

LA PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA
UNA ALTERNATIVA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL
FRENTE AL SENTIDO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

ADRIANA MARCELA PINEDA SÁNCHEZ

Trabajo de Grado presentado como
requisito parcial para Optar al Título
de Psicóloga Social Comunitaria

ASESOR:
FRANCISCO LOPEZ
ANTROPOLOGO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y
EDUCATIVAS

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

UNAD

CREAD MEDELLÍN

2003

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos:

- ◆ A Dios por toda la fuerza que me dio en todo momento para superar los obstáculos que se me presentaron a lo largo del camino.
- ◆ A las Religiosas y personal en general del “Hogar de Nazareth” por su apoyo y colaboración desinteresados durante el desarrollo de la investigación.
- ◆ Al Antropólogo Francisco López mi Asesor por su profesionalismo y buena voluntad.
- ◆ A mis compañeros y amigos por su apoyo y estímulo.
- ◆ En general a todas aquellas personas, que de alguna u otra forma me acompañaron en el desarrollo de mi práctica que termina con este trabajo.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado especialmente a mi padre por su apoyo y acompañamiento durante todo mi proceso de estudio, sin lo cual no hubiese sido posible alcanzar la presente meta.

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

MEDELLÍN, JULIO DE 2003

TABLA DE CONTENIDO

	INTRODUCCIÓN	Página
1.	TITULO	
2.	PROBLEMA DE INVESTIGACION	
2.1	DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	1
2.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2.3	FORMULACION DEL PROBLEMA	4
3.	JUSTIFICACION	5
4.	OBJETIVOS	6
4.1	OBJETIVO GENERAL	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
5.	MARCO REFERENCIAL	9
5.1	CONTEXTO	10
5.2	MARCO HISTORICO SITUACIONAL	10
5.3	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
5.4	MARCO CONCEPTUAL	12
5.4.1	Marco Legal	14
5.4.2	Definición del concepto de Envejecimiento	16
5.4.3	Sociedad y Vejez	17
5.4.4	Las Emociones	20
5.4.5	El Sentido de Vida	22
5.4.6	El Autoestima	22
5.4.7	La Salud Mental	23
5.4.8	La Participación	24
5.5	DEFINICION DE TERMINOS	24
6	METODOLOGIA	25
6.1	CONCEPCION METODOLOGICA	28
6.2	DISEÑO DE INVESTIGACION	28
6.2.1	Población o comunidad	29
		29

INTRODUCCIÓN

La Psicología Social Comunitaria es una perspectiva disciplinar desde la cual se posibilitan las conceptualizaciones de los diferentes elementos necesarios para la búsqueda y construcción de la calidad, estilo y sentido de vida de los individuos, centrando su atención en la prevención de los factores de riesgo psicosocial que se presentan especialmente en las clases marginadas. Es por esto que en el transcurso de su desarrollo estudia las personas, los grupos y las comunidades.

Así, dentro de estas variables, existen numerosos aspectos de investigación para la intervención del Psicólogo Social Comunitario como es el caso particular de la tercera edad, o el adulto mayor, donde se busque promover en los individuos la apropiación de sus necesidades en aras de la construcción de su propia realidad.

El ser humano durante el desarrollo de su ciclo vital pasa por diferentes etapas, unas favorables y otras desfavorables, que frente a sus gustos, deseos, intereses, expectativas, necesidades, relaciones con los demás, y su estado de salud determinan la manera como se desempeña durante el transcurso de su vida.. No obstante necesita un direccionamiento como el que ofrece la Psicología Social Comunitaria como dinamizadora de procesos que posibilitan el desarrollo de una buena calidad de vida y un verdadero sentido de vida.

El informe que ahora se presenta es el resultado del trabajo de investigación- intervención que se desarrollo en el Hogar de Nazareth para identificar los factores de riesgo psicológico que causan una pérdida del sentido de vida en el Adulto Mayor. Para lograr esto se inicio un proceso de investigación que permitió determinar las características sociales, psicológicas y culturales del Adulto Mayor ; posteriormente se realizó una etapa de intervención para mejorar la

calidad de vida de estas personas, rescatando su nivel de autoestima, motivación, y participación en las actividades lúdicas.

En este cometido se utilizaron diferentes estrategias e instrumentos para la recopilación y síntesis de información, como entrevistas, encuestas etnográfica y análisis de resultados que se consignaron en el respectivo diario de campo.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

En la generalidad los procesos de gobernabilidad han tendido culturalmente a favorecer más a quienes producen la riqueza pues sin ella el estado sucumbiría, y a los que defienden el territorio porque garantizan la seguridad en el orden y la existencia de la soberanía. Por esta razón los umbrales de los niveles de calidad de vida de las personas parecería que se evidencian más estrechos en las clases populares. Sin embargo estos bajos niveles no corresponden siempre a los menos favorecidos económicamente, puesto que en las clases altas también permanece el estímulo discriminatorio que la economía, con aquiescencia de la política social, origina por ejemplo en contra de los ancianos.

No obstante las consideraciones constitucionales de los países, de los derechos humanos y de otras organizaciones, el trato general que se da a los ancianos ha sido desde tiempo atrás una manifestación de cierto tipo de violencia que las sociedades del mundo han <aceptado> sin que ninguna instancia política se haya ocupado seriamente de su problemática.

Nuestras sociedades no reconocen ni valoran la vejez como un proceso natural en el cual la riqueza cultural, la experiencia y la sabiduría se colocan al servicio de la sociedad. Por el contrario al viejo se aísla y se le limita su participación en todas las esferas, lo cual es una subvaloración al potencial individual y colectivo que construye el ser humano en el transcurso de su vida.

Ante esta disyuntiva y tratando de dilucidar la cuestión Libia Echeverri Ángel en su libro Familia y Vejez: realidad y perspectiva en Colombia, plantea que “no hay una definición exacta y universal sobre la vejez. Existen aproximaciones desde diversos puntos de vista: cronológico, anatómico, bioquímico, emocional-afectivo, psicológico, moral o legal,

y es a partir de estos criterios que se evalúa, se juzga, se gradúa y se define la vejez en una sociedad y en una época dadas” (p. 67, 1994).

Pero estas categorizaciones no solo implican incapacidad del adulto mayor para actuar productivamente en la sociedad sino que se expresan como hechos de violencia contra el anciano, ya que permiten a las sociedades productivas, industriales y comerciales que lo estigmaticen como inservible a partir de una edad -por ellas predeterminada- de jubilación laboral.

Por esta razón es necesario que personas particulares se interesen en la atención del anciano como es el Hogar de Nazareth, puesto que el estado reduce las aspiraciones del Adulto Mayor a la sola satisfacción de las necesidades primarias (habitación, alimentación, seguridad y afecto) que no puede asegurarse por si mismo, ni son proporcionadas a cabalidad por el gobierno, ni por el seno familiar.

El Hogar de Nazareth es una institución sin ánimo de lucro que presta apoyo a todas aquellas personas más necesitadas de la sociedad como son los ancianos. El hogar está constituido por 60 adultos mayores, 14 de ellos no funcionales ya que presentan enfermedades físicas y mentales. En general todos son tratados de la misma manera, se les da la misma alimentación y el mismo cuidado.

Cuando un anciano ingresa al hogar es recibido por la hermana Directora quien mediante una evaluación física y mental, determina ubicarlos en diferentes cabañas para asegurar una mejor convivencia.

Sin embargo hay ancianos que viven a disgusto porque no cuentan con apoyo de su familia o porque fueron internados allí sin su consentimiento debido a que los consideran un estorbo. Pero también hay otros que viven plenamente felices, con ganas de vivir y salir adelante en sus anhelos de convivencia ya que deseaban conformar una nueva familia con personas de expectativas diferentes.

No obstante hay situaciones lamentables como la de los enfermos que no cuentan con apoyo de amigos, lo cual los sume en la soledad y el

retraimiento. Por esta razón se hace necesario saber el por qué de este comportamiento familiar con el fin de poder identificar los factores de riesgo que en este sentido afectan a los ancianos llevándolos a desear morir debido a que no le encuentran sentido a sus vidas, no les provoca participar en ninguna actividad, todo les desagrada, sienten que valen nada ante su familia y la sociedad, manejan problemas de todo tipo, poseen baja autoestima y no pueden abandonar su pensamiento negativo, por tener un bajo nivel educativo, falta de amor por parte de la familia y no sentirse importantes ante la sociedad, entre otras.

Esta realidad conduce a inferir una situación problemática relacionada con la salud, no vista desde lo físico sino desde lo psicosocial, en lo cual podría participar la Psicología Social Comunitaria para facilitar la construcción del sentido de vida del Adulto Mayor, mediante técnicas de comunicación, participación e integración.

Desde esta descripción problemática que permite repensar la familia y la educación como baluartes de la construcción social, es necesario reconocer que si es verdad que el adulto mayor no aporta su fecundidad para el aumento de la especie y en labores de exigencia física, si podría aportar en otros aspectos relacionados con la acumulación de conocimientos, experiencia y reflexión.

Entonces se debe pensar en el conjunto de estímulos de tipo ambiental, social y cultural; es decir, en el conjunto educativo que todo componente social recibe a través de toda su vida y que van formándole y haciéndole un ser útil para su sociedad y para sí mismo en el conocimiento de sus derechos y sus deberes para todas las épocas de su existencia.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la sociedad colombiana todavía la familia funciona como un ente aglutinador que casi siempre se ha responsabilizado de los ancianos,

siendo esto más evidente en las clases de estratos medios y altos. En los bajos, por sus condiciones socioeconómicas, según estadísticas del Dane, “ Colombia, protecciones subnacionales de población, 1985 - 1989.”, entre 1986 y 1989, el 86% de los ancianos vivieron con sus familias, el 6% vivieron solos (incluyendo los indigentes), y el resto en internados y lugares especiales generalmente sostenidos por el estado.

En el mismo período el 41.7% eran hombres jefes de hogar y el 18% mujeres con el mismo rol. En cuanto al analfabetismo este alcanzó el 32% cuando al comienzo de la década era tan solo del 15%; se consideró además que únicamente el 59% había cursado estudios de primaria, el 22% de secundaria y tan solo el 4% había recibido educación superior. Apenas cerca de dos terceras partes vivían en casa propia.

Sumado a esto otras investigaciones como la de Ligia Echeverri por ejemplo hablan de que en Colombia, según la estructura piramidal, un 40% aproximadamente corresponde a la población menor de 15 años, lo cual muestra una tendencia a la disminución de esta población y al crecimiento de la tercera edad, aunque sin altos índices. Sin embargo podría concluirse que Colombia está “amenazada” por la disminución de su población “productiva” tal como ocurre ya en varios lugares del mundo donde se ofrece nacionalidad a parejas extranjeras jóvenes con el ánimo de que tengan hijos en su territorio.

Además de esto a los ancianos no se les considera como individuos productivos, sino ancianos problema, a pesar de considerarlos útiles solo hasta la edad de jubilación, que contradictoriamente va en aumento cada año sin aliviar el problema.

De este modo los procesos que involucran la transformación de las personas, de los grupos y de la sociedad en general, como los que promueven la salud de la comunidad, los que previenen sus disfunciones y los que favorecen su recuperación, no han sido ni son especialmente atendidos por las autoridades como tampoco por los

profesionales relacionados con lo social.

Por tanto una intervención psicosocial desde la Psicología Social Comunitaria deberá en la actualidad inclinarse ya sea a posibilitar la prevención de la disfunción del adulto mayor o a promover el direccionamiento de acciones que permitan la resignificación de conceptos que faciliten al anciano poder convivir participativamente, con mejores condiciones de calidad y sentido de vida, en los hogares donde transcurren sus últimos años de existencia.

De este modo la intervención psicosocial deberá abordar la cotidianidad de las relaciones siempre problemáticas y conflictivas en las que está en juego la persona humana como esencia de lo social.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde las apreciaciones anteriores la problemática me induce a considerar, en términos normales de salud y desarrollo, que la llamada incapacidad del adulto podría ser sólo una respuesta a la excesiva permicidad social, en lo cual habría que tener en cuenta que a veces las formas de explotación de los recursos necesarios para el sostenimiento del tejido social podrían vulnerar los intereses particulares de los individuos y por ende sus anhelos y condiciones de vida.

Mas como no se puede predecir causas y consecuencias sin la participación directa del grupo objeto de investigación-intervención y del concurso interdisciplinario, que facilite el reordenamiento de las diferentes fases del proceso, se deberá partir de una sensibilización que facilite la participación y el empoderamiento del primero.

Por esto surge el siguiente interrogante:

¿Cuáles condiciones producen a la pérdida del sentido de vida del Adulto Mayor y cómo mejorar dichas condiciones en los residentes del Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta?

3. JUSTIFICACIÓN

La gran preocupación de algunos hombres ha sido siempre la búsqueda de aportes fundamentales que le permitan lograr la comprensión de los fenómenos de adaptación como de transformación y desarrollo de la personalidad, tanto individual como grupal. Pero en este cometido el individuo debe pasar por etapas de adaptación que dependen del entramado social.

Aunque Jean Piaget aportó bastante a la comprensión de la Psicología Cognitiva, es bueno entender que los estadios en que él insertó el desarrollo del hombre y que inciden por tanto en la formación de su personalidad, son totalmente validos, debido a que los individuos no responden por igual a los patrones fijados por tales estadios.

