

INTRODUCCIÓN

La tercera edad es un período de la vida, que atraviesan las personas, es una etapa muy difícil caracterizada por problemas como ser los deterioros físicos: se va perdiendo las capacidades, cuanto más avanzada es la edad, se agrava aún más el desgaste físico, por las enfermedades que padecen, como ser la disminución de la capacidad auditiva, de la vista, etc. Pero también se acentúan los conflictos psicológicos, pues en esta etapa las personas de la tercera edad se sienten desvalorizadas porque ya no son tomados en cuenta por la sociedad. Algunas familias optan por recluirlas en un centro de cuidado para adultos, provocando en ellos la falta de afecto pues se sienten solos y abandonados, los problemas asociados a las enfermedades físicas contribuyen en gran medida a los conflictos psicológicos, se sienten deprimidos por sus enfermedades esto hace que necesiten depender de los demás pues ya no pueden realizar algunas actividades por sí solos; pierden la independencia que solían tener antes ya que podían efectuar actividades de manera autónoma, ahora necesitan ayuda para poder realizarlas.

En la vejez es inevitable que no se piense en la muerte, algunos pueden sentir alivio al pensar en la muerte pues piensan que se acabara su sufrimiento y otros perciben la muerte con angustia, miedo.

Las personas de la tercera edad, generalmente son marginadas por la sociedad, y abandonadas por sus familiares en los asilos, el estar encerrados y alejados de sus familias llega a provocar en ellos muchos conflictos afectivos. Sobre todo les afecta la falta de cariño, por el abandono que sufren los ancianos y las carencias afectivas por las que atraviesan se considera de suma importancia no olvidarse de estas personas y trabajar, en los problemas psicológicos que atraviesan por todas las situaciones mencionadas anteriormente.

Por todo lo indicado, se consideró de mucha relevancia realizar la Práctica Institucional en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” la misma consistió en brindar apoyo psicológico a las personas de la tercera edad de la mencionada institución, donde se trabajó, con los conflictos afectivos emocionales, se abordó el sentido de la vida para que el

anciano encuentre un punto de vista más favorable hacia la vida, durante la etapa de su vejez.

El trabajo de investigación está compuesto por siete capítulos que a continuación se hará una breve descripción de cada uno:

Capítulo I: Desarrolla el Planteamiento y Justificación de la problemática tratada, describiendo las mismas y los aportes que se consiguieron mediante la práctica institucional.

Capítulo II: Describe las características de la institución, su historia, los objetivos, misión, visión, personal con el que cuentan.

Capítulo III: Presenta los objetivos generales y específicos

Capítulo IV: Hace referencia al Marco Teórico que contiene toda la información necesaria de diversas teorías que aportaron a la práctica institucional, se conceptualiza todas las variables.

Capítulo V: Desarrolla la metodología, mediante una descripción sistematizada de la Práctica Institucional, características de la población beneficiaria, también se detalla los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizaron y la contraparte de la institución.

Capítulo VI: Presenta la sistematización y análisis de los datos obtenidos los mismos que se desarrollaron en tres fases. En la primera, se realizó el diagnóstico, en la segunda se desarrolló el programa de intervención y por último se realizó la evaluación del impacto del programa.

Capítulo VII: Expone las conclusiones y las recomendaciones, las mismas que se realizaron a partir de los resultados alcanzados de la implementación del Programa de Intervención, y las recomendaciones se hicieron en base a las necesidades que se pudieron evidenciar durante el desarrollo de la práctica.

I.- PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie humana durante todo el ciclo de la vida. Esos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Se le puede llamar geronte, anciano, senescente, tercera edad, adulto mayor, etc. El punto de corte para su definición, a los efectos estadísticos es la edad de 65 años, Cornachione (2008 p 86).

Esta etapa se caracterizan por tener un deterioro físico y psicológico, el desgaste que tiene muchas veces impide que tengan una vida normal y más aún cuando nuestra sociedad tiene una percepción negativa de la vejez. Muchas familias que tiene un miembro de la tercera edad los institucionalizan en los asilos puesto que se llegan a convertir en una carga para ellos ya sea porque no tienen tiempo para cuidarlos o simplemente se desligan de su responsabilidad con el adulto mayor.

Por esta razón la presente práctica institucional, se interesó en trabajar con las personas de la tercera edad institucionalizados en el “Hogar Santa Teresa de Jornet” brindando apoyo psicológico para fortalecer lo afectivo emocional dentro de esa área se trabajó la depresión, y por último se buscó promover el sentido de la vida del adulto mayor.

Se entiende como depresión a la “alteración del, ánimo, consistente en su disminución, como un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar en las actividades habituales acompañado de diversos síntomas psíquicos” Retamal (1999 p 9). Se entiende al sentido de la vida a “la salida para poder darle un sentido concreto e intransferible a la propia vida” Mariñez (2003 p 19). Se entiende al estado afectivo emocional a “una respuesta individual interna, el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más personas” Yankovic (2011 p 1).

En lo que se refiere la problemática a nivel internacional se puede indicar los siguientes datos referidos, en primer lugar a la cantidad de población de las personas de la tercera

edad de algunos países, posteriormente se describirán algunos conflictos por los que atraviesa el anciano institucionalizado.

La transición demográfica que ha estado viviendo el mundo, predice para la mitad de este siglo una igualdad en los porcentajes de la población anciana y joven. Se estima que el porcentaje de las personas de 60 y más años se duplicará entre el año 2000 y el 2050 pasando de un 10% a un 21% y el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio, pasando de un 30% a un 21%. (O.M.S, 2002).

Para América Latina y el Caribe, estadísticamente, la población de ancianos pasará de 23,3 millones en 1980 (6,5% de la población general) a 42,4 millones (7,9%) en el 2000 y a 96,9 millones (12,8%) en el 2025. (Kinsella, 1994).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE), en el censo del 2002, los datos ratifican un descenso porcentual de los menores de 15 años versus un aumento de adultos mayores. Los primeros representan el 25,7% y los de 60 años o más el 11,4%. Los cambios demográficos, natalidad, mortalidad y migración, influyen directamente en la estructura de la población por sexo y edades a través del tiempo; cambios que a su vez son consecuencia de la incidencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja, de familia y de la sociedad.

Según la encuesta de salud y envejecimiento (SABE), en años pasados, la proporción de personas de avanzada edad en Ecuador era relativamente baja, lo que reflejaba la corta esperanza de vida de la población. Esta realidad ha ido cambiando como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad, hoy, una creciente parte de la población alcanza edades avanzadas. La población de personas adultas mayores (60 años de edad en adelante) en Ecuador fue de 1'156.117 en el año 2009. La edad media de las personas adultas mayores es de 71,3 años, tanto para hombres como para mujeres.

La depresión en ancianos es para el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos un problema de gran magnitud para la salud pública. Se sabe que

alrededor del 15% de las personas mayores de 65 años presentaron episodios de depresión en algún momento, también señala que los síntomas tienden a cronificarse con mayor frecuencia que en los jóvenes. En el mismo informe se destaca que al menos 25% de los participantes refirieron sentimientos de tristeza y melancolía en las últimas dos semanas y alrededor del 20% ha experimentado ideas persistentes de muerte en el mismo período. Por otra parte, estudios realizados en establecimientos geriátricos indican que la incidencia de depresión en los mismos se acerca al 20% y que cuando coexisten otras patologías como enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc. los porcentajes crecen significativamente.

A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada en forma insuficiente. Los expertos sugieren que existen algunas características particulares en este grupo de personas. (Matilla).

A continuación, se reflejan los conflictos emocionales por los que atraviesan los ancianos institucionalizados en un asilo de México.

