresados. Además, se creó un medio para liberarse de la negatividad y enfocarse en el bienestar emocional, reforzando su compromiso personal con el autocuidado y la positividad en sus interacciones diarias.

ÁREA FÍSICA

SESIÓN N° 27

Actividad: “Me digo a mi mismo que soy capaz”

Objetivo: Mejorar la actividad física.

Material:

- Pesas de botellas con agua.

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores levantaron pesas gradualmente para aumentar su fuerza bajo supervisión de la facilitadora. Cada semana evaluó el progreso individual de los abuelitos y abuelitas. Se controló si han logrado duplicar su fuerza inicial. El objetivo principal de esta actividad es permitir que algunos adultos mayores prescindan de sus bastones al levantarse de su silla, promoviendo así una mejora significativa en su movilidad y calidad de vida.

La actividad estuvo enfocada en mejorar la fuerza y la movilidad de los adultos mayores y se desarrolló en las salas del pabellón de hombres y de mujeres.

La actividad tuvo una duración total de 12 horas divididas en seis horas por cada pabellón.

Al cabo de unas semanas se observó una mejora notable en la fuerza física de los participantes, lo que impactó positivamente su calidad de vida. La actividad promovió la fuerza y la movilidad; ofreció a los participantes una mayor independencia y confianza en sus capacidades físicas.

SESIÓN N° 28

Actividad: “Pateando la pelota”

Objetivo: Fomentar la actividad física y la coordinación en los adultos mayores.

Materiales:

- Pelota
- Conos

Tiempo: 10 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores realizaron la actividad en un espacio seguro y cómodo para moverse cómodamente. La tarea consistió en patear pelotas suaves y livianas y derribar los conos. Los abuelitos y abuelitas lo realizaron en parejas mientras interactuaban cooperándose.

Los participantes comenzaron con patadas suaves a la pelota para derribar los conos, se les animó a moverse controladamente y mantener el equilibrio mientras lo hacían.

Después, los adultos mayores compartieron sus experiencias y sentimientos sobre la actividad, promoviendo así una interacción social positiva y un sentido de logro personal.

La actividad estuvo enfocada en fomentar la actividad física y mejorar la coordinación entre los participantes y se llevó a cabo en las salas del pabellón de hombres y de mujeres, donde mostraron gran entusiasmo con la mejora en su coordinación motora, lo que contribuyó a su bienestar físico y emocional. Esta actividad les proporcionó un entorno divertido y estimulante, mejoró su movilidad de los residentes y reforzó su capacidad para trabajar en equipo.

SESIÓN N° 29

Actividad: “Ejercicio aeróbico de baja intensidad” y caminata con las abuelas

Objetivo: Ejercitar las extremidades inferiores a los adultos mayores.

Materiales:

- Música
- Parlante

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se les indicó que para comenzar se realizará un calentamiento previo de pie. Con las piernas separadas en línea con los hombros. El ejercicio consistió en una serie de siete ejercicios diferentes, diseñados para mejorar la flexibilidad y la movilidad que consistió en levantar cada pierna hacia los costados coordinando con los brazos. Cada participante repitió el circuito tantas veces como consideró adecuado hacerlo con una recomendación de dos a cuatro repeticiones.

El tiempo dedicado a esta actividad fue de 35 minutos diarios. El objetivo fue mejorar gradualmente la condición física de los adultos mayores, promoviendo así una mayor movilidad y bienestar general. La actividad se desarrolló en las salas del pabellón de hombres y de mujeres en un ambiente controlado y dispuesto para su comodidad y seguridad.

La actividad tuvo una duración de 12 horas, distribuidas en seis horas por cada pabellón y distribuidas en diferentes días. Se observó una mejora significativa en la flexibilidad y movilidad de los residentes, lo que contribuyó a un mejor estado físico general.

La actividad promovió un aumento en la movilidad de los residentes, mejorando su calidad de vida y su capacidad para realizar actividades diarias de manera independiente.

SESIÓN N° 30

Actividad: “Activación física”

Objetivo: Ejercitar las extremidades superiores de los adultos mayores.

Material:

- Botellas de 500 ml con agua.

Tiempo: 12 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

Los adultos mayores utilizaron como pesas botellas de agua de 500 ml. Se les recomendó vestir ropa cómoda para facilitar los movimientos. La recomendación fue que beban agua antes, durante y después del ejercicio para mantenerse hidratados.

