



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE EDUCACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

DECANATO DE POSTGRADO

**Trabajo de Grado para obtener el grado de Magister en Psicología Clínica
con Énfasis en Psicoterapia Integrativa**

INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL

**INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN ADULTOS MAYORES
DEL HOGAR BOLÍVAR**

PRESENTADO POR:

IVETTE JAZMÍN SCHUVERER BAEZ

PSICÓLOGA C.I.P. 8-722-966

ASESORA:

MAGISTER YELIXZA LOC

PANAMÁ 2018

DEDICATORIA

Mis primeras palabras de esta dedicatoria van hacia mi Dios Supremo, que me ha acompañado en cada paso de mi camino de desarrollo.

He sido muy bendecida con esta vocación de la Psicología, mi desempeño ha sido dotado de mucho amor y pasión por esta disciplina, y sobre todo de gran aprendizaje.

Dedico este trabajo de grado a mis padres, quienes me dieron la dicha de poder existir; ellos están pasando por esta etapa de vida, la vejez, y hay mucho que aprender de dicha etapa.

Y, por último, dedico este trabajo de grado a mi familia: mi esposo, Walter Álvarez, y mi pequeño y amado Amadeo Álvarez, quienes han sabido acompañarme en mi respectivo desarrollo personal y profesional.

Ivette Jazmín Schuverer Baez

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento va dirigido, en primera instancia, a mi Dios, quien ha puesto en mi persona un propósito de gran responsabilidad y vocación.

Agradezco a mis padres por ser la fuente de energía de mi desarrollo y a mi familia por siempre estar en todos los estudios en que he elegido incursionar.

Agradezco a mi Profesora asesora de contenido, Yelixza Loc, por su paciencia y gran desempeño, es de esos docentes que nos llevamos al corazón.

Finalmente, agradezco a todos mis docentes de UDELAS, al igual que a mis compañeros de estudio, quienes han sabido depositar todos sus recursos en dicho estudio especializado.

Ivette Jazmín Schuverer Baez

RESUMEN

El presente Trabajo de Grado, en el que se sustenta el Informe de la Práctica Profesional como opción de finalización de la Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, corresponde a una amplia gama de actividades realizadas con las mayores intenciones en responsabilidad, profesionalismo, ética, y compromiso, mediante la intervención psicológica en adultos mayores de la residencia geriátrica del Hogar Bolívar, ubicada en el sector de Río Abajo, provincia de Panamá.

Las cifras de personas adultas mayores en aumento dentro de nuestra población, acarrea una serie de dificultades y problemáticas en el orden socioeconómico, lo que crea una restricción en el período vital de esta población, además de situarse un aumento de la dependencia y baja calidad de vida en este grupo etario.

Los métodos alternativos, como mindfulness demuestran eficacia en diversas problemáticas, lo cual está avalado científicamente. Sin embargo, carecemos de estudios científicos que nos orienten hacia una mayor claridad en cuanto a los beneficios y resultados que se puedan obtener con la población de adultos mayores. Por ende, creemos que, en el presente estudio, elaborado desde un marco descriptivo de una experiencia obtenida en práctica profesional, se ha podido obtener determinados resultados a través de la implementación de un programa relacionado a este método con una población de adultos mayores institucionalizados.

Palabras Claves: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS, ATENCIÓN PLENA, MINDFULNESS, ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN GERIÁTRICA, INSTITUCIONALIZACIÓN, ACTIVIDADES DIARIAS BÁSICAS, HOGAR, VALORACIÓN INTEGRAL, DETERIORO COGNITIVO, PRETEST, POSTEST, ESTRÉS, MALTRATO, CUIDADOR, ESTADO MENTAL, ABORDAJES PSICOLÓGICOS, PROGRAMA, ATENCIÓN PSICOLÓGICA, RESULTADOS, MINIEXAMEN, ENVEJECIMIENTO, ABANDONO, ASISTENCIA, TERAPIA COGNITIVA, INSTITUCIÓN, RESIDENTES, SALUD GERIÁTRICA.

ABSTRACT

The present work, on which the professional practice report is based as a choice of complete of the Master in Clinical Psychology with specialization in Integrative Psychotherapy, concern to a wide rank of activities carried out with the highest intentions in responsibility, professionalism, ethics, and commitment, trough psychological intervention in older adults of the geriatric residence of Hogar Bolivar, located in Rio Abajo.

The number adults on the increase within our population, them brings a difficulties and diferents kind of problems, for example, en the socioeconomic order, these creates a restriction in the vital periodo of this population, besides citing an increase in dependence and low quality of life in this age group.

Mindfulness is an alternative methods, show efficacy in diferents problems, which is scientifically supported. Howoever, we lack scientific studies that guide us towards greater clarity regarding the benefits and results than can be geted with the population of older adults. We believe that in the present study developed from a descriptive framework of fan experience obtained in profesional practice, it has been posible to obtain certain results through the implementation of institutionalized older adults.

Keywords: FULL ATTENTION, MINDFULNESS, GERIATRIC DEPRESION, BASIC DAILY ACTIVITIES, HOME, THERAPEUTIC INTERVENTION, ADULT ADULTS, INSTITUTIONALIZATION, INTEGRAL ASSESSMENT, COGNITIVE DETERIORATION, STRESS, MALTREATMENT, PRETEST, OSTEST, CAREGIVER, MENTAL STATUS, RESULTS, PSYCHOLOGICAL APPROACHES, PROGRAM, PSYCHOLOGICAL CARE, MINI-EXAMINATION, AGING, ABANDONMENT, COGNITIVE THERAPY, ASSISTANCE, INSTITUTION, GERIATRIC HEALTH, RESIDENTS.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

PALABRAS CLAVES

ABSTRACT

KEYWORDS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

Páginas

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1. Antecedentes de la Investigación	16
1.2. Panorama Institucional	25
1.3. Descripción Institucional	29
1.4. Objetivos de la Práctica	35
1.4.1. Objetivo General	35
1.4.2. Objetivos Específicos	35
1.5. Población Beneficiada	37
1.6. Cronograma de Actividades	37
1.7. Justificación	39

CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1. Definición y Característica de la Práctica Profesional	43
2.2. Portafolio de Ejecución de Actividades de Intervención Psicológica	46
2.2.1. Criterio de Selección	48
2.2.2. Diagnóstico (entrevistas, baterías de pruebas aplicadas, observación estructurada, listas de verificación u otros elementos utilizados para el mismo)	49
2.2.3. Intervención en la Práctica Profesional	56
2.2.4. Portafolio de Actividades Paralelas a la Aplicación del Programa MBRS	58
2.2.5. Aplicación de Postest sobre Valoración Integral del Adulto Mayor	62
2.2.6. Resultados o Información Obtenida	62
2.2.7. Pronóstico	64
2.2.8. Recursos	65

CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Metodología del Estudio	67
3.2. Análisis de Resultados	67
3.2.1. Análisis de los Test de Valoración Integral en un Grupo previamente seleccionado de adultos mayores y residentes del Hogar Bolívar antes de abordaje terapéutico	68

3.2.2. Análisis de los Test de Valoración Integral después del abordaje terapéutico en un grupo seleccionado de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar	78
3.3. Propuesta de Solución	99
3.4. Marco de Referencia	99
3.5. Justificación	117
3.6. Diseño de la Propuesta	119
3.7. Descripción de la Propuesta	127
4.Consideraciones Generales	127
Conclusiones	129
Recomendaciones	131
Referencias Bibliográficas	132
Anexos	139

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Descripción	Páginas
Cuadro N°1	Pretest de Respuestas Depresivas	69
Cuadro N°2	Pretest de Índice de Katz	72
Cuadro N°3	Pretest de Miniexamen del Estado Mental	75
Cuadro N°4	Pretest del Cuestionario de Salud Euro QoL 5D (EQ-5D)	77
Cuadro N°5	Postest de Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)	80
Cuadro N°6	Postest de Índice de Katz	83
Cuadro N°7	Postest de Miniexamen del Estado Mental	86
Cuadro N°8	Postest del Cuestionario de Salud Euro QoL 5D (EQ-5D)	88
Cuadro N°9	Cuadro de Edades de los Residentes del Hogar Bolívar	90
Cuadro N°10	Cuadro sobre el tipo de sexo de la Población residente del del Hogar Bolívar	90
Cuadro N°11	Motivos por los cuales los adultos mayores son recibidos en el Hogar Bolívar	92
Cuadro N°12	Cuadro de apoyo familiar de Residentes del Hogar Bolívar	93
Cuadro N°13	Cuadro de Comparación de Pretest y Postest de Yesavage	95

Cuadro N°14	Cuadro de Aplicación de Pruebas y Cuestionarios Psicológicos	97
Cuadro N°15	Cuadro de Aplicación de Cuestionario de Estrés	98
Cuadro N°16	Cuadro de Respuestas de Estrés de Cuidadores del Hogar	99

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°	Descripción	Páginas
Gráfica N°1	Pretest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	69
Gráfica N°2	Tipos de Depresión Pretest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	70
Gráfica N°3	Pretest de Índice de Katz	72
Gráfica N°4	Pretest de Índice de Katz-Grupo de adultos mayores-Hogar Bolívar	73
Gráfica N°5	Pretest de Miniexamen del Estado Mental	75
Gráfica N°6	Pretest de Miniexamen del Estado Mental-Grupo de Adultos Mayores-Hogar Bolívar	76
Gráfica N°7	Pretest de Cuestionario de Salud EuroQol-5D(EQ-5D)	77
Gráfica N°8	Pretest de Cuestionario EQ-5D	78
Gráfica N°9	Postest de Respuestas Depresivas Escala de Yesavage	80
Gráfica N°10	Postest de Tipos de Depresión-Escala de Yesavage	81
Gráfica N°11	Postest -Índice de Katz	83

Gráfica N°12	Postest de Valoración de Actividades Básicas Diarias	84
Gráfica N°13	Postest de Miniexamen Del Estado Mental	86
Gráfica N°14	Postest de Tipos de Estado Mental	87
Gráfica N°15	Postest de Cuestionario de Salud EUROQOL-5	88
Gráfica N°16	Postest de Estado De Salud Hoy(EQ-5D)	89
Gráfica N°17	Tipo de Sexo de Residentes del Hogar Bolívar	91
Gráfica N°18	Motivos por los cuales reciben a adultos mayores en el Hogar Bolívar	93
Gráfica N°19	Apoyo familiar de residentes del Hogar Bolívar 2017	94
Gráfica N°20	Comparación de Respuestas Depresivas Pretest y Postest de Escala de Yesavage	96

INTRODUCCIÓN

Durante el accionar de la Práctica Profesional en la residencia geriátrica del Hogar Bolívar, pudimos tomar conciencia de la importancia que tiene el logro de mayor implicancia por parte de los profesionales del área de salud mental en el abordaje con los adultos mayores, quienes se encuentran atravesando una etapa de vida compleja, en la que el deterioro tanto físico como mental empiezan a dar sus muestras, lo cual en muchas ocasiones viene acompañado de factores de índole sociofamiliar, aspecto no menor en la disyuntiva de todo individuo que empieza a convertirse en un ser vulnerable y con gran necesidad de cuidado.

Este informe contempla una metodología descriptiva, buscando los efectos negativos del cautiverio en un centro residencial para adultos mayores, arrojando datos ocultos y desconocidos de un proceso que se torna de poco interés para el conjunto de nuestra sociedad, aunque afecte cada vez a un sector de una población en aumento. El objetivo es recolectar datos claves reales de mayores institucionalizados y buscar herramientas apropiadas para intervenir y poder alcanzar un bienestar físico, psicológico, social y afectivo de nuestros Abuelos que se encuentran en el Hogar Bolívar.

Los psicólogos incursionamos muy poco en esta área, probablemente por el hecho de que conlleva un accionar hacia una población que nos toca en nuestros propios miedos como seres humanos que somos, el pensar en la incertidumbre que genera esta etapa de vida, el conectarse con una realidad que muchos no quieren vivenciar, los miedos que conlleva dicha etapa de vida, entre otros, suelen ser obstáculos que nos causan dificultad a la hora de tomar la iniciativa de atención psicológica para dicha población.

Cada institución de cuidado al adulto mayor debiera contar con un cuerpo de profesionales multidisciplinario, entre ellos, la participación del psicólogo especializado en dicha área es fundamental, puesto que puede llevar a cabo intervenciones en diferentes ámbitos, como el familiar, individual, institucional, terapéutico, entre otros. Durante nuestro accionar en la práctica profesional, pudimos percatarnos de la necesidad de implementar mayor participación de los psicólogos en esta área de especialidad.

El presente trabajo de Informe Descriptivo como ilustración de la práctica profesional realizada en el Hogar Bolívar contempla un recorrido por distintos tipos de temáticas en cada capítulo de su desarrollo, siendo su primer capítulo el referente a los antecedentes y marco de referencia institucional, el segundo capítulo denominado descripción de la práctica profesional, en el cual se abordan los aspectos más significativos de la experiencia profesional dentro del Hogar Bolívar, el tercer capítulo conlleva el análisis e interpretación de los resultados correspondientes a la implementación de la intervención psicoterapéutica en un grupo de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar. En los apartados finales de dicho informe se encuentran los puntos referentes a las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos de dicho trabajo.

El adulto mayor es un ser muy especial, con una gran experiencia y sabiduría; nos deja una gran enseñanza su capacidad de comprimir toda una vida en la posibilidad de un mínimo espacio con pequeños objetos significativos desde su percepción, como lo son: calcetines, peines, bolsas con objetos de valor, entre otros. Su capacidad de dar valor a un tiempo presente sin juicios, su caminar que se torna más lento y con la simple noción de estar aquí y ahora. Ciertamente tienen mucho que mostrar.

CAPÍTULO I

**ANTECEDENTES Y MARCO DE
REFERENCIA INSTITUCIONAL**

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1. Antecedentes

Institucionalización del Adulto Mayor

La institucionalización, es un proceso complejo, asume un desafío enorme desde el punto de vista de recursos psíquicos-emocionales, a favor de una adaptación a un recinto totalmente distinto a su vida tradicional. También vemos que, el beneficio inicial por el cual estas instituciones fueron creadas, distan del objetivo recabado al final, en donde los mayores pierden autonomía vital en contraste al objetivo inicial y privándoles de una vida más plena e independiente.

Cabe señalar, que en esta misma línea de pensamiento, países como España han trascendido a tal concepción y significado que se le asigna a la función de dependencia en la vejez, tal es el caso de la Asociación Española de Geriátrica y Gerontología, en conjunto con la OMS y el Instituto de Mayores y Servicios, que se encuentra en remisión la perspectiva de concepto “dependencia estructurada”, comprendida como la eventual contribución que los establecimientos y entidades que gestionan la existencia del adulto mayor harían a la subordinación y marginación de este conjunto de personas.

Tomando en cuenta a este tipo de problemáticas, así como también, al brutal deterioro de los vínculos y redes de apoyo social que el adulto mayor recibiría como resultado de su traslado a dichas instituciones, se recomienda enfatizar en las propuestas de índole recreativas y de dispersión para establecer mayores vínculos de sociabilidad y estimulación para los componentes mentales, físicos y psicológicos

Acrich (2012) afirma que “la principal causa de la iniciación de este proceso es la falta de compañía o cualquier tipo de red social de apoyo que pueda dar cuenta de las necesidades de atención, cuidado y vinculación del adulto mayor” (p.22).

El Adulto Mayor

El término de “adulthood mayor” fue referido por las Naciones Unidas en su Decreto 811 del año 1999, cambiando este concepto por los siguientes: anciano, viejo, senil. Fernández Álvarez y Manrique (2010) descubrieron que, para poder sustituir enunciados negativos y cargados de prejuicios en cuanto a este ciclo de vida, se concilió por el uso de este término para señalar a los adultos mayores de 60 años (p.2).

Salvarezza (2008) afirma:

Que en esta etapa de vida es muy común que se presente un descenso de facultades tanto físicas como mentales, trayendo consigo una especie de especulación en cuanto a la relación que existe entre la edad del adulto mayor y la pérdida de facultades, siendo esto una constante que trae consecuencias negativas en la forma de percibir al adulto mayor y sus posibilidades de considerarse personas funcionales para la sociedad (p.89).

Se presenta una tabla sobre la categoría de edades y la terminología que corresponde a cada rango etario, entre los que menciona la Organización Mundial de la Salud, se encuentran los siguientes rangos: Los adultos mayores que le corresponden las edades de entre 60 a 74 años se estiman de edad avanzadas, los adultos mayores entre 75 a 90 años de edad, se valoran como personas viejas, y aquellos que exceden a los 90 años se les conoce como grandes viejos o grandes longevos. Así vemos que, a cualquier persona que sobrepase la edad de 60 años, será considerada como adulto mayor.

Los cambios que se presentan en el adulto mayor se refieren en base a tres tipos de componentes, uno de ellos es el componente biológico, el cual incluye todos los cambios a nivel orgánico y físico, incluso la aparición de enfermedades más comunes como hipertensión, problemas cardíacos, diabetes, enfermedades de la circulación, entre otros. El siguiente componente hace alusión a los cambios a nivel psicológico, el cual conlleva una revisión psíquica interna de evaluación por parte del adulto mayor del curso completo de su vida. El tercer componente se refiere al eje social, se presentan miedos, una serie de pérdidas y conflictos de desvalorización por entrar a la etapa de la jubilación, disminución de actividades sociales y receso de productividad.

En consecuencia, se podría argumentar que teniendo en cuenta el descenso de los componentes tanto orgánicos, psicológicos y social en esta etapa de vida del adulto mayor, lo más recomendable sería incentivar a los profesionales del área de la salud mental a generar recursos de intervención psicológica a fin de que puedan realizarse mejoras en la calidad de vida de esta población, además, se contaría con la posibilidad de desarrollar un trabajo interdisciplinario con otras disciplinas tales como la gerontología, geriatría y medicina.

Los expertos del área de la salud deben ser conscientes de la aparición de un nuevo panorama de envejecimiento a nivel mundial y, con base en ello, brindar sus aportes a la creación de políticas de Estado que aporten mayor bienestar para una población que requiere de una impronta de intervención.

Actualmente, nos enfrentamos a una polémica evolución en nuestra población, por un lado, vemos como aumenta la esperanza de vida, y por otro lado, se disminuye la tasa de fertilidad en la población, lo que probablemente esté conduciendo a un aumento de la proporción de personas mayores de 60 años en varios países. La mayor proporción de adultos mayores en los diferentes países puede considerarse un triunfo de las políticas de salud pública de determinados países, sin embargo, esto también conlleva todo un reto para los gobernantes de

cada sociedad al tener que proyectar coyunturas sociopolíticas que consideren una nueva perspectiva de integración del adulto mayor hacia una mejora expansiva de su bienestar y seguridad.

El Maltrato de los Ancianos

EL maltrato a los ancianos se produce en una relación de confianza, es decir, ambas partes tienen algún vínculo previo, ya sea este familiar o de índole institucional. Puede darse en el seno de un contexto conocido o no, en el cual se implican diversas formas como pueden ser maltrato físico, emocional, psíquico, sexual, o el engaño por cuestiones económicas.

De acuerdo a esta representación, determinadas conductas tendientes a la al abandono de la responsabilidad hacia el adulto mayor, la expropiación de los bienes del adulto mayor y la marginación a la cual está sometida esta franja etaria han ido cambiando a medida que se presentan nuevos desafíos para las sociedades. Bajo la misma línea, vemos que la representación del adulto mayor se ha modificado en el transcurso del desarrollo de ciertas poblaciones, la cual ha ido cursando desde un posicionamiento de respeto, sabiduría y devoción en las antiguas sociedades, a la discriminación actual a la que se encuentran sometidos.

En determinados países, el maltrato a los adultos mayores ha pasado desapercibido, considerándose en muchas ocasiones un tema tabú y sin precedentes, sin embargo, hoy es un tema de agenda a considerar en las mesas de trabajo sobre políticas públicas de salud de muchos países.

Merece pronta atención por parte de los sectores de salud y servicios sociales de cada país, un abordaje que incluya la resolución de esta problemática tanto a nivel institucional como a nivel familiar, de otro modo, el maltrato al adulto mayor continuará siendo un tema que se mantiene oculto.

Gerontología Tradicional vs Gerontología Crítica

En cuanto al modo de abordaje de este grupo etario, la gerontología tradicional instaló una perspectiva hacia la importancia de sus dimensiones psicológicas y biológicas, limitando su análisis a la relación vejez-deterioro. Mientras que, la gerontología crítica, contempla una mirada contemplativa de este grupo etario, haciendo énfasis en los aspectos históricos, económicos, sociales y familiares en relación al curso del envejecimiento y la institucionalización del mismo.