Se sabe que el desarrollo del hombre depende no solo de la salud física sino también de las circunstancias, de los ambientes, de las diversas situaciones, y del momento histórico que vive el hombre. Por tanto el adulto mayor no podría encuadrar en dichos estadios como lo aceptan los grupos minoritarios emparentados con la economía y que se escudan en el envejecimiento cronológico para determinar una edad de jubilación laboral después de la cual, según ellos apoyados en los estadios de desarrollo, el individuo es disfuncional, entendiendo esto desde el punto legal como la persona que por haber llegado a una edad mayor se considera incapaz de cumplir funciones laborales y de responsabilidad social.

Parecería mas bien que estos grupos de explotación discriminan al adulto mayor porque a esa altura les es difícil enfrentarse a la verificación (experimentación) que éste ha ido construyendo frente a las reglas de aquellos, por lo cual ven mermado su poder de influencia, lo cual no ocurre con el joven quien en su afán de sobresalir y ser reconocido cohonesta fácilmente en detrimento de sus principios.

Teniendo en cuenta que factores como el aislamiento social ocasionado por el desinterés de la familia, el sentimiento de incompetencia por prestar un servicio útil a la sociedad, por la falta de cuidados y protección médica crean un desinterés en el Adulto Mayor por las cosas que lo rodean, y dado que ya no es posible la prevención de los factores de riesgo psicosocial en este sentido en los ancianos del Hogar de Nazareth, la Psicología Social Comunitaria como mediadora en lo social si podría plantear entre otras alternativas para el cambio porque comprende que éste se origina en los proyectos de vida individual que elevan la calidad de vida mediante la visualización de metas comunes.

Para ello el trabajo de intervención contará con la vinculación de los profesionales que laboran en el interior de la institución con los cuales se conformará un equipo interdisciplinario que fortalecerá las acciones de la Psicología Social Comunitaria en el “ Hogar de Nazareth.

Desde esta participación profesional podría propiciarse el mejoramiento de la vida de todos los ancianos considerando que la salud mental en la tercera edad se constituye no solo en un derecho sino en una necesidad del anciano, tanto física como mentalmente, así como social con su familia.

La Psicología Social Comunitaria intervendría con objetivos claros y realizables, teniendo en cuenta las condiciones de dicha población, en cuanto a sus capacidades, expectativas, intereses y necesidades que puedan aprovecharse para desde la elaboración interdisciplinar de estrategias diversas, favorecer el desempeño del adulto mayor en el interior de la institución. Esto sería posible si se reconoce que desde la Psicología Social Comunitaria se puede confirmar y ratificar que entre más funcional y capaz sea el adulto mayor, y menos influya éste negativamente en su entorno, el impacto en su proceso de deterioro y envejecimiento será igualmente menor.

Para ninguno se hace oculto que en la edad adulta se producen los eventos más importantes de la vida: se sufren los avatares

económicos y los problemas cotidianos, se tiene más preocupaciones y existe mayor vulnerabilidad a las enfermedades y se sufren algunas pérdidas considerables.

Desde este reconocimiento es que para muchos el envejecimiento equivale al deterioro, daño o enfermedad, sin embargo esta misma apreciación permite establecer la diferencia entre el envejecimiento normal y el patológico. Por tanto si es cierto que el término envejecimiento denomina diversos cambios que se dan durante la vida de cada persona que implican declives estructurales y funcionales de la vitalidad, entendida ésta como la habilidad de un organismo para ejecutar funciones biológicas, ello no significa que tal disminución equivale a deterioro en el sentido de alteraciones patológicas.

Entonces el problema de la vejez en las sociedades humanas actuales no se presenta sólo porque crezca el número de personas ancianas sino por el efecto de relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a estas sobre todo cuando se produce el fallecimiento de personas con las que habitualmente entablan relaciones: cónyuge, amigos, colegas, vecinos; esta situación conlleva en algunos casos a buscar nuevas relaciones sociales con los parientes más jóvenes, sobrinos, nietos y con otras personas de su grupo de edad.

De otro lado pareciera no reconocerse que el envejecimiento cronológico no es más que un mito cultural generado por esas mismas influencias, y que el biológico depende del no uso que lleva a la atrofia aún en edades tempranas. La ciencia haciendo uso de la genética, puede demostrar que en lo biológico el envejecimiento corresponde a una programación preestablecida por la evolución y que se origina en la construcción psíquico-cultural del hombre.

Entonces el hombre puede retardar su envejecimiento biológico llevando una vida plena física, psíquica y socialmente, sin embargo “la vida humana no solo es biológica sino que además es biográfica e histórica” (Pinillos, 1994, p. 16), por tanto se diría que la causa de que los ancianos se entreguen a ser dependientes corresponde a presiones sociales como el aislamiento, la represión de sus sentimientos y la negación de su personalidad.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo psicológico que causan una pérdida del sentido de vida en el Adulto Mayor, para poder contribuir a mejorar sus condiciones de vida en el Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar qué factores inciden en la pérdida del sentido de vida de un grupo de ancianos que residen en el Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta.

Fortalecer el carácter social de los integrantes del Hogar de Nazareth mediante el incremento de la cobertura de los participantes con el fin de mejorar la calidad de vida interna.

Identificar qué cambios de tipo psicológico suceden en los ancianos durante un lapso de tiempo de un año en su estancia en el Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta..

Rescatar el nivel de autoestima y motivación a partir del acompañamiento directo del grupo de ancianos asignados para este estudio por las directivas del centro.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 CONTEXTO

El Centro de Bienestar del Anciano Hogar Nazareth ubicado en el Municipio de Sabaneta, es una entidad legalmente constituida que tiene como propósito central desarrollar obras sociales que reflejen la expresión del amor y del servicio al adulto mayor.

Su gestión se desarrolla a través de tres áreas fundamentales de trabajo como son:

Area Social

Area Educativa

Área Económica

Esta sometida a normas técnicas y administrativas del Ministerio de Salud aplicables a una institución privada de carácter religioso, que auxilia al adulto mayor desvalido.

Es así como sus obras son respuesta a las necesidades del momento histórico de cada época en el orden religioso, social, cultural, económico y político en que se desenvuelve la vida de la región.

5.2 MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL

La creación del Hogar de Nazareth se hizo el día 18 de enero de 1972, por iniciativa de la Congregación de Dominicas Hijas de Nuestra Señora de Nazareth, y de una manera especial por el empeño de la Fundadora y Superiora General, Religiosa María Sara Alvarado Pontón, quien interesada en apoyar a los miembros más necesitados de la sociedad como son los ancianos, logró adquirir en la calle 61 Sur No 42 B - 44 del Municipio de Sabaneta, Departamento de Antioquia, un inmueble con las normas específicas requeridas por la

Congregación para poder autorizar el establecimiento de Centros Asistenciales, el cual estaría destinado a establecer en él un asilo para ancianos, administrado y dirigido por la misma Congregación, en donde las religiosas sin interés lucrativo atenderían solícitamente no solo a los ancianos de Sabaneta, sino a todos aquellos que solicitaran el servicio.

La inauguración fue precedida por el sacerdote Alberto Enrique Higuera, cofundador de la Congregación e impulsor de esta fundación. Bendijo todas las dependencias de la casa que alberga a los ancianos y las que ocupan las Hermanas que los atienden. Estuvo presente en el acto la Hermana Rosa Mercedes Zambrano Vicaria general de la Congregación, fue nombrada primera Directora de la institución, la Hermana María Teresa Torres, quien inició su trabajo con las Hermanas: Rosa Sandoval, Gilma Duque y Elsa Acosta.

El 3 de Febrero de 1972, Monseñor Tulio Botero Salazar Arzobispo de Medellín, por medio del Decreto No 002, erigió canónicamente el servicio de la Congregación de Dominicanas Hijas de Nuestra Señora de Nazareth para la atención integral del anciano. Quien además otorgó licencia para erigir oratorio y designó como representante legal de la institución a la Hermana Directora de la casa.

Once años después, el 4 de Agosto de 1983, el Hogar de Nazareth, fue reconocido por el Ministerio de Salud mediante resolución No 08329 ratificándose que su fin único es la asistencia espiritual y material de los ancianos. El hogar funciona con patrimonio y recursos de la misma Congregación, sin embargo ajusta su presupuesto mediante la realización de talleres de terapia ocupacional con el anciano, donaciones de benefactores y con la prestación de otros servicios, además los ancianos que cuentan con algunos recursos económicos aportan cuotas para colaborar parcialmente con su sostenimiento. Los ancianos con carácter de pensionados pagan los costos de alojamiento, alimentación y demás servicios. De este modo se atiende por igual a los carentes de recursos.

El Centro esta sometido a la vigilancia del Ministerio de Salud en los términos de la Ley 29 de Septiembre 25 de 1975, cuyos decretos y demás normas reglamentan el control en instituciones de utilidad común sin ánimo de lucro. El control fiscal corresponde a la autoridad de instituciones de utilidad común, y esta sujeto a los sistemas de información, inversión, planeación y suministro establecidos por el Sistema Nacional de Salud, por lo tanto esta sometida a normas técnicas y administrativas del mismo Ministerio de Salud en cuanto es una entidad privada, de carácter religioso, dedicada al anciano desvalido por el decreto No 739 de 1991 el cual reglamenta los artículos 21 y 22 de la Ley 10 de 1990 que establece los requisitos mediante los cuales las instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro del subsector privado del sector salud, deben acreditar la calidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnica, administrativa.

Para efectos de vigilancia y control en el registro especial nacional la institución denominada Centro de Bienestar del Anciano Hogar de Nazareth de Sabaneta Antioquia, se inscribió con su respectiva personería jurídica según resolución No 009990 del 5 de Noviembre de 1992.

5.3 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los conocimientos que manejan las religiosas y resto del personal del Hogar de Nazareth sobre los ancianos, están relacionados con el cuidado y el servicio de éstos, con lo que procuran darles todo el apoyo y ayuda para que vivan sus últimos días disfrutando de la satisfacción de necesidades primarias como habitación, alimentación y seguridad médica. Para tal efecto el personal del Centro de Bienestar del anciano Hogar de Nazareth tiene siempre presente el papel que desempeña.

Lo que desconoce dicho personal es cómo tratar Psicológicamente a los ancianos, es decir, cómo orientar a estas personas para que vivan

individual y colectivamente con unos estilos de vida que les permitan auto controlar los factores que propician la enfermedad, la discapacidad y la muerte; así mismo desconocen cómo promover la práctica de acciones que conlleven al desarrollo de una mejor calidad de vida, según las diferentes edades del ciclo vital de cada uno de los ancianos para que alcancen un envejecimiento digno y con calidad.

Aunque actualmente se cuenta en el hogar con los servicios de un terapeuta para mantener un buen estado físico en los residentes, así como con los servicios de medicina y enfermería para garantizar una buena salud física, y con practicantes de enfermería para brindar recreación y esparcimiento, a las directivas del Hogar no les había surgido la necesidad ni creado el interés de abordar la salud mental del adulto mayor, por lo cual tuvo buena aceptación la presencia de un practicante en Psicología Social Comunitaria como apoyo en el proceso de bienestar del anciano, únicamente el terapeuta de la institución había, desde sus conocimientos, encontrado una problemática social existente allí y que se debía investigar, tratar y controlar, consistente en:

Selección de un grupo de ancianos objeto de estudio.

Descripción de las enfermedades físicas de los ancianos no funcionales.

Manifestación de comportamientos que se presentaban como anormales.

De este modo y a partir de una intervención psicológica consistente en la determinación de los factores que llevan al anciano a la pérdida del sentido de vida; se hizo necesario trabajar en principio el autoconocimiento como punto de partida hacia el descubrimiento de las propias potencialidades y el desarrollo de habilidades que les permita identificarse con el contexto social y conocer el valor de la sana convivencia.

Igualmente debería propiciarse el desarrollo de actividades pedagógicas buscando posibilitar el desarrollo psicológico comunitario

para la creación de condiciones específicas en salud mental que permitan tener individuos que acepten sus limitaciones, se respeten a sí mismos y sientan que son capaces de disfrutar su cotidianidad y las cosas simples de la vida.

5.4 MARCO CONCEPTUAL

En el desarrollo de este trabajo se tiene en cuenta que “el objeto de la Psicología Social Comunitaria es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en estos ambientes y en la estructura social” (Montero, 1996. p 64-65)

En consecuencia la salud mental queda definida como el conjunto de conductas y recursos que deben estar disponibles a un sujeto y que le permiten contar con las alternativas necesarias para enfrentarse a los múltiples problemas de la vida. Así desde la Psicología Social Comunitaria se podría plantear alternativas para el mejoramiento de la salud mental comprendiendo que ésta se origina en los proyectos de vida individual que elevan la calidad de vida. Entonces, en términos normales de salud y desarrollo, la mal llamada incapacidad del adulto mayor sería sólo una respuesta a la permicidad social.

Estas alternativas podrían estar referidas a estrategias que, desde la disciplina psicológica en articulación con la pedagogía social, se encaminarían no solo a combatir (reeducar) estos mitos, esas influencias para el hombre, sino en prevenir (educar) problemas como la “incapacidad” del adulto mayor y la creación de sociedades que no conducen más que a la construcción de modelos sociales en los que la realidad de la capacidad humana queda disfrazada por el interés particular de los grupos de influencia que no consideran el bienestar humano.