La rutina constó de una serie de 13 ejercicios diseñados para fortalecer el abdomen, la espalda y los brazos. Cada ejercicio se realizó con diez a 15 repeticiones, adaptadas al ritmo y capacidad física de cada participante. El objetivo fue mejorar la fuerza muscular, promoviendo así una mejor estabilidad y movilidad de los abuelitos y abuelitas.

La actividad física fue destinada a fortalecer las extremidades superiores de los participantes mediante el uso de pesas de agua y se desarrolló en las salas del pabellón de hombres y de mujeres.

Este tipo de actividad tuvo una duración de 12 horas divididas en seis horas por cada pabellón y distribuidas en días. Los residentes mostraron una mejora notable en la fuerza muscular, lo que contribuyó a una mayor estabilidad y movilidad.

El objetivo se logró cumplir al ejercitar las extremidades superiores, además que fortaleció las extremidades superiores de los adultos mayores.

SESIÓN N° 31

Actividad: “Ejercicios de estiramiento (relajación)”.

Objetivo: Ejercitar los músculos de los adultos mayores.

Material:

- Silla

Tiempo: 10 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se les explicó iniciar gradualmente el ejercicio de estiramiento para no forzar los segmentos corporales. La recomendación fue utilizar una silla para mantener el equilibrio siempre que sea necesario. Durante los ejercicios experimentaron molestias, aunque debieron evitar cualquier sensación de dolor. Cada ejercicio consistió en mantener la posición durante diez segundos con un un descanso de 20 segundos, luego continuaron con el siguiente ejercicio.

Los participantes optaron por trabajar en parejas para proporcionarse apoyo mutuo durante los ejercicios. La serie incluyó diez ejercicios diseñados para mejorar la flexibilidad, la estabilidad y fortalecer diferentes grupos musculares. Este enfoque no solo promovió la seguridad al realizar los ejercicios, sino que también facilitó la participación activa y colaborativa entre los adultos mayores.

La actividad se llevó a cabo con el fin de mejorar la flexibilidad y fortalecer diferentes grupos musculares de los participantes y se desarrolló en las salas del pabellón de hombres y de mujeres.

La actividad tuvo una duración diez horas, divididas en cinco horas por cada pabellón. Los(as) abuelitos(as) mostraron una mejora significativa en su flexibilidad y estabilidad, lo que contribuyó a un mayor control sobre sus movimientos y una mayor seguridad al realizar actividades cotidianas. Además les proporcionó un entorno seguro y apoyado para que los residentes trabajaran en su fuerza y flexibilidad, mejorando su bienestar físico y emocional.

SESIÓN N° 32

Actividad: “Coordinación”.

Objetivo: Mejorar la precisión y la agilidad.

Materiales:

- Pelotas pequeñas
- Globos
- Canasta o caja.

Tiempo: 6 horas (mañana y tarde).

Procedimiento

A los adultos mayores se les explicó que debían combinar diferentes ejercicios de coordinación que incluyeron coordinación motora donde utilizaron pelotas pequeñas y globos. Los abuelitos realizaron una serie de ejercicios diseñados para mejorar la precisión y la agilidad. Por ejemplo, se incluyeron ejercicios como lanzar y atrapar pelotas pequeñas con una mano; pasar un globo de una mano a otra sin dejarlo caer; y golpear un globo para mantenerlo en el aire durante un período de tiempo determinado. Estos ejercicios promovieron la coordinación mano-ojo y la destreza física y ofreció una actividad divertida y estimulante para los adultos mayores. Además, trabajar en equipo y en parejas fomentó la colaboración y la socialización entre los participantes, mejorando así su bienestar físico y emocional.

Los(as) abuelitos(as) mostraron una notable mejora en su coordinación y destreza, además de disfrutar de un ambiente lúdico que fomentó la socialización y el trabajo en equipo.

La actividad proporcionó a los adultos mayores una oportunidad para mejorar su agilidad y coordinación, al tiempo que fomentó un sentido de comunidad y diversión.

SESIÓN N° 33

Actividad: Posttest.

Objetivo: Aplicar la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y el Inventario de Calidad de Vida y Salud INCAVISA.