Acrich (2010) considera que, en el mundo común, la gerontología crítica nace como esfuerzo de brindar respuesta a los problemas del envejecimiento a partir de una exploración crítica de estas, no estando de acuerdo con una psicología instrumental (p.28).

El Rol de Cuidador

Los cuidados de extensa duración son proporcionados por cuidadores formales y/o informales. Según Vera (2010), “el cuidador sería una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda a otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, logrando una mejora en la condición humana o estilo de vida” (p.1).

El cuidador formal se diferencia de otro tipo de cuidador al recibir una remuneración económica por proveer los cuidados a grupos menos desfavorecidos, se encuentran dentro de sistemas organizados de tal manera que exista una estructura organizacional ya sea en organizaciones no gubernamentales del país, o internacionales, u organizaciones de índole privada.

Se encuentra calificados y capacitados profesionales de las labores de asistencia en cuidados para este grupo etario, enfermeras, médicos y trabajadores sociales, serían los más recomendados, sin embargo, vemos que en el área institucional el déficit en la búsqueda de un personal especializado ha conllevado a la contratación de personas menos calificadas para ejercer tal práctica.

En otro orden, los cuidadores informales son personas que dispensan cuidados sin recibir remuneración económica por realizar esta tarea. Según Liberata, Martínez, Fernández (2016), “no poseen formación formal para suministrar los cuidados ni tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provocan la enfermedad/discapacidad” (p.2).

En cuanto a los puntos señalados anteriormente, tal como nos muestra la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa un aumento pronunciado en el número de cuidadores informales, lo cual ha conllevado a elaborar planes con posibilidades de pago para tales personas, muchos de los cuales proceden de del propio contexto familiar del dependiente o suelen ser amistades o personas cercanas.

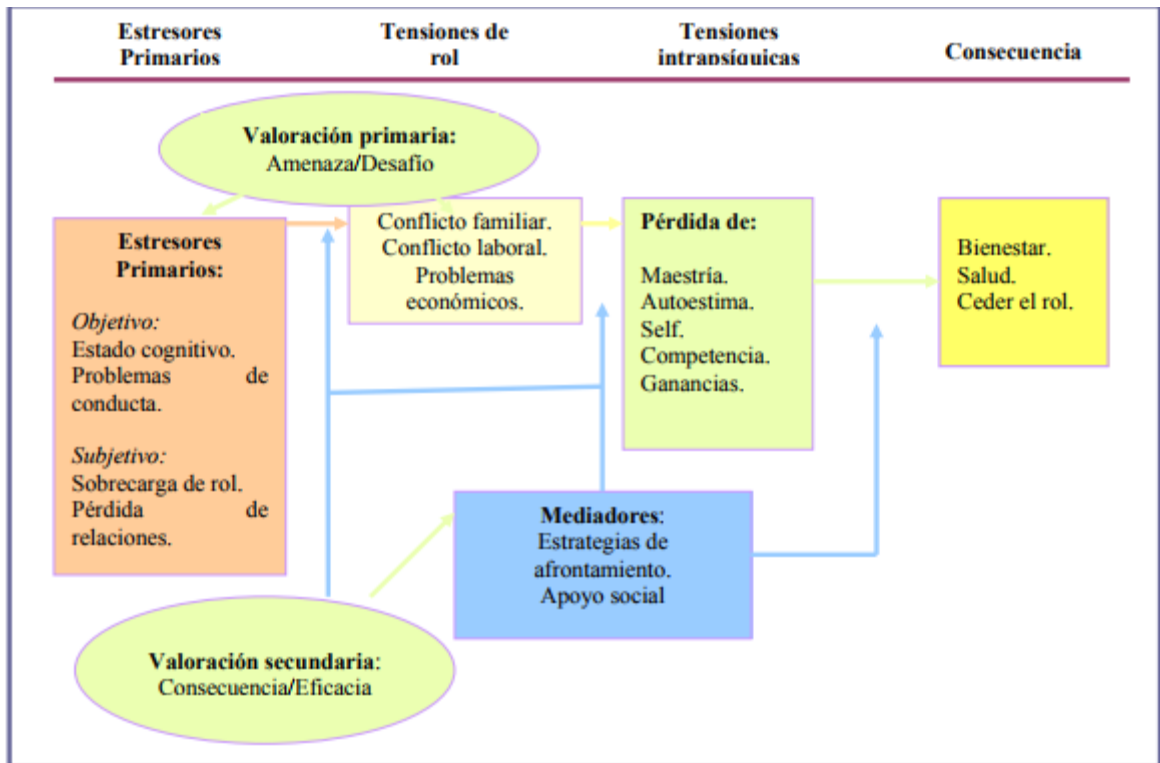
Estrés y Cuidado

Gran número del personal que labora para el Hogar Bolívar se encuentra en un área de cuidados y asistencia a residentes geriátricos, lo cual ha de ser una labor cotidiana y ardua, que requiere una gran responsabilidad y se mantiene por largo tiempo. La asistencia en los cuidados para este grupo etario se convierte, por lo tanto, en un estímulo estresor que impacta desfavorablemente sobre el cuidador lo que muy probablemente lo superará. En este sentido, el cuidado de este tipo ha sido jerarquizado como un suceso vital estresante.

Resulta frecuente ver a personas dedicados a realizar este tipo de tareas con niveles de estrés elevados, afectándolos en áreas de su salud física y mental, incluso se han registrado casos del frecuente “síndrome de burnout” en este tipo de cuidadores, afectando con ello su bienestar psicológico.

Por lo demás, en contraste con otros eventos estresantes que son de corta duración, este tipo de cuidado puede extenderse a lo largo de un período de varios años, por lo que la cronicidad del tipo de estresor conduce a que el cuidado sea del tipo estresante. Vemos, que a través de esta descripción, se podría considerar a este tipo de cuidado una carga para tales cuidadores.

Fig. 1. Modelo del Proceso del Estrés de Lázarus y Pearlin



Fuente: Modelo de proceso del estrés de Lázarus y Pearlin.

Según Zarit (2002), “más importante que lo que llamamos carga es el reconocimiento de que el estrés del cuidado es un proceso multidimensional, con muchas consecuencias potenciales” (p.10).

Situación Actual de Instituciones que albergan adultos en Panamá

Según las actuales estadísticas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Organismo Gubernamental encargado de velar por que los albergues de adultos mayores cumplan las disposiciones legales, en el país hay 63 albergues para adultos mayores, los cuales son subsidiados por el MIDES y, en el 2016, acogían a mil 590 adultos mayores.

La realidad actual de nuestro país indica que se encuentra ante un déficit de centros para atender adultos mayores. El país no cuenta con los suficientes espacios para atender a la población adulta que está en riesgo social o requiere de protección.

En nuestro país, gran parte de los albergues son privados, siendo el Hogar Años Dorados en Pacora, unos de los pocos a nivel estatal con el que cuenta Panamá, donde hay aproximadamente 73 adultos mayores, administrado por la Alcaldía de ciudad de Panamá. Para afrontar el déficit que enfrenta el país en la actualidad con respecto a la falta de espacios para albergar a los ancianos, se encuentra en proyecto la construcción de dos albergues más, en las áreas de Panamá Oeste y Colón. Así lo expresó el ministro de Desarrollo Social, Alcibíades Vásquez, en entrevista concedida al Diario La Prensa (2017) (p.1).

Algunos recomiendan como última instancia llevar a los adultos mayores a este tipo de albergues, ya que la experiencia indica un deterioro casi inmediato en las capacidades funcionales de este grupo etario. Más bien, recomiendan que

algún familiar pueda hacerse cargo de la situación junto a algún apoyo extra que pueda recurrir.

En cuanto a dicha realidad en nuestro país, según datos suministrados por el MIDES, se reporta una mayor incidencia de requerir asilos para adultos mayores en lo que respecta al distrito de San Miguelito, así como los casos que guardan relación con maltrato al adulto mayor y abandono.

Población de Ancianos que Viven en Albergues

Actualmente, el ministerio de Desarrollo Social cuenta con 63 albergues para atender a adultos mayores. Las cifras de los últimos dos años que presenta este ministerio, con respecto a la cantidad de adultos mayores que albergan en estos centros, hablan de un aumento entre el año 2015 y el 2016. Así vemos que en el año 2015 la cifra era de 1,510 adultos mayores albergados y en el año 2016 la cifra fue de 1,590 adultos mayores en los albergues. Se destaca un aumento de 80 adultos mayores más que en el año 2015, ubicados en los 63 albergues.

Población de Ancianos en Aumento

La falta de atención y cuidado de la sociedad hacia los adultos mayores se puede agudizar en el 2050, cuando estos sumen 1.3 millones; de hecho, datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República advierten que la curva de la población mayor de 60 años se comenzará a disparar a partir de la década del 2020.

El último análisis de la Contraloría sobre el tema, llamado “Proceso de Transición Demográfico en Panamá”, sugiere la creación de instituciones que se pueden dedicar al cuidado y protección de este grupo poblacional.

1.2. Panorama Institucional de Cuidados a Adultos Mayores

Es importante iniciar este apartado plasmando ciertos aspectos relacionados con el panorama institucional que antecedió al actual cuidado de adultos mayores en Panamá, así como también la situación actual a la cual se enfrenta dicha población.

Antecedentes de Disposiciones Legales en Cuanto al Cuidado de Adultos Mayores en Panamá

Constitución Política de la República de Panamá

Los inicios de los agregados de determinadas disposiciones sobre los adultos mayores en capítulos relacionados a la familia y salud de la población panameña dentro de la Constitución Política de la República de Panamá de 1972, se pueden ver en artículos como 63 y 113 de la Carta Magna.

Según lo plasmado en el artículo 63 de la Constitución Política de la República de Panamá (2016), en el punto que hace referencia a que “el Estado creará un organismo destinado a salvaguardar la familia con el fin de proteger a los menores y ancianos, y custodiar y readaptar socialmente a los abandonados, desamparados, en peligro moral o con desajustes de conducta”, se le considera de vital importancia al adulto mayor desde los inicios de la creación de nuestra Constitución (p.41).

Mientras que el artículo 113 señala:

“Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios

de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad sociales. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan” (p.52).

Además, se añade que “el Estado creará establecimientos de asistencia y previsión sociales. Son tareas fundamentales de éstos la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social” (p.52).

Dichas instrucciones se enmarcan en ofrecer amparo a los adultos mayores, la cual es entendida en el artículo 63 como la custodia y seguridad de un individuo pasivo: el anciano.

Así, vemos que en el artículo 113, se asegura el resguardo económico a través de dos tipos de actividades: seguridad social y apoyo social. En el primer tipo de asistencia, el individuo de atención es el retirado, facultativo del derecho a la seguridad social.

De igual manera, la Ley nacional establece determinados decretos que regulan desde la semana específica considerada como feriado del anciano en el territorio nacional, como también aspectos referentes al adecuado funcionamiento de los centros u hogares para adultos mayores, facultando al MIDES la vigilancia y supervisión continua de los mismos. En otros aspectos, se regulan los subsidios que otorga el Estado a distintas organizaciones sin fines de lucro que abogan por el bienestar general de los adultos mayores.

Remitiéndonos un tanto a la historia, aquellas funciones orientadas a la atención del adulto mayor eran ejecutadas principalmente por tres instituciones

gubernamentales: el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, a través de la Dirección Nacional de Adultos(as) Mayores, el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social (CSS).

En aquella época el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia promocionaba actividades de tipo recreativas y deportivas para la población de adulto mayor.

Algunas de estas actividades fueron recomendadas e implementadas en diferentes centros y hogares de albergues de adultos mayores dentro de nuestra nación.

Instituciones que albergan adultos mayores en nuestro país

Nuestro país cuenta con una serie de organismos y centros de acopio para los adultos mayores de la sociedad, entre los que podemos mencionar se encuentran, la Caja de Seguro Social, la cual cuenta con cuatro casas, también se encuentra el dormitorio para el adulto mayor de la Cruz Roja de Panamá, el Hogar de las Cumbres, el Hogar de Heurtematte, ubicado en Pacora, Hogar Brisas del Mar, Hogar de Fátima, Hogar Bolívar, entre otros.

Proyectos de Ley más recientes sobre el cuidado del adulto mayor en el territorio nacional

Uno de los proyectos de ley más actualizados sobre el cuidado y ofrecimiento de mayor calidad de vida para el adulto mayor en nuestro país se refiere al Proyecto de Ley # 36 de 2 de agosto de 2016, donde se establece la protección integral de los derechos del adulto mayor.

Con referencia a la ley antes mencionada, la Diputada Ana Matilde Gómez (2017), en entrevista realizada por un medio de comunicación nacional, expresó

que “que en Panamá no se quiere una cultura de abandono e irrespeto hacia el adulto mayor, sino que ellos sostengan su vida y mente ocupadas con el amor de sus allegados más cercanos y tengan un desarrollo digno como ser humano” (p.2).

Cabe mencionar, que dentro de lo plasmado en el artículo 23 de dicho Proyecto de Ley, se señala al Estado como responsable de brindar a través de los organismos competentes los servicios de salud para el adulto mayor mediante programas a nivel primario, secundario y terciario en las instituciones públicas de salud, ya sea a nivel local, regional y nacional.

Un artículo que vale la pena mencionar es el 69, el cual hace hincapié sobre la responsabilidad que tienen los familiares del adulto mayor sobre el cuidado y manejo de una vida plena para los mismos, así como también, la recomendación de que estas personas en primera instancia puedan residir con personas de confianza antes de llegar a tomar a la ligera la decisión de llevarlos a un hogar o albergue para adultos mayores.

Algunas entidades honorables de la Asamblea Legislativa consideran que dicha Ley les brindará a los adultos mayores mayor protección y así se evitará que queden totalmente vulnerables.

No es de sorprendernos que el actual panorama sobre el aceleramiento del envejecimiento a nivel mundial es alarmante, se estima que el total de personas en el mundo con edades de 60 años o más ha trascendido de 200 millones (año 1950) a 400 millones (año 1982) y de ahí a 650 millones en el año 2004.

Para el 2015, las cifras esperables para una población adulto mayor, probablemente lleguen a unos 1,200 millones de personas, lo cual indica un porcentaje de población de adulto mayor al 70 % que vivirá en los países en vías de crecimiento y desarrollo.

1.3. Descripción Institucional

Hogar Bolívar

Nuestra práctica como opción de trabajo de graduación se realizó en el Hogar Bolívar, centro de cuidados para adultos mayores. En dicho centro, realizamos las actividades concernientes a la Práctica Psicológica y Psicoterapéutica, ejecutando en los adultos mayores un Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR) de corte Cognitivo Conductual.

El Hogar Bolívar es una organización sin fines de lucro, presente en la ciudad de Panamá, que busca brindar albergue y residencia a aquellos adultos mayores que requieran un lugar seguro y cómodo para vivir. Se apoya en la colaboración de las familias, las organizaciones, los voluntarios, el Estado, la iglesia y su equipo de trabajo para procurar brindar mayor bienestar y servicios a los adultos mayores bajo su cuidado.

El Hogar Bolívar persigue dos metas principales como parte de su estrategia de apoyo social:

(1) Procurar la obtención de fondos, ya sea por entidades público/privadas, voluntarios o donaciones, con el fin de operar con las mejores comodidades y atenciones para sus residentes.

(2) Crear conciencia en nuestra sociedad sobre la importancia del rol de las personas mayores en las familias, al involucrarlos en actividades del hogar de forma regular.

Actualmente, el Hogar Bolívar es presidido por la hermana Sor Rosa Isabel Acosta.

Resulta de interés conocer la historia del Hogar Bolívar, a fin de conectarnos con el desarrollo histórico de un establecimiento de cuidados para adultos mayores que viene llevando a cabo una labor de alta importancia para nuestra sociedad.

Historia del Hogar Bolívar

El Hogar Bolívar inicia sus labores un 16 de diciembre de 1883, por don José Gabriel Duque, con ayuda de otras personas, el cual ejerció sus funciones en el barrio de San Felipe en el Casco Viejo de la ciudad de Panamá.

Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl desde diciembre de 1898, son las responsables de la administración del hogar y las encargadas de los cuidados de los adultos mayores que suelen ser institucionalizados.

La infraestructura que sostuvo al albergue para adultos mayores fue actor de múltiples mudanzas, por un lado, en el año 1914, se traslada al barrio “La Exposición” en los predios denominados “El Hatillo”. Luego tuvo otros traslados como en la finca Matías Hernández, en el año 1923, donde se encuentra ubicado actualmente.

En el año 1968, se le asigna el nombre de “Hogar Bolívar de Ancianos”, lo que la convierte en aquel entonces en una institución, sin fines de lucro, administrada por las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, por varios años se sostuvo con donaciones y colaboraciones que recibía de los familiares de los adultos mayores, y personas solidarias interesadas en dar apoyo al hogar.

Actualmente se sostiene con el apoyo del Estado y con la ayuda de la Fundación Pro-Hogar Bolívar desde 1966, la cual está constituida por personas del género femenino que realizan actividades periódicas para el bienestar en

general del adulto mayor que se encuentra institucionalizado. Por otro lado, el Hogar Bolívar recibe subsidio por parte del MIDES y la Lotería Nacional de Beneficencia.

El Banco General hace donaciones para sostener y edificar la parte de infraestructura del Centro; el Patronato de la Fundación Pro-Hogar Bolívar paga parte del salario del personal; la otra parte es cubierta por el beneficio denominado 120 a los 65 y por la Lotería Nacional de Beneficencia. Además, el Hogar Bolívar se encuentra subsidiado en el pago de luz y agua para todo el centro.

Misión

La siguiente es la Misión del Hogar Bolívar, la cual enmarca con claridad hacia dónde se dirigen sus acciones, las Hermanas del Hogar Bolívar (2017) ilustran esta misión:

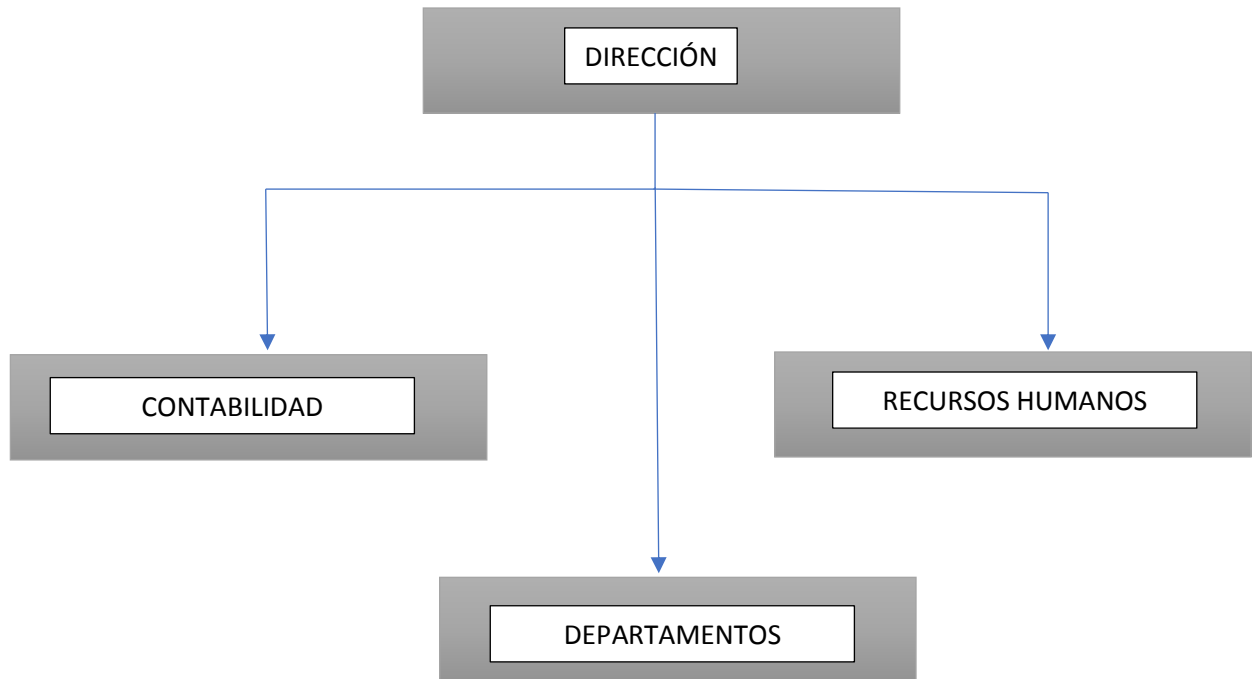
“Somos un Hogar sin fines de lucro, que funciona con la mística de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y de Santa Luisa de Marillac, con el propósito de brindar atención integral a ancianos y ancianas, basándose para ello en la Caridad, el Amor y el Respeto” (p.2).