Según el artículo del diario del “Clarín Veracruzano” en Xalapa, Veracruz, la depresión en algunos ancianos y la muerte de uno de ellos, a causa de la falta de atención por parte de familiares de los adultos mayores que viven en el asilo. La mayor parte de los residentes tienen familiares, pero desgraciadamente son muy pocos los que los visitan. “Algunos cooperan con dinero pero no los visitan”.

Para el Día de la Madre y el del Padre, pocos recibieron la visita de algún pariente. La falta de atención por parte de algunos familiares a los adultos mayores que habitan en el asilo “Mariana Sayago” ha ocasionado depresión en algunos internos, incluso la muerte de una de ellas. El olvido de los familiares desarrolla una baja autoestima de los residentes que no entienden que los hayan olvidado. Gayosso, (2010).

Así también se hace referencia a la situación por lo que atraviesa el anciano, institucionalizado. Según los datos obtenidos en la investigación realizada con los adultos mayores institucionalizados en la comuna de Santiago, del total de la muestra, el 48,05% dijo no poseer familia directa o indirecta. No son visitados por nadie, por lo

tanto las necesidades de tipo afectivas no son satisfechas por personas ajenas al establecimiento. Este porcentaje es bastante alto, casi la mitad de los adultos mayores institucionalizados consultados, tornándose en un punto fundamental para la realización de programas ya que esta situación baja considerablemente la calidad de vida y el estado de bienestar que puede llegar a poseer la población consultada.

La tenencia de grupo familiar es clave a la hora de instalar redes para satisfacer necesidades de tipo afectiva para los adultos mayores institucionalizados, además de ser un motor de aliento para mejorar su calidad de vida.

También se interrelaciona directamente con los motivos de ingreso al establecimiento, ya que del total de adultos mayores consultados el 24,68% manifestaron que fue la propia familia quien tomó la decisión de institucionalizarlos. Muñoz (2005 p 115).

En lo que se refiere a nivel nacional, se puede indicar el dato referidos a la cantidad de población anciana en Bolivia, no se encontraron datos sobre la problemática por las que atraviesa las personas de la tercera edad institucionalizados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población total del país es de 10.027.254 habitantes según datos preliminares del censo del año 2012. La población de Bolivia tiene una estructura joven por el significativo porcentaje de personas menores de 15 años y el menor porcentaje 65 y más años. Sin embargo en el último censo del 2012 el porcentaje de menores de 15 años disminuye a cerca de 30% y el porcentaje de mayores de 65 años aumenta a más de 6%.

La problemática abordada desde ámbito regional, se pudo evidenciar que las personas institucionalizadas atraviesan por muchos conflictos psicológicos, porque al encontrarse en la última etapa de la vida emergen grandes necesidades por la situación en la que se encuentran ya que el estar fuera de sus hogares o simplemente no contar con uno propio hace que se sientan tristes, pero lo que más les afecta es la soledad, puesto que la mayoría no recibe visitas de sus familiares, son muy pocos los ancianos que reciben visitas constantes y están pendientes de sus necesidades y en algunos casos el anciano se encuentra completamente sólo porque no tiene ningún pariente cercano. Los

problemas físicos contribuyen en gran parte al malestar emocional del anciano, porque algunos tienen el deseo de trabajar pero su estado físico no les permite y no tienen más remedio que vivir en el asilo.

Otra de las problemáticas de la institución es que existe mucha antipatía entre los ancianos, esto genera grandes conflictos como ser peleas, discusiones inclusive llegan a agresiones físicas, provocándoles incomodidad y molestias ya que no existe la tranquilidad que ellos requieren para sentirse bien.

Esta problemática fue mencionada por las madres del Hogar Santa Teresa de Jornet. Para respaldar lo mencionado anteriormente a continuación se reflejan los datos obtenidos en una investigación realizada en la misma institución.

De acuerdo a la investigación realizada en la ciudad de Tarija, por Poza (2007 p 132,133), sobre la percepción de los ancianos institucionalizados frente a la vejez e idea de muerte, se encontró los siguientes datos referidos a que sienten el anciano cuando piensa en la vejez, los resultados son los siguientes; los varones en un 40% y las mujeres en un 55% dicen experimentar tristeza, otro sentimiento de relevancia es rabia en los hombres con un 16.7% y en las mujeres en un 10% así mismo un sentimiento de tranquilidad se experimenta en la muestra de los varones en un 13.3%. Hay en ambos sexos sentimientos tanto positivos como negativos frente a la vejez, pero sin mucha significancia.

Pero la tendencia de los ancianos es sentir o experimentar tristeza en su mayoría, ante la realidad de la vejez. La influencia de la institución puede tener que ver mucho con este sentimiento. Es importante mencionar que la salud puede ser un factor importante frente a la muerte, personas que estén mal de salud se sienten solas ya que la enfermedad de por sí y en cualquier edad nos hace vulnerables a sentir despojados a abandonados de la buena salud y con ello de la vida misma y naturalmente la necesidad de tener los seres queridos se hace más importante y necesario como compensación de las faltas que van experimentando.

Por otro lado las personas que tienen buena salud experimentan miedo, dolor y soledad frente a la muerte es porque si bien goza de buena salud se va enfrentado a la realidad de todo ser viviente y a la conciencia de esta realidad hace que uno experimente miedo frente a lo conocido, dolor de dejar una vida y a sus seres queridos. Por lo señalado anteriormente emerge el interés de realizar la práctica institucional, en la que se planteó el siguiente objetivo:

“Brindar apoyo psicológico a las personas de la tercera edad del Hogar Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija”

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los problemas físicos y psicológicos por las que atraviesan las personas de la tercera edad se acentúa conforme transcurre el tiempo, mientras más avanzada sea está el deterioro físico es cada vez más significativo; como ser pérdida de la memoria, visión, oído etc. los conflictos psicológicos, también se llegan a agravar por la falta de afecto, por parte de sus seres queridos. El afrontar la viudez y su propia muerte puede llevarlos a sufrir una depresión, mucho más aún si la persona de la tercera edad se encuentra recluida en un geriátrico lejos de su familia; es por eso que se intentó conseguir con la Practica Institucional, que las personas de la tercera edad del Hogar “Santa Tresa Jornet” logren resolver los conflictos emocionales como la depresión, ya que la mayoría de las personas de la tercera edad están sumergidos en un estado depresivo. Por último se buscó promover el sentido de la vida en los ancianos.

Las personas de la tercera edad pertenecen a un sector vulnerable, olvidado y muchas veces marginado por la sociedad, los familiares que tienen a un miembro de edad avanzada se ven forzados a ingresarlos a un centro geriátrico, porque no tienen tiempo o no se sienten capaces de brindarle el cuidado y apoyo necesario que requieren. Otras personas simplemente se olvidan de la responsabilidad que tienen con el adulto mayor y resuelven el problema ingresándolos a un geriátrico y se libran de la carga que puede representar tener a cargo a una persona mayor.

La contribución que se pretendió alcanzar con la realización de la práctica fue la de disminuir los conflictos psicológicos, por las que se encontraban atravesando las personas de la tercera edad, como ser la depresión, que llegan a sentir por diversos factores, como el sentirse dependiente de los demás, las enfermedades físicas, el fallecimiento de la pareja. También se trabajó con el sentido de vida del anciano, ya que al llegar a la vejez algunos sienten que su vida carece de sentido y surge un vacío existencial, porque ya no son capaces de realizar las mismas actividades que realizaban cuando eran jóvenes, muchos consideran que es mejor morir antes que no servir para nada. Por último, se abordaron los conflictos afectivos emocionales que provoca el estar alejados de sus seres queridos, el fallecimiento de los familiares, el estar

encerrados en el asilo.