Material:

- Instrumentos y lapiceros.

Tiempo: 36 horas (mañana y tarde)

Procedimiento:

A los abuelitos se les explico cómo se aplican instrumentos de forma individual. Primero en el pabellón de hombres y segundo en el pabellón de las mujeres.

En el inicio se les explicó en que consiste cada test y se optó por aplicarlo individualmente para una mejor comprensión.

6.3 Tercer objetivo

- Evaluar el impacto del programa.

A continuación se presentan los resultados del WHOQOL-BREF de calidad de vida de los dos pabellones del Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet”:

Tabla 15

Calidad de vida - Pabellón hombres y mujeres.

Calidad de vida	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	1	3%	0	0%
Buena	0	0%	17	50%
Regular	24	71%	17	50%
Baja	9	26%	0	0%
Muy baja	0	0%	0	0%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 15, los resultados del pretest muestran el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. El 26% mostró un nivel bajo en calidad de vida; el 71% tuvo un nivel regular en cuanto a su calidad de vida y solamente el 3% de adultos mayores presentan un nivel muy bueno en cuanto a su calidad de vida. Los resultados del postest en el nivel de calidad de vida de los adultos mayores demostraron que el 50% tiene una calidad de vida regular y el 50% una calidad de vida buena.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo del pretest y el postest se puede determinar que los adultos mayores de haber estado en 0% de buena calidad de vida, incremento al 50%. El 71% con una calidad de vida regular disminuyó al 50% y el 26% con una calidad de vida baja, disminuyó al 0%. Por consiguiente, estos resultados positivos son fruto del apoyo psicológico que fue brindado. Al haber implementado un programa diseñado específicamente para reforzar y estimular las áreas de la salud física (actividades de la vida diaria), la capacidad de trabajo, energía y fatiga, dolor muscular y movilidad, se realizaron actividades con ejercicios físicos, musculares, coordinación y caminatas. Por otra parte, para mejorar la salud psicológica (sentimientos

negativos, autoestima, memoria, concentración y atención, etc.), se realizaron actividades de pintura, armado de rompecabezas, técnicas de respiración y actividades para estimular la memoria corto plazo, etc. Para reforzar las relaciones sociales, referidas a las relaciones personales, familiares, actividades de ocio y entorno, se realizaron actividades en grupo, de reforzamiento para el compañerismo, actividades participativas y recreativas. Asimismo, es evidente la importancia de brindar este tipo de apoyo para que los adultos mayores, que atraviesan por esta situación, sientan la compañía y valoración que merecen como lo demuestran los resultados expuestos del postest.

A continuación se presentan los resultados por áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa):

Tabla 16

Preocupaciones respecto a la salud- Pabellón hombres y mujeres.

Preocupaciones	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	8	23%	23	68%
Baja	21	62%	11	32%
Muy baja	5	15%	0	0%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 16, los resultados del pretest en el área de preocupaciones de los adultos mayores presentaban un 15% nivel muy bajo, seguido con el 62% de nivel bajo y el 23% en un nivel normal.

Los resultados del postest cambiaron notablemente el 32% de los adultos mayores mostraron un nivel bajo y el 68% un nivel normal.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se infiere que hubo una disminución del 15% en el nivel muy bajo al 0%; el 62% de nivel bajo paso a 32% y el 23%, que representaba un nivel normal, incrementó a 68%.

Estos resultados hacen referencia a los cambios derivados de las preocupaciones de los procesos de enfermedad por la que atraviesa el grupo de adultos mayores. Lo anterior implica modificaciones en la percepción de la interacción con otros, que no solo afecta su interacción con los demás, sino también su auto-percepción y la percepción de las inquietudes de quienes los rodean y de las preocupaciones constantes que surgen por la fase etaria en la que se encuentran. Como se trata de personas institucionalizadas estas preocupaciones son aún más frustrantes, lo cual se refleja en los resultados del pretest, indicando que es un área deficiente. Por consiguiente, una vez que se aplicó el programa y se trabajó con actividades específicas como técnica de respiración, actividades lúdicas, actividades grupales, etc., estas favorecieron en la eliminación de algunas preocupaciones que presentaban los adultos mayores. Asimismo, se logró una incidencia en dicha área, contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Esto se evidencia en los resultados del postest.