Visión

En cuanto a la Visión, las Hermanas del Hogar Bolívar (2017) señalan lo siguiente:

“Queremos llegar a ser una obra que mantenga el carisma, satisfaciendo las necesidades bio-psico-sociales y espirituales de nuestros adultos mayores y personal de apoyo con una mirada de fe: contemplando a Cristo en el pobre y a los pobres en Cristo” (p.2).

Organigrama de la Institución



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Personal del Hogar Bolívar

Actualmente, el Hogar Bolívar cuenta aproximadamente con 9 a 11 cuidadores por pabellón, excepto el pabellón de La Medalla Milagrosa, que cuenta con el doble de dicho número; además, cuenta con personal del sector administrativo y de maestranza. El salario mínimo de la mayor parte del personal del Hogar asciende a \$. USD 471.46, el cual es pagado por instancias como el MIDES, la Lotería Nacional de Beneficencia y por el Hogar Bolívar. La planilla de los colaboradores del Hogar Bolívar se paga a través de tres planillas diferentes, una es pagada por el MIDES (60 colaboradores), otra por el propio Hogar Bolívar 59 personas que reciben salario mínimo y también por parte de la Lotería Nacional (8 colaboradores).

Sus horarios de trabajo son de lunes a viernes para el sector de Farmacia, Central de Equipo, Costura, Terapia Ocupacional, entre otros, mientras que Cocina y Lavandería trabajan todos los días y tienen un día de descanso.

Población que atiende el Hogar Bolívar

En la actualidad el Hogar Bolívar ofrece servicios de atención, hospedaje, contención, alimentación y vestido, seguridad, atención médica a nivel externa y actividades de recreación para toda su población.

Dentro del Hogar Bolívar se alberga aproximadamente a 202 personas que corresponden a la población de adulto mayor, de ambos sexos. Resulta interesante los motivos por los cuales se reciben a dicha población, entre los que podemos mencionar: por causa de problemas de vivienda, por no tener ningún familiar, por factores económicos e indigencia, problemas de incapacidad física, abandono, entre otros.

Instalaciones y Estructura

El Hogar Bolívar se encuentra en un plantel provisto de distintos pabellones, los cuales son cinco, tres de los pabellones están destinados a recibir a hombres y dos de los pabellones reciben a mujeres, corresponden a los llamados pabellones de asistencia social y 2 pabellones privados, en estos últimos se mantienen los adultos mayores que pueden pagar la cuota completa a nivel privado del Hogar Bolívar.

Entre los pabellones privados se encuentra el de Santa luisa con 43 mujeres, y el pabellón San Rafael con 21 hombres. Los pabellones asistenciales corresponden a la Medalla Milagrosa con 63 mujeres, San Vicente con 38 hombres y San José con 39 hombres.

En lo que respecta a la organización de las funciones del Hogar Bolívar, la misma cuenta con una estructura que consta de los siguientes Departamentos: Dirección, Recursos Humanos, Secretaría, Departamento de Contabilidad, Trabajadora Social, Psicología, Ayudantes de Salud (enfermeras, auxiliares y voluntarios), Depto. de Fisioterapia, Departamento de Terapia Ocupacional, Departamento de Mantenimiento, Choferes (ambulancias, mensajerías, otros), Cocina, Lavandería, Farmacia, Biblioteca, Central de Equipo Médico, Depósito, Áreas verdes (parques), entre otros.

Algunos adultos mayores residen en un área privado, el cual tiene sus reservas especiales, cuentan con cuartos compartidos de entre dos a tres personas, un comedor que se encuentra apartado de los demás y al parecer cuentan con un estilo de vida con mayores comodidades que los que se encuentran en la parte de “obra social”, a los que se les suele percibir de forma menos privilegiada.

El Hogar Bolívar cuenta con colaboradores que se mantienen comprometidos con los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, éstos ofrecen una gama de servicios referentes a brindar sostén, alimentación, compañía, fisioterapias, terapias de rehabilitación, entre otros, todos con el fin de ofrecer un servicio que garantice el bienestar del adulto mayor.

Las personas que realizan visitas a los abuelos institucionalizados deben asistir a los predios del hogar en horario de lunes a viernes, de 1:00 p.m. a 3:00 p.m. y los sábados y domingos pueden realizar la visita incluyendo el turno de mañana y tarde. Las visitas son de lunes a viernes, en horarios de 1:00 a 3:00 de la tarde, y los sábados y domingos todo el día.

1.4. Objetivos de la Práctica

La presente Práctica Profesional se realizó con miras a integrar los conocimientos incorporados en nuestra formación profesional de alto estudio superior y así poder desarrollar las competencias que acompañan al ejercicio del psicólogo clínico junto a su especialización como psicoterapeuta.

En esta misma línea, y a partir de lo experimentado en las diferentes actividades realizadas en la práctica, este estudio se orienta al análisis de las posibles alternativas de intervención con este segmento de la población de nuestra sociedad, con la finalidad de brindar un apoyo en el proceso de adaptación en la institucionalización de los adultos mayores. A su vez, pretende brindar un abordaje terapéutico opcional para sobrellevar el estrés que acompaña a los cambios de este ciclo de vida.

Los Objetivos son Generales y Específicos, plasmados de la siguiente manera:

1.4.1. Objetivo General:

Ofrecer a la población de adultos mayores del Hogar Bolívar un Programa de Estrategias de Intervención Psicológica que apunten a mejorar la calidad de su integración y bienestar dentro de la residencia geriátrica.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Analizar las principales dificultades enfrentadas por los adultos mayores del Hogar Bolívar, a través de la valoración integral de estos.

- Elaborar un Programa de Intervención Psicológica para los ancianos residentes del Hogar Bolívar, con miras a mejorar el bienestar e integración de estos dentro del espacio de la residencia geriátrica.
- Identificar, a partir de la participación en el taller propuesto, posibles factores facilitadores de un mayor bienestar dentro del espacio institucionalizado, así como una mejora en su calidad de vida.
- Realizar acompañamientos psicológicos a los ancianos que lo requieran.
- Participar de los eventos socioculturales ya existentes que pertenecen al Cronograma de Actividades del Hogar Bolívar.
- Ejecutar dinámicas psicosociales dentro de la residencia geriátrica que apoyen a las ya existentes.
- Ejecutar la evaluación del postest relacionado con los posibles impactos que se presentaron en los adultos mayores seleccionados para recibir el programa de intervención terapéutica.
- Medir en el personal que labora para el Hogar Bolívar la posibilidad de niveles existentes de estrés relacionados con el trabajo que realizan como cuidadores.
- Brindar al Hogar Bolívar una propuesta de intervención (psicoeducativa) para los cuidadores de la residencia geriátrica, en pro de disminuir el estrés que conlleva ser cuidador.
- Describir la experiencia llevada a cabo a través del Programa elaborado para ancianos del Hogar Bolívar.
- Plasmar los resultados obtenidos a través de la experiencia de práctica profesional llevada a cabo en el Hogar Bolívar.
- Elaborar las conclusiones obtenidas en el desarrollo de la Práctica Profesional.

1.5. Población Beneficiada

Directa

Dentro de lo que cabe a la población elegida para desarrollar el programa de intervención psicoterapéutica en la Práctica Profesional, se incluye a los adultos mayores residentes del Hogar Bolívar, ubicado en Río Abajo, ciudad de Panamá, cuyas edades abarcan desde los 60 años en adelante. Nuestras intervenciones fueron dirigidas a aquellos residentes que pudieran trasladarse y valerse por sí mismos, ya que las reuniones de conversatorios y posterior ejecución del Programa se realizaban en una edificación ubicada frente a los pabellones a los que pertenecían.

Indirecta

Sin embargo, consideramos a otra población que también fue beneficiada con la atención de los ancianos residentes. Nos referimos a los cuidadores que prestan sus servicios al Hogar Bolívar. Estos conllevan una ardua labor dentro de la residencia geriátrica, donde participan de actividades concernientes a cuidados imprescindibles, como alimentación, higiene y traslados de estos adultos mayores. En ocasiones padecen de un estrés elevado, puesto que afrontan situaciones relacionadas con las etapas finales del ciclo de la vida (la muerte), deterioros mentales y físicos de los ancianos, pérdidas de ancianos, comunicación continua con familiares, asuntos normativos institucionales, entre otros.

1.6. Cronograma de Actividades

Las actividades realizadas en la Práctica Profesional dentro del Hogar Bolívar fueron elaboradas basándonos en un Cronograma establecido, a fin de cumplir con los requisitos establecidos por nuestra institución de formación y obtener como meta final el título de dicha formación.

El siguiente orden cronológico ilustra las actividades y el período de tiempo requerido para cada una de las actividades llevadas a cabo en la Práctica Profesional dentro del Hogar Bolívar:

Etapa I: Actividades de Intervención

- Detección de las necesidades de los adultos mayores y definir el Proyecto: se realizó a principios de mes de agosto.
- Aplicación de la batería de valoración integral del adulto mayor: se efectuó a mediados de agosto.
- Estudio del Programa adecuado para las necesidades detectadas en los adultos mayores: se realizó a finales de agosto.
- Acompañamiento psicoterapéutico al adulto mayor: se llevó a cabo desde el mes de septiembre hasta el mes de diciembre.
- Revisión y desarrollo del Programa para el adulto mayor: se efectuó a finales de agosto.
- Comunicación a la supervisora de Contenido y Departamento de Psicología del Hogar sobre el Programa a aplicar en el adulto mayor: se realizó a finales de agosto.
- Aplicación del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR): a partir del mes de septiembre hasta el mes de diciembre.
- Participación en actividades socioculturales dentro del Hogar Bolívar: mes de octubre.
- Apoyo a labores psicológicas desarrolladas por el Departamento de Psicología del Hogar: meses de octubre a diciembre (2017).
- Aplicación de pruebas al personal del Hogar hacia la indagación de posibles efectos en los niveles de estrés generados por funciones de cuidador: se llevó a cabo en el mes de noviembre (2017).
- Elaboración de propuesta del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR) para cuidadores: se efectuó en mes de diciembre para dejarlo a la Institución (2017).

Etapas II: Evaluación de Actividades de Intervención

- Aplicación de la batería de valoración integral del adulto mayor postest a la aplicación del Programa: se realizó en diciembre.
- Evaluación del personal del Hogar y los posibles efectos en los niveles de estrés acerca de sus funciones como cuidadores: se llevó a cabo en noviembre, junto a la entrega del permiso solicitado a la Dirección del Hogar Bolívar.
- Análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de los cuidadores del Hogar: se realizó en el mes de diciembre (2017).

1.7. Justificación

Las últimas cifras que presenta el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), acerca de la población de adultos mayores en los diferentes albergues de cuidado para ancianos revelan que esta ha ido en aumento, lo cual nos lleva a pensar en nuestra labor como profesionales de la salud mental en dicha área. Podría decirse que nuestra participación dentro del área de prevención primaria con adultos mayores es pobre; siendo esto así, consideramos de suma importancia activar nuestra experticia en este campo donde se puede trabajar de forma interdisciplinaria con áreas como gerontología, medicina general, trabajo social, sociología y otras.

Parece ser que la implementación del abordaje interdisciplinario resulta una tarea de ejecución necesaria en el análisis de una evaluación integral del adulto mayor y la implementación de intervenciones acordes con las realidades actuales de este segmento poblacional.

La valoración integral de esta población no puede quedar en un mero análisis médico, debe abarcar diversos componentes que conforman a ese grupo

como seres integrales que son, lo cual implica considerar aspectos funcionales, físicos, mentales y sociales de estas personas, así de este modo, podremos identificar de forma preventiva alteraciones y modificaciones en su estado de salud tanto física como mental.

En ocasiones, algunos de los adultos mayores residentes en estos albergues suelen llegar a ellos porque no les queda otra opción, posiblemente los familiares no puedan cuidarlos o, simplemente, no cuentan con nadie que los pueda acompañar en esta etapa del desarrollo. Es por ello, que la necesidad de mayor participación por parte de los psicólogos se hace notar en dichos centros, ya que la gran mayoría no cuenta con psicólogos de planta y mucho menos con profesionales de nuestra área con las especialidades concernientes a trabajar con adultos mayores.

Durante dicha práctica profesional, se encontró con una gran carencia en dicho sector, ya que son muy pocos los programas para fortalecer la calidad de vida de esta población, incluso hay pocas intervenciones para disminuir el estrés en los cuidadores que día a día ofrecen sus manos, cuerpo y vida para atender a los ancianos.

Aparece una impronta en la necesidad de ir hacia una mayor participación de los psicólogos en dicha área. Los adultos mayores están sujetos a una serie de cambios en la estructura física y mental, que se presentan a causa del envejecimiento y los problemas de salud que los acompañan, por lo que sería de gran ayuda que esta etapa de desarrollo sea acompañada de una serie de intervenciones psicológicas que garanticen una mejor calidad de vida para los ancianos y, de igual modo, para aquellas personas que se hacen cargo de ellos.

Por lo tanto, desde nuestra Práctica Profesional, nuestro interés dentro del Hogar Bolívar se centró en realizar una valoración integral del adulto mayor,

intervenciones psicológicas con miras a aumentar su bienestar e integración dentro del espacio residencial geriátrico, y la posibilidad de elaborar un programa de intervención para los ancianos del albergue con el fin de desarrollar su potencial físico, social y mental, el cual también pueda quedar como aporte dirigido a dicho albergue.

Los cuidadores de este tipo de población también suelen presentar cierto grado de estrés al enfrentarse con una serie de situaciones que van desde el contacto con la muerte, el desmejoramiento físico y mental del anciano, la desesperanza por la soledad de ciertos ancianos y la intención de querer abarcar más de lo que pueden, hasta el esfuerzo físico al cual se encuentran sujetos y las dinámicas de relaciones entre las autoridades, familiares y otros dentro de estos centros. Todo esto forma parte de la vida laboral de los cuidadores, lo que aumenta la probabilidad de que dicha población se encuentre en mayor riesgo de sufrir algún tipo de estrés.

Por lo anterior, hemos intervenido desde la evaluación de posibles niveles de estrés que presentan los cuidadores del Hogar Bolívar y el estudio de un proyecto de programa de intervención para aumentar la calidad de vida laboral en dicha población, dejando así un aporte para estos cuidadores dentro del Hogar Bolívar.

CAPÍTULO II
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA
PROFESIONAL

CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1. Definición y Característica de la Práctica Profesional

Dentro del Hogar Bolívar, se ha realizado una serie de cambios dirigidos a aumentar el bienestar general del adulto mayor que se encuentra institucionalizado. Toda vez que se inician los acercamientos hacia las actividades que realiza el Hogar Bolívar para el bienestar de sus ancianos residentes, logramos involucrarnos a través del contacto con la psicóloga de planta en las siguientes actividades para los adultos mayores que se encuentran institucionalizados:

- **Psicoeducación a los Familiares y Voluntarios**

En este punto, colaboramos con encuentros dirigidos a los familiares de los adultos mayores residentes, se imparten charlas de orientación a estas familias y voluntarios sobre la importancia de los cuidados que deben ser parte del grupo etario, además de brindar a dichos familiares recursos para sobrellevar el estrés y conflictos acerca de la aceptación de ese familiar que empieza a deteriorarse en diferentes áreas de su existencia.

- **Programas para el Adulto Mayor Residente**

En este punto, colaboramos en la participación y ejecución de las siguientes actividades:

Talleres de manualidades

Los asistentes se conectan con sus habilidades creativas junto a las capacidades motrices finas en la realización de manualidades que afianzan sus movimientos motrices y la estimulación de determinadas funciones cerebrales. Para aquellos residentes que se consideran con mayor dificultad en su movilización, este tipo de actividades se realiza de forma sentado/a ante una mesa donde se les provee de todo el material necesario. Este tipo de actividades favorece la neuroplasticidad de los adultos mayores.

Talleres de musicoterapia

Nos involucramos en las jornadas de acompañamiento en musicoterapia que se realizan periódicamente en el Hogar Bolívar, junto a voluntarios que ofrecen su tiempo para acompañar a aquellos residentes que se les dificulta trasladarse al edificio donde se encuentra el Departamento de Psicología. Los voluntarios les interpretan boleros, salsa, típico y música de antaño; de esta forma, los adultos mayores que se encuentran en los pabellones y no pueden pasar al siguiente edificio, pueden disfrutar de estas jornadas y compartir una velada de relajación junto a sus compañeros.

Talleres de Emprendimientos

Colaboramos con el Departamento de Psicología en la convocatoria de los adultos mayores para la puesta en ejecución de las actividades de talleres de emprendimientos. Se preparó una lista de participantes, sobre todo de aquellos que podían pasar al edificio del Departamento de Psicología. Los participantes tienen el acceso a materiales diversos para elaborar sus emprendimientos, por ejemplo, las casitas de palitos de madera, las alfombras con retazos de tela, entre

otros emprendimientos, los cuales son ofrecidos para la venta en la Feria del Hogar Bolívar que se realiza todos los años en el mes de octubre.

- **Abordajes Psicológicos Individuales**

Los adultos mayores residentes que requieren con mayor frecuencia atención psicológica son aquellos que presentan dificultades en las áreas físicas, cognitivas y afectivas. Se colaboró en este punto con el Departamento de Psicología a través de abordajes en técnicas cognitivo-conductuales (TCC), psicoterapia breve, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), terapia de expresión de sentimientos, terapia ocupacional, educación física y salud, musicoterapia, técnicas psicosociales y psicoeducación.

- **Acompañamiento a Sesiones de Fisioterapia**

Se colaboró en el acompañamiento de los residentes del Hogar Bolívar a salidas dirigidas a fortalecer el área física, neuronal y motriz de los adultos mayores, a través de paseos hacia la piscina olímpica de Albrook. Este tipo de iniciativas favorecen los procesos psicosociales de los residentes, momento de compartir, de relajarse y de gran dispersión.

- **Terapia de Juego**

Llamó la atención de sobremanera las jornadas de juego planificadas por el Departamento de Psicología, en las cuales los adultos mayores residentes compartían sesiones de juego de mesa y de habilidad estratégica con otros compañeros e incluso con personal de la residencia. Se colaboró en la asistencia y en el juego propiamente dicho con los residentes del Hogar Bolívar. Entre los juegos que utilizaron se encuentran, por ejemplo, el ajedrez, dominó, juegos de

memoria, sopa de letras, laberintos, cubo mágico, el huevo Humpty Dumpty, Jenga, entre otros.

- **Organización y Participación en Feria del Hogar Bolívar**

Cada año el Hogar Bolívar convoca a empresas del sector privado y figuras de importancia social para colaborar con la organización y gestión de recursos para la feria anual de convivencia entre residentes, familias, voluntarios, personal del Hogar y público en general. En esta ocasión, se brindó apoyo en la logística de organización de Feria Interactiva del Hogar Bolívar. En dicha actividad, se colaboró con el llamado de apoyo por parte de estudiantes de quinto año de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, los cuales ofrecieron su aporte en la instalación de una peluquería para los adultos mayores, quienes fueron atendidos por los estudiantes en peinados, pedicura, manicure, entre otros cuidados personales.

La Feria Interactiva del Hogar Bolívar se llevó a cabo el 14 de octubre de 2017; suele ser una tradición para dicha residencia de adultos mayores, ya que cada año se realiza un movimiento mayor para el cual se realizan invitaciones a diferentes agrupaciones de fundaciones, familias y personajes del área política nacional, quienes realizan sus aportes en la realización de esta feria anual. Los adultos mayores gozan de un compartir ameno con sus familiares y personas que deseen acompañarlos en ese día especial; además, se realiza un concurso de Reina y Rey, bandas musicales, bailes, venta de comidas, entre otras actividades.

2.2. Portafolio de Ejecución de Actividades de Intervención Psicológica

Como se podrá observar, el Hogar Bolívar no cuenta con un programa de intervención específica que apunte a fortalecer recursos que coadyuven al manejo del estrés, dolor (físico) y desafíos de la vida cotidiana que atraviesa el adulto

mayor dentro de un espacio de residencia geriátrica. Es por ello por lo que nuestra intervención psicológica fue dirigida hacia este objetivo principal, teniendo que acudir con la psicóloga de planta para realizar un estudio sobre la elección adecuada de los candidatos que pudieran participar de dicho programa basado en la reducción del estrés a través del entrenamiento en atención plena o *mindfulness*.