Por todos los problemas psicológicos mencionados anteriormente, se consideró importante realizar la Práctica Institucional, con las personas de la tercera edad, para que puedan afrontar los conflictos con más pasividad.

La práctica institucional tuvo aportes en diferentes niveles, que se detallarán a continuación:

Aporte **teórico**, ha permitido conocer los niveles de depresión y el sentido de vida por lo que se encontraban atravesando los pacientes.

En cuanto al aporte **práctico** está dirigida a beneficiar a las personas institucionalizadas en el asilo del “Hogar Santa Teresa de Jornet” mediante el apoyo psicológico, se buscó reducir los problemas del estado afectivo emocional del anciano y encontrar un sentido de la vida. Por lo que se puede mencionar que se logró que la mayoría de las personas de la tercera edad, que fueron parte de la práctica institucional, consiguieron mejorar sus problemas psicológicos, puesto que al iniciar la intervención la mayoría se encontraba con un estado depresivo grave y mediante la aplicación del programa se consiguió que una gran parte de la población disminuya su estado de depresión. En relación al sentido de vida, los logros que se obtuvieron fueron parciales puesto que no se consiguió que tengan un claro sentido de vida ya que la mayoría se encuentra en una indefinición sobre el sentido de vida.

Por último el aporte **metodológico** que se realizó en el presente trabajo, consistió en la elaboración de un programa de actividades dirigidas a mejorar los conflictos emocionales, las mismas estaban enfocadas en superar la depresión y buscar un sentido de vida de las personas de la tercera edad.

II. CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

HISTORIA

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

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

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

MISIÓN

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

VISIÓN

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

“Es cierto que nuestra sociedad ofrece cada día más servicios técnicos para ayudar a las personas en dificultad. Pero todos sabemos que, aunque se logran una organización perfecta de la asistencia, eso no es suficiente. Porque por encima de todo, la persona humana, particularmente la anciana, necesita cercanía y ayuda ofrecida con amor y comprensión” Juan Pablo II, Bolivia, casa-Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, 13 de mayo de 1988.

Nuestras residencias tienen características de hogar, por lo que se trata fundamentalmente de fomentar en los ancianos el “espíritu de familia”, a fin de que se sientan como en su propia casa, ofreciendo un servicio desinteresado, con amor y cariño.

Este Hogar cuenta con 20 empleados y 10 religiosas.

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

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA PRÁCTICA

3.1. Objetivo General

Brindar apoyo psicológico a las personas de la tercera edad del Hogar “Santa Teresa de Jornet de la ciudad de Tarija”

3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el estado afectivo emocional y el sentido de vida.
- Implementar un programa de intervención para fortalecer el estado afectivo emocional y promover el sentido de vida
- Evaluar el impacto del programa de intervención en el estado afectivo emocional y el sentido de vida.

IV. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se procederá a presentar conceptualizaciones teóricas de lo afectivo emocional, depresión y afrontamiento a la muerte y toda la información necesaria y detallada para poder sustentar la implantación del Programa de Intervención de apoyo psicológico a los ancianos del Hogar Santa Teresa Jornet,

1. DEFINICIÓN DE TERCERA EDAD

Según O.M.S. la edad media se entiende de los 45 a los 59 años, la de las personas de edad avanzada de los 60 a los 74 años, la de los ancianos de 75 hasta los 90 años, considerándose como grandes ancianos a las personas de más de 90 años. En las concepciones médicos-sociales actuales se suele hablar de tercera edad a partir de los 65 años, edad de jubilación y de la cuarta edad a partir de los 80 años pero estas cifras tienen un valor muy relativo, ya que todo depende de los procesos de senectud biológica y psicológica.

2. LA ANCIANIDAD

La vejez, la última etapa del ciclo vital individual, es trascendente debido tanto a las obras del individuo, como a través de su familia, Álvarez-Sala reconoce dos posibles desenlaces en el proceso de envejecimiento, que denomina *vejez-naufragio* y *vejez-esperanza*. En el concepto del ciclo vital de Erik Erikson, mentales antes de los 80 años reflejan una enfermedad y no corresponde a un proceso normal de desarrollo.

Un autor sostuvo que *“el envejecimiento es un proceso natural y universal de cambios irreversibles que ocurren a través de la vida y que tiene como resultado final la muerte, es por eso que el envejecimiento enfrenta varios cambios que suceden en el ámbito biológico, psicológico y espiritual”* (Montilla, 2004, p. 42).

Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado en términos de las preocupaciones y experiencias dominantes del individuo, la actitud hacia el propio envejecimiento está determinada por la percepción social que existe del envejecimiento, de esta forma si éste es visto como hostil, eleva la posibilidad de que la adaptación sea dificultosa.

La adaptación al envejecimiento es un balance entre *las estructuras cognitivas y motivacionales del individuo*; la adaptación al envejecimiento será posible si la situación vital en la que se encuentra el anciano se percibe como coincidente con sus inquietudes y preocupaciones quien se siente tranquilo y satisfecho, podrá disfrutar de una vejez apacible, pero quien es activo y no encuentra en qué ocuparse, tendrá dificultades para aceptar esta etapa de la vida.

3. CAMBIOS FÍSICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Con la edad se producen una serie de cambios físicos y psicológicos que pueden influir en la aparición de estas patologías psíquicas. Además de estos cambios, existen otro tipo de factores que también influirán en la salud de las personas mayores: factores biológicos (genéticos y heredados), factores ambientales (entorno físico, psicosocial y económico), y estilo de vida.

3.1. CAMBIOS CELULARES

El envejecimiento en sí se produce porque las células del organismo no pueden reemplazarse a sí mismas y cada año se muere o se pierde una pequeña parte de su función. En realidad, está provocado por factores intrínsecos celulares y factores extrínsecos, a nivel ambiental o de tipo hormonal.

3.2. CAMBIOS SOMÁTICOS GENERALES

3.2.1. Aparato Locomotor

A partir de los 20 años los huesos dejan de crecer en longitud y, con la edad se vuelven menos densos, aparece la osteoporosis y una mayor fragilidad. Disminuye la masa muscular y se pierde potencia. La musculatura lisa suele estar menos afectada que la estriada.

3.2.2. Dientes

Su caída condiciona la comunicación a través del lenguaje hablado, provocando tendencia al aislamiento por vergüenza y pudor. También pueden condicionar mucho, una correcta alimentación.

3.2.3. Piel

Se vuelve más fina, pálida, seca, con manchas oscuras y pierde elasticidad. Los mayores soportan peor los cambios bruscos de temperatura, tanto el frío como el calor.

3.2.4. Aparato Cardiocirculatorio

El corazón funciona más despacio y de forma irregular. Aparecen problemas de riego vascular cerebral con mayores posibilidades de trombosis y embolismos.

3.2.5. Aparato Digestivo

El balance nutricional suele ser deficitario por múltiples causas: disminución del apetito, malnutrición, mala absorción, dificultad de masticación, los problemas económicos, etc. Las necesidades calóricas quedan reducidas en un tercio, de modo que, aunque se coma igual, el peso aumenta.

3.2.6. Aparato Respiratorio

La edad suele reducir la eficiencia respiratoria, la capacidad vital, el reflejo tusígeno y la acción del epitelio ciliar bronquial.

3.2.7. Aparato Genitourinario

En el hombre son comunes los problemas genitourinarios por el aumento de tamaño de la próstata. Mientras, en las mujeres suelen ser frecuentes las infecciones urinarias o los problemas de incontinencia. Además, existen cambios en la esfera sexual en ambos sexos.