Desde el punto de vista Psicosocial, el envejecimiento es un proceso individual que considera el desarrollo de las capacidades y habilidades físicas, mentales, sociales y espirituales, durante la infancia, la juventud y su reforzamiento en la edad adulta, que influyen en el bienestar psicológico durante la vejez. (Maya, 1996- 1997)

En los últimos años en el desarrollo psicosocial se ha realizado un trabajo tendiente a implementar un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que direccionen su campo de acción.

Entonces se fundamentaría una pedagogía a partir del concepto de intervención y hacia una educación integral social que le permita al hombre sentir que pertenece, que posee un espacio importante en la sociedad, en la que puede ser valorado en el lugar que ocupa y así mismo se le facilite contribuir y participar en ella en todas las etapas de su vida.

De esta manera los conceptos de edad, envejecimiento, sentido de vida, autoestima y participación al igual que los valores serían la piedra angular del proceso. Pero para ello es necesario el “desarrollo de las habilidades sociales entendidas como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás” (A. Blanco.1987, p.588).

Estas habilidades se adquieren a través del aprendizaje e incluyen comportamientos verbales y no verbales específicos y son influidas por las características del medio y las que afectan la conducta social. De esto se desprende que “la conducta es aprendida, puede describirse, explicarse y predecirse partiendo de los principios del aprendizaje, por tanto puede ser conducida o reconducida, lo cual se comprueba con la realización de distintos programas de habilidades, desde las habilidades conversacionales hasta el desarrollo de habilidades asertivas en general” (Kelly, 1987). Se trata pues de la construcción de un sistema de vida que garantice la participación social y la construcción del propio bienestar social.

En ello hay que tener en cuenta que la Comisión Conjunta para la Salud y la Enfermedad Mental recomienda la investigación en salud mental en las poblaciones más desprovistas de medios, dado que la mayoría de estos problemas son el resultado del ostracismo social, el rechazo y el aislamiento, recomendación que como se ve impacta más sobre la política social y administrativa que sobre los contenidos científicos.

Sin embargo frente a esta propuesta psicosocial y Comunitaria no deben descartarse los mecanismos que las políticas oficiales bajo el impreciso concepto de Estado de Bienestar y que no son más que un paliativo, se promulgan para que el adulto mayor goce, según ellas, de las garantías que les proporciona una vida digna.

5.4.1 Marco Legal

Los derechos humanos son valores de convivencia fundamentados en la dignidad humana, la razón y la justicia; conforman la conciencia del individuo y de la comunidad e implican el reconocimiento de unas condiciones mínimas de orden material y espiritual que deben ser garantizadas a todas las personas.

De este modo en el primer capítulo de nuestra Constitución se consagran los derechos fundamentales como el derecho a la vida, la dignidad, la integridad personal, la autonomía, la igualdad, el principio de legalidad, derecho a la defensa, libertad de expresión, de reunión, de asociación y otros.

El segundo se refiere a los derechos sociales, económicos y culturales desde los cuales se pretende promover las condiciones de bienestar social y económico que permitan el ejercicio de los demás derechos de la Carta Magna: asegurar la calidad de vida individual y colectiva, establecer una protección para sectores de la sociedad que se encuentran desprotegidos o en una situación de indefensión especial.

Dentro de los alcances de este capítulo el Artículo 42 se encuentra la protección de la familia estableciendo que ésta es el núcleo fundamental de la sociedad por lo cual le corresponde al estado su amparo y protección. El Artículo 47 consagra la atención a disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos en cuya tarea el estado orientará a la integración social, económicamente, a la familia, a la comunidad y a la sociedad. En el Artículo 49 se consagra el derecho a la salud definiéndolo como servicio público junto con el saneamiento ambiental y se garantiza a todas las personas el acceso a la promoción y protección mediante la medicina preventiva y el control epidemiológico. El Artículo 67 concede el derecho a la educación cuya finalidad es permitir a todas las personas el acceso al conocimiento de la ciencia y demás bienes y valores de la cultura, responsabilizando de ello al estado, a la sociedad y a la familia, y determinando que puede ser gratuito, regulado, bajo la inspección del Estado.

De igual manera los artículos 70, 71 y 72 se refieren al derecho a la cultura planteando tres grandes temas referentes a las relaciones del estado con la cultura, el tratamiento de la diversidad cultural, y el patrimonio cultural.

Entonces es la sociedad el espacio dentro del cual cada uno puede ampliar su aprendizaje en la relación que establece con el otro, es decir, donde se tejen los sentidos y la representación del mundo en general, pero su rumbo depende de las características culturales de sus integrantes, de sus creencias, de su situación geográfica, de su momento histórico, de sus recursos y fundamentalmente de la normatividad constitucional del respectivo país. De esta forma es mediante la educación que se aprende a apropiarse de los conocimientos sobre la vida social, por lo cual desde su práctica es que se aprende acerca de los derechos y las responsabilidades que implican pertenecer y actuar en una comunidad.

5.4.2 Definición del concepto de Envejecimiento.

Desde el punto de vista psicosocial, “el envejecimiento es un proceso individual que considera el desarrollo de las capacidades y habilidades físicas, mentales, sociales y espirituales, durante la infancia, la juventud y su reforzamiento en la edad adulta, que influyen en el bienestar psicológico durante la vejez” (Maya Luz Elena, 1996- 1997)

Por esto en los últimos años en el desarrollo psicosocial se ha realizado un trabajo tendiente a implementar un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que direccionen su campo de acción ante lo cual es necesario primero conocer el significado de los siguientes conceptos sobre la edad:

Edad Cronológica (o del calendario)

“Es una multiplicidad de factores temporales que influyen sobre la inteligencia, el aprendizaje, la aptitud psicomotora y la personalidad del individuo” (Idem, 1996- 1997)

Edad Mental

“La capacidad del ser humano para adaptarse a un ambiente, define su madurez y crecimiento mental y con excepción de algunos casos de invalidez, los ancianos están en condiciones de disfrutar normalmente de la vida” (Idem, 1996- 1997)

Edad Social

Es un auténtico grado de desarrollo o simplemente un estatus impuesto con un menor grado de oportunidad y restricción de espacios sociales para los ancianos.

A nivel mental la declinación de las funciones intelectuales es una consecuencia más de las enfermedades de la vejez, la aptitud para la expresión verbal aumenta hasta el final de la vida y el aprendizaje es

un fenómeno continuo. No ocurre una declinación general de la inteligencia, sino que las capacidades que suponen una fluidez de adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación, orientación con nuevas situaciones; disminuyen, pero aquellas capacidades que implican conocimientos generales, experiencias, riquezas de vocabulario, comprensión de lenguaje, permanecen constantes e incluso tienden a aumentar.

Conocidos los anteriores conceptos de edad hay que reconocer también que la vejez o ancianidad en todo ser humano es un proceso natural que está determinado no solamente por la edad cronológica sino también por factores en los cuales interviene la sociedad, la economía y la cultura e incluso lo individual en cuanto a la personalidad.

En este sentido Luz Helena Maya plantea que “al hablar de la personalidad se ha descrito la vejez como etapa de la vida caracterizada por la pasividad, la soledad, la rigidez, la dependencia, entre otros comportamientos que trazan la individualidad de cada anciano y sus rasgos de desarrollo pero durante toda su vida”.

Así mismo, siguiendo los planteamientos de la autora en mención, tenemos que “por esto el envejecimiento no es homogéneo o sea que nunca es igual en todos los seres de la misma edad, hay personas en quienes se manifiesta claramente en edades relativamente tempranas y por lo tanto prematuras, otras llegan a edades muy avanzadas sin presentar signos evidentes de deterioro físico y mental.

Sin embargo la llamada tercera edad o edad de anciano empieza a los 65 años y se prolonga hasta la muerte”. (Idem, 1996- 1997).

Recuérdese que en 1980 la Organización de las Naciones Unidas definió la edad de 60 años como la transición hacia la ancianidad o sea el acercamiento a la Tercera Edad. A partir de entonces estos conceptos son trabajados desde la individualidad ya que los procesos de envejecimiento han sido también motivo de estudio para los demógrafos en lo que han denominado envejecimiento de las

poblaciones. Por tanto la tendencia que se registra a vivir hasta edades más avanzadas es una cuestión de las sociedades más desarrolladas; entonces se habla de poblaciones cuya principal característica es el acuerdo que obedece a dos factores: aumento en la expectativa de vida, y descenso en la fecundidad.

Ni la Tercera Edad (65 a 77 años) es sinónimo de incapacidad productiva, ni la cuarta Edad (de los 77 en adelante) es sinónimo de incapacidad social.

Igualmente puede hablarse de un envejecimiento social consistente en un proceso de rediferenciar y reintegrar roles y funciones sociales que ocurren a medida que el individuo envejece cronológicamente y aflora debido a cambios en los roles y estatus impuestos por la sociedad y aceptados por él. Sin embargo el puesto reconocido de una persona de edad varía en cada sociedad, según los aspectos demográficos, culturales, económicos, políticos, tecnológicos.

Pero además del entorno social hay dos aspectos fundamentales en la vida de cada persona que vale la pena clarificar: la familia y el trabajo

La Familia: Ha sido considerada como la unidad estable de la sociedad, que le permite a todos sus miembros seguridad económica, psicosocial, afectiva, psíquica. Una interacción dinámica entre los miembros de la familia es tan necesaria en la vejez como a cualquier edad, renunciar al hábito y entorno familiar, equivale para muchos ancianos a la pérdida de su identidad.

El Trabajo: “La ocupación permite al ser humano sostener una mejor calidad de vida en los aspectos biosociales, sin embargo con el envejecimiento y la edad cronológica se ha establecido en el ámbito mundial la jubilación. La jubilación en lugar de ser “júbilo”, gozo, satisfacción, se ha convertido en sentimiento de inutilidad, deterioro, soledad, rechazo familiar y social. Para evitar prejuicios hay que entender la jubilación como un cambio, como un período dentro del ciclo vital que permite la posibilidad de reflexionar, de amar, de crear,

de trascender y donde persiste la determinación y la autorrealización”. (Idem, 1996- 1997).

5.4.3 Sociedad y vejez

Uno de los aspectos más notorios de la vejez es la soledad progresiva en la que se van sumiendo los ancianos, lo que en parte puede ser debido al aislamiento producido por achaques físicos, pero el principal factor es la muerte o ausencia de amigos y familiares, que agrava en el anciano la dificultad de reemplazar dichas pérdidas. Esta dificultad obedece a que no se puede reemplazar la familia y además a que las nuevas generaciones forman una barrera que impide una abierta comunicación de éstas con las personas adultas mayores.

En la actualidad el anciano se enfrenta a una marginación social creciente pese a que la experiencia más importante que la persona mayor posee no radica en sus conocimientos técnicos, que los jóvenes tienen en mayor cantidad, sino en el conocimiento de los problemas sociales que el anciano tiene por el mero hecho de haberlos vivido. Se ha olvidado que el adulto mayor tendrá por experiencia posibles respuestas para solucionar conflictos de cualquier índole, por ello la familia que reconoce su posición proporciona al anciano un espacio Social menos competitivo y agresivo y más adecuado a sus necesidades. “Los ancianos constituyen una población con cierto riesgo en nuestra cultura competitiva, por la experiencia de situaciones de tensión debido a pérdidas materiales o sociales” (Idem, 1996- 1997). Debido a ello es que se asumen particulares actitudes frente a la Vejez” como las siguientes:

Actitud constructiva:

Adaptación normal al proceso de envejecimiento y a los cambios que se van presentando; son personas que mantienen buenas relaciones y no presentan disgustos con la jubilación. Se deben manejar teniéndolos como líderes, delegando funciones y enseñándoles

actividades apropiadas que puedan desarrollar.

Actitud dependiente:

Es característica de los ancianos pasivos que disfrutan de la jubilación pero gastan más de lo que reciben, quieren que todo se lo hagan por su condición de viejos y no superan conflictos. Éstos se deben mantener ocupados proporcionándoles funciones y responsabilidades, tanto personales como institucionales. Si se les administra el dinero se les dará en proporciones, y cuando se presente un conflicto tanto a nivel personal como institucional hay que guiarlo para que él mismo lo resuelva.

Actitud defensiva:

Es propia de ancianos autosuficientes, rechazan la jubilación, miran con desacuerdo la vejez y reniegan todo el tiempo. en este caso se debe proporcionar el diálogo con respecto a su autosuficiencia, observando hasta donde puede llegar este anciano para prevenir que se haga

daño, y medir su grado de salud tanto físico como Psicológico, para poder dejar que el anciano realice determinadas actividades.

Actitud de odio contra sí mismo:

Es fácil de reconocer en el anciano que no tiene ambiciones, no desea vivir, se deprime fácilmente, por lo general tiene una historia de vida fracasada, no le gusta relacionarse con los demás y mira la muerte como una salvación. Se debe tener en cuenta a este anciano, involucrándolo en todo tipo de actividades, escuchándolo y dándole funciones y responsabilidades.

Actitud egoísta:

Es la de los ancianos egocéntricos, los que desean que todo gire alrededor de ellos, se encierran en sí mismos, son conflictivos y estropean las relaciones de familia. Éstos se deben involucrar en las actividades donde se pueda compartir haciéndolos centro de la actividad y escuchándolos cuando lo requieran.