Tabla 17

Desempeño físico - Pabellón hombres y mujeres

Desempeño físico	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	5	15%	15	44%
Baja	5	15%	9	27%
Muy baja	24	70%	10	29%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 17, los resultados del pretest en el área de desempeño físico indican que el 70% de adultos mayores tenía un nivel muy bajo, el 15% un nivel normal y el 15% un nivel bajo.

Los resultados del postest para la misma área presentó lo siguiente: el 44% mostró un nivel normal, el 27% un nivel bajo y el 29% un nivel muy bajo.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se infiere que: el 70% con nivel muy bajo disminuyó al 29%; el 15% con nivel bajo incremento a 27% y el 15% con nivel normal incrementó a 44%.

Los resultados, hacen referencia al desempeño físico y la capacidad que tienen los adultos mayores para realizar actividades cotidianas, que requieren algún esfuerzo como caminar, subir gradas, cargar bolsos, realizar ejercicio físico, etc.

La deficiencia de desempeño físico se refleja en los resultados del pretest, por consiguiente, una vez que se aplicó el programa y se trabajó con actividades específicas ejercicio físico de baja intensidad para fortalecer los miembros superiores e inferiores, muscular y de estiramiento, además de ejercicios de coordinación y caminatas, se logró un cambio favorable en el desempeño físico aumentando su capacidad para realizar actividades diarias y también fortaleciendo su autonomía. Esto se muestra reflejado en los resultados del postest que indican una incidencia favorable en la mejora de su calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 18

Aislamiento - Pabellón hombres y mujeres.

Aislamiento	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	1	3%	12	35%
Baja	3	9%	1	3%
Muy baja	30	88%	21	62%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 18, los resultados del pretest en el área de aislamiento los adultos mayores muestran que el 88% tenía un nivel muy bajo, el 9% un nivel bajo y el 3% (un adulto mayor) con un nivel normal.

Los resultados del postest en la misma área presentan los siguiente: el 62% con un nivel muy bajo, el 39% con un nivel bajo y el 35% con nivel normal.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se infiere que, el 88% que indicaba un nivel muy bajo disminuyó a 62%; el 9% que representaba un nivel bajo disminuyó a 3% y el 3% que tenía un nivel normal incrementó a 35%.

Los resultados hacen referencia a los cambios favorables respecto al aislamiento, a los sentimientos de soledad y de separación del grupo habitual entre los adultos mayores por estar

institucionalizados. Muchos de ellos(as) no tienen familia y no reciben visitas a diario, lo cual les afecta en su estado emocional. La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest; por consiguiente, una vez que se aplicó el programa y se trabajó con actividades específicas como actividades grupales, reflexiones sobre los sentimientos negativos y otras, que promovieron el compañerismo, han contribuido a crear un entorno más acogedor y conectado dentro del hogar. Esto es reflejado en los resultados del postest.

Tabla 19

Percepción Corporal – Pabellón hombres y mujeres.

Percepción corporal	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	24	71%	27	79%
Baja	7	20%	7	21%
Muy baja	3	9%	0	0%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 19, los resultados del pretest en el área de percepción corporal muestra que los adultos mayores presentaban 9% un nivel muy bajo, el 20% un nivel bajo y el 71% un nivel normal.

Los resultados del postest en la misma área presentó lo siguiente: el 79% que demostró tener un nivel normal y el 12% un nivel bajo.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se observa que, el 9% que indicaba un nivel muy bajo disminuyó a 0%; el 20% que representaba un nivel bajo disminuyó a 12% y el 71% que representaba un nivel normal incrementó a 79%.

Los resultados hacen referencia a los cambios de la percepción corporal, la autoestima, apariencia, la satisfacción que tienen los adultos mayores sobre su aspecto y cómo ellos perciben y valoran su propio cuerpo, y sus capacidades físicas. La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest. Una vez que se aplicó el programa y se trabajó con actividades específicas como fortalecimiento de autoestima, actividades de apreciación a su cuerpo, reflexiones sobre la valoración de sí mismos y otras, se lograron cambios favorables.

Tabla 20*Funciones cognitivas - Pabellón hombres y mujeres.*

Funciones cognitivas	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	2	6%	10	29%
Baja	2	6%	8	24%
Muy baja	30	88%	16	47%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 20, los resultados del pretest en el área de funciones cognitivas de los adultos mayores presentaba un 88% con nivel muy bajo, el 6% con un nivel bajo y el 6% con un nivel normal.