Del total de la población de la residencia geriátrica, se seleccionaron los adultos mayores que habitan en los pabellones cercanos al área donde se realizaron las actividades de *mindfulness* para cumplir con el Programa establecido para el Hogar Bolívar.

Se realizó, como primer punto de accionar, una valoración integral de los participantes seleccionados para recibir el Programa de disminución del estrés a través de la atención plena. Para facilitar el análisis de los diferentes resultados obtenidos en los adultos mayores, además corresponde a un recurso de gran utilidad al momento de recolectar información para fines de investigación.

Cabe mencionar que dicha valoración integral fue abordada bajo los intereses que competen a la aplicación de nuestra intervención psicológica y a los resultados obtenidos luego de la implementación del Programa. Es decir, que nuestro trabajo en este punto de valoración integral del adulto mayor se llevó a cabo mediante el desglose en 2 fases: un pretest y un postest.

El espacio de taller en *mindfulness* se programó y planificó conforme los objetivos del Programa, pudiendo aplicarse a un grupo abierto de 10 adultos mayores residentes del hogar, los mismos fueron previamente seleccionados y entrevistados de acuerdo con las sugerencias de la Psicóloga de planta. Tal sugerencia se realizó con base a lograr establecer un perfil lo más homogéneo posible, considerando sus gustos, intereses, participación en otros talleres

ofrecidos el hogar, dicho grupo debía contar con una conservación de las funciones cognitivas lo más posible, ya que resultarían necesarias para la participación en la propuesta. Cabe mencionar que, a medida que otros participantes cumplieran con los criterios de selección, podían entrar al grupo una vez iniciado el Programa.

Antes de iniciar el Programa de *mindfulness* en los adultos mayores seleccionados, se realizó un pretest de las escalas de valoración integral escogidas para nuestro fin investigativo, el cual guarda relación con la identificación temprana de modificaciones y alteraciones en el estado de salud y bienestar del anciano residente. Luego de la implementación de la intervención psicológica a través del Programa, nuevamente se procedió a la aplicación del postest para evaluar el impacto del Programa en cuanto al fortalecimiento del bienestar y salud integral de los participantes que residen en el Hogar Bolívar.

2.2.1. Criterios de Selección

Previa reunión de análisis con la psicóloga de planta se procedió al estudio de los criterios de selección para los participantes que configurarían el grupo del Taller de *mindfulness* para adultos mayores.

- **Criterios de Selección:**

- ✓ Aspecto físico: presentar un proceso normal de envejecimiento.
- ✓ Aspecto funcional: capacidad para realizar su actividad habitual sin dificultad mayor, mantener independencia en el medio en que se encuentra.
- ✓ Aspecto psíquico y mental: funciones cognitivas y estado emocional relativamente estables.

- **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Síntomas de enfermedades degenerativas del sistema nervioso (Parkinson avanzado, Alzheimer avanzado)
- ✓ Incapacidad total para realizar actividades habituales.
- ✓ Funcionamiento cognitivo altamente deteriorado.

Se sostuvo, a partir del análisis del desarrollo del grupo seleccionado para ejecutar el Programa, la validación del interés de los posibles participantes en el Programa, además de recaudar información que nos mostrara los indicios de los objetivos planteados. Durante los primeros encuentros con los adultos mayores, previos la tarea en el espacio propuesto, se tanteó sobre su interés y posible participación a la actividad bajo su libre elección.

En consideración de lo anterior, el grupo pasó a organizarse por seis mujeres y cuatro hombres de entre 68 a 93 años, todos con un interés en común, el de realizar actividades fuera de los pabellones de residencia. La ventaja de iniciar con grupos abierto este tipo de actividades radica en que los integrantes pueden fluctuar en su asistencia y recibir nuevos integrantes. A pesar de ello, el grupo base de 10 participantes se mantuvo a lo largo del período en el que se extendió la experiencia del taller de mindfulness.

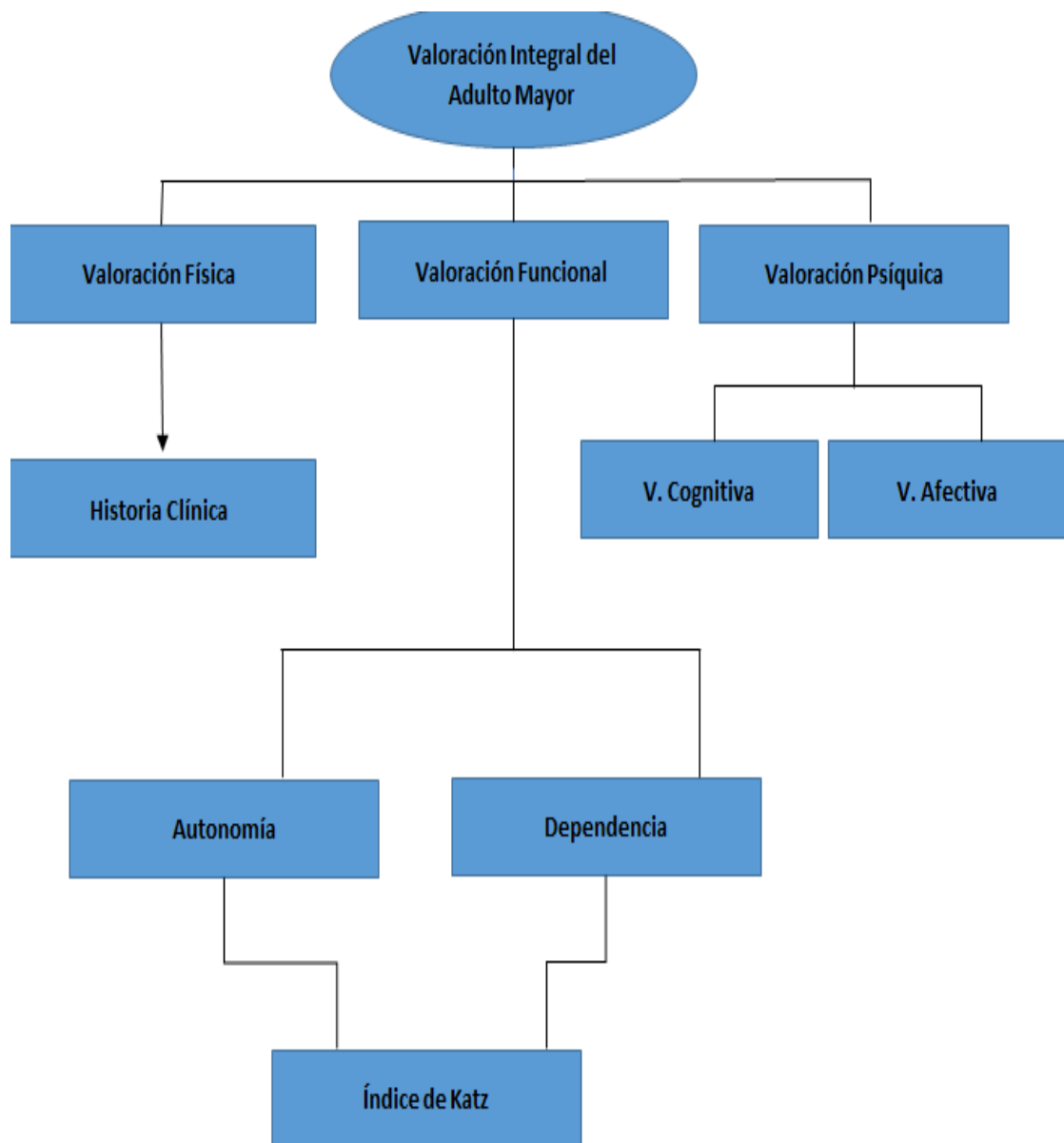
De este modo, se llevó a cabo un estudio del Programa como implementación de una intervención psicoterapéutica en los adultos mayores residentes participantes de dicha práctica. El material obtenido a partir de la participación en este Programa creado, la valoración integral posttest y de entrevistas se complementó, a su vez, con el estudio de observaciones asentadas en un cuaderno de registros.

2.2.2. Diagnóstico (entrevistas, baterías de pruebas aplicadas, observación estructurada, listas de verificación u otros elementos utilizados para el mismo)

- **Aplicación de Pretest sobre Valoración Integral del Adulto Mayor**

Como muestra del Diagrama de Valoración Integral del Adulto Mayor llevado a cabo para el grupo de adultos mayores participantes del Programa de *mindfulness* en el Hogar Bolívar, previo a su implementación, a continuación, se presenta el formato de inclusión de instrumentos denominados “escalas de valoración”.

Fig. 2. Componentes de la Valoración Integral del Adulto Mayor



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

La declinación en el estado funcional del adulto mayor se presenta a causa del envejecimiento y por problemáticas de salud, lo cual conlleva a cambios en las estructuras físicas y mental del adulto mayor.

El adulto mayor va atravesando un deterioro funcional debido a diversas situaciones como resultado de problemas de salud, los cuales muchas veces pueden conducir a situaciones incapacitantes tales como inestabilidad, deterioro intelectual, incapacidad, entre otros. Una propuesta de evaluación funcional integral en el adulto mayor puede prevenir futuros imprevistos en cuanto a su estado de salud o podría ser beneficioso para detectar mejorías considerables producto de diversos programas.

Desde el inicio de nuestra práctica en el Hogar Bolívar, se programó una realización de valoración funcional integral en el grupo de adultos mayores que participaría del Programa de intervención, con la intención de lograr acercamientos más precisos de evaluación de resultados en cuanto a la experiencia.

- **Valoración Física del adulto mayor:**

Cabe señalar que todo evaluador del adulto mayor debería tener conciencia de la detección de alarmas clínicas ya sean del campo patológicos o respectivas a los cambios esperados de esta etapa de vida. Además, se consideran de vital importancia las aristas del contexto social y cultural correspondientes al contexto donde se desenvuelve el adulto mayor.

De esta forma, se consideró la evaluación clínica de cada miembro del grupo que va a participar del Programa de Mindfulness. El conocimiento de la condición física y el grado de deterioro que puede presentarse debido a diversas

enfermedades son importantes a la hora de tomar decisiones para trabajar con esta etapa de vida.

Para lograr la obtención de datos sobre la valoración física del adulto mayor y el estado de salud, se contó con el “Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)”.

- **Valoración Funcional:**

Cuando no referimos a la valoración funcional del adulto mayor, nos centramos en la observación y medición de la capacidad que tiene el evaluado de desempeñar y sostener su independencia en las actividades cotidianas de su rutina diaria.

La escala que utilizamos para evaluar las actividades básicas de la vida diaria se le denomina como “Índice de Actividades de la vida Diaria” (KATZ). El **Índice de Actividades de la vida Diaria (KATZ)** fue elaborado en el año 1958 por el grupo interdisciplinario del Hospital Benjamín Rose del sector de Cleveland, el mismo se utilizó para los enfermos que se encontraban en el hospital por presentar fracturas de cadera. Actualmente, corresponde a una de las pruebas más utilizadas y estudiadas en el área hospitalaria e institucionalizada. Se miden los siguientes ítems: Baño, Vestirse/Desvestirse, Uso del retrete, Movilidad, Continencia y Alimentación.

Los autores de esta prueba consideraron que las funciones más complejas son las que se deterioran con mayor rapidez, por ende, se procedió a jerarquizar un determinado orden para cada una. En la propia escala se describe el tipo de ejecución para cada tarea, del tipo dependencia/independencia.

Cada ítem presenta dos alternativas de respuestas:

- Al realizarse de manera independiente o con poca asistencia: un (1) punto.
- Al requerir de gran ayuda o directamente no lo puede realizar: cero (0) puntos.

Con base a la puntuación total, los evaluados quedan clasificados en 7 grupos, donde A pertenece a la máxima independencia y G pertenece a la máxima dependencia.

- **Valoración Psíquica o Mental del adulto mayor:**

En dicha área, se consideran los aspectos fundamentales como lo son las funciones cognitivas y el estado emocional del evaluado.

Se puede realizar a través de método directo (lectura de historia clínica, observación de comportamiento, aplicación de pruebas) e indirecto (a través de la entrevista a algún familiar o cuidador del evaluado).

- **Valoración Cognitiva del adulto mayor:**

Corresponde a la esfera mental, la cual contempla las áreas del funcionamiento intelectual, pensamiento, memoria, percepción, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas.

Las funciones cognitivas del adulto mayor pueden ser afectadas ya sea de forma global o parcial por diversos motivos como procesos patológicos, ingesta de medicación automedicada, infecciones, virus, entre otros. procesos neoplásicos, ingesta de medicamentos, entre otros. Lo que puede conducir a determinados síndromes como el más conocido deterioro cognitivo.

Lamentablemente este tipo de síndrome termina por generar situaciones complejas en los adultos mayores, la mayoría de orden incapacitante, los cuales se convierten en una carga para las personas más cercanas, e incluso influyen el llamado estrés crónico del cuidador.

Viéndolo desde el punto de vista de apoyo social, el deterioro cognitivo conlleva a un incremento en las necesidades de asistencia por parte del cuidador, ya que se registran aumentos en el riesgo de las caídas de estas personas, el aumento de las lesiones de piel en determinadas áreas del cuerpo, todo ello conduce a un peor pronóstico cuando requieren actividades de rehabilitación y por consiguiente la salida de hospitalización se complica. Por ende, reconocer la situación cognitiva del adulto mayor es fundamental a la hora de desarrollar planes de cuidados y toma de criterios para garantizar su bienestar.

A través de estas evaluaciones en cuanto a la valoración cognitiva, se obtiene un pantallazo sobre la capacidad de autocuidado y autosuficiencia del adulto mayor. De esta manera, se advierten niveles de deterioro leve, moderado o severo en el adulto mayor.

El Miniexamen del Estado Mental: Este examen resulta útil, puesto que puede ser aplicado tanto por un profesional del área médica como también del área asistencial. Colabora en la identificación de evaluados que contemplan deterioros en la función cognitiva, a nivel muy general. Por ejemplo, una calificación de 20-24, indica deterioro leve, una calificación de 16-19, indica deterioro moderado, y una calificación de 15 o menos, indica deterioro serio. En otro tipo de aplicaciones suele ser utilizado para dar seguimiento al deterioro cognitivo según la enfermedad que presente el adulto mayor.

- **Valoración Afectiva del adulto mayor:**

Este es un tema sensitivo, ya que en nuestra población no es un tema tabú para ninguno que la población de adultos mayores resulta ser una población que en ocasiones no cuenta con los espacios requeridos para generar modos de convivencia basados en vínculos más fuertes y de contención humana, los familiares suelen encontrarse muy ocupados con sus tareas cotidianas, incluso llenos de culpa al no poder dedicarles el tiempo que ameritan, esto trae consigo sentimientos y estados anímicos en los adultos mayores muchas veces relacionados con estados depresivos. Por otro lado, se encuentran con la pérdida de sus habilidades en la realización de actividades diarias e incluso en muchas de los casos, con la pérdida de su autonomía e independencia, trayendo consigo estados de desvalorización profunda y tristeza.

En términos muy generales, los trastornos afectivos afectan alrededor del 10% de la población de adultos mayores que viven en la sociedad, a un 15% y 35% de los que viven en residencias (dependiendo de las condiciones del centro), a un 10% y 20% de los que son hospitalizados, y a un 40% de los que sufren de problemáticas física y están en tratamiento por ello.

El fin de esta valoración en esta etapa de la evaluación al adulto mayor, es detectar y cuantificar la posible aparición de estos trastornos en el estado de ánimo y poder así desarrollar planes de intervenciones más adecuadas para tal población.

La **Escala de Depresión Geriátrica (YESAVAGE)**: Se trata de un cuestionario utilizado para el cuidado de la depresión en personas mayores de 65 años. Puntuación de cero por cada respuesta no depresiva y de uno por cada respuesta depresiva. Las respuestas son No para: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 10; son Sí para todas las demás. La puntuación normal es entre 0 y 10.

2.2.3. Intervención en la Práctica Profesional: Implementación del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena para un grupo previamente seleccionado de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar

Dentro de lo que compete a nuestra área de intervención, la cual es la psicoterapéutica, se implementó un Programa de Reducción de Estrés y Dolor Físico a través de la Atención Plena para el grupo de adultos mayores seleccionados por el Departamento de Psicología del Hogar Bolívar, según criterios de selección para su adecuada participación en dicho Programa.

El Programa tiene la práctica de meditación con atención plena como su fundamento; este se basa en la estructura y proceso del Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (MBSR).

Para fines de intervención en el área psicológica, cuando se abarca a una población que contemple a adultos mayores institucionalizados se espera cubrir con determinados fines, como el la importancia en la formación de grupos de apoyo que beneficien la calidad de vida de esta población, además, de potencializar al adulto mayor en el manejo de determinadas habilidades que lo favorezcan a la hora de tener que enfrentar situaciones de la vida cotidiana dentro de estos espacios de institucionalización. Resulta de gran ayuda encaminarlos hacia una reconceptualización de la vejez y de las posibilidades de realizar nuevas propuestas de actividades como el fortalecimiento espiritual. El acercamiento a la muerte mediante charlas también resulta un aspecto a considerar.

Para efectos de lograr una mayor practicidad en la aplicación del Programa basado en *mindfulness* para el grupo de adultos mayores seleccionados para dicho programa, se consultó el modelo del programa de la página web de *Palouse Mindfulness*, “Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena”,

de Dave Potter, quien siguió los lineamientos e inspiración del Programa fundado por Jon Kabat-Zinn, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Dave Potter es un instructor certificado para dicho programa, además, realizó estudios de especialización en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts, en el curso de “Reducción de Estrés basado en Atención Plena” (MBRS), donde Jon Kabat-Zinn fundó el Centro de Mindfulness en dicha universidad. Además, es terapeuta jubilado, especializado en ansiedad, estrés y trauma.

Se toma en consideración alguna que otra modificación del Programa de Dave Potter para fines de ajustarlo a la realidad del grupo con el que se realizó la intervención propiamente elaborada.

Cabe mencionar que, en la búsqueda de complementar y afianzar conocimientos sobre este tipo de programas, atravesamos el aprendizaje del curso que ofrece el especialista en modalidad *online*, el cual fue sumamente satisfactorio y de alto crecimiento personal.

Lo anterior expuesto deriva de un aprendizaje cuyo antecedente radica en el paso por el curso de Maestría en UDELAS, denominado Psicoterapia V (Integrativa); consideramos que hemos sido afortunados al poder tener un acercamiento con este tipo de intervenciones terapéuticas dentro de nuestra formación, con la presencia del especialista internacional Marcial Arredondo como docente y maestro encargado de desarrollar el Módulo de *Mindfulness*, experiencia que sembró las semillas para nuestro interés personal y profesional sobre dicha práctica terapéutica.

Consideramos que el Programa basado en Atención Plena (MBSR) de 8 semanas utilizado con esta población toma en cuenta gran parte de los objetivos que deben considerarse para cubrir un área de intervención psicológica en adultos

mayores institucionalizados. (Véase Programa en Capítulo III del presente Informe).

2.2.4. Portafolio de Actividades Paralelas a la Aplicación del Programa de MBRS

Cabe resaltar otras actividades psicológicas de apoyo realizadas durante nuestra Práctica Profesional dentro del Hogar Bolívar:

- **Atención psicológica individual a residentes geriátricos:** de los aproximadamente 10 adultos mayores residentes del Hogar Bolívar, dos de las adultas mayores presentaron mayor dificultad para participar del Programa basado en Atención Plena. Una de ellas presenta un diagnóstico de ansiedad generalizada y con síntomas de depresión, se encuentra medicada actualmente. Otra residente presenta síntomas de depresión leve con diagnóstico médico de diabetes tipo II, acompañado de movilidad motriz pobre de sus miembros inferiores.

Para ambos casos, se utilizó como terapia psicológica de intervención la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual según Soriano, Valdivia y Sonsoles (2006) “es una terapia que pretende que los mayores consigan aceptar sus pensamientos, sentimientos, comportándose en dirección a sus valores”, por tanto, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado su eficacia para trabajar con los problemas a los que se enfrentan los adultos mayores, ya sean que necesiten ser tratados por depresión o cualquier otro trastorno caracterizado por la lucha contra los eventos privados (p. 78).