3.2.8. Sistema Renal

En general aparece un empeoramiento de la función renal.

3.2.9. Sistemas Endócrino y Metabólico

Se producen cambios hormonales y metabólicos importantes y el sistema inmunitario aparece debilitado. El efecto del estrés en el sistema inmunitario y neuroendocrino parece mayor en los ancianos que en los jóvenes.

3.2.10. Órganos de los Sentidos

La capacidad visual y auditiva empeora. Disminuyen el sentido del gusto y la percepción táctil y vibratoria se encuentra mermada. Aparece una disminución de la sensibilidad olfativa.

3.3. CAMBIOS NEUROBIOLÓGICOS

Las neuronas son células posmióticas. Es decir, que la cantidad de neuronas de las que disponemos a los 85 años ya la teníamos en el momento de nacer y no se pueden renovar, lo cual condiciona que la aparición de trastornos neurales sean tan frecuentes en la tercera edad.

A la vez que aparecen variaciones en los diferentes órganos y aparatos, a nivel del sistema nervioso se constata una disminución del tamaño del cerebro con agrandamiento de surcos y ventrículos. Se pierden células nerviosas y otras sufren cambios degenerativos. Se produce un deterioro selectivo de las dendritas, axones y sinapsis.

En el envejecimiento normal las neuronas merman y, a veces, ocasionalmente, presentan los mismos signos neuropatológicos que en la enfermedad de Alzheimer, pero se produce de manera armónica en todas las regiones corticales. Mientras la población de neuronas se mantenga dentro de unos límites y con suficiente número de conexiones sinápticas, la función global no se deteriora.

4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS

A nivel de funciones intelectuales también se producen cambios importantes.

4.1. PERSONALIDAD

Generalmente, la personalidad va a estar muy determinada por sus rasgos de la vida adulta y el anciano acentúa sus atributos previos, de modo que llega a transformarse en una caricatura de sí mismo. Es importante recordar que como a cualquier edad, se necesita compañía, reconocimiento, seguridad, afecto y aprobación. Unos autores indicaron que la personalidad en la tercera edad *“se hace más rígida, menos flexible,*

más insegura y egocéntrica. Pueden desarrollar actitudes defensivas, mostrándose hostiles y negativos ante todo lo nuevo”, Ramírez y Paez (2008, p.5).

Por otra parte Hamitol (2002, p.148) Cita a Erikson (1963, p.268) que sostuvo que *“hay que resolver ocho conflictos de estadios, de los cuales sólo el último se produce en la edad avanzada, la meta de este estadio es la integración del yo: la aceptación de que las metas anteriores se han satisfecho o resuelto, y no hay cabos sueltos, una persona que siente que no se ha alcanzado todo puede experimentar un sentimiento de desesperación porque, con la muerte aproximándose, es demasiado tarde para rectificar así, el individuo desesperado cobra temor a la muerte también, y acaba su vida sintiéndose ansioso y deprimido”.*

4.2. INTELIGENCIA

El punto más alto de la inteligencia se consigue en la madurez para ir posteriormente declinando. El cociente intelectual persiste estable hasta los 80 años pero disminuye la velocidad psicomotora a la hora de la realización de tareas. Ramírez y Paez (2008, p.6).

4.3. MEMORIA

La memoria inmediata o primaria se ve bastante afectada con la edad y se conserva mejor la memoria secundaria o remota, la más antigua. Presentan más problemas en el procesamiento o codificación de nuevas informaciones. Ramírez y Paez (2008, p.6).

4.4. LENGUAJE

La capacidad de comunicación por el lenguaje suele ser bastante buena a lo largo de la vida y los problemas en este campo pueden derivar de alguna alteración en la visión o audición. Ramírez y Paez (2008, p.6).

4.5. ATENCIÓN

Es una importante función cognoscitiva que se ve afectada por la edad, sobre todo si se presentan varios estímulos al mismo tiempo. La atención nos permite seleccionar entre una información principal y otra accesoria. Ramírez y Paez (2008, p.6).

4.6. RAZONAMIENTO ABSTRACTO

En los ancianos aparece una disminución. Cuando se piden soluciones a problemas cotidianos las repuestas son excelentes, pero en general, se aprecia un enlentecimiento en las funciones cognoscitivas. Ramírez y Paez (2008, p.6).

5. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMUNES PRESENTES EN EL ENVEJECIMIENTO

Algunos de los problemas típicos que se enfrentan en este período están divididos por:

5.1. ENFRENTAR LA JUBILACIÓN

Para muchos representa un cambio importante en la autoimagen, particularmente en aquellas personas que han estado centradas en el trabajo la mayor parte de su vida adulta. Cuando se abandona voluntariamente el trabajo ayuda a que la persona piense que mantiene las decisiones bajo su propio control, a diferencia de aquél que es despedido, lo que muy típicamente provoca fuertes sentimientos de impotencia y una disminución de la propia autoestima. Para el hombre, en particular, el trabajar y ganar dinero contribuye a la sensación de importancia, poder, y mejora la imagen de sí mismo, al jubilarse, pasa a sentirse pasivo, insignificante. Florenzano y Zegers (2003, p.236).

5.2. ENFRENTAR EL PROPIO DETERIORO FÍSICO Y MENTAL

Aquellas personas que experimentan problemas de salud o que comienzan a perder sus capacidades en el plano cognitivo, experimentan dificultades en la mantención de su autoestima. El reconocimiento de las dificultades de memoria y concentración en los estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer, hace que muchos pacientes reaccionen con actitudes de negación de sus déficits, y con un mayor grado de

irritabilidad hacia las personas, sean médicos o parientes, que tratan de que acepten sus limitaciones en este plano. Dichos pacientes tienden a luchar activamente para sentir que se controlan a sí mismos. Florenzano y Zegers (2003, p.236).

5.3. ENFRENTAR PÉRDIDAS OBJÉTALES

Entre las pérdidas que típicamente se enfrentan en este período etario, el sentido de pérdida y vacío que deja la viudez, es una de las dimensiones más dolorosas de la ancianidad, la pérdida del cónyuge es muy difícil de manejar y elaborar si resulta inesperada. Cuando existe una enfermedad crónica y el cónyuge sobreviviente ha tenido tiempo para prepararse para la muerte de su pareja, es más fácil enfrentar ese momento que cuando la muerte ocurre en forma repentina y no anunciada, la manera como un viudo o una viuda se las arregla para sobrevivir, está determinada, en forma importante, por las capacidades que desarrollaron en períodos anteriores de la vida, cuando se ha aprendido a desenvolverse en forma autónoma e independiente, la pérdida es mejor tolerada que cuando se ha sido totalmente dependiente de su compañero. Florenzano y Zegers (2003, p.237).

5.4. PÉRDIDA DE AMIGOS O DE FAMILIARES

Una de las características típicas de este período de la vida es que los seres queridos con los que se recorrió ésta, comienzan a desaparecer, la muerte de los padres, parientes, amigos e incluso muchas veces, los hijos, es una realidad cada vez más cercana, al mismo tiempo que recuerda al anciano el hecho de su propia mortalidad. Florenzano y Zegers (2003, p.237).

5.5. ACEPTACIÓN DE LA CERCANÍA DE LA MUERTE PERSONAL

Además del impacto que trae consigo la muerte de personas cercanas, la vivencia de la proximidad de la propia muerte puede relacionarse con enfermedades serias, que a veces colocan al anciano al borde de la propia muerte, enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad terminal o el reconocimiento del deterioro lento, pero claro, de la propia salud. La idea de la muerte propia es representada de modos diferentes por

diversas personalidades, algunas personas ven la muerte como la pérdida final de poder y control sobre sí mismos y sobre los demás. Florenzano y Zegers (2003, p.238).

6. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN AFECTIVA

Valora el estado emocional del anciano suele ser difícil por diversas causas, que van desde la sintomatología inespecífica a la negación de los trastornos afectivos.

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. Éstas pueden aparecer primariamente constituyendo toda la enfermedad, o, secundariamente a diversas afecciones somáticas o psíquicas.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano. Suele presentarse en forma de abatimiento, tristeza, energía. Puede haber tendencias al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio.

7. TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO

Un problema importante de delimitación de los trastornos afectivos del anciano surge del mismo hecho de envejecer. Algunos autores han sostenido que a medida que envejecemos se experimentan cambios internos y externos que pueden aproximarse a los que tienen lugar cuando aparece un cuadro depresivo y que esta aproximación es el sustento de la mayor vulnerabilidad que el anciano presenta a los cuadros depresivos.

Desde esta perspectiva, en el envejecimiento normal se producirían una serie de cambios biológicos como son las alteraciones del sueño y del apetito o la disminución de la agudeza sensorial que harían al sujeto sentirse inseguro, retraído, distraído o con sentimientos de minusvalía. A esto se le añade la pérdida de energía vital asociada al paso de los años y las pérdidas externas que el devenir de la vida conlleva. La autopercepción de estos cambios internos y externos junto a la vivencia de una incapacidad para hacer frente a los problemas cotidianos sería la piedra sobre la que se asentaría el cuadro depresivo.

Un autor sostuvo que *“las personas de edad avanzada han experimentado a lo largo de su ciclo vital una mayor cantidad de cambios y desapegos que los sujetos más*

jóvenes, la muerte de amigos u otros seres queridos, la jubilación y la pérdida de vínculos afectivos contribuyen a crear en el anciano sentimientos de inutilidad, desarraigo y soledad". González (2004, p.70).

De alguna manera se ha ido generando una creencia (o quizás un estereotipo) de que conforme va llegando la senectud el hombre se va encontrando más triste, retraído, apático, desinteresado e indiferente al medio, rígido, conservador, temeroso, con un futuro limitado y negro con una visión pesimista de sí y de su entorno. Este cuadro como es lógico se puede superponer fácilmente a la depresión.

8. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

González (2004, p. 38) cita a Beeck (1967) quien señala que *"la depresión, proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamientos distorsionados y negativos en tres áreas personales interrelacionadas; la visión de uno mismo, del mundo y del futuro, de la activación de estos esquemas negativos se derivan, tanto el humor depresivo como la sensación de desesperanza que sume a la persona en una actitud de apatía y pasividad"*.

El deprimido tiende a verse a sí mismo como un sujeto incompetente, carente de valor e incapaz de afrontar las dificultades más insignificantes de su infortunada existencia, percibe el mundo como un lugar hostil e inhóspito del que tiene que protegerse, mientras que el futuro es para él un territorio de desesperanza donde los quebrantos y amarguras actuales se repetirán con inusitada virulencia.

8.1. CAUSA Y SÍNTOMAS

Cada persona es un mundo diferente: nadie reacciona de la misma manera ante un mismo hecho, nadie responde igual ante una dificultad. Es por ello que la forma de presentarse un proceso depresivo, puede variar de una persona a otra: los síntomas suelen ser distintos y hasta opuestos en un caso o en otro. Estalovski (2004, p. 12).

8.1.1. Factores Genéticos

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es mayor para la persona con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que puedan causar la depresión ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

8.1.2. Factores Bioquímicos

Está comprobado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Hay estadísticas que indican que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidas como neurotransmisores.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. Esta puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

8.1.3. El ambiente y otros factores de estrés

La muerte de una familiar o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, un divorcio, etc. pueden ocasionar síntomas de depresión que, sostenidos a lo largo del tiempo, pueden desencadenar en una depresión clínica.

8.1.4. La Personalidad como un factor

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlos o reponerse de ellos.

8.2. TIPOS DE DEPRESIÓN

8.2.1. Depresión Grave

Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas de acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones delirios, retardo psicomotor o estupor grave en este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

8.2.2. Depresión Moderada

La persona con episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

8.2.3. Depresión Leve

Los mismos síntomas están presentes de manera más leve, y dura por lo menos dos años. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida, y viven una existencia sin júbilo y energía que parece ser una extensión natural de su personalidad. También pueden sufrir de episodios graves.

8.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

8.3.1. Estado de Ánimo

La persona es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Este último puede ser un dato significativo del cambio de carácter en la persona. Estar poco tolerante y sentir que sólo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien lo provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día.

8.3.2. Pérdida de interés por situaciones o actividades que antes le producían placer

La persona no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Esto puede deberse a que ya no disfruta el efectuar esta actividades. La dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada por el hecho que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que la persona no puede experimentar.

8.3.3. Sentimiento de culpa

Este tipo de síntoma es muy frecuente en el deprimido ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado, pueden llegar a sentir que el estar deprimido es un castigo.

9. ACTITUD HACIA LA MUERTE

En la ancianidad la muerte se hace cada vez más familiar, los amigos parientes van muriendo y por ello se piensa frecuentemente en ella. Aún algunos la esperan con cierta premura, sea por padecer de una enfermedad dolorosa, cansancio, o simplemente por aburrimiento.

Una de las características del desarrollo sano de la vejez es aquella sabiduría que permite aceptar el fin de la vida se siente que se ha completado un ciclo y cumplido una tarea, y que las generaciones jóvenes están a cargo del mundo se sienten, también, que el mundo ha dejado de ser un lugar familiar: hay nuevos rostros en la prensa, nuevas costumbres, vestimentas y tecnologías, y los familiares con quienes se recorrió la vida, han muerto.

Sin embargo, unos autores sostuvieron que *“la mayoría de los ancianos, se apegan a la vida”* (Florenzano y Zegers, 2003, p. 247). Este apego que puede verse de forma dramática en los episodios de campos de concentración, o en enfermos graves, suelen ser mayor en quienes sienten que no han vivido su vida, sea por circunstancias externas o por limitaciones neuróticas.

9.1. TEMOR A LA MUERTE

La psiquiatra austriaca Elizabeth Kubler es quizá la autora que en forma más sistematizada y profunda, ha explorado tanto las reacciones psicológicas frente a la muerte como las actitudes de profesionales y familiares frente a la enfermedad crónica y la muerte de pacientes y parientes, respectivamente. En su libro al respecto describe una sucesión psíquica de etapas de reacción a la muerte.

9.1.1. Etapa de negación

La persona que recibe la noticia de que tiene una enfermedad fatal y que sus días están contados responde con sorpresa e incredulidad. La persona rechaza consciente o inconscientemente la información objetiva recibida y comienza a actuar como si nada sucediera. En otras ocasiones se duda del médico que ha hecho el diagnóstico y se pide segundas opiniones.

Algunas de las conductas ligadas con dicha etapa de negación son adaptativas. La negación hace que la persona se sienta omnipotente y a veces curada, sin estarlo. Esto puede llevar a mantener niveles de actividad excesivos o que se alimentan de forma inadecuada o que no acepte tratamientos que pueden ser drásticos pero potencialmente salvadores.

9.1.2. Etapa de enojo

En esta etapa la persona reconoce la existencia de la amenaza o inminencia de la muerte pero externaliza dicha reacción atribuyendo la culpa de lo que acontece a otros. Típicamente se molesta con familiares y otras personas cercanas, en esta etapa el paciente pasa a ser difícil de manejar pueden tornarse exigente o rebelde para tomarse sus medicamentos o seguir un tratamiento.