Actitud hostil:

Es la actitud de los que culpan a los demás de sus fallas, son agresivos constantemente, se quejan y no tienen estabilidad. Por esto se debe concientizar al anciano de que él es el dueño de su vida y por lo tanto es el único culpable de sus fallas y responsable de solucionarlas

5.4. Las Emociones:

En el adulto mayor son sentimientos que influyen sobre su comportamiento tanto fisiológica como cognitivamente. La soledad, la tristeza, la ansiedad, la depresión, la desesperanza, la agresividad, la ilusión, la fe, la confianza en si mismo, la seguridad, son emociones que resultan agradables o desagradables como experiencia para el adulto mayor; dichos sentimientos se relacionan directamente con los acontecimientos del ambiente externo y la respuesta que presenta cada individuo.

“En la medida en que el adulto mayor aprenda a controlar sus emociones estará mas efectivamente preparado para enfrentar a su entorno”. (Barbosa, Juan Carlos, 1995, p 41).

5.4.5 El Sentido de Vida:

El Sentido de Vida es inherente a la libertad, a los valores, el amor, a los propósitos, las metas, es decir, a los aspectos con los cuales se identifica cada hombre. Permite al hombre ser un ser libre y creativo,

cuya actitud depende más de su razonamiento que de la interacción de impulsos internos o presión de fuerzas exteriores.

“El Sentido de Vida puede traducirse como una motivación de vida, o sea aquello que hace que el ser humano se ligue a la misma familia, a las aptitudes, los recuerdos; como aquellos estados que combaten el conformismo especialmente en el adulto mayor, que en su avanzada edad termina por hacer lo que los demás quieren” (Idem, 1995).

5.4.6 El Autoestima:

El Autoestima influye sobre la conducta como una necesidad humana básica, ya que se traduce como una evaluación que mantiene frecuentemente la persona en referencia a si mismo, día a día se debe aprender a satisfacer dicha necesidad, viviendo racionalmente y conscientemente,

“El Autoestima en el adulto mayor, independientemente de ser innato o adquirido, hace parte de su individualidad al llegar a esta etapa de la vida, sin embargo puede derrumbarse al enfrentarse con esta nueva vivencia y su entorno; pero también puede fortalecerse en la medida en que la persona acepte con madurez y responsabilidad su nuevo estado. A su vez un alto grado de autoestima condiciona el buen término de la vejez, ya que si el individuo no se estima a si mismo no puede estimar a los demás” ([www. lpaj. Org/document68.htm](http://www.lpaj.org/document68.htm))

5.4.7 La Salud Mental:

La salud va directamente ligada a la actitud mental positiva ante la vida, es decir, un individuo es mentalmente sano cuando se conoce a si mismo, tiene relaciones buenas con los demás y ante los problemas busca posibles soluciones.

El conocerse a si mismo permite tener confianza y seguridad a atrevernos a hacer algo y como resultado de nuestros actos,

aceptamos nuestras cualidades y nuestros defectos.

El adulto mayor al no asimilar su estado de vejez, empieza a enfrentar con más agudeza un deterioro en su salud mental, empieza a formar una serie de actitudes negativas como bloqueo a esta etapa de su vida; una buena salud mental hace sentir bien a la persona, logra cariño y respeto de los demás y la falta de ella los lleva al aislamiento tanto interna como de su entorno.

Pero “estar sano mentalmente implica estar sano físicamente, ya que la mayoría de las enfermedades en el adulto mayor se crean en su mente”. (Departamento de educación Confama, Psicología de Adulto, autoformación).

5.4.8 La Participación

La Participación es un elemento básico de los programas de desarrollo, el cual pretende que los individuos actúen como parte de su propio desarrollo en cualquier campo de la vida Comunitaria.

“La participación implica la modificación de actitudes de dependencia, desarrollando niveles de racionalidad, reflexión, análisis, interpretación y conciencia de la realidad social que afecta a una persona” (Manual sobre participación y organización para la gestión local. De foro Nacional por Colombia).

Por ello podría decirse que es el adulto mayor quien al irse alejando de los afanes construidos culturalmente, propicia los cambios de las estructuras por considerarlas obsoletas e inadecuadas después de un tiempo.

Su capacidad en cambio puede sostenerse; por eso vemos que en diversas ocasiones, tiempo, lugares y circunstancias el Adulto Mayor ha demostrado gran capacidad cognitiva y física participando en la construcción de la realidad social. Y lo han demostrado en la política, Nelson Mandela; en la religión, la Madre Teresa de Calcuta; en la

ciencia, Albert Einstein; y en la literatura, Gabriel Garcia Marquez.

Ellos son un claro ejemplo de cómo el hombre puede retardar su envejecimiento biológico llevando una vida plena física, psíquica y socialmente. Recuérdese que “la vida humana no sólo es biología sino que además es biográfica es histórica” (Pinillos, 1994. P.16) por tanto se diría que la causa de que los ancianos se entreguen a ser dependientes corresponde a las presiones sociales.

Por tanto hay que reconocer que “la persona que envejece en forma óptima... conserva las actividades de la edad madura mientras le es posible, y después se esfuerza por encontrar sustitutos para las actividades que se ve forzado a abandonar” (PETRUS, Antonio / Pedagogía Social. P. 295. Barcelona: Ariel. 1997).

Esta adaptación a los sustitutos es un aprendizaje que responde a factores de satisfacción, en cuyo período el hombre se enriquece y está más relacionado con el carácter y el nivel sociocultural que con lo cronológico o biológico.

Se ha visto que los más jóvenes o los que no han llegado aún a la edad de adulto mayor no son en realidad más productivos, porque no tienen la experiencia necesaria, ni las habilidades completamente desarrolladas.

5.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

AFECTIVIDAD:

Es un fenómeno íntimo pero también social de manera que se impone tanto como fenómeno de la psicología pura como de la social, representa el dominio de lo agradable y desagradable del amor y del odio.

AUTOCONCEPTO:

Es la apreciación que se tiene de sí mismo.

AUTONOMIA:

Es la facultad de sí mismo en sus determinaciones, decisiones y elecciones.

COMUNIDAD:

Es el grupo que se construye como unidad de intereses, compartiendo experiencias con identidad y sentido de pertenencia; es un grupo natural de organismos diversos que habitan en un ambiente común, en condiciones comunes de vida.

CULTURA:

Es una construcción social que hace relación a los hábitos, costumbres, creencias, formas de expresión, comprensión del mundo y la vida.

DEMENCIA SENIL:

La combinación física y mental que conocemos como senilidad, es conocida en medicina como demencia, no es inevitable en la vejez.

DEPRESIÓN:

Estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente por ansiedad. Esta enfermedad mental es muy común en la tercera edad.

DETERIORO MENTAL:

Es el debilitamiento más o menos progresivo, parcial o general de las funciones mentales.

DUELO:

Es la respuesta emocional del doliente, la cual se puede expresar de muchas formas, que van desde la rabia hasta una sensación de vacío.

ESTILO DE VIDA:

Modo de vivir, costumbres, usos, tradiciones de las personas.

ESTIMULO:

Cualquier excitación que contribuye a desencadenar los mecanismos de la vida mental, afectiva o intelectual.

GRUPO:

Pequeño número de individuos reunidos con la finalidad de formarlos para las relaciones humanas.

IDENTIDAD:

Es un proceso que se construye en varios niveles de la práctica social, físicos, simbólicos, sociales, individuales y colectivos.

LUTO:

Se refiere a la conducta del doliente y de la comunidad después de una muerte.

MUERTE:

Desde el punto de vista Psicológico significa huida de la realidad, oposición a los impulsos de vida. Desde el punto de vista Biológico el individuo muere cuando cesan todas las funciones de los órganos vitales.

PSICOLOGÍA SOCIAL:

Estudio del comportamiento individual influido por la colectividad del grupo.

PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA:

Es el campo de la ciencia Psicológica, que estudia las relaciones entre sistemas sociales, poblaciones e individuos, desarrolla y evalúa métodos de intervención que propician las adaptaciones entre las personas y sus ambientes.

RIESGO PSICOSOCIAL:

Es todo aquello que afecta psicológicamente a las personas y a las comunidades.

VEJEZ:

Es el último estadio de la edad adulta, que arbitrariamente se fija a partir de los sesenta y cinco años.

6. METODOLOGÍA

6.1 CONCEPCIÓN METODOLÓGICA

No existe para la Psicología Social Comunitaria un modelo único o un fundamento teórico metodológico de investigación. Sin embargo una investigación Psicosocial constituiría un valioso instrumento para la toma de decisiones en el Centro de Bienestar para el Anciano Hogar de Nazareth para que la visión por la que ha sido creado, logre los resultados esperados, y sirva de guía para trazar las estrategias necesarias y alcanzarlas. Para el caso del Centro, se ve más apropiada la investigación social cualitativa, la cual puede realizarse partiendo de un equipo reducido de investigación; así mismo permite llegar a una información precisa sobre las características reales de los comportamientos sociales, problemas y funcionamientos en la vida familiar, como también los pronósticos de desarrollo en cuanto a aumentar el sentido de vida del anciano.

De esta forma mediante la investigación cualitativa se puede describir e interpretar determinados contextos y situaciones de la realidad social, buscando la comprensión de la lógica de sus relaciones, así como las interpretaciones dadas por las personas involucradas.

Así al unirse la investigación social a la intervención psicosocial, la primera se constituye en herramienta de la segunda señalando la necesidad de abordar la intervención en los diferentes niveles de análisis individual, grupal, organizacional y comunitario.

Igualmente se articulará la I.A.P. (Investigación Acción Participación) que bajo los principios de carácter participativo permitirá el diálogo, el respeto mutuo, y la dirección del proceso facilita un enfoque de abajo

hacia arriba en el que las hipótesis son provisionales para ser comprobadas en la práctica.

Dado que la existencia del ser humano es social y lo social se manifiesta concretamente en la vida de grupo, la Psicología Social en este caso puede ser empleada en mejorar la vida de grupo, mediante un proceso de investigación que pone el mayor énfasis en la acción; de este modo se ha pretendido mejorar una situación real y concreta en un determinado lugar y tiempo. Para el Psicólogo Social Comunitario se hace necesaria una toma de conciencia o una respuesta a las exigencias de la realidad en que se haya inmerso.

En esta investigación se busca identificar los factores de riesgo psicológico que causan una pérdida del sentido de vida del Adulto Mayor, que para el caso del Hogar de Nazareth es de suma importancia, pues con ello se podrían crear algún programa que ayuden a la solución de las necesidades y problemas detectados en los residentes del Hogar.

6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.2.1 Población o comunidad.

Se conoce que el fin único del Centro de Bienestar del Anciano Hogar de Nazareth, es la asistencia material y espiritual de los ancianos; en el Hogar residen 60 adultos mayores con diferentes problemáticas, principalmente el grupo de 14 ancianos no funcionales según la clasificación de dicha comunidad para los cuales esta asignada dicha investigación.

El Hogar Nazareth no ha contado hasta ahora con los servicios de un Psicólogo Social Comunitario que desarrolle funciones relacionadas con su profesión y con las necesidades institucionales de su pertinencia en bien de la comunidad. Esta realidad ha permitido que el rol del mismo no haya sido reconocido por ningún sector poblacional. A esta situación se suman otros aspectos de importancia en cuanto al bienestar del adulto mayor con los cuales no cuenta el Hogar y que se

traducen en los pocos ingresos que se obtienen para satisfacer tantas necesidades que a diario presentan los residentes, una buena atención en salud, educación, recreación elementos esenciales para mejorar su calidad de vida.

Se destacan problemas sociales dentro del Hogar como la pobreza, el analfabetismo en buena parte de la población, nivel de educación muy bajo, condiciones económicas poco favorables, la mayoría padecen enfermedades tanto físicas como mentales.

6.2.2 Estrategias para recoger la información.

En la selección de estrategias para recoger la información debe saberse que un estudio cualitativo comprende diferentes procedimientos de análisis que, combinados con algunas técnicas cuantitativas, pueden producir resultados que satisfagan los objetivos trazados.

En tal sentido la recopilación de la información se hizo mediante la utilización de técnicas de carácter etnográfico-cualitativo como las entrevistas, encuestas etnográficas, análisis de documentos, registros de observación.

Observaciones de campo realizadas con el entorno que rodea la entidad y la población objetivo.

Encuestas etnográficas tomadas como muestra, en cantidades que signifique un porcentaje creíble y proporcional con la situación real.

Referentes teóricos, como consulta de archivos y fuentes escritas.

Experiencias vividas (relacionadas en el Diario de Campo), con la población objetivo como talleres, conversaciones, conferencias y demás.

Formulación de preguntas, respuestas en temas específicos.

Las estrategias pretenderán de algún modo buscar que los resultados del análisis de la información sean relevantes e impliquen un número significativo de residentes de la comunidad. Para detectar la

problemática de la comunidad deberá indagarse el entorno en el cual se lleva a cabo la intervención, sus características sociales, económicas y culturales, Con la implementación de estas técnicas se garantiza la participación directa de las personas relacionadas con la problemática desde el inicio del proceso.

Al recoger la información el practicante de Psicología Social Comunitaria hace un análisis de los datos obtenidos y posteriormente explica a la comunidad la interpretación de dichos resultados, buscando logros como la toma de conciencia por parte de los integrantes de la comunidad y responsabilidad frente a la generación, mantenimiento y solución de los conflictos.