Veamos el siguiente resumen de atención:

Nombre del participante	Datos de importancia	Intervenciones Psicológicas
Sandra Marín	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de nacimiento: 5 de enero de 1951. • Edad: 65 años • Sexo: F • Referido por: Policía • Motivo: abandono • Apoyo familiar: no tiene • Diagnóstico: depresión y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) • Medicado: Sí • Datos significativos: <ul style="list-style-type: none"> -Abandono de sus seres queridos. -Trabajos en el área de la prostitución. -Pérdida de seres queridos (hermano mayor, otros). -Hija mayor no concurre a las visitas. 	<p>Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): se establecieron las sesiones durante 8 semanas de 1 hora cada una, y se trabajaron diferentes ejes:</p> <p>En la primera sesión, se explicaron los objetivos que se pretenden con la terapia, se trabajó la reformulación del problema y el reconocimiento de la evitación experiencial y la forma en la que esta evitación ayuda a incrementar el malestar. En la segunda sesión se trabajó de nuevo con evitación experiencial y se introdujeron estrategias de <i>mindfulness</i> o atención plena para concentrar la atención en el momento presente, y así ayudar al conocimiento de pensamientos y emociones y la propia conciencia. En la tercera sesión, se realizó un ejercicio</p>

		<p>de conciencia plena con las sensaciones buenas o malas que la anciana experimentaba. En la cuarta sesión, se introdujeron técnicas nuevas de de-fusión y también se trabajó la aceptación. En las dos últimas sesiones, se trabajó con los valores y el compromiso.</p> <p>Reforzamiento de sesiones de conciencia plena dentro del grupo de Programa.</p>
<p>Asunción Linda López Guillén</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de nacimiento: 29 de septiembre de 1949. • Edad: 66 años • Sexo: F • Referido por: amigas • Motivo: cuidados • Apoyo Familiar: no tiene • Diagnóstico: depresión leve • Medicado: sí • Datos significativos: <ul style="list-style-type: none"> -Origen indígena -Abandono de sus seres queridos. -Ausencia de familia nuclear. 	<p>Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):</p> <p>Se establecieron las sesiones durante 8 semanas de 1 hora cada una, y se trabajaron diferentes ejes:</p> <p>En la primera sesión, se explicaron los objetivos que se pretenden con la terapia y se proveen psicoeducación y técnicas para modificar los pensamientos disfuncionales.</p> <p>En la segunda sesión, se trabajó con la aceptación de los síntomas de la diabetes y el compromiso con valores.</p> <p>En la tercera sesión, se trabajó con la evitación experiencial y se introdujeron</p>

	<p>-Familia de origen lejana al área donde se encuentra.</p> <p>-Diagnóstico Médico: diabetes tipo II, con dificultad de movilidad en miembros inferiores.</p> <p>-Necesita andador para movilizarse.</p>	<p>estrategias de <i>mindfulness</i> o atención plena para concentrar la atención en el momento presente y así ayudar al conocimiento de pensamientos y emociones y la propia conciencia. En la sesión tres, se realizó un ejercicio de conciencia plena con las sensaciones buenas o malas que la anciana experimentaba. En la cuarta sesión, se introdujeron técnicas nuevas de de-fusión y también se trabajó la aceptación. En las dos últimas sesiones, se trabajó con los valores y el compromiso.</p> <p>Reforzamiento de sesiones de conciencia plena dentro del grupo de Programa.</p>
--	---	---

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer

- Apoyo al Departamento de Psicología en el levantamiento de información sobre el nivel de estrés que presentan los cuidadores del Hogar Bolívar: se procedió a solicitar el permiso a la Dirección del Hogar Bolívar para la aplicación del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) con la intención de medir el nivel de estrés de los cuidadores que forman parte del Hogar Bolívar.
- Presentación de una Propuesta “Taller Psicoeducativo” sobre la importancia del control del estrés como cuidador en el área laboral y sobre las intervenciones recomendadas para su disminución y control: Se

procedió a presentar un aporte para los cuidadores del Hogar Bolívar a través del “Taller Psicoeducativo” sobre la concientización del estrés en personas que realizan trabajos relacionados con el cuidado de personas institucionalizadas.

2.2.5. Aplicación de Postest sobre Valoración Integral del Adulto Mayor

En este punto del accionar de la Práctica Profesional, luego de realizar la intervención psicológica a través del Programa basado en la Atención Plena, se procedió a aplicar el postest de la valoración integral al grupo que participó en dicho programa. (Los resultados se muestran en Capítulo III)

2.2.6. Resultados o Información Obtenida

Según la información obtenida por el Departamento de Psicología del Hogar Bolívar, se obtienen resultados diferentes en ciertas áreas, a saber:

Área de Atención:

Como resultados observados a través de la Práctica Profesional, podemos mencionar:

- Se incrementó el interés por los adultos mayores de trasladarse a las actividades programadas.
- Intervenciones individuales con los participantes del Programa que requieren mayor necesidad de abordaje psicoterapéutico.
- Intervenciones individuales a familiares y/o voluntarios.
- Mayor participación de los cuidadores en las labores correspondientes a cuidados del adulto mayor.

- Aumento de la comunicación entre las hermanas del Hogar Bolívar y los cuidadores.
- Implementación de nuevas actividades recreativas para los adultos mayores y sus cuidadores.
- Aumento de salidas externas para los adultos mayores hacia actividades de abordaje fisioterapéutico y de dispersión.
- Mayor interés por parte de los directivos del Hogar Bolívar hacia la salud integral de los cuidadores de la residencia geriátrica.

Área de Docencia:

- Se continúa con el Programa de Pasantías para cumplir con horas de trabajo social para jóvenes de educación media.
- Atención y orientación a estudiantes de licenciatura y tecnicatura de las diversas universidades de la nación.
- Ampliación de pasantías hacia las carreras de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicología, entre otras.
- Seminarios para todo el personal del Hogar Bolívar para coadyuvar en el control del nivel de estrés que se genera al cumplir con la labor de cuidadores.

2.2.7. Pronóstico

El pronóstico que el Hogar Bolívar gerencia está realizado en función del empuje hacia el próximo año, en beneficio de los adultos mayores que reciben servicios y cuidados.

Docencia:

- Capacitación del personal trimestralmente.
- Continuar con evaluaciones periódicas sobre la atención que se le brinda al adulto mayor.
- Continuar revisando información estadística general y específica de los adultos mayores que residen o inician en el Hogar Bolívar.
- Capacitar al personal encargado de los cuidados del adulto mayor en el manejo y control de estrés.
- Continuar brindando pasantía a profesionales del sector salud y horas de trabajo social para estudiantes.
- Revisar los protocolos de cuidados existentes, a través de los nuevos profesionales de la salud.
- Programar actualizaciones en servicio y cuidados para el personal de la residencia geriátrica.

Atención:

- Elaborar medios de divulgación sobre los servicios que ofrece el Hogar Bolívar.
- Incrementar el aporte de empresas privadas y voluntariados.
- Finalización de la Clínica Integral para el Adulto Mayor.
- Promover, a través de redes sociales, el Programa “Adopta un abuelo”.
- Aumentar la posibilidad de realización de ferias donde se intercambie la convivencia familia-abuelos-voluntariado.
- Mayor integración interdisciplinaria por parte de los profesionales del área de la salud.

- Aplicación de la valoración integral para el adulto mayor cada 6 meses.
- Programa para familiares en la visita de los domingos.
- Aumentar el seguimiento terapéutico hacia los adultos mayores que presenten mayor dificultad cognitiva y mental.
- Aumentar las salidas externas hacia centros de terapia motriz y de dispersión.

2.2.8. Recursos

Los recursos con los que cuenta el Hogar Bolívar se pueden clasificar en humanos, materiales y de infraestructura.

El recurso humano con que cuenta el Hogar Bolívar está formado por; psiquiatras (servicios profesionales), odontólogos (servicios profesionales), médicos generales (servicios profesionales), enfermera, psicóloga especialista, enfermeras terapeutas, trabajadoras sociales, fisioterapeuta, salud y terapeuta ocupacional, además, personal administrativo, como la directora general, administrador, jefa de Recursos Humanos, hermanas de la Congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, cocinera administrativa, entre otros.

Los recursos materiales son todos los insumos que utiliza el Hogar Bolívar, tanto en recintos de trabajo administrativo como en departamentos y lugares de residencia, como mobiliario, papelería, productos de origen vegetal, como cultivos de legumbres, inmobiliario de cocina, sillones de estar, productos químicos y sus derivados, material recreativo, utilería, equipo computacional, sillas, camillas, mesas y materiales de uso médico, entre otros.

En cuanto a la estructura del Hogar Bolívar, podemos mencionar que cuenta con diversos pabellones donde se ubican los adultos mayores que residen en él. Se podrá observar una estructura de grandes dimensiones y de gran extensión por su forma y espacio que ocupa dentro de la comunidad de Río Abajo. Cuenta también con lugares forestados y plazas internas.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Metodología del Estudio

Para fines de nuestra organización en cuanto al estudio llevado a cabo en la residencia geriátrica con un grupo de adultos mayores, y la aplicación de un programa de intervención terapéutica, hemos resuelto por un estudio de diseño cuasiexperimental, con diseño de serie temporal interrumpida con un grupo. En este tipo de diseño, el investigador realiza una medición repetida en el mismo grupo, con un antes y después de la exposición al Programa.

Un punto importante de este tipo de estudios resulta en la dificultad que se le asigna por carecer de grupo control, ya que no queda claro si los cambios logrados después de la intervención se deben a la misma intervención o a aquellos factores no controlados.

3.2. Análisis de Resultados

En el presente Capítulo, se analizan e interpretan los hallazgos de la Práctica Profesional realizada desde el 19 de agosto al 16 de diciembre de 2017, con los adultos mayores de la residencia geriátrica Hogar Bolívar. Todos residen de forma permanente y están bajo el cuidado de un personal capacitado que labora de lunes a domingo en dicha residencia.

Los resultados han sido desplegados en dos etapas: la primera, hace alusión a la aplicación de una batería de valoración integral que se aplicó a los participantes del Programa de *mindfulness* o atención plena, antes de su abordaje; la segunda, trata de la aplicación de la batería de cuestionarios y test de la valoración integral inicial, después del abordaje terapéutico en el grupo seleccionado en dicha residencia geriátrica.

Por otro lado, cabe mencionar la aplicación de un estudio preliminar dirigido a los cuidadores de la residencia geriátrica, en el cual se observan los niveles de

estrés del cuidador dentro de su contexto laboral. De este estudio se desprende una propuesta de intervención basada en una modalidad psicoeducativa que hemos aportado para la residencia geriátrica.

A continuación, se presentan los cuadros y gráficos de las etapas correspondientes al antes y al después de la aplicación de la intervención psicológica.

3.2.1. Análisis de los test de valoración integral en un grupo previamente seleccionado de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar antes de intervención psicológica.

Cuadro N° 1

Pretest Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Total de respuestas depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores evaluados del Hogar Bolívar	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	2	20%
15	2	20%
16	1	10%
17	1	10%
18	1	10%
20	1	10%
21	1	10%
22	1	10%

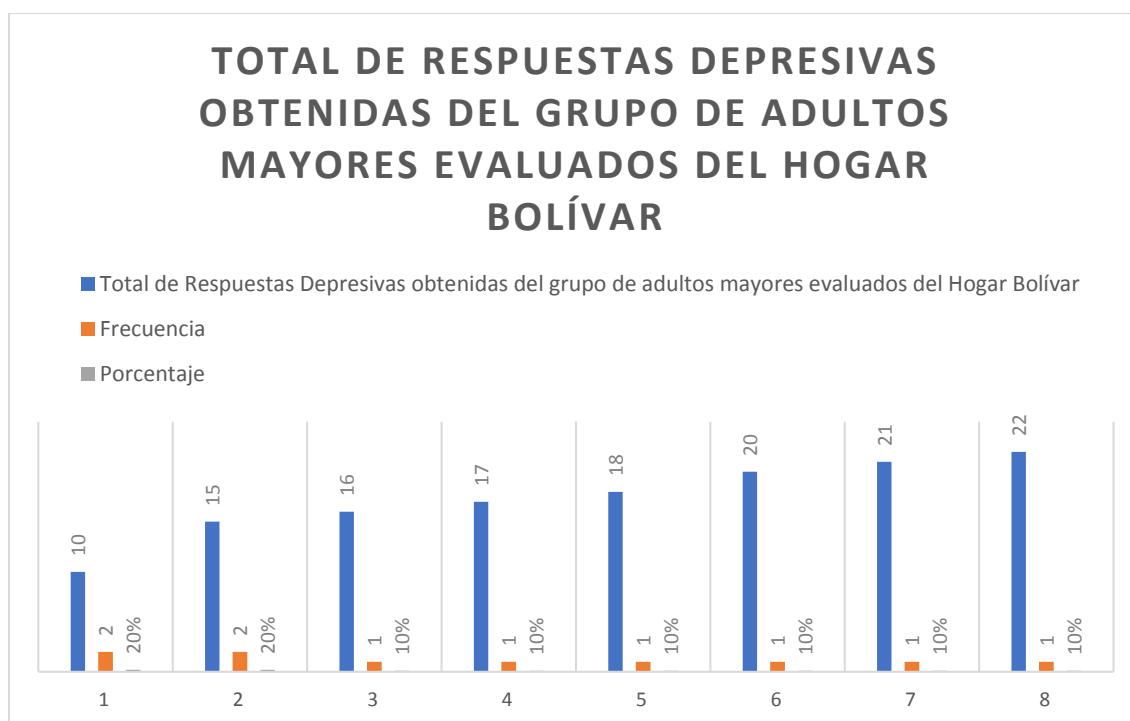
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°1. Total de respuestas depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. Pretest de Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage). Para la versión de 30 ítems, los puntos de corte

propuestos en la versión original de la escala son los siguientes: No depresión, 0-9 puntos; Depresión moderada, 10-19 puntos; Depresión severa, 20-30 puntos.

Nota: La información fue tomada de las Pruebas de Valoración Integral (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage – Respuestas Totales de Depresión) seleccionado para su aplicación a un grupo de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar. 2017.

Gráfica N°1
Pretest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage



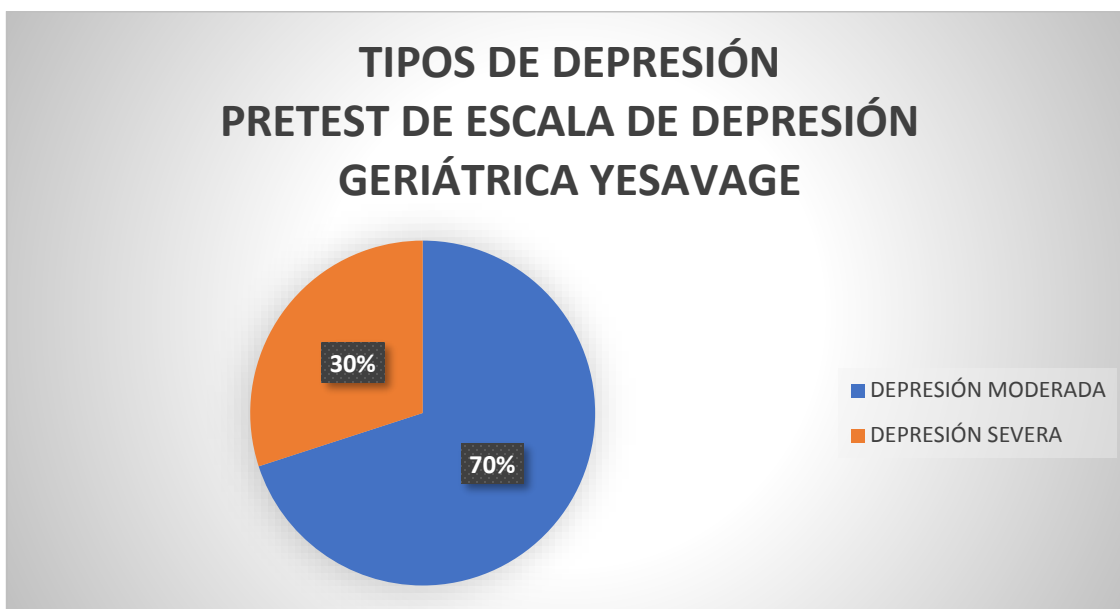
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°1. Total de respuestas depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. Pretest de Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage).

Según la Gráfica N°1, del total de respuestas depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar, el 20% (2) de los adultos mayores presentaron 10 como puntaje total, lo cual se encuentra en el rango de depresión moderada; el 20% (2) de los adultos mayores presentaron una puntuación de 15, lo cual se encuentra en el rango de depresión moderada; el 10% (1) de los adultos mayores obtuvo puntaje total de respuesta depresiva de 16, lo cual se encuentra en el rango de depresión moderada; de igual forma, el 20% (2) de los adultos mayores presentaron totales indicando depresión moderada, y un 30% (3) de los adultos mayores presentaron totales que indican depresión severa.

Gráfica N° 2

Tipos de Depresión Pretest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°2: Tipos de Depresión de adultos mayores en Pretest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Cuadro N°2
Pretest de Índice de Katz
Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria

VALORACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total	10	100%
A. Independiente en todas las funciones	2	20%
B. Independiente en todas, salvo una de ellas	3	30%
C. Independiente en todas, salvo lavado y otras más	1	10%
D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más	1	10%
E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más	3	30%
F. Dependencia de las seis funciones	0	0%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

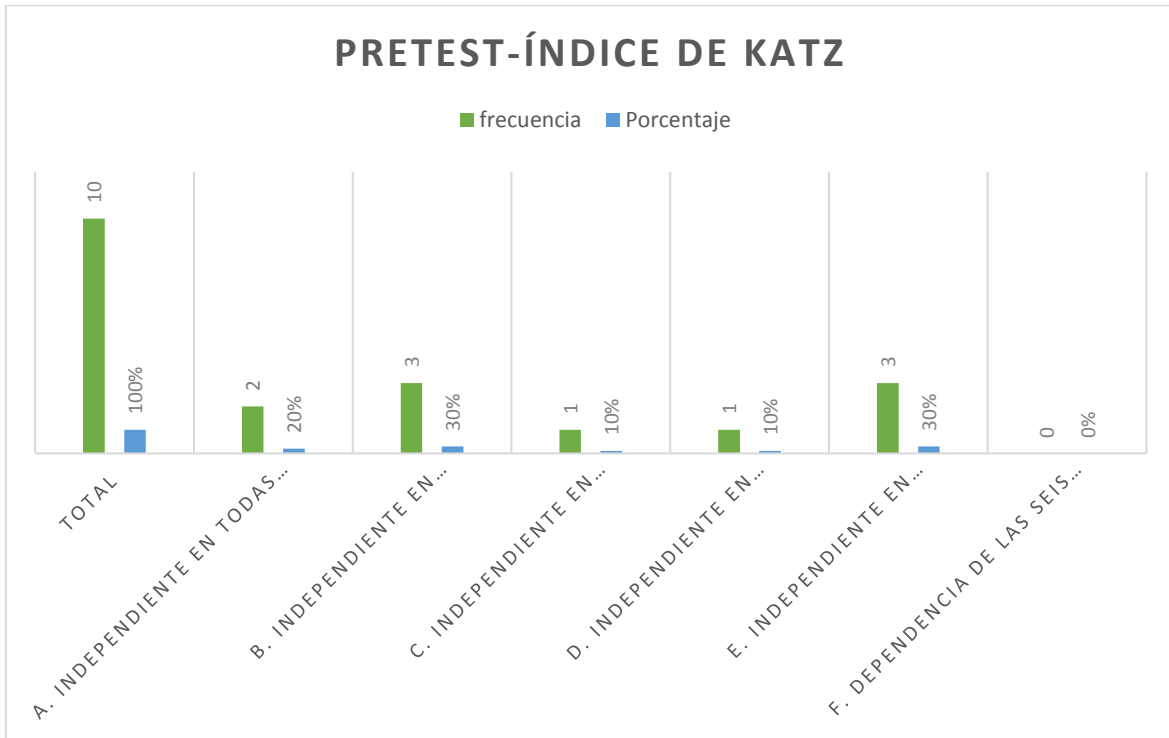
Cuadro N°2. Índice de actividades básicas de la vida diaria obtenidas del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. Pretest de Índice de Katz. Para esta versión los índices de valoración de actividades diarias son los siguientes:

VALORACIÓN

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independiente en todas, salvo una de ellas.
- C. independiente en todas, salvo lavado y otras más.
- D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.
- E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más.
- F. Dependencia de las seis funciones.