9.1.3. Etapa de negociación

En esta etapa la persona cambia de táctica, y en vez de pelear con Dios o con el destino, recriminándoles la injusticia que implica haberle escogido a él para morir, entra a regatear una extensión.

Muchas veces la persona coloca una fecha límite de significación biográfica; el matrimonio de un hijo o la finalización de una empresa o una obra artística y literaria.

9.1.4. Etapa de Depresión

En ella la persona acusa el impacto emocional de la realidad de la carencia de muerte, ante la cual ahora se rinde. La depresión aparece cuando los mecanismos anteriores de negación, de externalización o de postergación ya no se pueden mantener más.

7.1.5. Etapa de aceptación

En esta etapa el desenlace fatal en corto o mediano plazo se toma ya no como una derrota temida, sino como algo inevitable y quizá necesario la persona es capaz de mirar lo que viene con mayor tranquilidad, y de hacer planes realistas para su familia.

En último caso, aún en dicha etapa se mantienen ciertas esperanzas. La posibilidad de dicha recuperación con la aparición de una nueva droga o en una cura milagrosa.

10. SENTIDO DE LA VIDA

El sentido de la vida es todo aquello que de un significado concreto, en un momento dado, en la existencia de cada persona. Este sentido es único y específico. Implica tarea individual encontrar aquello que confiere un significado a la vida, acorde a las circunstancias personales y en función a los objetivos en la vida y sus posibilidades.

Vial (2000, p. 136) cita a Frankl, quien sostiene que *“el hombre es un ser en busca del sentido de su propia vida, hasta que no realiza este sentido de la existencia no se realiza a sí mismo ni desarrolla sus posibilidades, no alcanza la paz, no se sobrepone al sufrimiento”*.

De esta manera, cada persona puede dar un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

Dicha búsqueda de sentido se convierte en una fuente de motivación para seguir viviendo y para asumir las propias obligaciones, inclusive para resolver situaciones difíciles y adversas.

Para Frankl, el sufrimiento, la culpa y la muerte pueden transformarse en algo positivo siempre que exista una actitud adecuada. No existe una actitud ideal ante cualquier situación frente a la que nos encontramos; la actitud dependerá del modo que tenga cada hombre de superar el vacío existencial y afirmarse como persona. Mariñez (2003, p. 22).

El sentido de la vida debe contemplarse desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo en el tiempo, pues los tiempos de significado cambian a lo largo de la vida, se produce un cambio de prioridades y de valores a lo largo de la vida pues no aspira a conseguir un niño, un adolescente, un adulto o un anciano. En cada época de la vida, se desarrolla predominantemente un tipo de valores.

10.1. FALTA DE SENTIDO DE VIDA

Plantear la cuestión del sentido de la vida en el envejecimiento despierta la sospecha de una posible falta de sentido asociado a esta etapa, y no solo por la realidad de las pérdidas y limitaciones de la vejez sino porque la actual cultura del rendimiento supone continuos retos difícilmente alcanzables cuando la persona se enfrenta de manera insoslayable al tema de la propia muerte. Agüera, Cervilla y Martín (2006, p.65).

Pacciolla y Mancini (2012, p.116) citan a Frankl (1999) quien sostuvo que *“el vacío existencial es producto de la falta de sentido de la experiencia de vacío completo y de la falta de objetivos para seguir viviendo”*.

La falta de sentido responde a la propia existencia humana y solo desde ella puede comprenderse la frustración existencial, el hombre sufre por un sentimiento que no es capaz clasificar y al que nadie puede responder por él. Mariñez (2003, p.26).

11. APOYO PSICOLÓGICO

Consiste en realizar terapia psicológica, o simplemente terapia, es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente.

Tiene como recurso principal hablar, aunque a veces se usan otras técnicas como dibujar, escribir, actuar, etc.

Con la terapia se busca cambiar el diálogo, la comunicación, el pensamiento, las ideas, y cambiar el comportamiento, lo que se logra al mejorar la salud mental del paciente.

Con la terapia se aprenderán nuevas formas de pensar y afrontar situaciones cotidianas, los problemas, y sobre todo aquello que causa malestar. Se aprenderá a afrontar sentimientos y sensaciones, como el estrés, la timidez, el miedo, etc.

Con la terapia se puede encontrar solución a la depresión, la ansiedad, fobias, duelo, y en general cualquier trastorno psicológico. Se aprende a ser dueños de nuestros pensamientos y nuestras sensaciones, lo cual genera beneficios en todos los aspectos de la vida, incluso en la salud del cuerpo.

Está demostrado que problemas de salud como la obesidad, o enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes bien pueden tener su origen primero en problemas emocionales que se podrían solucionar con la ayuda de la psicoterapia.

La terapia es para todos, no hay edad, género, oficio, profesión, nivel económico, ni nada, que limite la posibilidad de recurrir a la terapia psicológica.

V. METODOLOGÍA

En este capítulo se desarrolla de forma detallada la descripción sistematizada de la práctica institucional, las características de la población beneficiaria, los métodos, técnicas y materiales implementados en el desarrollo de la intervención y por último la contraparte de la institución.

5.1. DESCRIPCIÓN SISTEMATIZADA DE LA P.I.

La práctica institucional se desarrolló en las siguientes etapas.

Fase 1: APROXIMACIÓN A LA POBLACIÓN.

En la primera fase se realizó el primer contacto con la población, se estableció el rapport mediante la socialización de los problemas que se trabajaron y se estableció un vínculo de confianza y se realizó una entrevista estructurada para obtener datos de cada uno de los adultos mayores con los que se trabajó.

Fase 2: DIAGNÓSTICO.

En esta fase se aplicaron los instrumentos que sirvieron para realizar una evaluación diagnóstica mediante los test de: Figura Humana (Karen Machover) se usó para medir el estado emocional y la personalidad, Escala de Depresión de Beck para medir la depresión de los ancianos y para evaluar el sentido de vida se utilizó el test PIL.

Fase 3: INTERVENCIÓN.

Se realizaron intervenciones psicológicas dirigidas a los adultos mayores, para trabajar los conflictos afectivos emocionales, como la depresión y el sentido de vida, a través de los programas que se diseñaron para la implementación de la misma.

Durante la implementación del programa se trabajó con terapias individuales para obtener un mejor resultado y lograr el impacto deseado.

Fase 4: EVALUACIÓN FINAL.

En la última fase se realizó una evaluación final para determinar el impacto que se logró en la implementación de los programas diseñados para brindar apoyo psicológico a los adultos mayores.

Se evaluó si el programa tuvo efectos positivos para superar la depresión de los adultos mayores, es decir si se disminuyó la misma, si se logró promover el sentido de vida, y por ende si se consiguió que se disminuya sus conflictos afectivos emocionales.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA.

La práctica institucional se realizó en el “Hogar Santa Teresa Jornet” este hogar alberga a las personas de la tercera edad, que está constituida en una cantidad de 105 ancianos, la edad de ingreso a la institución es de 60 años en adelante actualmente se encuentran institucionalizados entre las edades de 60 a 105 años. El hogar se divide en cuatro pabellones, dos de mujeres y dos de hombres, dos de los pabellones son para los ancianos de muy avanzada edad y para los que están enfermos, los mismos que se encuentran en la planta del segundo piso, en donde los ancianos reciben un cuidado más personalizado por el estado de salud en el que se encuentran ya que dependen del cuidado permanente de los enfermeros, los otros dos pabellones, son para los ancianos que son un poco más independientes.

Algunos reciben visitas de sus familiares y tienen la posibilidad de salir de la institución, ya sea en compañía de un familiar o solos, previa autorización y sobre todo que tenga las facultades físicas para poder salir.