El primer paso de esta investigación es la búsqueda de información acerca de los aspectos generales del Hogar de Nazareth; el interés por describir estas condiciones radica en que constituyen el marco dentro y a partir del cual actúan estos individuos, es decir, se describen las características, de la sociedad, en cuanto a las condiciones de la calidad de vida de los adultos mayores.

A través de las observaciones directas, encuestas, charlas y entrevistas aplicadas al grupo de ancianos disfuncionales, el practicante de Psicología Social Comunitaria se basa en ciertas manifestaciones que determinen el comportamiento del adulto mayor en cuanto a su sentido de vida como: El aislamiento social, la desintegración familiar, bajo nivel de autoestima, necesidad de un reconocimiento social por la comunidad, ansiedad, agresividad, soledad, complejos de superioridad e inferioridad. La mayoría de los residentes del Hogar adquieren estos comportamientos en respuesta al rechazo de su familia, al estado de envejecimiento o a las condiciones de vida que tiene al momento de ingresar allí; también pueden ser sometidos al aislamiento porque en ocasiones han perdido a su esposo o algún ser querido.

Después de recopilar y analizar la información el practicante en Psicología Social Comunitaria logró reunir en grupo la población

objetivo para tratar de aumentar su sentido de vida fortaleciendo sus últimos días con calidad, esto se evidencio en un cambio de actitud positiva por parte de los ancianos quienes elevaron su nivel de autoestima, mostrando un mejor cuidado en su higiene personal, una buena comunicación entre sus compañeros y construyeron un sentido de pertenencia hacia el Hogar.

6.2.3 Estrategias de intervención psicosocial Comunitaria.

Una vez evidenciadas las necesidades de la comunidad anteriormente mencionadas, se logra un primer acercamiento con el anciano buscando familiarizarse con este, lo mismo que una mayor claridad frente a la problemática del adulto mayor; es así como se plantea la posibilidad de desarrollar un trabajo psicológico orientado desde la Psicología Social Comunitaria y que pueda ser direccionado a su sentido de vida.

En tal sentido serán consideradas:

- Técnicas grupales de exploración.
- Reflexión participativa.
- Elaboración del Banco de Valores frente al Proyecto de Vida.
- Talleres psicosociales sobre autoestima, sentido de vida, liderazgo, proyecto de vida, comunicación.
- Videos educativos.
- Elaboración de carteleras y afiches alusivos a la convivencia pacífica.
- Observación participante sobre el estilo de vida, comportamiento, aptitudes, cotidianidad de cada uno de los residentes del Centro de Bienestar del Anciano.

6.2.4 Estrategias para el análisis de la información.

Para el análisis de la información se aplicó como estrategia la categorización ya que ésta permite establecer un ordenamiento para encontrar patrones de respuesta que reflejen los principales

parámetros que estructuran el conocimiento del grupo estudiado y el análisis descriptivo en donde se inicia una labor de recomposición parcial de los datos.

De este modo el análisis deberá conducir a dar respuesta a la pregunta formulada: ¿Cuáles condiciones producen a la pérdida del sentido de vida del Adulto Mayor y como y cómo mejorar dichas condiciones en los residentes del Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta?

6.2.5 Fases del proyecto. (Ver Cronograma en anexos)

La intervención para identificar los factores de riesgo psicológico que causan una pérdida del sentido de vida del Adulto Mayor del Hogar de Nazareth tuvo un cubrimiento en cuatro fases que son :

La primera de exploración y diagnóstico (consignado en el Diario de Campo), sensibilización, evaluación, para determinar las posibilidades de la intervención psicosocial.

La segunda fase permitió establecer los mecanismos de intervención y divulgación dando inicio a la intervención.

La tercera fase permitió la evaluación y los ajustes de la intervención en cuanto fortalezas y debilidades que facilitarían la continuación coherente de la intervención.

La cuarta fue propiamente evaluativa y de devolución a la comunidad, identificando los componentes y resultados para la realización de la sistematización.

7. RECURSOS

7.1 HUMANOS

Comunidad de ancianos del Hogar de Nazareth.

Directivas y personal del hogar.

Practicante de Psicología Social Comunitaria.

Asesor de la universidad: Francisco López

Grupo interdisciplinario en el que participaron los profesionales vinculados al hogar.

7.2 FÍSICOS

Televisor.

Cámara de vídeo.

Equipo V.H.S.

Casetes de vídeo.

Grabadora de sonido.

Casetes de sonido.

Proyector.

Equipo de computación.

7.3 INSTITUCIONALES

Universidad Nacional abierta ya Distancia – UNAD-.

Comunidad del Hogar de Nazareth del municipio de Sabaneta.

Congregación de Dominicas Hijas de Nuestra Señora de Nazareth.

8. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

8.1 REFERENCIAS DESCRIPTIVAS

Desde la Psicología Social Comunitaria la propuesta tuvo como base la confrontación activa de la cotidianidad, sus actores internos y externos, y sus escenarios como una forma de articulación con el mundo, que permitiera a las personas objeto de estudio identificar, percibir, dar significados y auto valorar su posición frente a los factores de riesgo que afectan sus potencialidades y por ende su sentido de vida.

En este sentido la comunidad de ancianos del Hogar de Nazareth como organización social permitió la conformación de un grupo interdisciplinario en el que participaron los profesionales adscritos a la institución para potenciar y socializar sus saberes en un mismo sentido buscando la creación de espacios para el intercambio y la sistematización de experiencias frente a la búsqueda de soluciones demandadas por la misma problemática.

Entonces se activó la participación profesional en psicología, medicina, enfermería, trabajo social, y atención espiritual por parte de las religiosas, ya que los ancianos plantearon problemáticas que terminan convergiendo en una inadecuada convivencia grupal.

El plan estratégico de intervención surgió por tanto del trabajo del grupo interdisciplinar que permitió desarrollar varias actividades en la comunidad con el fin de identificar el nivel del sentido de pertenencia de sus integrantes frente a lo cual serán estos los que desarrollarán una autoconstrucción social mediante su propio empoderamiento.

Uno de los aspectos que se enfatizaron como necesidad fundamental es la participación activa de las familias, si bien es cierto que la mayoría de ancianos están en este Hogar porque sus familias no pueden o no quieren hacerse cargo de ellos, fue necesario concientizarlas de la importancia de no abandonar por completo a sus

parientes. Aunque estas no dispongan de tiempo suficiente para cuidarlos y acompañarlos, es indispensable que les brinden un apoyo afectivo y económico visitándolos periódicamente.

Para tal efecto se determinó el uso de material escrito seleccionado que los miembros de cada familia deberán leer en sus casas procurando una discusión que genere la escritura de comentarios para enriquecer las estrategias de intervención-psicosocial. Con este apoyo se elaboraron talleres para promover en los habitantes del Hogar de Nazareth el desarrollo de la capacidad de verse así mismos como personas útiles con posibilidades de vida digna planteándose sueños y proyecciones acordes con las cualidades individuales de cada uno de ellos.

8.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Una de las características que define la edad mental de un ser humano es su capacidad para adaptarse a un ambiente, por lo cual en términos normales todos los ancianos están en condiciones de disfrutar plenamente de la vida, salvo algunas excepciones por casos de invalidez.

Entonces lo que debe importarles es el conocimiento de sí mismos, pues esto les permite tener confianza y seguridad en lo que son capaces de hacer, aceptando sus cualidades y defectos. En ello juega papel importante la familia, además del entorno social, porque es en estos espacios donde se facilitan las buenas relaciones y los estímulos que conducen hacia el logro de soluciones por sí mismos.

Por ello al hablar de salud mental el término no se debe significar en el sentido de no estar enfermos mentalmente, ya que los adultos mayores se comportan generalmente de forma muy sana cuando son reconocidos, se desempeñan bien en sus trabajos y con sus familias. Por tanto puede decirse que una persona es sana mentalmente cuando tiene una actitud positiva ante la vida.

De este modo la declinación de las funciones intelectuales solo es una consecuencia más de las enfermedades de la vejez que disminuyen un poco el cálculo mental y la prontitud en las respuestas. Sin embargo la expresión verbal sigue en aumento hasta el final de la vida ya que el aprendizaje en este aspecto es un fenómeno continuo y el uso de éste activa las demás funciones mentales.

8.3 INTERPRETACIÓN

Aunque es cierto que dinamizar el desarrollo de la capacidad de las comunidades para que asuman colectivamente de manera autónoma, consciente, reflexiva y crítica el curso de su propio destino es el objetivo de la Psicología Social Comunitaria, más cierto aún es que son los vínculos y la interacción concreta de los individuos lo que logra esa capacidad.

De esta manera lo que más debe considerarse en la intervención es el vínculo familiar y social porque es inherente a ella, ya que éste vínculo en lo general se concibe como articulación de los crecientes, diversos y variables ámbitos grupales, institucionales y sociales, en las tramas en las que el sujeto está inmerso.

Mediante los vínculos humanos es que los individuos construyen, perciben, sienten, operan distinguen, actúan, organizan y conciben la realidad que construyen formando parte de ella.

8.3.1 Desde las Representaciones Sociales.

Las representaciones sociales frente al término envejecimiento y a partir del discurso del grupo de ancianos del Hogar de Nazareth, recogido mediante las estrategias de entrevista, encuesta y observación directa, fueron develando una posición favorable en cuanto al sentido de pertenencia tanto de los ancianos como de sus familias, confirmando que las temáticas de los talleres posibilitan la aceptación de una realidad, cuyo concepto se presenta vulnerado por la aceptación irreflexiva del mito vejez-incapacidad, que permite conceptualizar otras formas de vida que no agotan plantear el crecimiento y desarrollo personal y colectivo.

Así empezaron a entender la necesidad de resignificar el sentido de los roles familiares, comunitarios y sociales, al igual que el Sentido de

Vida como producto de la experiencia, el conocimiento y el ajuste social. Entonces la creencia paternalista heredada de los antecesores respecto a que todo, como la incapacidad en la vejez, nos llega predestinado empezó a romperse dándole paso a la participación activa como mecanismo de creación de mejores condiciones de vida mediante la elaboración de un Proyecto de Vida entendido por etapas desde las fortalezas y limitaciones del individuo.

8.3.2 Desde el Sentido de Vida.

En la medida que avanzamos en el proceso de intervención, paulatinamente se fueron descubriendo razones de peso que ayudaron a resignificar el concepto de calidad de vida, el cual se entendió como un proceso de autoconstrucción basado en el amor a sí mismo y a los demás.

Desde estas reflexiones se entendió que las construcciones culturales en muchos casos vulneran al individuo a favor de los intereses casi siempre económicos que buscan influir en las personas en forma egoísta.

Sin embargo parece ser que no aprendemos a tener razones para vivir, pero sí muchas para subsistir. Así por ejemplo nos preparamos para aconsejar al otro elevándole su valor diciéndole cosas sin fondo como: tu puedes, tú eres lo máximo. No te dejes vencer, pero no respetamos que él determine hasta dónde es capaz realmente. Se ha investigado mucho para encontrar defensas contra las bacterias, pero no contra las dificultades de la vida.

8.3.3 Desde el Autoestima.

El aprendizaje del hombre es continuo, permanente, y su proceso está sujeto a los cambios que éste conlleva, por lo cual el autoestima depende de sus experiencias con el medio y con los demás. Por tanto

es desde el bajo o alto nivel de autoestima que crecemos y nos desarrollamos en equilibrio y armonía.

Desde esos aprendizajes se manifiesta la conducta humana que es la que prepara para el bien vivir y convivir lo cual debe ser coherente con las normas y convenios entre componentes del contexto grupal, comunitario o social.

Entonces es del medio donde vivimos de donde extraemos los elementos que constituyen el autoestima. Por tanto siendo el Hogar de Nazareth una institución de atención al anciano, de carácter espiritual y sensible al servicio del prójimo, su medio socio-cultural y específicamente su grupo social proporciona, desde el ejercicio interdisciplinar en el que ahora participa la Psicología Social Comunitaria con sus postulados, un sentimiento de apropiación del entorno que permite el desarrollo de capacidades y potencialidades que elevan el nivel de autoestima de sus habitantes.

Frente a ello el taller psico-social como eje de la intervención considera al anciano como un ser trascendente capaz de transformarse y transformar el mundo en que vive y trazarse un proyecto de vida con dignidad.

8.3.4 Desde la Salud Mental.

Desde entender que al hablar de salud mental los referentes tradicionales conducían siempre a evitar hablar de enfermedad, la intervención desde la Psicología Social Comunitaria propendió por identificar los factores de riesgo que impiden prevenir la conservación de la salud mental como garantía de la armonía interna del individuo.

Es así como se buscó impactar al grupo y sus integrantes propendiendo porque el proyecto de vida individual se convirtiera en un acto comunitario y social en el cual se gestara la construcción de valores, actitudes, hábitos y comportamientos hacia la apropiación del contexto.

Por ello las actividades siempre tuvieron en cuenta el desarrollo de competencias sociales y el fomento del trabajo solidario como impulsores de la formación de un sujeto social con aspiraciones y proyecciones en todas las etapas de su vida.

8.3.5 Desde la participación

Un ser humano aislado de su contexto en lo que a participación se refiere sería probablemente un individuo sometido a decisiones externas y amenazado en el uso de sus libertades. Entonces también podría estar amenazado en su proceso de identificación, formulación y evaluación de su proyecto de vida.