Gráfica N°3

Pretest de Índice de Katz (Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria)



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

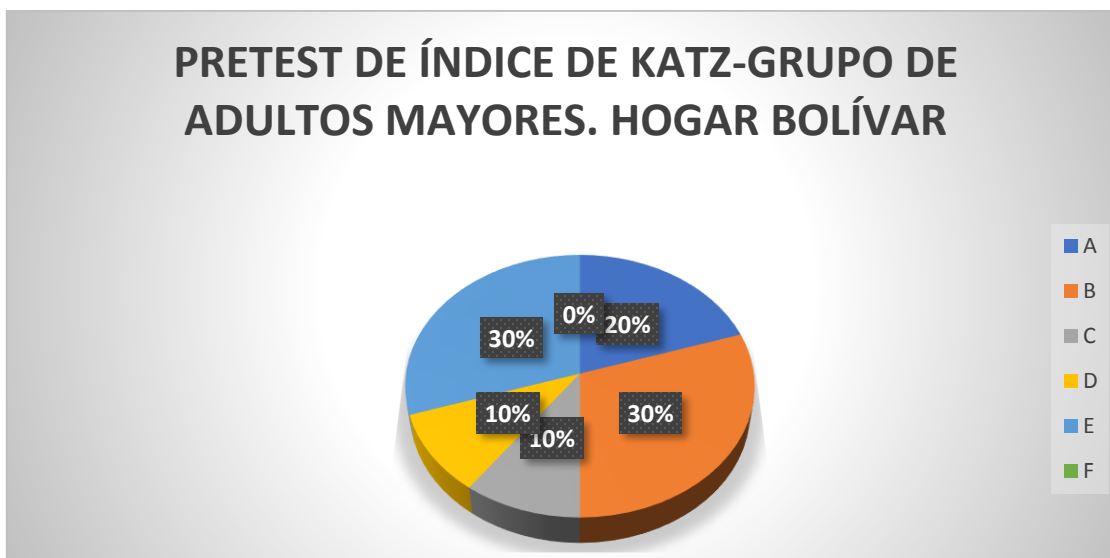
Gráfica N°3. Pretest de Índice de Katz. Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria de un grupo de adultos mayores previamente seleccionados del Hogar Bolívar. 2017

Según la **Gráfica N°3** de Pretest de Índice de Katz (Actividades Básicas de la Vida Diaria) obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar, el 30% (3) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría B, es decir, independiente en todas, salvo una de ellas; el otro 30% (3) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría E, es decir,

independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más; el 20% (2) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría A, es decir, independiente en todas las funciones; el resto de los adultos mayores presentaron valores entre la C y la D.

Gráfica N° 4

Pretest de Índice de Katz-Grupo de adultos mayores-Hogar Bolívar



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°4. Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria. Pretest de Índice de Katz. Grupo de adultos mayores. Hogar Bolívar. 2017.

Cuadro N° 3

PRETEST DE MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL

TIPO DE DETERIORO MENTAL EN GRUPO DE ADULTOS MAYORES PREVIAMENTE SELECCIONADOS DE HOGAR BOLÍVAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	10	100%
Sin deterioro	1	10%
Deterioro Moderado	6	60%
Deterioro Leve	1	10%
Deterioro Serio	2	20%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

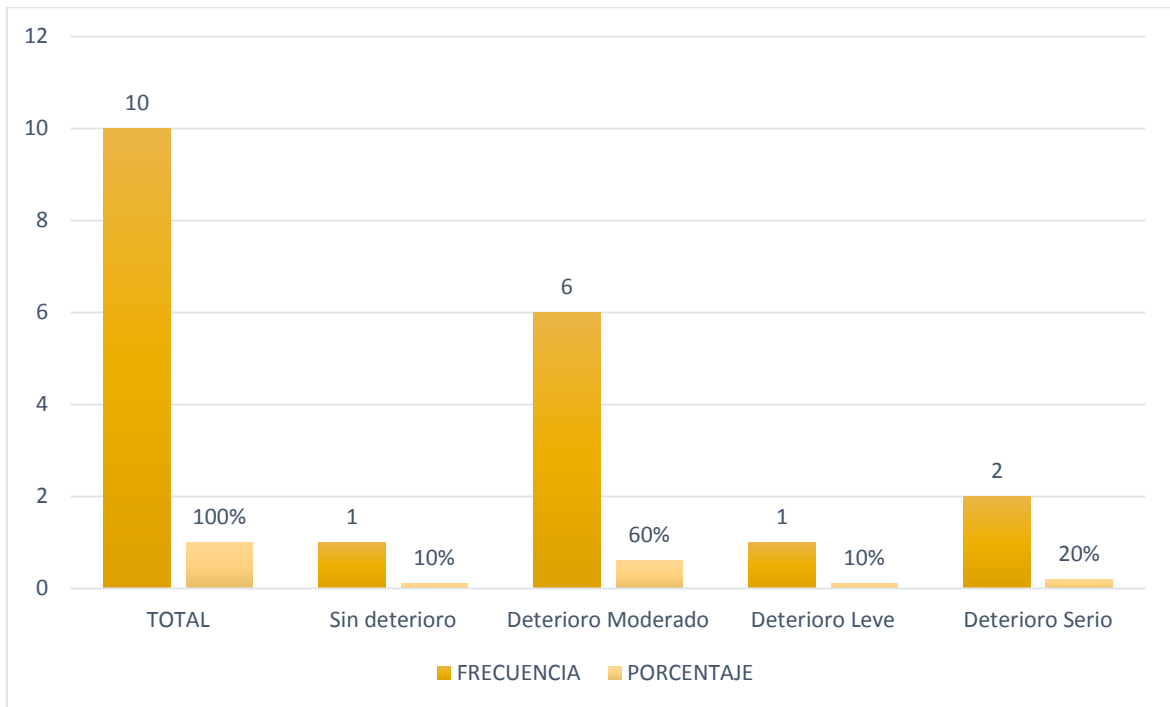
Cuadro N° 3. Pretest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar.

Para esta versión, los valores que ayudan a detectar deterioro cognitivo son los siguientes:

- Calificación de 20-24 indica deterioro leve.
- Calificación de 16-19 indica deterioro moderado.
- Calificación de 15 o menos indica deterioro serio.

Gráfica N°5

Pretest de Miniexamen del Estado Mental



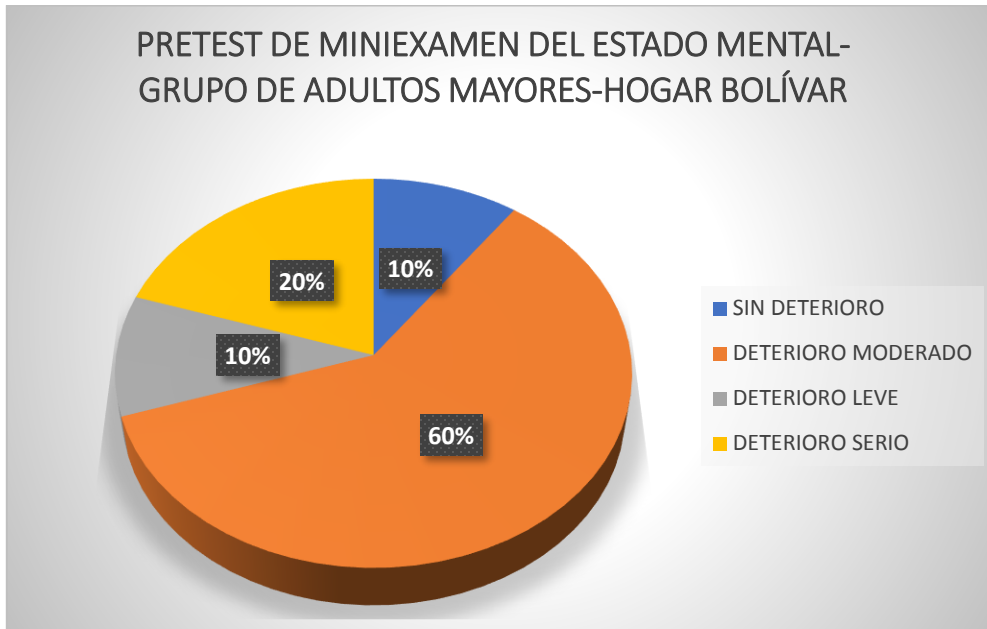
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N° 5. Pretest de Miniexamen del Estado mental de un grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. 2017.

Según la **Gráfica N°5** de Pretest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar, el 60% (6) de los adultos mayores presentaron un estado mental con deterioro moderado; el 20% (2) de los adultos mayores presentaron un deterioro serio; el 10% (1) de los adultos mayores presentó un deterioro leve, y un 10%, que representa un adulto mayor de género femenino, presentó un estado mental sin deterioro.

Gráfica N°6

Pretest de Miniexamen del Estado Mental-Grupo de Adultos Mayores-Hogar Bolívar



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N° 6. Pretest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. 2017.

Cuadro N°4

PRETEST DE CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

SU ESTADO DE SALUD HOY	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	10	100%
80	2	20%
70	2	20%
60	2	20%
50	3	30%
30	1	10%

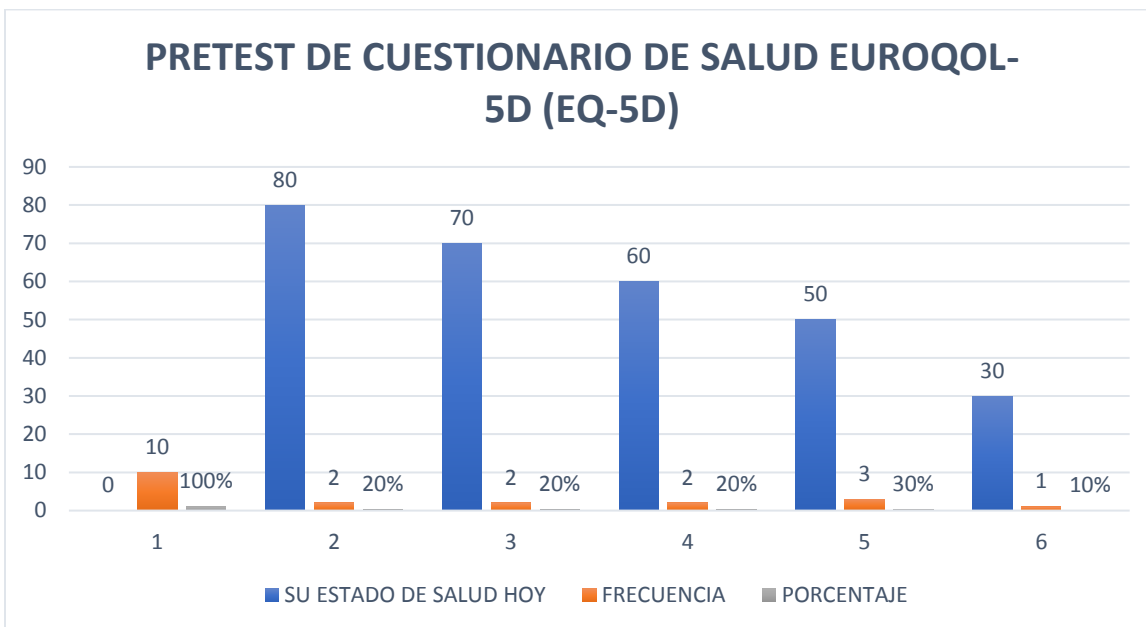
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°4. Pretest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar. 2017.

Para esta versión, el índice de valoración de percepción individual del estado de salud hoy se puntúa de la siguiente manera: el valor 100 representa el mejor estado de salud hoy, el valor 0 representa el peor estado de salud imaginable.

Gráfica N°7

PRETEST DE CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)



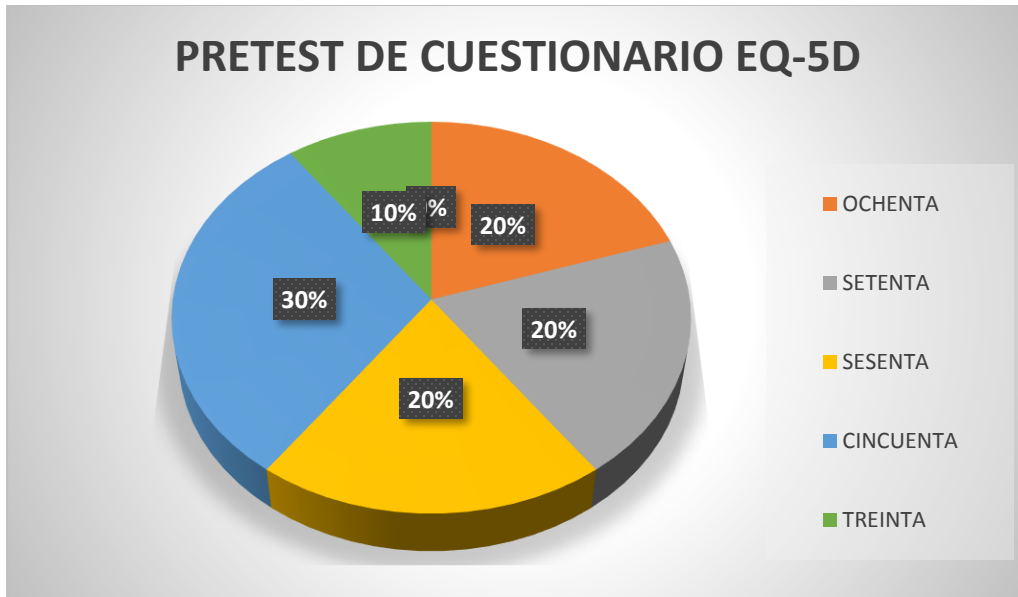
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°7. Pretest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar.2017.

Según la **Gráfica N°7** de Pretest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar, el 20% (2) de los adultos mayores presentaron una percepción de su estado de salud hoy de 60 puntos; un 20% (2) de los adultos mayores presentaron una percepción de su estado de salud hoy de 80 puntos, y solo un 10%, que representa un adulto mayor de género femenino, presentó una percepción de su estado de salud hoy de 30 puntos.

Gráfica N°8

Pretest de Cuestionario EQ-5D



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°8. Pretest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores seleccionados previamente del Hogar Bolívar.

A continuación, se presentan los cuadros y gráficos de la etapa correspondiente al después de la aplicación de intervención psicológica al grupo de adultos mayores del Hogar Bolívar.

3.2.2. Análisis de los Test de Valoración Integral después de intervención psicológica en un grupo previamente seleccionado de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar.

Cuadro N°5
POSTEST DE RESPUESTAS DEPRESIVAS ESCALA DE YESAVAGE

Total de Respuestas Depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores evaluados del Hogar Bolívar	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total	10	100%
6	1	10%
7	2	20%
8	2	20%
9	2	20%
10	3	30%

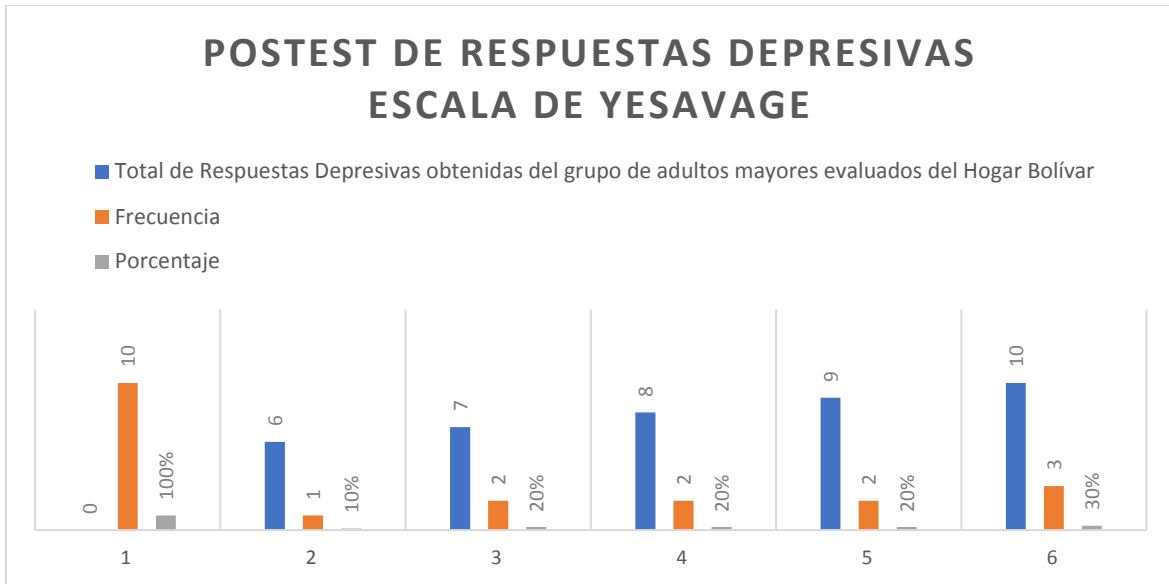
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°5. Total de Respuestas Depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. Posttest de Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage). 2017.

Para la versión de 30 ítems, los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes: No depresión 0-9 puntos, Depresión moderada 10-19 puntos, Depresión severa 20-30 puntos.

Gráfica N°9

Postest de Respuestas Depresivas Escala de Yesavage

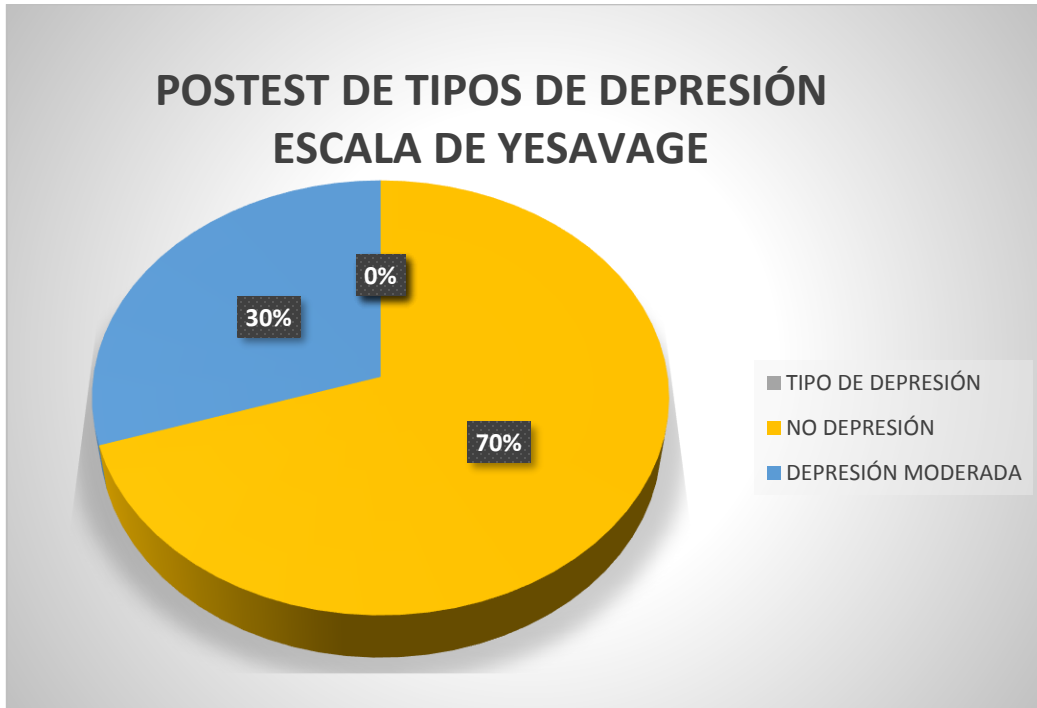


Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°9. Total de Respuestas Depresivas obtenidas del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. Postest de Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage). 2017.

Según la **Gráfica N°9** de Total de respuestas depresivas postest obtenidas del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar, el 30% (3) de los adultos mayores presentaron 10 como puntaje total, lo cual se encuentra en el rango de depresión moderada, y el resto de los adultos mayores el 70% presentaron una puntuación que se encuentra en el rango no depresión, lo cual nos indica una mejoría en los puntajes que corresponden a respuestas depresivas (a nivel cognitivo y afectivo) por parte del grupo tratado con el Programa terapéutico de *mindfulness*.

Gráfica N°10
Postest de Tipos de Depresión-Escala de Yesavage



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°10. Tipos de Depresión en grupo de adultos mayores obtenido en Posttest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage luego de intervención psicológica. 2017.