Los resultados del postest en la misma área presentó que el 29% está en un nivel normal, el 24% con un nivel bajo y el 47% en un nivel muy bajo.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se tiene que, el 88% mostraba un nivel muy bajo disminuyó a 47%; el 6% que representaba un nivel bajo incrementó a 24% y el 6% que representaba un nivel normal subió a 29%.

Los resultados hacen referencia a los cambios efectuados en las funciones cognitivas como la memoria, la atención, el lenguaje, y el razonamiento de los adultos mayores.

La deficiencia de esta área se refleja en los resultados del pretest. Por consiguiente, una vez que se aplicó el programa y se trabajó con actividades específicas orientadas a la memoria, atención y razonamiento como por ejemplo armado de rompecabezas, pintar dibujos, sopa de letras, crucigrama, origami, lecturas cortas, etc., se logró cambios favorables que son esenciales para que los adultos mayores puedan realizar tareas cotidianas, mantener la independencia, y participar activamente en la vida social. Esto les permitió mantener una vida activa, involucrarse en actividades recreativas, tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

Tabla 21*Tiempo libre - Pabellón hombres y mujeres.*

Tiempo libre	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	5	15%	6	18%
Baja	20	59%	28	82%
Muy baja	9	26%	0	0%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 21, los resultados del pretest en el área de tiempo libre indica que el 26% de los adultos mayores tenían un nivel muy bajo, el 59% un nivel bajo y el 15% un nivel normal.

Los resultados del postest en la misma área muestran cifras diferentes: el 82% se ubica en el nivel bajo y el 18% en el nivel normal.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados, el 26% que indicaba un nivel muy bajo disminuyó a 0%; el 59% que representaba un nivel bajo incrementó a 82% y el 15% que representaba un nivel normal incrementó al 18%.

Los resultados hacen referencia al tiempo libre que tienen los adultos mayores sobre su desempeño y disfrute de actividades recreativas, la participación y actos que realizan en el hogar, así también cómo se desenvuelven en otras actividades diarias y si tienen el espacio para hacerlo.

La deficiencia de esta área no ha sido tan significativa como en las anteriores; sin embargo, se implementó el programa con actividades grupales, donde los adultos mayores pudieron disfrutar y compartir momentos para fortalecer esta área con lo cual redescubrieron sus intereses y pasiones relegados, logrando así cambios que les favorecieron en la estimulación mental, el mantenimiento de la autonomía y la promoción de una vida social activa.

Tabla 22*Vida cotidiana - Pabellón hombres y mujeres.*

Vida cotidiana	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	1	3%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	1	3%	6	18%
Baja	7	21%	25	73%
Muy baja	25	73%	3	9%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 22, los resultados del pretest en el área de vida cotidiana, donde el 73% de los adultos mayores estaban en un nivel muy bajo, el 21% en un nivel bajo, el 3% en un nivel normal y el 3% en un nivel muy bueno.

Los resultados del postest en la misma área indican que el 18% mostró un nivel normal, el 73% un nivel bajo y el 9% un nivel muy bajo.

Por lo tanto, el análisis comparativo de los resultados evidencia que, el 73% con un nivel muy bajo disminuyó a 9%; el 21% que representaba un nivel bajo incrementó a 73% y el 3% que tenía un nivel normal incrementó al 18%.

Los resultados hacen referencia a la vida cotidiana, es decir, el grado de satisfacción—insatisfacción percibido por los adultos mayores en los cambios de las rutinas diarias, compuesta por las actividades que se realizan regularmente. Esto incluye desde el autocuidado y las tareas domésticas hasta la participación en actividades recreativas y sociales.

La insatisfacción de disfrute de la vida cotidiana se refleja en los resultados del pretest. Por consiguiente, una vez que se aplicó el programa con actividades como fomentar la participación en actividades del hogar, participación con otros voluntarios y fortalecer los hábitos de autocuidado, se logró un cambio positivo reflejado en la actitud de los adultos mayores a la hora de participar en actividades que se realizaron en el Hogar. Asimismo, es evidente que los resultados del postest destacan estos datos.