En condiciones así el individuo no podría manejar sus diferentes y variables momentos de aprendizaje de la vida y por tanto su nivel de adaptación ante los cambios que las diversas situaciones, circunstancias, oportunidades y negaciones de la vida que se le presenten.

De tal manera la intervención-psicosocial en el Hogar de Nazareth pretendió fortalecer el carácter social de sus integrantes mediante el incremento de la cobertura de los participantes con el fin de mejorar la calidad de vida interna. Para lograr tales metas el respaldo y la participación de todos fue fundamental, lo que en términos sociales esta representado en los mecanismos y herramientas que brinda la institución y las normas legales para la participación de la comunidad en las decisiones que tengan que ver con su entorno y su vida personal.

En tal sentido no se puede ser ajeno a que el no tener capacidad de descubrir, identificar, medir y valorar una importante oportunidad de participar, que es la dinámica generada en torno a un programa o proyecto, y aplicarla en beneficio de la consolidación de su organización, es una de las causas por las que, concluida una intervención, muchas veces no perdura la dinámica endógena,

desaparecen fácilmente los niveles de homogeneidad alcanzados, y los factores de cohesión que en un momento los fortalecieron no pasan de ser motivaciones espontáneas.

Por tanto es necesario realizar una capacitación al personal administrativo del hogar para mejorar, los aspectos favorables y proponer con mayor acierto correctivos para aquellos afectados negativamente.

9. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención psicosocial realizada en el Hogar de Nazareth se llevo a cabo durante un periodo de 20 semanas, el grupo de ancianos objeto de la investigación- intervención fueron asignados por la Hermana Directora del centro, en total fueron 14 ancianos quienes de acuerdo con la evaluación general realizada por el terapeuta ocupacional del centro, eran los que más problemas presentaban a nivel psicológico.

Al finalizar los 14 talleres se evaluaron parámetros a nivel individual, grupal y comunitario.

A Nivel Individual

La población objeto de estudio del centro de Bienestar del Anciano “ Hogar de Nazareth”, fueron mejorando poco a poco desde el comienzo de la práctica hasta su culminación, con muy buenos resultados concluyendo la misma; esta situación con dos excepciones, de dos de los adultos mayores con los cuales no se logro romper el hielo.

La siguiente tabla muestra los logros obtenidos con cada uno de los integrantes de la población objetivo, en cuanto a comunicación, relaciones con el practicante, afecto y participación, al finalizar la intervención psicosocial.

Comunicación : En este parámetro se evaluó si compartían o no sus ideas y experiencias con los otros compañeros y con el practicante.

Relación con el Practicante: Se evaluó si había una buena socialización con el practicante en los talleres y actividades lúdicas.

Afecto : Se observo si había contacto físico, y buenas relaciones personales.

Participación : Se analizo que el Adulto Mayor no sintiera temor de expresar lo que sentía o lo que había entendido en las actividades.

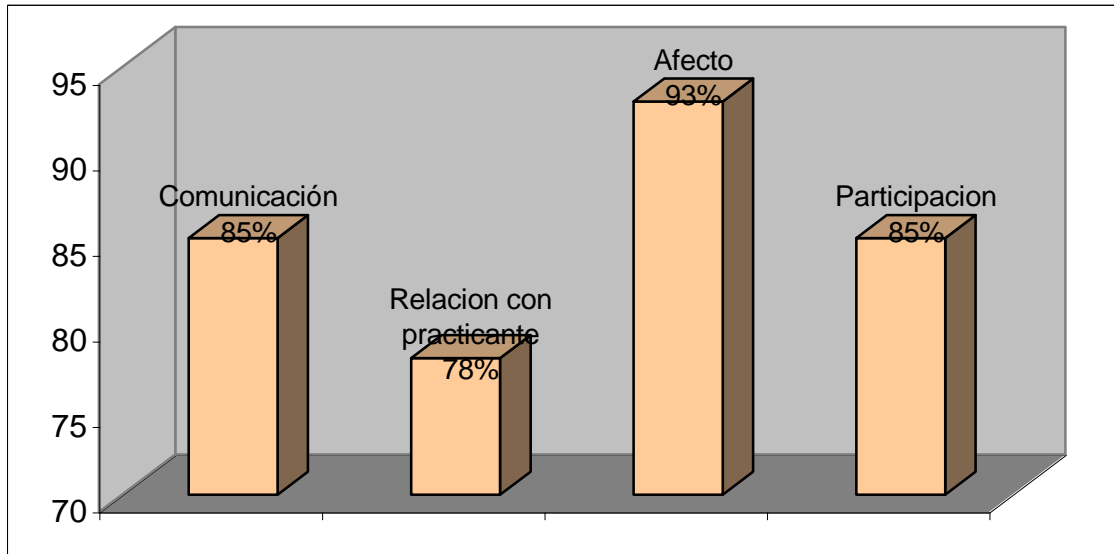
Tabla 9.1 Parámetros evaluados a nivel individual

Tabla 9.1 Parámetros evaluados a nivel individual

ADULTO MAYOR	COMUNICACION	RELACION CON PRACTICANTE	AFECTO	PARTICIPACION
1	SI	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI	SI
3	SI	SI	SI	SI
4	SI	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI	SI
6	SI	SI	SI	SI
7	SI	SI	SI	SI
8	SI	SI	SI	SI
9	SI	SI	SI	SI
10	SI	SI	SI	SI
11	SI	SI	SI	SI
12	SI	NO	SI	SI
13	NO	NO	SI	NO
14	NO	NO	NO	NO
TOTAL	12 DE 14	11 DE 14	13 DE 14	12 DE 14
%	85%	78%	93%	85%

A continuación se presentan estos resultados gráficamente:

Grafico 9.1 Parámetros de Calidad de Vida



El trabajo enfatiza la concientización a nivel personal respecto a las actitudes de cada anciano con las posibilidades y limitaciones existentes. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Reflexión ante el reconocimiento de los vacíos internos. Es decir las falencias a nivel afectivo y las carencias conceptuales que impiden reconocer la realidad en el marco de la normalidad.
- Necesidad de compañía para compartir las experiencias de vida.
- Participación mayoritaria de los ancianos facilitando al grupo interdisciplinario analizar eficientemente a cada Adulto Mayor.

9.2 A NIVEL GRUPAL

Lo Adultos Mayores del Hogar de Nazareth mostraron un gran adelanto en cuanto interacción grupal. Se logro que gran parte del grupo que antes se aislaban y eran agresivos con sus compañeros, se integraron y participaron tanto con el practicante como con su entorno.

En esta dinámica se analizaron aspectos como: Participación, creatividad, conocimiento, integración; importantes para analizar y concluir el comportamiento de cada uno dentro de la comunidad.

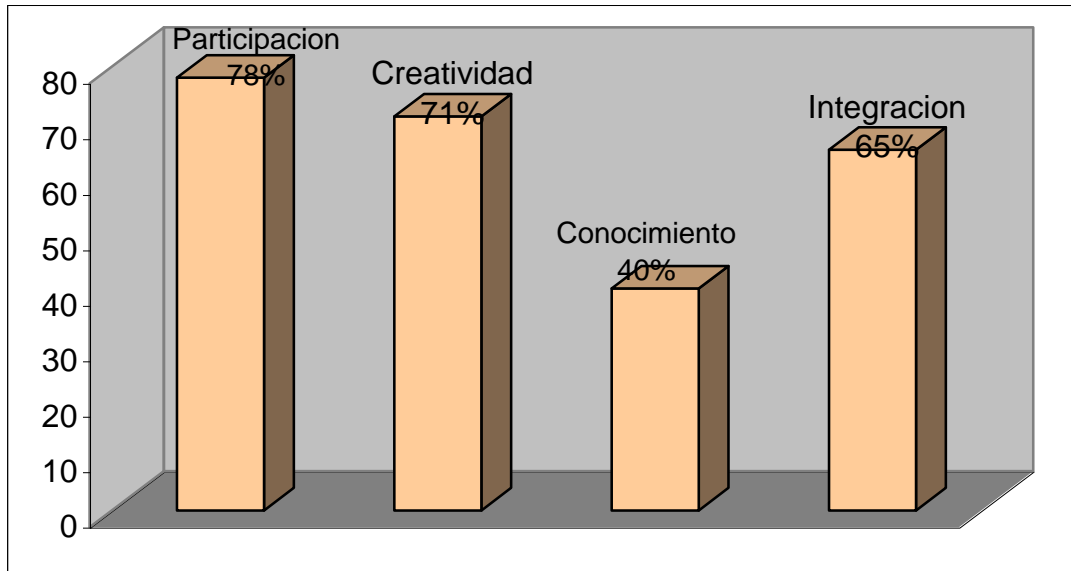
- En la creatividad se evaluaron actividades de motricidad donde se trabajaba con plastilina, para verificar la imaginación del Adulto Mayor.
- En el conocimiento se tuvo en cuenta su saber en temas específicos como: El trabajo, política y temas sobre sexualidad.
- Por último en la integración se determinó si podrían trabajar en grupo.

Tabla 9.2 Parámetros Evaluados a Nivel Grupal

ADULTO MAYOR	PARTICIPACION	CREATIVIDAD	CONOCIMIENTO	INTEGRACION
1	SI	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI	SI
3	SI	SI	SI	SI
4	SI	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI	SI
6	SI	SI	SI	SI
7	SI	SI	NO	SI
8	SI	SI	NO	SI
9	SI	SI	NO	SI
10	SI	SI	NO	NO
11	SI	NO	NO	NO
12	NO	NO	NO	NO
13	NO	NO	NO	NO
14	NO	NO	NO	NO
TOTAL	11 DE 14	10 DE 14	6 DE 14	9 DE 14
%	78%	71%	40%	65%

A continuación se presentan estos resultados gráficamente:

Grafico 9.2 Parámetros de Interacción



El enfoque de todas las actividades hacia la integración Comunitaria en lo que se lograron buenos resultados, fortaleció el rol de la practicante de Psicología Social Comunitaria creando indirectamente la necesidad de vincularla como profesional a la institución, con el animo de mejorar y sostener la calidad de vida del Adulto Mayor.

En ello la institución tuvo en cuenta las constantes empleada por la practicante en el proceso como: El respeto por los demas, la relacion con las familias, relacion con el personal de la institucion; aspectos relevantes que permitieron analizar el desempeño del anciano frente a la comunidad.

9.3 A Nivel Comunitario:

Se trato de enfocar los resultados de todas las actividades hacia la integración Comunitaria, para fortalecer el rol del Psicólogo Social comunitario y crear indirectamente la necesidad de vincular dicho profesional en la institución prevaleciendo el animo de obtener y mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

Las constantes que se tuvieron en cuenta fueron:

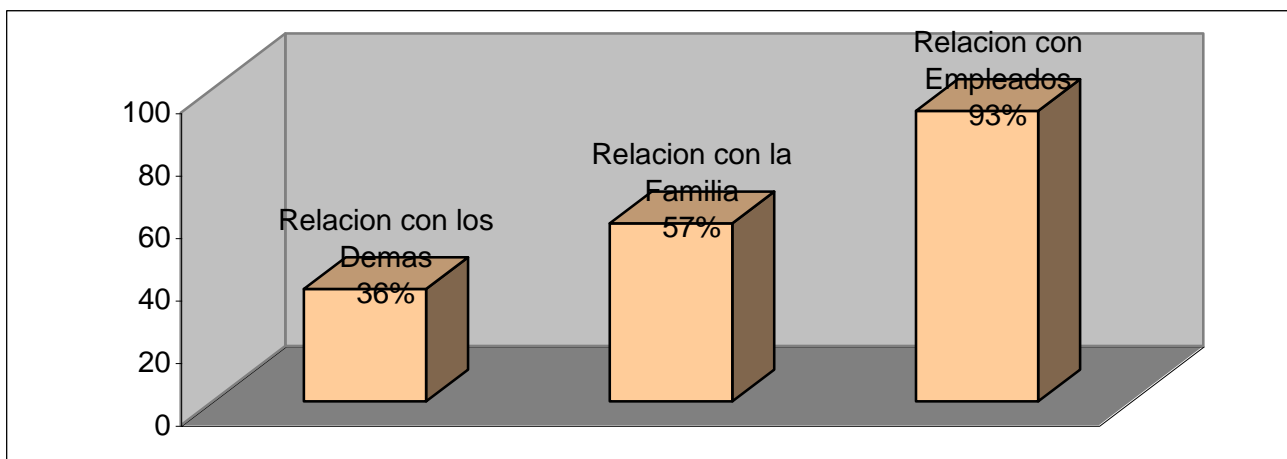
- . La relación con los demás, con las familias y con lo empleados.
- . En estos aspectos se evaluó si el Adulto Mayor se dirigía con respeto, confianza y amabilidad a los demás, a su familia y a los empleados.

Tabla 9.3 Parámetros Evaluados a Nivel Comunitario

ADULTO MAYOR	RELACION CON LOS DEMAS	RELACION CON LA FAMILIA	RELACION CON LOS EMPLEADOS
1	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI
3	SI	SI	SI
4	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI
6	NO	SI	SI
7	NO	SI	SI
8	NO	SI	SI
9	NO	NO	SI
10	NO	NO	SI
11	NO	NO	SI
12	NO	NO	SI
13	NO	NO	SI
14	NO	NO	NO
TOTAL	5 DE 14	8 DE 14	13 DE 14
%	36%	57%	93%

A continuación se presentan estos resultados gráficamente:

Grafico 9.3 Parámetros Sociales



Como se puede observar en el cuadro anterior, el Adulto Mayor se siente seguro, confiado y tranquilo con el entorno del Hogar y del personal en general, es decir al alejarse de su familia y al encontrar atención prioritaria y afectiva en su nueva comunidad trata de llenar los vacíos y la soledad que le causo el aislamiento. Afortunadamente la mayoría de los ancianos cuentan todavía con el apoyo de su familia, pero sigue siendo significativo el numero de Adultos Mayores solos.