Cuadro N°6

POSTEST -ÍNDICE DE KATZ (Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria)

VALORACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total	10	100%
A. Independiente en todas las funciones	4	40%
B. Independiente en todas, salvo una de ellas	2	20%
C. Independiente en todas, salvo lavado y otras más	2	20%
E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más	2	20%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

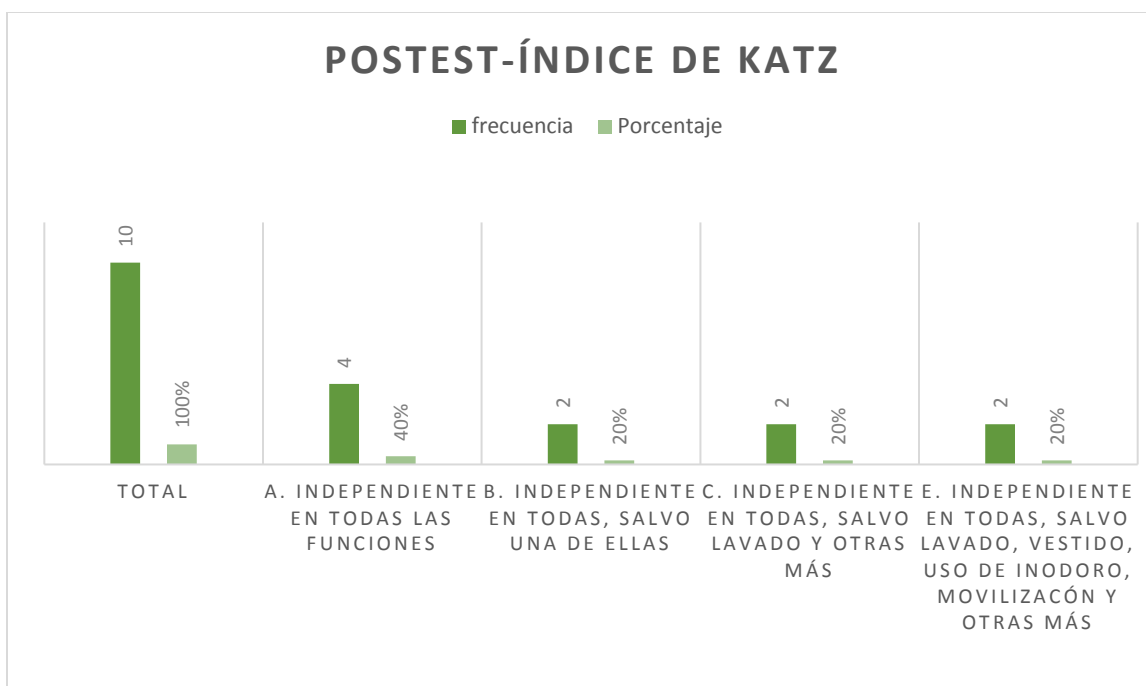
Cuadro N° 6. Índice de Actividades básicas de la vida diaria obtenidas del grupo de adultos mayores después de intervención psicológica en Hogar Bolívar. Posttest de Índice de Katz. Para esta versión los índices de valoración de actividades diarias son los siguientes:

Valoración

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independiente en todas, salvo una de ellas.
- C. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.
- D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.
- E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más.
- F. Dependiente de las seis funciones.

Gráfica N°11

Postest de Índice de Katz



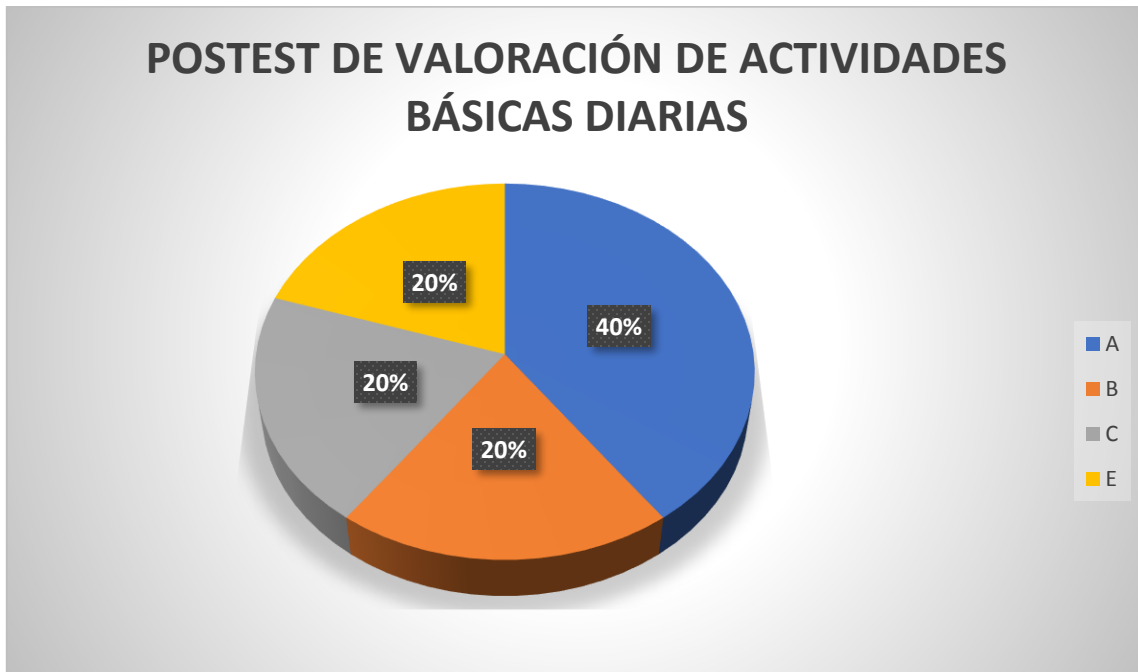
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°11. Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria obtenidas del grupo de adultos mayores después de intervención terapéutica del Hogar Bolívar. Postest de Índice de Katz. 2017.

Según la **Gráfica N°11** de Postest de Índice de Katz (Actividades Básicas de la Vida Diaria) obtenido del grupo de adultos mayores después de intervención terapéutica, el 20% (2) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría B, es decir, independiente en todas, salvo una de ellas; el otro 20% (2) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría E, es decir, independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más; el 40% (4) de los adultos mayores presentaron una valoración de actividades diarias concerniente a la categoría A, es decir, independiente en todas las funciones. El resto de los adultos mayores presentaron valores entre la C y la D.

Gráfica N°12

Postest de Valoración de Actividades Básicas Diarias



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°12. Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria. Postest de Índice de Katz. Grupo de adultos mayores después de intervención terapéutica. Hogar Bolívar. 2017. Tal como lo indica la Gráfica N°12, vemos los siguientes valores de actividades básicas diarias después de intervención psicológica:

Valoración

40% A. Independiente en todas las funciones.

20% B. Independiente en todas, salvo una de ellas.

20% C. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.

20% E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otras más.

Cuadro N°7
POSTEST DE MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL

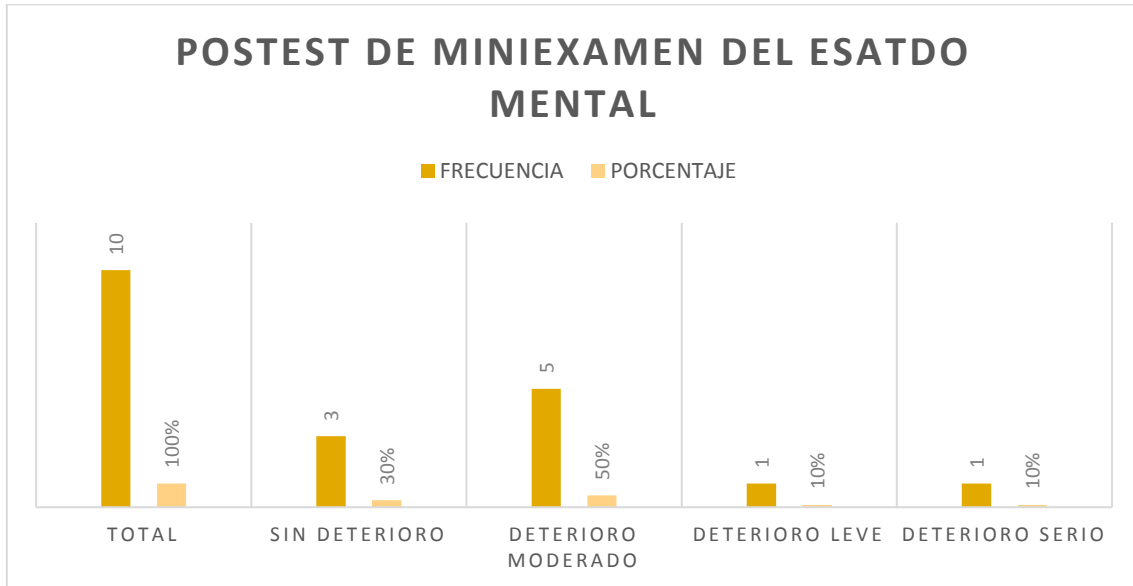
TIPO DE DETERIORO MENTAL EN GRUPO DE ADULTOS MAYORES POSEVALUACIÓN DE HOGAR BOLÍVAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	10	100%
Sin deterioro	3	30%
Deterioro moderado	5	50%
Deterioro leve	1	10%
Deterioro serio	1	10%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°7. Postest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. 2017.

Tal como lo muestra el Cuadro N°7, se observa luego de intervención psicológica que el 50% de los adultos mayores presentaron un deterioro moderado cognitivo, mientras que el 10 % presentó un deterioro serio.

Gráfica N°13
Postest de Miniexamen Del Estado Mental

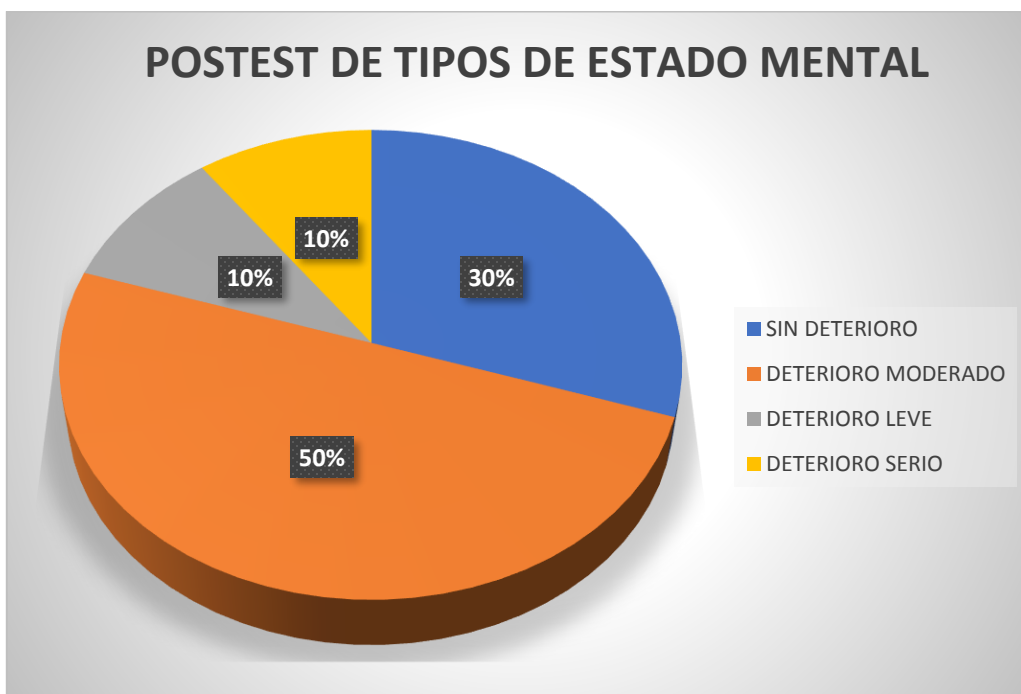


Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°13. Postest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. 2017.

Según la **Gráfica N°13** de Postest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores luego del abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar, el 50% (5) de los adultos mayores presentaron un estado mental con deterioro moderado; el 30% (3) de los adultos mayores no presentaron ningún deterioro; el 10% (1) de los adultos mayores presentó un deterioro leve, y un 10% (1) de los adultos mayores presentó un deterioro mental serio.

Gráfica N°14
Postest de Tipos de Estado Mental



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°14. Postest de Miniexamen del Estado Mental obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. 2017.

Cuadro N°8
POSTEST DE CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

SU ESTADO DE SALUD HOY	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	10	100%
80	2	20%
70	2	20%
60	5	50%
50	1	10%

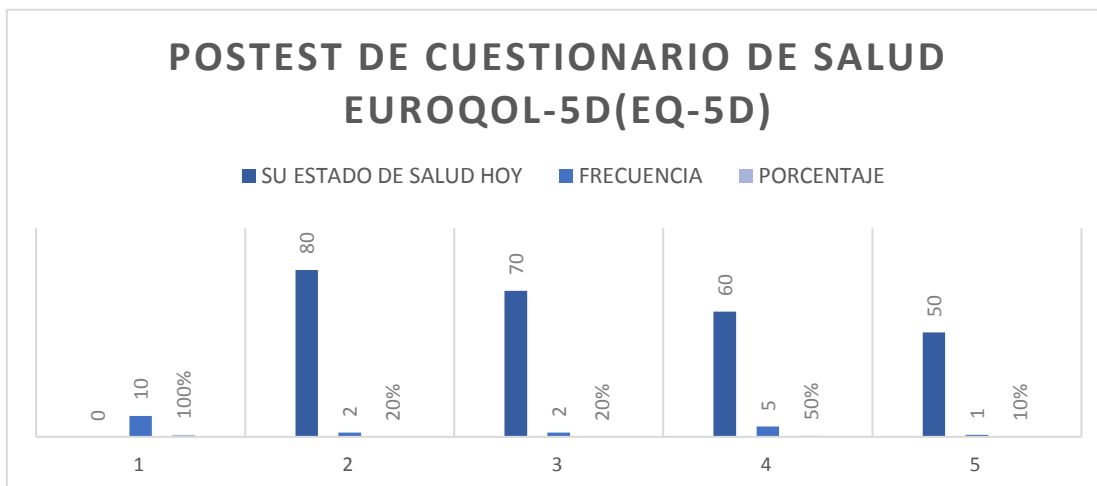
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°8. Postest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar.2017.

Para esta versión, en **Cuadro N° 8**, el índice de valoración de percepción individual del estado de salud hoy se puntúa de la siguiente manera: el valor 100 representa el mejor estado de salud hoy, el valor 0 representa el peor estado de salud imaginable.

Gráfica N°15

Postest de Cuestionario de Salud EUROQOL-5

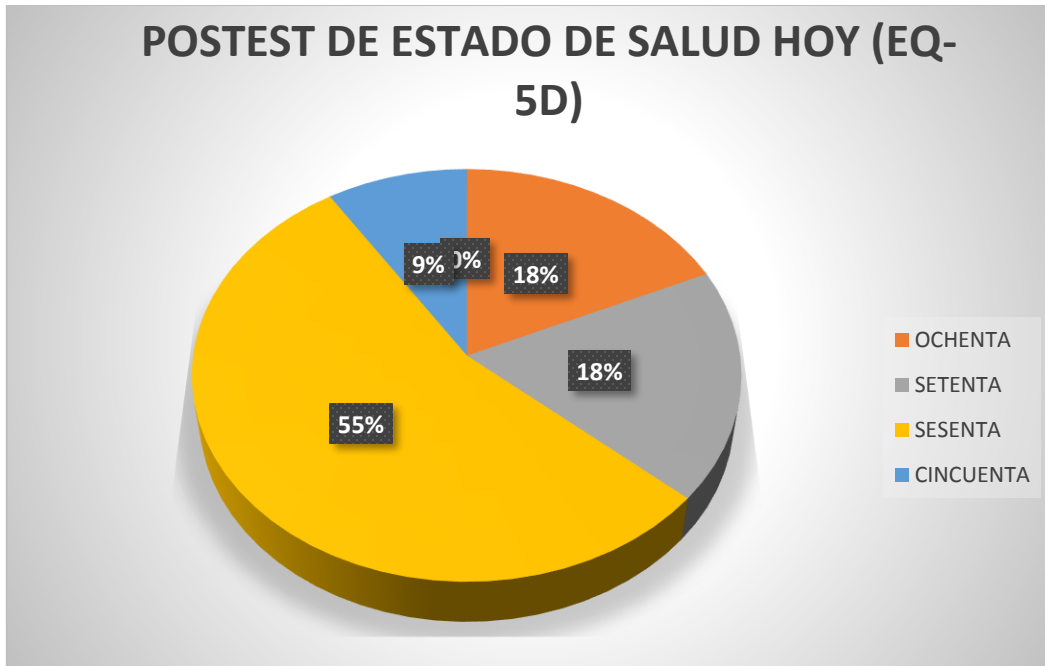


Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Según la **Gráfica N°15** de Postest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar, el 50% (5) de los adultos mayores presentaron una percepción de su estado de salud hoy de 60 puntos; un 20% (2) de los adultos mayores presentaron una percepción de su estado de salud hoy de 80 puntos, y solo un 10%, que representa un adulto mayor de género femenino, presentó una percepción de su estado de salud hoy de 50 puntos.

Gráfica N°16

Postest de Estado De Salud Hoy(EQ-5D)



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°16. Postest de Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) obtenido del grupo de adultos mayores luego de abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar. 2017.

Cuadro N° 9

CUADRO DE EDADES DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR BOLÍVAR

PORCENTAJE	7.2%	10.3%	11.3%	9.8%	16.5%	15.5%	3.1%
EDADES	65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

Fuente: Elaborado por ivette Schuverer

Cuadro N°9. Porcentaje de edades de adultos mayores que residen en Hogar Bolívar.2017.

Descripción. Tal como se observa en el presente cuadro, el mayor porcentaje presente de edades dentro del Hogar Bolívar se encuentra entre los 86 a 90 años con un 16.5 %. No siendo el mismo caso para las edades entre 96 a 100 años.

Cuadro N°10

CUADRO SOBRE EL PORCENTAJE DEL TIPO DE SEXO DE LA POBLACIÓN RESIDENTE DEL HOGAR BOLÍVAR

	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR BOLÍVAR	100%	55%	44%

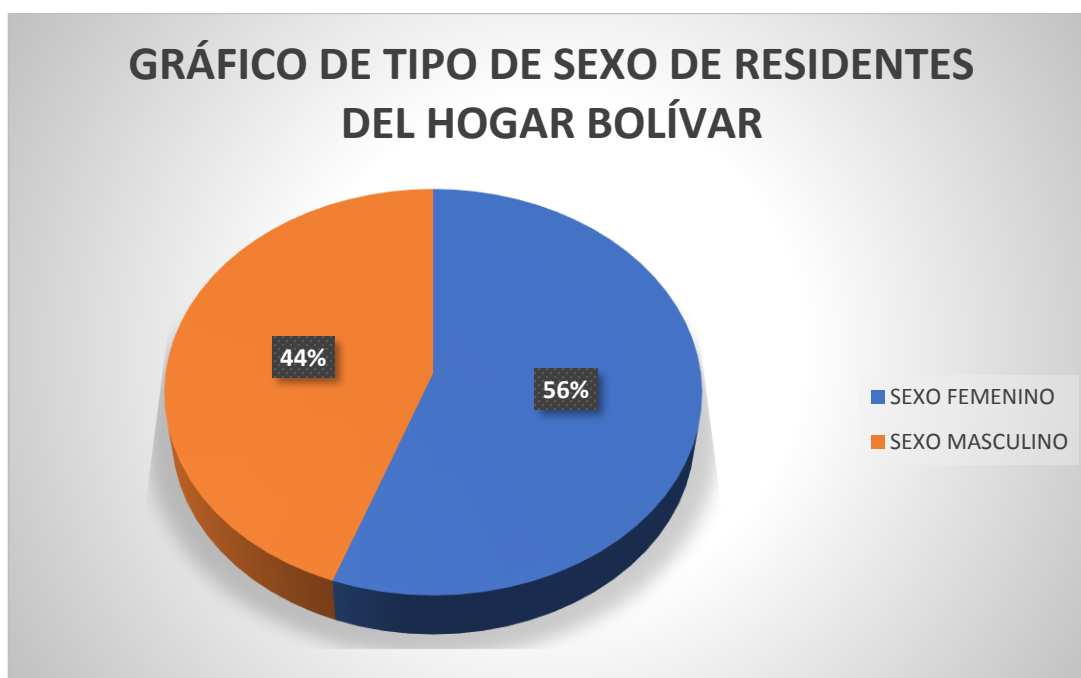
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°10. Porcentaje del tipo de sexo presente en la población de adultos mayores que reside en el Hogar Bolívar. 2017.

Descripción. Nos indica que el 55% de la población de adultos mayores que reside en el Hogar Bolívar pertenece al género femenino y el 44% pertenece al género masculino.

Gráfica N°17

Tipo de Sexo de Residentes del Hogar Bolívar



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°17. Porcentaje del tipo de sexo presente en los adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar. 2017.