Además, las actividades diarias ofrecen oportunidades para el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y la interacción social, todos estos son factores clave para una vida saludable y satisfactoria.

Tabla 23*Familia - Pabellón hombres y mujeres.*

Familia	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Muy buena	1	3%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	12	35%	13	38%
Baja	0	0%	0	0%
Muy baja	0	0%	0	0%
Sin familia	21	62%	21	62%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 23, los resultados del pretest en el área de familia el 62% de los adultos mayores no tienen familia. Los adultos mayores que si tienen familia indican que el 35% tenía un nivel normal y el 3% un nivel muy bueno en cuanto a la relación con su familia.

Los resultados del postest en la misma área indican que el 62% no tienen familia y los adultos mayores que si tienen familia indican que el 38% están con un nivel normal.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados se concluye que, el 35% que indicaba un nivel normal incremento al 38%.

Los resultados hacen referencia a la relación que tienen los adultos mayores con su familia y el apoyo que reciben de la misma, la familia juega un papel relevante en la calidad de vida, ya que representa una fuente primordial de apoyo emocional, social y, en muchos casos, físico. Así pues, la relación que los adultos mayores mantienen con sus familiares es casi nula, lo cual afecta significativamente en su bienestar. Esto es demostrado en los resultados del pretest; por consiguiente, una vez que se aplicó el programa con actividades como interacción regular con familiares, actividades para reducir el estrés, fortalecer los lazos afectivos entre sus compañeros y ofrecer una red de apoyo para aquellos que carecen de familia, se logró cambios favorables en bienestar de los adultos mayores.

Tabla 24*Redes sociales - Pabellón hombres y mujeres.*

Redes sociales	Pretest		Posttest	
	f	%	f	%
Muy buena	0	0%	0	0%
Buena	0	0%	0	0%
Normal	6	18%	24	71%
Baja	21	62%	10	29%
Muy baja	7	20%	0	0%
Total	34	100%	34	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 24, los resultados del pretest en el área de redes sociales indica que el 20% de los adultos mayores tenían un nivel muy bajo, el 62% un nivel bajo y el 18% un nivel normal.

Los resultados del posttest en la misma área muestran cifras diferentes: el 29% se ubica en el nivel bajo y el 71% en el nivel normal.

Por lo tanto, al realizar un análisis comparativo de los resultados, el 20% que indicaba un nivel muy bajo disminuyó a 0%; el 62% que representaba un nivel bajo disminuyó a 29% y el 18% que tenía un nivel normal incrementó al 71%.

Los resultados, hacen referencia a los cambios en las redes sociales también llamado recursos humanos y las conexiones interpersonales que rodean y con los que cuentan los adultos mayores respecto a la información, apoyo y atención que reciben al estar institucionalizados y esto incluye a la familia, amigos, compañeros de pabellón y cuidadores profesionales del Hogar. La carencia de estas redes sociales se muestra en los resultados del pretest, el apoyo que los adultos mayores reciben de las mismas influye significativamente en su bienestar. Una vez que se aplicó el programa con actividades como fortalecer las redes sociales que actúan como un sistema de apoyo, asistencia práctica, compañía emocional, brindar información de fuera, es que se consiguió resultados favorables los cuales son expuestos en el posttest y se demostró en la actitud positiva de los adultos mayores hacia la vida.

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones de la práctica institucional:

La calidad de vida es un factor importante a tomar en cuenta en las diferentes etapas de la vida. Durante la vejez esta, muchas veces, se descuida o es descuidada por las personas que se encuentran alrededor del adulto mayor. La sociedad frecuentemente olvida el valor de una edad avanzada, inclusive los(as) mismos(as) abuelitos(as) olvidan qué significa gozar de una buena calidad de vida.

Por lo tanto, se brindó apoyo psicológico a los adultos mayores del Hogar “Santa Teresa de Jornet” para lograr incidencia en su calidad de vida. Para ello, se implementó un programa con actividades y técnicas específicas en las áreas cognitivo, emocional y físico con el fin de mejorar su calidad de vida.