La Práctica Institucional está dirigida a los ancianos del “Hogar Santa Teresa Jornet” para brindar apoyo psicológico mediante la implementación del programa, la cantidad con la que se trabajó está constituida por 21 ancianos, comprendidos entre las edades de 60 a 85 años. Se trabajó con esta cantidad y entre esas edades, considerando las capacidades físicas y psicológicas, ya que hay muchos que se encuentran con un avanzado deterioro físico, por lo que no pueden caminar, no escuchan bien, no ven, otros no hablan, en lo que se refiere a las capacidades mentales algunos tienen

demencia senil. Lo mencionado anteriormente era un factor determinante que impedía trabajar con los ancianos que presentaban esas características, es por eso que se tuvo que seleccionar a las personas que se podían someterse a la intervención realizada.

Los ancianos que fueron parte de la intervención psicológica, son personas que se encontraban atravesando por conflictos emocionales por diversas razones como ser; la soledad en la que encuentran muchos de ellos puesto que no cuentan con ningún familiar cercano situación que les genera una tristeza, por otra parte los que sí cuentan con familiares se sienten abandonados por los mismos puesto que muy pocas veces los visitan y en el peor de los casos no se acuerdan de ellos, otro factor que les afecta son los problemas de salud que presentan, la imposibilidad de trabajar por su edad, la falta de recursos económicos. Todo lo mencionado provocaba en los ancianos conflictos emocionales por lo que se procedió a trabajar con ellos, mediante la implementación del programa psicológico.

5.3. MÉTODOS, TÉCNICAS Y MATERIALES A SER IMPLEMENTADOS EN LA P.I.

Se detallan a continuación los métodos, técnicas y materiales que se implementaron en la práctica institucional.

5.3.1. Métodos

Los métodos que se utilizaron en la Práctica Institucional (P.I.) son los siguientes:

Método teórico, que contribuye en el aporte de las diversas teorías existentes, donde se seleccionó las más adecuadas mediante una exhaustiva revisión bibliográfica la misma sirvió para la elaboración del marco teórico, para respaldar las interpretaciones de los datos obtenidos del diagnóstico y evaluación de la Práctica Institucional.

Método empírico, que son aquellas que permitieron el estudio de la información de los datos recogidos y registrados a través de los cuales se procedió a realizar el análisis e interpretación, verificando y comprobando las concepciones teóricas.

A continuación se mencionan los métodos que se utilizaron durante el desarrollo de la intervención psicológica.

Métodos activos participativos, este método es importante para lograr los objetivos de impacto de la Práctica Institucional, el mismo consistió en que los ancianos sean parte activa y participativa de cada sesión que se realizó de forma individual.

Las sesiones estaban compuestas por temas como el fortalecer lo afectivo emocional, dentro de ello se buscaba superar la depresión y encontrar un sentido a la vida, de las cuales el anciano logró expresar cómo se siente en relación a cada uno de los puntos que se trataron durante el desarrollo de la intervención.

Técnicas, dentro de las técnicas que se emplearon en el transcurso de la intervención se pueden mencionar las siguientes:

- Entrevista clínica; de las cuales se pudo recabar los datos necesarios de cada paciente para poder llevar a cabo las sesiones.
- Sesiones individuales; para poder trabajar los problemas de cada uno de los pacientes en las que los ancianos fueron capaces de exteriorizar sus conflictos emocionales.
- Técnica de reestructuración cognitiva; con esta técnica se consiguió que los pacientes consigan un cambio de pensamiento sobre los conflictos que tienen con ello se logró una modificación de conducta, en función de los pensamientos influyen en la conducta.
- Sesiones de autoconocimiento; se usó esta técnica para que los pacientes puedan hacer una reflexión de sí mismos, para poder lograr en ellos una valoración de los aspectos positivos y con esto se consiguió que tengan una perspectiva más positiva de sí mismos.

5.3.2 Materiales o Instrumentos.

Entre los instrumentos se utilizaron:

Test de la figura Humana: Test proyectivo gráfico de Karen Machover. El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto a y su imagen corporal y de valoración cualitativa. Brinda datos sobre el estado emocional del sujeto.

Los ítems que se puntúan son: Cabeza, Cara, Boca, Labios, Quijadas, Ojos, Oreja, Cabello, Nariz, Cuello, Brazos y manos, Dedos de la mano, Piernas y pie, Indicaciones anatómicas, Ropas, Posición.

El Inventario de Depresión de Beck: (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad, su uso se ha generalizado como escala autoaplicada Beck y Cols.(1979), dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad, para el desarrollo del presente trabajo de uso esta última versión.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

El instrumento que se aplicó para medir el grado de sentido de la vida para el adulto mayor es el siguiente:

Test PIL (Test del Sentido de la Vida): “Test Purpose in Life” (PIL) de Crumbaugh y Maholick (1969). Este instrumento tiene como objetivo detectar el “vacío existencial”. El test busca detectar si la persona experimenta vacío existencial. Las puntuaciones que se obtienen del PIL indican la presencia o carencia de sentido de la vida.

El instrumento consta de tres partes. La primera parte, utilizada en el presente estudio, consta de 20 reactivos tipo Likert (escala de 1 a 7), distribuidos en cinco áreas:

- 1) Significado de Vida, que evalúa la presencia de un propósito o misión en la vida;
- 2) Satisfacción por la Vida Propia, que da cuenta de la percepción de la vida como “aburrida” “rutinaria” “excitante” o “dolorosa”;
- 3) Libertad, se refiere a la autovaloración en cuanto a la libertad y la responsabilidad personales;
- 4) Miedo a la Muerte relacionado con la preparación para la muerte y el temor a morir;
- 5) La Valoración de la Vida, que explora si la persona considera que su vida merece la pena.

La puntuación mínima del test es de 20 puntos y la máxima de 140 puntos. De acuerdo a los baremos utilizados por los autores, una puntuación inferior a 90 indica falta de un claro sentido de vida, una puntuación entre 90 y 105 se establece como zona de indefinición sobre el sentido de vida y una puntuación arriba de 105 indica presencia de metas y sentido de vida. La mayoría de los sujetos responden al test en 10 o 15 minutos.

La escala de puntuación del test es la siguiente:

Falta de un claro sentido de vida:	inferior a 90 puntos
Indefinición sobre el sentido de vida:	entre 90 - 105 puntos
Presencia de metas y sentido de vida:	arriba a 105 puntos

Este test ha probado ser útil en situaciones de orientación personal y vocacional, en el tratamiento de personas con enfermedades de tipo neurótico. Es particularmente eficaz con alcohólicos, jubilados y minusválidos, en aplicación colectiva para realizar investigaciones. Cuenta con estudios de validez de constructo y de criterio, así como de fiabilidad.

Rebaremación del test PIL (Purpose In Life) en España.

El PIL fue baremado para la población española por Noblejas (1994), obteniéndose dos baremos diferenciados según la edad. El baremo reflejó diferencias significativas en sus puntuaciones tanto respecto a la versión original americana como a las adaptaciones en otros países. El estudio de la validez de criterio o concurrente en la versión española mostraba un 38% de varianza compartida con el Logotest significativa al 99,9 %.

Las características de fiabilidad obtenidas para la puntuación total son:

- Alfa de Cronbach: 0,8980
- Lambda 4 de Guttman: 0,8722
- Lambda 6 de Guttman: 0,9080
- Correlación de dos mitades aleatorias: 0,7740
- Guttman dos mitades = 0,8722.

Al finalizar la intervención, se administró un cuestionario, el cual estaba diseñado para evaluar las sesiones.