De otro lado se pudo concluir que:

- El afecto y la comunicación se fortalecieron entre ellos y sus familias, al notarse que de personas inactivas, aisladas, malhumoradas pasaron a ser personas activas, participativas y positivas.
- Respetaban las ideas de los demás y escuchaban atentamente a sus compañeros se dirigían personalmente a ellos.
- Asumían una actitud tranquila, aspecto satisfactorio para la institución y la practicante.

- Dedicaban tiempo a los demás al observar las cosas buenas que les transmitían, planteándose nuevos retos porque encontraron nuevas rutinas de vida.

Esto además del enriquecimiento personal que me facilitó reconocer las falencias que deberé tener en cuenta de ahora en adelante y durante mi futuro desempeño profesional, me permite presentar como resultados o efectos de la intervención, los siguientes:

- Aumento de la participación de los dolientes (familias y parientes) del adulto mayor que ya no se consideran ajenos a los procesos de vida envejeciente pero activa de éstos.
- Reducción del ausentismo de los familiares del adulto mayor originado en la creencia cultural de que instituciones como el Hogar de Nazareth son sustitutas cabales de las relaciones que estableció éste con su entorno a lo largo de la vida.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales de la familia del adulto mayor tanto con el contexto institucional como con el resto de la población de la institución.
- Aumento del autoestima en todas las personas que rodean al adulto mayor de la comunidad del Hogar de Nazareth, lo cual se evidenció en los cambios actitudinales y de relación social de cada una s de ellas.
- Aumento de la capacidad de escucha del adulto mayor que fue vivificando el desarrollo de las potencialidades personales de éste.
- Reducción de las somatizaciones de los ancianos provocadas por los factores de riesgo psicosocial generados en el seno de la cultura que siempre lo ha subvalorado.
- Aparición de acciones participativas en actividades y labores lideradas y planeadas por el Hogar de Nazareth como servicio de atención al adulto mayor.
- Aparición de un ambiente más cálido en la convivencia de los mismos ancianos del hogar.

Acceso a la búsqueda de asesoría (por parte de las familias) y de ayuda (por parte de los ancianos) ante la presencia de niveles altos de dificultad en cuanto a comportamientos y toma de decisiones en sus relaciones y actividades cotidianas.

A manera de gráfica se muestran los logros obtenidos en cuanto a comunicación, relaciones con la practicante, afecto y participación, es decir, las situaciones latentes que tienen que ver directamente con su calidad de vida de los ancianos del Hogar de Nazareth.

10. DISCUSION

Para que se produzca el desarrollo integral de una comunidad, es indispensable partir de su organización, basada en la unidad, entusiasmo, participación, liderazgo, y autogestión de los distintos grupos que la constituyen.

Sin embargo en un caso como el del presente trabajo en el que la comunidad en sí no representa un grupo social culturalmente constituido, con orientación y acciones de liderazgo, sino individuos <aislados> que se debaten en la ambigüedad y la incertidumbre por la influencia de factores externos, el cambio de actitud ante la vida es viable en función de la unión familiar. "La conducta social es favorable a la introducción de innovaciones y de factores causales de cambio así éstos impliquen sacrificios en otras esferas de la actividad humana" (RAMÍREZ, Arias Jaime / Desarrollo y Cambio Social. P. 44. Bogotá: Instituto FES de Liderazgo.1992.).

Por ello en un espacio como el de esta investigación-intervención se mantuvo una concepción de participación y autoestima más o menos explícita considerando los agentes internos y externos de la comunidad; se intentó a modo de construcción general, proporcionar una orientación sobre cómo la cultura en la que se encuentra el individuo influye directa o indirectamente en el comportamiento de los sujetos, en nuestro caso de los adultos mayores.

Es así como la Psicología Social Comunitaria se convierte en un medio facilitador para que cada uno de los adultos mayores, a partir del conocimiento de sus posibilidades y limitaciones, puedan desarrollar nuevas concepciones sobre la vejez y mantener una vida activa relacionándose y comunicándose con su entorno armónicamente.

Sin duda el proyecto de vida de cada persona, el futuro y la proyección tiene una gran importancia para ella. Al transcurrir hacia ese futuro el

individuo tiene diferentes relaciones con su entorno y con los aspectos que determinan sus perspectivas y metas esto es sentido de vida; la forma como lleva a cabo dichos proyectos corresponde al estilo de vida. El marco en que esto se da está fundamentado en la sociedad, a medida que la persona va pasando su desarrollo va interactuando con diferentes grupos sociales; en este contexto la Psicología Social Comunitaria, aporta elementos que contribuyen al mejoramiento de su calidad de vida.

Desde estas apreciaciones las conclusiones pueden sintetizarse así:

La Psicología Social Comunitaria es útil y relevante en la construcción de una participación democrática para la acción Comunitaria de los ancianos, constituyendo un proceso lleno de matices y de niveles en el cual influyen tanto el grado de compromiso con la comunidad, como las condiciones de vida de cada persona.

Trabajar el autoestima es muy importante para contribuir al mejoramiento de la persona dentro del proceso de envejecimiento humano, ya que propende por la estabilidad del individuo tanto en su parte interior como social

Es importante que la familia tome conciencia del valor del anciano como integrante del hogar y de la sociedad, sin excluirlo ni aislarlo, considerando que si es necesario internarlo en un lugar para ancianos se debe estar atento para brindarle apoyo en esta nueva etapa de su vida.

El desinterés y aislamiento del medio pueden dar una falsa imagen de deterioro intelectual del anciano, lo cual es uno de los mayores peligros que amenaza la integridad de las personas de esta edad, en lo cual la Psicología Social Comunitaria podría intervenir para propiciar el cambio de esta imagen facilitando que el adulto mayor tenga un mejor horizonte y viva con sentido su vejez.

La identificación de las fortalezas psicosociales del adulto mayor, de su sistema de apoyo familiar comunitario, participativo y económico permiten promover estilos de vida saludable en las instituciones de atención a los ancianos..

El adulto mayor necesita del cariño y del cuidado de su familia, para sentirse protegido y seguro, pero al mismo tiempo necesita realizar actividades que lo hagan sentirse útil, en lo cual la Psicología Social Comunitaria puede hacer aportes significativos.

Se hace necesario una intervención desde la Psicología Social Comunitaria para concientizar a la familia sobre el mantenimiento de la potenciación de las capacidades del adulto mayor, haciéndole sentir que puede ser útil para el hogar y la sociedad a pesar de su edad avanzada y posible deterioro físico y mental.

El sostenimiento del trabajo para todo tipo de persona es muy importante, ya que éste permite desarrollar y mantener habilidades, aptitudes y relaciones con otras personas, que contribuyen a la vida digna del individuo; por tanto la jubilación en el adulto mayor debe tomarse como otro tipo de trabajo mediante el cual puede hacer las cosas que antes no podía hacer por estar empleado, ante lo cual es diferente el sentido del trabajo del sentido de la vida.

Mantener la calidad del entorno en el cual se desenvuelve el adulto mayor, es de vital importancia para su estabilidad emocional, por lo que en este caso del Hogar de Nazareth tanto la familia, como los empleados generales de la institución, deben brindar estímulos que garanticen la armonía y felicidad de sus integrantes comunitarios.

11. RECOMENDACIONES

Tanto este trabajo como la propuesta de intervención-Psicosocial puede servir para que se realicen otros similares que conduzcan a la construcción y transformación de actitudes, acciones y conceptos que permitan explorar aprendizajes y reflexiones que propendan por una mejor calidad de desempeño personal y profesional.

Al término de éste considero pertinente recomendar lo siguiente:

- Toda investigación-intervención en cuanto la problemática del adulto mayor, en su situación social, cultural, psicológica, moral y espiritual, debe considerar estos aspectos como la base de su estudio, a diferencia de las personas de otras edades (a excepción de los niños) que generalmente pueden fundamentar su vida en muchas actividades sin impedimentos físicos o mentales. El adulto mayor se va convirtiendo a medida que avanza su edad en una persona con más necesidades en todos los aspectos, por esta razón los cuidados, atenciones para él, aumentan en demanda y deben contener un sello de afecto y solidaridad para ayudarlo a ir culminando sus días en un ambiente sereno y satisfactorio.
- La sociedad en general debe aprender a valorar al adulto mayor, reconociendo sus conocimientos y experiencia desde lo cual sus consejos, palabras sabias y serenidad emocional serían razones suficientes para tenerlo como una persona valiosa para la familia y la sociedad.
- La labor del Psicólogo Social Comunitario, especialmente en la tercera edad, será exitosa en la medida en que éste logre posicionar al anciano en el nivel que merece dentro de la familia y la sociedad.
- En todo espacio que propenda por el desarrollo de competencias

y estrategias para el cambio social frente al logro, sostenimiento y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, radica principalmente en la vinculación de un profesional en Psicología Social Comunitaria, que garantice la articulación de los aportes de la acción interdisciplinaria.

12. BIBLIOGRAFÍA

BONILLA, Castro Elsy, RODRÍGUEZ, Sehk Penélope. / Mas allá de los métodos. Norma. Santa Fe de Bogotá D.C. 1997.

BARBOSA, Juan Carlos, SANDOVAL, Barrera Humberto, NOREÑA, Néstor Mario. / Sentido de la vida. Arfin ediciones. Santa Fe de Bogotá D.C. 1995.

CANO ORTIZ, Jesús María. / Psicología Social e influencia: Aljuve, Archidona (Málaga). 1994.

DELGADO, Juan Manuel y GUTIERREZ, Juan. / Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis. Madrid, 1995.

MERANI, Alberto L. / Diccionario de Psicología. Editorial grijalbo. Barcelona. 1979.

MONTERO, Maritza/ La Psicología Comunitaria, Orígenes, Principios y Fundamentos Teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología. P. 63-64. 1996

NIÑO MARTINEZ, Berta Yaneth. / Procesos sociales básicos. Unisur, Santa Fe de Bogotá D.C. 1996. REVISTA COMFAMA / Psicología del Adulto. Autoformación.

SÁNCHEZ, José Bernardo, RODRÍGUEZ C, Enrique. Individuo, grupo y representación social. UNAD. Santa fe de Bogotá. 1997.

SANDOVAL, Humberto/ Sentido de Vida. Arfin Ediciones. Bogota. 1995.

TORRES, Carrillo Alfonso / Enfoques cualitativos y participativos en investigación social. Bogotá: UNAD. 1998.

TYSON, Shaun / La esencia del comportamiento organizacional. México: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. 1997.

ANEXO A COMPROBANTE DE LA PRACTICA REALIZADA

ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

P
R
I
M
E
R
A

F
A
S
E

ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	FECHA	HORAS	LOGRO
Conversación con la Madre Superiora del Centro de Atención Hogar de Nazareth	Buscar posibilidad de realizar mi práctica psicológica en ese Hogar de Ancianos	Agosto 24 de 2001 1 de 9 a 10 a.m.	1 de 9 a 10 a.m.	Obtener la autorización para la práctica
Cita con la Madre Superiora del Centro de Bienestar del Anciano Hogar de Nazareth	Presentación del Cooperador que me acompañará durante el desarrollo del proceso	Agosto 28 de 2001	1 de 9 a 10 a.m.	Conformar el equipo de trabajo
Primer contacto indirecto con el adulto mayor en el Hogar de Nazareth	Acercamiento y observación de la comunidad acompañada por el Cooperador	Agosto 31 de 2001	2 de 9a 11 am	Reconocer el lugar de practica
Contacto directo con la población de adultos mayores funcionales	Realización de actividades de integración (concursos, baile, jornada de arreglo personal	Septiembre 5 de 2001	4 de 8 a 12 p.m.	Conocer a la población objeto de estudio
Reunión con el personal profesional adscrito al hogar para planear las acciones	Retroalimentación en la fuente operativa y presentación y aceptación de la propuesta	Septiembre 11 de 2001	3 de 8 a 11 p.m	Organizar el plan de trabajo
Iniciación de actividades con los ancianos	Actividades lúdicas y entrevistas en grabadora	Septiembre 17 de 2001	3 de 8 a 11 a.m.	Interactuar por primera vez con los ancianos
Facilitar el primer espacio de encuentro y crear condiciones para una posible intervención	Rompiendo el hielo	Septiembre 21 de 2001	4 de 8 a 12 p.m.	Acercamiento a la población objeto de estudio