Con base en los resultados obtenidos, la implementación del programa contribuyó significativamente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Esto se evidencia a través de los avances observados en diversas áreas clave que afectan directamente en su calidad de vida. Por ende, se concluye que:

- Primero, las actividades enfocadas en el área cognitiva tuvieron un impacto positivo, estimulando la memoria a corto plazo, reforzando la concentración y atención, así también fomentando la motricidad y la creatividad. En la etapa de la vejez, el declive de las funciones cognitivas es uno de los principales retos a enfrentar. Sin embargo, mediante la estimulación constante, es posible ralentizar este proceso y mantener el cerebro activo, lo que contribuye a que los adultos mayores sigan siendo autónomos y capaces de realizar actividades cotidianas de manera efectiva. El desarrollo de estas habilidades contribuye no solo al funcionamiento mental, sino también a la confianza en uno mismo y al mantenimiento de la identidad personal.
- Segundo, las actividades y técnicas aplicadas para mejorar el área emocional tuvieron un efecto muy beneficioso en el estado emocional y sentimental de los abuelitos dentro del Hogar. Durante la vejez, muchas personas enfrentan situaciones difíciles que pueden afectar su estabilidad emocional, como la pérdida de seres queridos, la disminución de la independencia, y el aislamiento social.

Las actividades realizadas ayudaron a disminuir las preocupaciones y la tristeza, fortalecieron las relaciones interpersonales con sus compañeros, elevaron la autoestima y fomentaron la expresión emocional. Asimismo, la práctica de técnicas de relajación contribuyó a reducir la angustia y mejorar el bienestar general. La técnica de la “silla vacía” proporcionó un espacio seguro para que los abuelitos se desahogaran y expresaran sus sentimientos de manera abierta, permitiendo la liberación de emociones reprimidas y promoviendo una mejor salud emocional. Estas mejoras en el área emocional favorecieron una mayor calidad de vida, ya que contribuyen al bienestar psicológico y a la percepción positiva de uno mismo y del entorno.

- Por último, las actividades realizadas para mejorar el área física también tuvieron un impacto favorable, ayudando a mantener y mejorar la condición física de los adultos mayores, proporcionándoles la energía necesaria para llevar a cabo otras actividades durante el día. En la vejez, mantener la movilidad y la fuerza física es fundamental para prevenir caídas, promover la independencia y mejorar la calidad de vida en general. Las actividades físicas, además de fomentar el bienestar corporal, contribuyen a mejorar el estado de ánimo. Participar en actividades físicas regulares, adaptadas a las capacidades individuales, facilitó una vida más activa y participativa, disminuyendo la dependencia de terceros para realizar actividades básicas.

En resumen, la implementación de este programa resultó en una mejora significativa de la calidad de vida de los adultos mayores, impactando positivamente su estado cognitivo, emocional y físico. Cada uno de estos aspectos es crucial para asegurar un envejecimiento de calidad, donde los adultos mayores no solo vivan más años, sino que los experimenten con mayor bienestar, autonomía y satisfacción. Fomentar estas actividades y continuar apoyando a los adultos mayores en cada una de estas áreas garantiza una vejez digna y de calidad, asegurando que se sientan valorados y acompañados en esta etapa de sus vidas.

7.2 Recomendaciones

Es fundamental prestar atención a la calidad de vida, que abarca no solo la salud física, sino también el bienestar emocional, social y mental. Las siguientes recomendaciones surgen a partir del tiempo que se ha trabajado en el Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet” y los resultados de los instrumentos aplicados.

Se sugieren utilizar herramientas prácticas para contribuir a una mejora continua en la calidad de vida de los adultos mayores. Estas sugerencias se enfocan en áreas clave como la actividad física, la socialización, el cuidado mental y emocional, y la importancia de un entorno estimulante.

A continuación, se realizan las siguientes recomendaciones para el Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet”:

- ✓ Estimulación física, implementar programas de ejercicio adaptado para cada uno.
- ✓ Estimulación cognitiva, implementar actividades, ejercicios que estimulen la lecto-escritura, memoria y atención.
- ✓ Reforzar las relaciones interpersonales dentro del hogar.
- ✓ Socialización y apoyo emocional individualizado y/o grupal.
- ✓ Se recomienda actividades recreativas individualizadas y/o grupales.
- ✓ Identificar las habilidades e intereses de los adultos mayores para así reforzarlos.

Siguiendo estas recomendaciones, los adultos mayores podrán continuar disfrutando de una vida plena y significativa.