Cuestionario de evaluación final: El cuestionario estaba compuesto de diez preguntas las cuales estaban dirigidos a evaluar las siguientes variables como ser; la satisfacción, calificación, gusto y sentimientos del paciente en relación a las sesiones. Se midió la satisfacción para saber si a los pacientes les gustó ser parte de las sesiones y para conocer si estaban satisfechos con su vida actual, también se les preguntó cómo califican sus vidas antes y después de las sesiones y como califican las sesiones (buenas - regulares - malas), y si les gustó ser parte de las mismas, también se consultó como se sienten anímicamente y consigo mismos, por último como se sentían viviendo en el asilo.

5.4. CONTRAPARTE DE LA INSTITUCIONAL

El “Hogar Santa Teresa Jornet” es un geriátrico para personas de la tercera edad de escaso recurso dirigida por 20 hermanas que no buscan fines de lucro ya que su labor es de brindar acogida y cuidados a los adultos mayores es de forma caritativa, conforme a sus mandamientos religiosos. Por esta razón las madres encargadas del asilo no cuentan con muchos recursos económicos, por lo mismo no contribuyeron en la realización de la practica en lo que se refiere a material de escritorio y asesoramiento profesional. La institución solo brindó los ambientes físicos, es decir un ambiente como ser el salón de visitas en donde se llevó a cabo las sesiones de la Práctica Institucional.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

En este capítulo se describirá de forma sintetizada las principales conclusiones a las que se arribó en la práctica institucional realizada la misma estaba dirigida a brindar apoyo psicológico a las personas de la tercera edad del hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija, para ello se presentan en primer lugar, los resultados del diagnóstico, posteriormente los resultados de la intervención, por último se mencionan los logros alcanzados mediante la implementación del programa.

Resultados del diagnóstico: Para obtener un diagnóstico se procedió a realizar una evaluación psicológica, lo que permitió conocer rasgos de personalidad, el estado afectivo emocional y el sentido de vida, de las personas de la tercera edad, del cual se puede concluir que la mayoría de los pacientes presentaba rasgos de personalidad infantil dependiente e inmadurez, en lo que se refiere a los conflictos emocionales, la mayoría presentaba depresión grave y un porcentaje menor depresión moderada y en relación al sentido de vida, en un porcentaje alto los pacientes se sentían con una falta de sentido de vida y en un porcentaje menor en una indefinición sobre el sentido de vida.

Resultados de la intervención: En el desarrollo de las sesiones los pacientes fueron capaces de exteriorizar todo lo que les afectaba emocionalmente, consiguieron tener una imagen más positiva de sí mismos y de la vejez, en algunos casos se logró que pudieran ser más empáticos con sus compañeros para que consiguieran tener una vida más tranquila en el asilo, puesto que existe mucha antipatía y esto genera grandes conflictos entre ellos, aprendieron a reconocerse y valorarse a sí mismos, también se consiguió que aprendan a enfocar sus vidas en cosas positivas, algunos fueron capaces de plantearse nuevas perspectivas para sus vidas como el realizar actividades que les permitió sentirse útiles y activos.

Resultados del post test: El apoyo psicológico llevado a cabo con las personas de la tercera edad del Hogar “Santa Teresa de Jornet”, se consiguieron los siguientes resultados, en lo que se refiere al estado afectivo emocional, el programa de intervención tuvo un impacto importante, ya que se lograron algunos cambios importantes en los pacientes. Se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes se encontraban en un estado depresivo grave con la aplicación del programa de intervención se logró reducir considerablemente y si bien no se logró superar en su totalidad la depresión ya que después de la intervención la mayoría se encontraba en un estado depresivo moderado y leve se observa que aunque persisten los conflictos emocionales, se consiguió disminuirlos en su intensidad.

En lo que se refiere a promover el sentido de vida también se consiguió cambios significativos puesto que antes de la intervención la mayoría se encontraba con una falta de sentido de vida y una vez implementado el programa de intervención la mayoría se hallaba en una zona de indefinición sobre el sentido de vida, les resultaba difícil a los pacientes sentirse motivados ante la vida, puesto que la mayoría se encuentra con problemas de salud. Por otro lado, el que ya no tengan acceso a una fuente laboral por su edad y sus condiciones físicas hace que se sientan desalentados; en pocos casos se logró que los pacientes encuentren un sentido de vida y metas.

7.2. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunas sugerencias realizadas en base a los resultados, observación y a la experiencia vivida en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, lugar donde se llevó a cabo la Práctica Institucional, las recomendaciones van dirigidas a la institución, la sociedad y a futuros investigadores.

A la institución: se sugiere gestionar los recursos humanos como ser Terapeuta ocupacional y un psicólogo, los mismos se pueden conseguir con la colaboración de las instituciones encargadas de realizar trabajos sociales como ser el SEDEGES, se considera de suma importancia la implementación de estos profesionales ya que las personas de la tercera edad atraviesan por diversos problemas como ser el abandono de sus familias, la soledad, tristeza, impotencia, etc. es por eso que emerge la necesidad de que se trabaje con esta población, que de por sí el atravesar por esta edad es difícil por las complicaciones físicas que se presentan.

La colaboración del terapeuta ocupacional sería de gran ayuda para el anciano le servirá para mantener su mente ocupada de esta forma podrá distraerse y con las actividades que realice, se sentirá revitalizado y por su parte el trabajo del psicólogo no menos importante podrá trabajar los problemas afectivos, que atraviesan los ancianos por diversas razones, cabe mencionar que la labor que realizan las Madres del hogar es loable por encargarse de los ancianos que necesitan de su acogida, el cuidado que le brindan de alimentarlos, vestirlos y cuidar de su higiene es muy importante, pero no se debe dejar de lado las necesidades afectivas.

A los familiares: si bien muchas familias deciden ingresar al asilo al su familiar anciano por diversos motivos como ser; la falta de capacidad para cuidarlos porque muchos se vuelven dependientes y ya no pueden satisfacer sus necesidades básicas, otros simplemente no tienen tiempo para dedicarse al cuidado del adulto mayor y otros por no ser una carga para sus hijos deciden ingresar voluntariamente al hogar. Sea cual sea la razón por la que el anciano se encuentre viviendo en el asilo, los familiares no deben olvidarse de ellos, deben realizar visitas constantes para que no se sientan solos

o abandonados, ya que es muy importante para ellos sentirse queridos y que siguen siendo importante para los miembros de su familia.

A los futuros investigadores; se les recomienda, trabajar en la integración de los ancianos del hogar ya que existen diferencias y rivalidades entre ellos por lo que están en constantes conflictos, para lograr este fin se sugiere realizar un trabajo dirigido a trabajar en la empatía para que de esta forma se logre que ellos vivan con tranquilidad en el asilo.

También se recomienda que seleccionen bien los instrumentos que se pretendan aplicar, puesto que debe estar diseñados especialmente para esta población, se sugiere que los mismos no sean muy complejos ni largos ya que suelen cansarse muy rápido y si es de mucha complejidad no logran entender lo que se les solicita.

Otra sugerencia que se hace es que puedan seleccionar previamente a los posibles pacientes para no perder tiempo puesto que dentro del asilo existen muchas personas que tiene limitaciones físicas, como por ejemplo algunos son sordos, no hablan y en el peor de los casos padecen de demencia, lo mencionado impide que se pueda trabajar con estas personas, para ellos deben contactarse con las madres encargadas del cuidado de los ancianos para que pueda brindar la información necesaria de quiénes pueden ser parte de la intervención puesto que hay muchos que por problemas de salud no pueden ser parte de la Practica porque no escuchan bien, no ven o sufren de demencia senil.