PRIMERA FASE

ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	FECHA	HORAS	LOGRO
Observación directa al adulto mayor.	Identificar el comportamiento del adulto mayor en diferentes lugares del hogar	Septiembre 25 de 2001	4 de 8 a 12 p.m.	Reconocer las actitudes generales del adulto mayor en el hogar
Encuesta al adulto mayor del Hogar	Conocer sus conceptos, como se sienten y como son tratados en el Hogar de Nazareth	Septiembre 28 de 2001	3 de 8 a 11 p.m.	Realizar un diagnostico psicologico
Reunión con el Cooperador Terapeuta del Hogar	Analizar el resultado de las encuestas para realizar el diagnostico y la problemática que presente el adulto mayor	Octubre 10 de 2001	4 de 9 a 1 p.m.	Determinar la problemática de los adultos mayores en el hogar
Aporte de un integrante interdisciplinario del Hogar	Conferencia – taller sobre ética y valores dictado por la Hmna Flor María Gómez (Directora)	Octubre 18 de 2001	3 9 a 12 p.m.	Capacitar al adulto mayor
Aporte de un integrante interdisciplinario del Hogar	Conferencia – taller sobre grupo adecuado de medicamentos dictado por el Medico Geriátrico	Octubre 26 de 2001	3 9 a 12 p.m.	Capacitar al adulto mayor
Aporte de un integrante interdisciplinario del Hogar	Ejercicios de terapia física – dictada por el terapeuta ocupacional Jorge Espinosa	Octubre 30 de 2001	3 de 8 a 11 a.m.	Fortalecer físicamente al adulto mayor
Reunión con el equipo interdisciplinario y el Cooperador	Análisis de la información recogida en encuentros anteriores	Noviembre 6 de 2001	3 9 a 12 p.m	Recopilar informacion de la intervención realizada
Evaluación final de resultados	Análisis de beneficios del proceso de intervención en el adulto mayor	Noviembre 14 de 2001	3 9 a 12 p.m.	Analizar el avance del proceso de intervencion
Análisis final de la información	Evaluación de resultados y redacción del proyecto	Noviembre 27 de 2001	2 de 3 a 5 p.m	Determinar los resultados obtenidos

SEGUNDA FASE

ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	FECHA	HORAS	LOGRO
Planeación de actividades para iniciar intervención	Elaboración de talleres a nivel individual	Enero 14 de 2002	4 de 8 a 12 p.m.	Iniciar la intervención psicosocial
Taller 1	Video Sentido de vida y charla sobre el video	Enero 18 de 2002	3 de 9 a 11 a.m.	Aclarar inquietudes sobre El video y las charlas
Taller 2	Autoestima individual (El auto cuidado)	Enero 22 de 2002	3 de 9 a 12 p.m.	Mejorar su nivel de autoestima personal
Taller 3	Somos desde los demás (auto concepto)	Enero 31 de 2002	3 de 9 a 12 p.m.	Mejorar la relación con los compañeros
Taller 4	Conferencia sobre el duelo en el adulto mayor dictada por la Gerontóloga Mónica María Jaramillo	Febrero 6 de 2002	2 de 8 a 10 a.m.	Participar sobre el tema aclarando lo que no se entendía
Taller 5	Programación de motricidad fina	Febrero 12 de 2002	2 de 8 a 10 a.m.	Habilidad en sus manos
Reunión con el Cooperador	Elaboración de talleres de acercamiento entre los adultos mayores	Febrero 15 de 2002	4 de 8 a 12 p.m.	Interactuar con el cooperador
Taller 6	Diálogos personales (interrelación)	Febrero 22 de 2002	3 de 1 a 4 p.m.	Interactuar experiencias
Taller 7	Lectura de libros de superación personal	Marzo 1 de 2002	2 De 9 a 11 a.m.	Interactuar ideas

SEGUNDA FASE

ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	FECHA	HORAS	LOGRO
Taller 8	Medios espirituales para creer en sí mismos dictado por las Hmnas de la institución	Marzo 4 de 2002	2 de 9 a 11 a.m.	Recuperar la fe en Dios
Taller 9	Organización de cuentas culturales (charlas, celebración, integración)	Marzo 7 de 2002	3 de 9 a 12 p.m.	Participar todos en la actividad
Taller 10	Narración de experiencias	Marzo 15 de 2002	2 de 2 a 4 p.m.	Expresar abiertamente sin temor lo que sentían
Reunión con el Cooperador	Intercambio de conceptos y opiniones	Marzo 22 de 2002	3 de 8 a 11 a.m.	Interactuar ideas
Taller 11	Programación de dibujo libre	Abril 8 de 2002	2 de 10 a 12 p.m.	Recuperar la habilidad en el Adulto mayor
Taller 12	Terapia física dictado por el terapeuta ocupacional Jorge Espinosa	Abril 19 de 2002	2 de 9 a 11 a.m.	Fortalecer físicamente al Adulto Mayor
Taller 13	Conferencia sobre familia punto de apoyo en el adulto mayor dictado por la Gerontóloga Mónica María Jaramillo	Abril 26 de 2002	2 de 10 a 12 p.m.	Mejorar los vínculos familiares.
Taller 14	Formación de grupos (integración)	Mayo 7 de 2002	2 de 9 a 11 a.m.	Integrar al Adulto Mayor con los otros
Taller 15	Aprendiendo a aceptarse en la limitaciones (la auto aceptación)	Mayo 24 de 2002	3 de 8 a 11 a.m.	Aceptarse así mismo y a los otros
Reunión con el Cooperador y el asesor	Evaluación de resultados y corrección de la redacción del proyecto	Junio 11 de 2002	2 de 2 a 4 p.m.	Evaluar el proceso

**T
E
R
C
E
R
A**

**F
A
S
E**

**C
U
A
R
T
A**

**F
A
S
E**

ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	FECHA	HORAS	LOGRO
Reunión con el Cooperador para planear actividades de intervención	Elaboración de talleres a nivel grupal	Julio 16 de 2002	2 de 9 a 11 a.m.	Determinar estrategias de intervención grupal
Taller 16	Elección de temas de conocimiento para tratar en grupo	Julio 26 de 2002	3 de 8 a 11 a.m.	Concluir temas importantes para el adulto Mayor
Taller 17	Conferencia como asimilar la muerte dictado por el padre Horacio Carrasquilla	Julio 31 de 2002	3 de 9 a 12 p.m.	Interactuar ideas sobre el tema
Taller 18	Recreación dictado por la Gerontóloga Diana Ossa	Agosto 9 de 2002	4 de 8 a 12 p.m.	Motivar al adulto mayor, para relajarse y disiparse un poco.
Taller 19	Desarrollo de manualidades	Agosto 16 de 2002	3 de 2 a 5 p.m.	Integrar al Adulto mayor con otros compañeros realizando manualidades.
Taller 20	El Autoestima	Agosto 21 de 2002	3 de 9 a 12 p.m.	Recuperar el autoestima general.
Taller 21	Condiciones para que haya comunicación entre el adulto mayor y su entorno	Agosto 30 de 2002	3 de 2 a 5 p.m.	Llegar a un acuerdo y mejorar la comunicación con los demás.
Entrevista al adulto mayor	Como se siente, que opina de las encuestas	Septiembre 6 de 2002	3 de 2 a 5 p.m.	Determinar los resultados de la entrevista
Reunión con el Cooperador	Analizar los resultados de la entrevista	Septiembre 10 de 2002	2 de 9 a 11 a.m.	Evaluar el proceso
Taller 22	Organización de eventos culturales (fiesta, celebraciones, integración)	Septiembre 13 de 2002	3 de 1 a 4 p.m.	Participar todos de la actividad realizada
Reunión con el Cooperador y las directivas del Hogar	Análisis y resultados de la información	Septiembre 20 de 2002	4 de 8 a 12 p.m.	Evaluación final de la intervención

Practicas Realizadas: 22 talleres, que equivalen a 63 horas Total de Horas: 132

Encuesta

¿En qué momentos o circunstancias suele sentirse alegre?

¿En qué momentos o circunstancias suele sentirse triste?

¿Qué es lo que más desea usted en este momento?

¿Qué es lo que no le gusta hacer aquí en el hogar?

¿Qué desearía hacer aquí en el hogar para sentirse bien?

¿A quién recuerda más todos los días? ¿Por qué?

¿Dónde le gustaría vivir en la actualidad?

¿Por qué no quisiera vivir aquí en el hogar?

Encuesta

¿Por qué cree usted en Dios?

¿Qué es lo que más le pide usted a Dios en sus oraciones?

¿Cuáles son sus principales temores actualmente?

¿Por qué cree usted que esta mala la situación del país?

¿Cómo quisiera usted que fuera el país en la actualidad?

¿Qué le gustaría haber hecho en su juventud?

¿Qué les recomienda usted a los jóvenes para que vivan bien?

Entrevista

¿Qué opina usted de los ancianatos?

¿Qué opina usted del Centro de Bienestar del anciano Hogar de Nazareth?

¿Cómo se siente usted dentro del hogar?

¿Cómo es tratado usted dentro de la sociedad?

¿Qué opina usted de la muerte?

¿Qué importancia tiene para usted su familia?

Cuando su familia lo visita ¿se siente apoyado y querido por ella, o por el contrario lo incomoda?

Considera usted que el afecto y la ternura prolongan felizmente la vida de una persona?

ANEXO D

MOMENTOS DE LA INTERVENCIÓN

Las diferentes estrategias de intervención Psicosocial se enfocaron hacia la integración Comunitaria, en la que el proceso grupal e individual diera como resultado la participación de cada uno de los residentes permitiendo la integración individual en la comunidad.

En este proceso y en ocasiones distintas se dieron varios momentos como:

Momento de la escucha

Se escuchó a toda la población objetivo animándola para que contaran sus anécdotas, sus historias y lo que desearon compartir de sus vidas.

Momento de trabajos manuales

Se trabajó con los ancianos manualidades, dibujos, escritos, para que por medio de estos expresaran sus temores, sus inquietudes y sus capacidades.

Momento para la Observación de la Depresión

A medida que pasa el tiempo y la enfermedad avanza, es cuando el adulto mayor, hace más manifiesto el derrumbe somático o Psicológico; cuando existe pérdida de peso, cuando es necesario regresar a cada momento al hospital y se requiere más intervenciones quirúrgicas, todo esto se reemplaza con una sensación de pérdida, existen otras depresiones que no es el resultado de la pérdida, sino depresión de lo que se espera con el fin de que se aproxime es generalmente silenciosa al contrario de la primera dando al anciano la necesidad de combatir y comunicar.

En esta fase preparatoria no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas, en muchos más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello o sencillamente sentándose al lado de la cama en silencio. El anciano afligido saldrá de la depresión y podrá encarar más calmadamente la perspectiva de la muerte por el hecho de haber pasado por otras depresiones.

Momento para la Observación de la Ira

Mediante las manifestaciones de ira, rabia y resentimiento, los sentimientos son difíciles de entender por la familia debido a que genera miedo; mediante ellos “el adulto mayor hace todo lo posible para que no se olviden de él”... lucha hasta el fin y a menudo desperdicia la oportunidad humildemente provocando rechazo y disgusto y sin embargo resulta ser el más desesperado de todos.

Momento de Sensibilización Comunitaria

Fue un proceso de concientización y motivación a todos los miembros de la comunidad, sobre la necesidad de incrementar condiciones de vida que permitan un envejecimiento con calidad a todas los ancianos del Centro de Bienestar Nazareth.

La meta esperada en esta fase implicó la conformación de un grupo de profesionales interdisciplinarios, contando con la participación de vinculados, directamente a la comunidad en general y por supuesto representantes de los adultos mayores vinculados o no a dicho programa.

Momento de actividades Operativas

Fue la ejecución de acciones tendientes a fomentar un envejecimiento con calidad, buscando mejorar las condiciones de vida de la población de ancianos de esta comunidad y orientándolos tanto a ellos como a las otras personas que están dentro y fuera de la institución, hacia la conservación de estilos de vida saludables, por medio de una adecuada participación tanto Comunitaria como familiar de las personas adultas.

Momentos de Evaluación

En esta última fase se observaron frecuentemente los resultados que se fueron obteniendo a nivel individual, grupal y comunitario del trabajo realizado con los integrantes del grupo de la tercera edad y algunos de los profesionales que participaron con charlas, conferencias o aportes de cualquiera otra índole.

ANEXO E

Resultados del Diagnóstico

Por medio de las observaciones y encuestas entre otros instrumentos, se obtuvo un diagnóstico que mostró algunas necesidades del grupo tales como:

- Claridad acerca de cómo participar en una comunidad de tercera edad.
- Capacitación sobre salud física para que esto repercuta en la salud mental Comunitaria.
- Darle más importancia a la parte familiar del adulto mayor.
- Falta promocionar el autoestima para que esto se refleje en la vida social de los ancianos.
- Necesidad de prevención y manejo del envejecimiento como etapa normal del ser humano.

ANEXO F: **FICHA PSICOLOGICA**

FECHA: _____

NOMBRE: _____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

PREPARACIÓN _____ ACADEMICA: _____

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE: (Limitaciones, físicas, psicológicas)

ASPECTO PSICOLOGICO

MEMORIA: _____

COMPRENSIÓN: _____

ATENCIÓN: _____

CREATIVIDAD: _____

MOTRICIDAD: _____

¿QUÉ SIGNIFICA TENER UNA ACTITUD POSITIVA ANTE LA VIDA?

¿POR QUÉ SE SIENTE UNA PERSONA MOTIVADA A ACTUAR?

DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO: _____

FIRMA DEL PRACTICANTE: _____

FIRMA DE LAS DIRECTIVAS: _____

FIRMA DE LA TERAPEUTA: _____

FIRMA DEL COOPERADOR _____

ANEXO G FOTOGRAFIAS DEL HOGAR DE NAZARETH