Descripción: El sexo femenino en adultos mayores es el que mantiene mayor porcentaje de residencia en el Hogar Bolívar.

Cuadro N°11

MOTIVOS POR LOS CUALES LOS ADULTOS MAYORES SON RECIBIDOS EN EL HOGAR BOLÍVAR

	TOTAL	ABANDONO	CUIDADOS	ASISTENCIA SOCIAL	SIN VIVIENDA
POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR BOLÍVAR	100%	32%	62%	3.1%	0.5%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

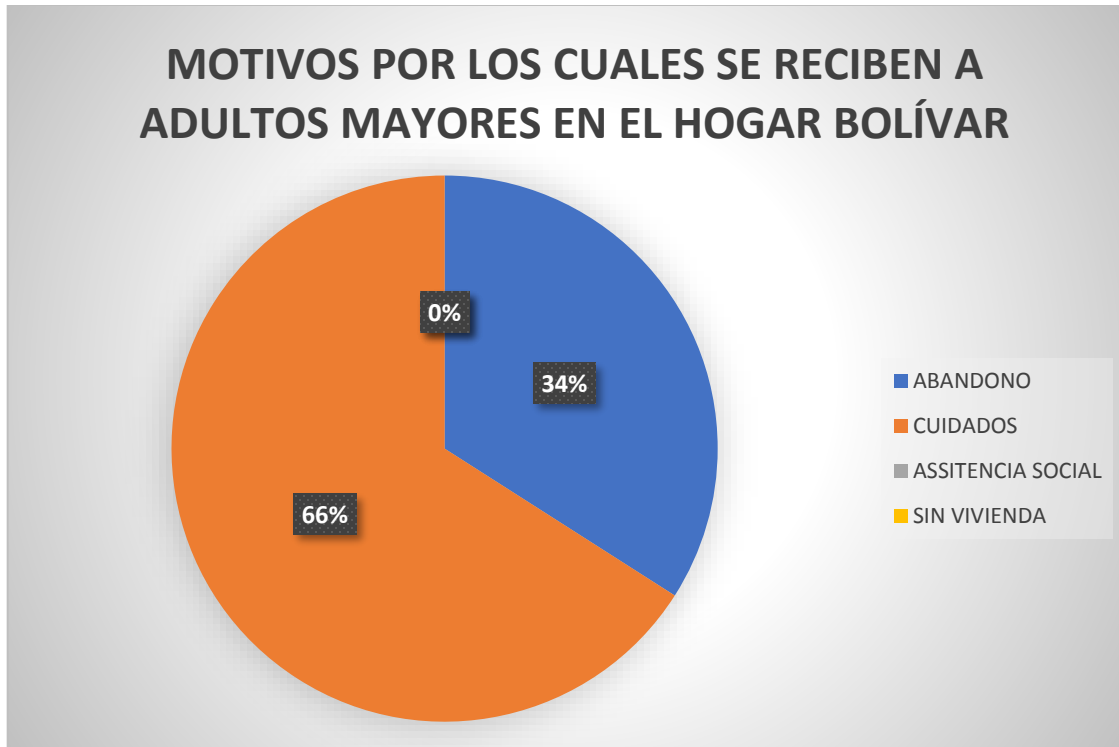
Cuadro N°11. Registros Descriptivos de la población de adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar, datos que reposan en las oficinas de la Dirección. 2017.

Descripción. Motivos por los cuales los adultos mayores son incorporados a los servicios del Hogar Bolívar.

Análisis: El Cuadro N°11 nos indica que el 62% de la población de adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar son recibidos en él por motivos de cuidados; el 32% son recibidos por motivos de abandono; el 3.1% es recibido por motivos de asistencia social, y el 0.5% es recibido por falta de vivienda.

Gráfica N°18

Motivos por los cuales se reciben a adultos mayores en el Hogar Bolívar



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°18. Motivos por los cuales el Hogar Bolívar recibe a los adultos mayores para albergarlos. 2017.

Cuadro N° 12

CUADRO DE APOYO FAMILIAR DE RESIDENTES DEL HOGAR BOLÍVAR

	TOTAL	NO TIENE APOYO	SÍ TIENE APOYO
POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR BOLÍVAR	100%	44%	54%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

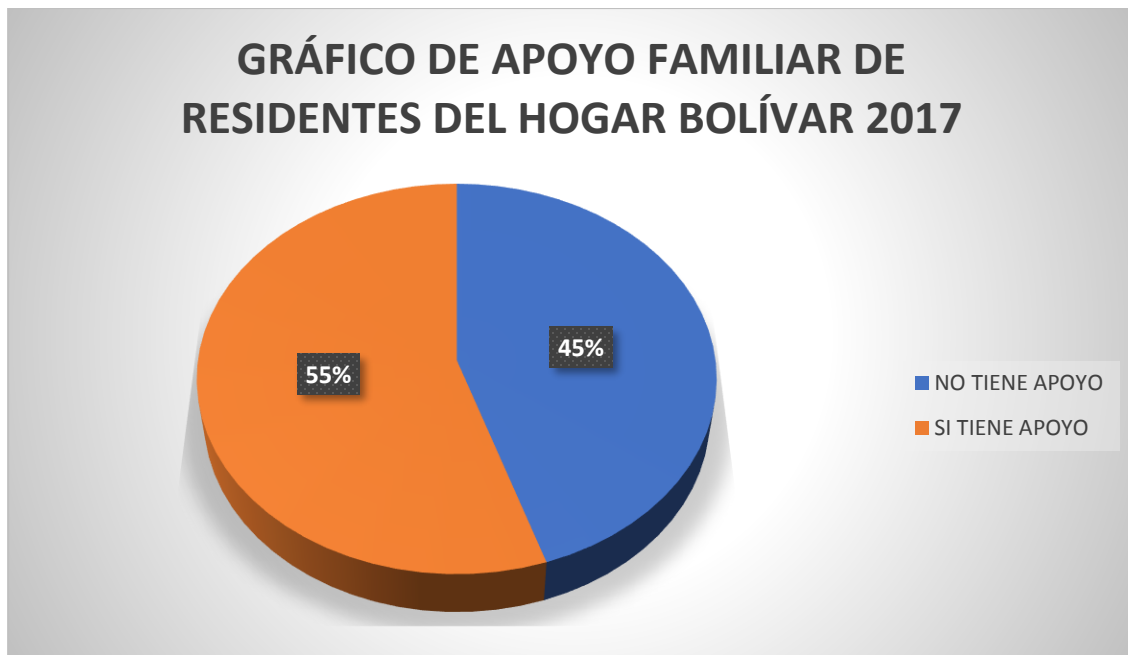
Descripción. Registros Descriptivos de la población de adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar, datos que reposan en las oficinas de la Dirección. 2017.

Cuadro N°12. Tipo de apoyo familiar que reciben los adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar.

Análisis: El **Cuadro N°12** nos indica que el 54% de la población de adultos mayores que reside en el Hogar Bolívar cuentan con apoyo de familiares, mientras que, el 44% no cuentan con apoyo familiar, lo cual representa un porcentaje lamentable para esta población de adultos mayores que residen el Hogar Bolívar.

Gráfica N°19

Apoyo familiar de residentes del Hogar Bolívar 2017



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N°19. Tipo de apoyo familiar que reciben los adultos mayores que residen en el Hogar Bolívar. 2017.

Descripción: Tal como se muestra en la Gráfica N°19, el 45% de los residentes adultos mayores del Hogar Bolívar no cuentan con apoyo familiar, y el 55% sí cuenta con apoyo familiar.

Cuadro N°13

Comparación de Respuestas Depresivas Pretest y Postest de Escala de Yesavage

COMPARACIÓN DE RESPUESTAS DEPRESIVAS PRETEST Y POSTEST DE ESCALA DE YESAVAGE			
TIPO DE DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
PRETEST		70%	30%
POSTEST	70%	30%	0%

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

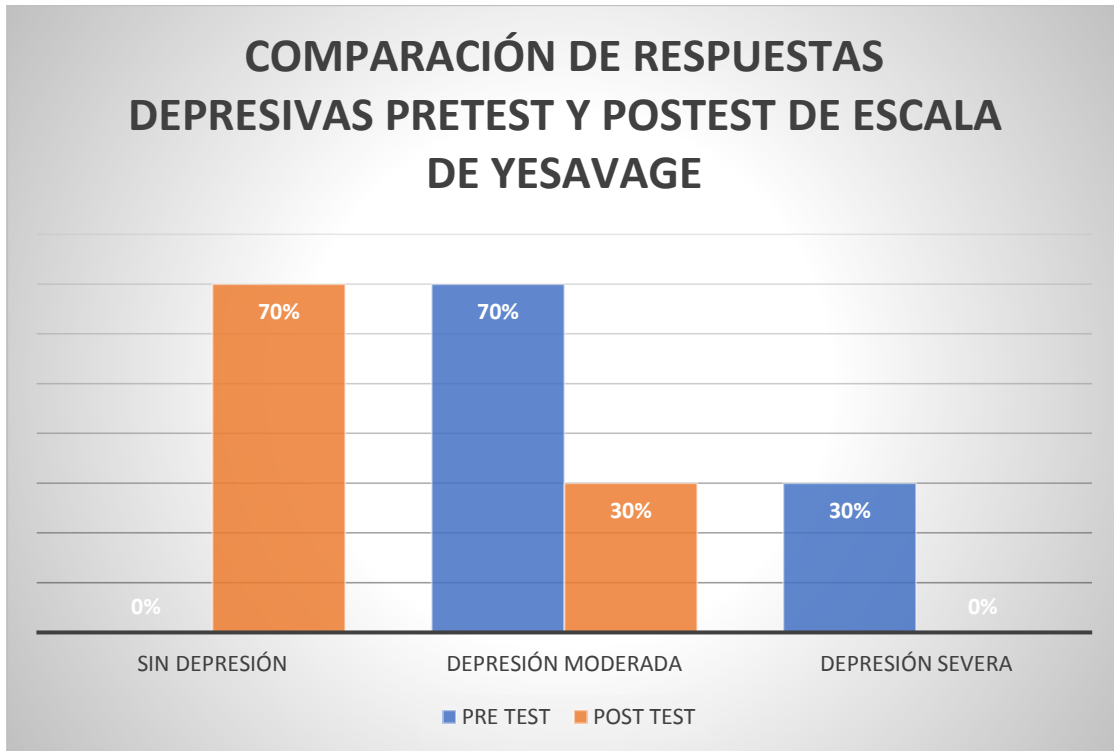
Descripción. Grupo de adultos mayores y sus respuestas depresivas antes y después del abordaje terapéutico en el Hogar Bolívar.2017.

Cuadro N°13. Comparación de respuestas depresivas encontradas en el pretest y postest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Análisis: El Cuadro N°13 nos indica una mejoría en el porcentaje de adultos mayores que marcaron respuestas depresivas luego del abordaje terapéutico con el grupo. Se puede observar en el postest que el 70% de los adultos mayores manifestaron respuestas sin depresión, mientras que el 30% de los adultos mayores marcaron respuestas que indican una depresión moderada, y el tipo de depresión severa no aparece luego de la intervención terapéutica.

Gráfica N° 20

Comparación de Respuestas Depresivas Pretest y Postest de Escala de Yesavage



Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Gráfica N° 20. Comparación de respuestas depresivas encontradas en el pretest y postest de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage. 2017.

Según la **Gráfica N°20**, podemos observar una notoria mejoría en el componente referente a la aparición de la Depresión, tal como se obtuvo en el postest con respecto a los resultados de la Escala de Yesavage, se observa que el 70% de los evaluados después de la intervención psicológica no puntuaron Depresión, lo cual es de suma importancia. Por otro lado, vemos como se obtuvo mejoría en la aparición de la Depresión Moderada, ya que un 70 % de los evaluados en el pretest puntuaron este tipo de Depresión, mientras que en el postest de la intervención psicológica tan sólo un 30% puntuó este tipo de Depresión. A su vez, observamos una mejoría en la puntuación de la aparición de la Depresión Severa después de la

intervención psicológica, puesto que hubo un 0% de presencia de este tipo de Depresión.

Cuadro N°14

**CUADRO DE PRUEBAS Y CUESTIONARIOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS
CON LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y
CUIDADORES DEL HOGAR BOLÍVAR**

Pruebas de Valoración	Total de Aplicaciones	Edades
Integral Pretest		
Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)	10	65-93
Miniexamen del Estado Mental	10	65-93
Índice de Katz	10	65-93
Cuestionario de Salud EuroQoL-5D(EQ-5D)	10	65-93
Pruebas de Valoración después de intervención terapéutica	Cantidad de Aplicaciones	Edades
Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)	10	65-93
Miniexamen del Estado Mental	10	65-93
Índice de Katz	10	65-93
Cuestionario de Salud EuroQoL-5D(EQ-5D)	10	65-93

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Descripción. Población de adultos mayores previamente seleccionado del Hogar Bolívar y grupo de cuidadores previamente seleccionado que trabaja para el Hogar Bolívar. 2017.

Cuadro N°14. En este cuadro se muestra las pruebas y cuestionarios aplicados a una población de adultos mayores previamente seleccionada, así como a los cuidadores que trabajan para el Hogar Bolívar.

Cuadro N°15

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE ESTRÉS EN UNA MUESTRA DE CUIDADORES DEL HOGAR BOLÍVAR

CUESTIONARIO	TOTAL FEMENINO	TOTAL MASCULINO
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT)	11	5

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Descripción. Cuidadores seleccionados que trabajan para el Hogar Bolívar. 2017

Cuadro N°15. Población previamente seleccionada de cuidadores que trabajan para el Hogar Bolívar a los cuales se les aplicó el Cuestionario de la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Cuadro N°16

**CUADRO DE RESPUESTAS OBTENIDAS EN LA MEDICIÓN DEL ESTRÉS
POR PARTE DE LOS CUIDADORES QUE LABORAN PARA EL HOGAR
BOLÍVAR**

RESULTADO DE BURNOUT DE UNA MUESTRA DE CUIDADORES DEL HOGAR BOLÍVAR			
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
No presenta SQT	2 (18%)	4 (80%)	6 (37%)
PERFIL 1: Presenta trastorno, pero no está inhabilitado para trabajar	7 (63%)	1 (20%)	8 (50%)
PERFIL 2: Inhabilitado para trabajar sin tratamiento clínico	2 (18%)	0	2 (12%)

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Cuadro N°16. Tal como se observa en los resultados de la muestra de cuidadores que trabajan para el Hogar Bolívar, en el área de cuidados geriátricos, se puede observar que un 80% de los hombres no presenta Bournot, mientras que un 18% de las mujeres no presentan Bournot. Por otro lado, tenemos que el 63% de las mujeres cuidadoras presentan Bournot, pero no están inhabilitadas para trabajar, y el 18% de las mujeres presentan el trastorno y están inhabilitadas para trabajar. En cuanto a los hombres, el 20% presenta Bournot y no están inhabilitados para trabajar.

3.3. Propuesta de Solución

La propuesta pensada para la Práctica Profesional en el Hogar Bolívar, cuya población principal radica en un grupo de adultos mayores previamente seleccionado bajo los criterios establecidos con anticipación, se relaciona con un tipo de abordaje terapéutico cuyo objetivo principal es coadyuvar al estrés que viene aparejado con el cambio de las facultades mentales, físicas e intelectuales del organismo del adulto mayor en el envejecimiento, además de encontrarse en una situación de institucionalización como residentes del hogar geriátrico.

3.4. Marco de Referencia

Fundamentación teórica sobre el proceso de institucionalización para el adulto mayor, Terapia en Reducción de Estrés basada en Atención Plena o *Mindfulness* (MBSR).

Dentro de lo que cabe a nuestra experiencia en la Práctica Profesional en el Hogar Bolívar con un grupo de adultos mayores institucionalizados, nos hemos centrado en realizar una valoración integral del grupo a intervenir, con la finalidad de examinar el curso de la adaptación de este grupo etario a su respectivo proceso de institucionalización junto con los cambios que acompañan a esta etapa del ciclo

vital, para luego aplicar la intervención terapéutica basada en el programa de ocho semanas de reducción de estrés, a través de la atención plena o *mindfulness*.

El enfoque de nuestra intervención se direcciona hacia un abordaje terapéutico del proceso de adaptación que podría estar generando posibles cuadros de estrés en el adulto mayor que ingresa a un proceso de institucionalización y envejecimiento. Todo proceso de cambio, ya sea a nivel orgánico (facultades mentales, físicas y/o intelectuales), así como cambios de etapa de vida, cambios de contextos, situaciones inesperadas vividas en soledad y de alto contenido dramático, pueden provocar un determinado aumento de los niveles de estrés de quien ha afrontado tales circunstancias, además de la presencia de ciertas alteraciones en los estados de ánimo y deterioro leve o mayor de la capacidad de autosuficiencia y autocuidado del adulto mayor.

Envejecimiento, Institucionalización, Autoimagen del Adulto Mayor

En el presente contenido, encontraremos conceptos y bases teóricas relacionados con el tema que nos ocupa en la Práctica Profesional, tales como envejecimiento, institucionalización y autoimagen del adulto mayor.

Algunos estudios se encuentran interesados en conocer qué ocurre con la población del adulto mayor en cuanto a los cambios referentes a la autoestima, autoimagen, estado de ánimo, abandono y maltrato de estos. Otros, hablan de la aparición de serios conflictos psicológicos en esta población, como lo es la imagen de sí mismos, y su deterioro en la percepción de su auto valía, ya sea por la reducción en los aportes funcionales de actividades diarias, como también lo puede ser una disminución de la presencia activa ante la sociedad.

En las siguientes líneas de aportes, se plasman distintos desarrollos de conceptos acerca de la autoimagen o también llamado autoconcepto que respaldan el presente informe. Del mismo modo se presentan conceptos sobre un tema

sensitivo como lo es el envejecimiento y algunas teorías sobre este proceso y sobre la institucionalización.

Envejecimiento

El envejecimiento corresponde a un proceso biológico y natural que se presentan en diferentes reinos de la vida animal, no pudiendo escapar del mismo nuestra filogénesis. Se considera inevitable y el mismo puede ser tanto desfavorable como favorable según sea el caso, el mayor, o persona de edad avanzada es un estado en este proceso, así como lo es ser niño, adolescente, adulto joven.

Según Montilla (2004), “el envejecimiento es un proceso gradual, holístico y altamente individual que involucra la mezcla de factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (estilo de vida, factores ambientales, entre otros)” (p.20).

De acuerdo con Fericgla (2009), en términos de desarrollo biológico, “viejo se refiere al momento en que una persona alcanza los 65 años. La vejez en este sentido goza del privilegio de determinadas leyes que salvaguardan el bienestar y protección general del adulto mayor” (p.15).

Se puede definir en términos físicos, como cambios en la textura de la piel, aparición de lunares en todo el cuerpo, el encorve de la postura corporal, el ritmo en el andar, la forma y color de cabello, visión y capacidad auditiva disminuidas.

En este sentido, Papalia (2012) señala que “se presentan ciertos cambios físicos por lo general relacionados con el proceso de envejecimiento que resultan obvios al ojo de cualquier observador” (p.579).

Estos teóricos señalan que la piel del adulto mayor se torna más pálida, aparecen las manchas y la misma pierde su elasticidad. Describen como la piel se

empieza a arrugar, se pierde masa muscular y grasa. Del mismo modo, aparecen mayor cantidad de varices en las piernas, especialmente en las mujeres de esta población. Se pierde estatura, la cabellera se torna emblanquecida, las vértebras pierden fuerza, los tendones se atrofian, se retiene mayor líquido que conlleva a momentos de mucho dolor en las extremidades inferiores y así en lo corporal el adulto mayor va perdiendo fuerza y vigor, incluso aparece la joroba en la parte de atrás del área cervical, y las mujeres específicamente suelen sufrir en gran medida de osteoporosis, en cambio, los hombres, tienen mayor riesgo de sufrir fracturas por los cambios químicos que se presentan en los huesos.

Árraga y Sánchez (2007) señalan que “con este proceso de envejecimiento, los adultos mayores tienden a perder determinados reflejos o se tornan más lentos y, por ende, los movimientos corporales. A pesar de que los adultos mayores pueden realizar la mayoría de las actividades que los jóvenes suelen hacer (como hacer ejercicio, caminar, practicar deportes), su fuerza y rapidez resisten muy poco” (p.4).

Resulta interesante señalar que los adultos mayores cuando llegan a la edad de los 70 años empiezan a perder entre 10% a 20% de su fortaleza en los músculos en general, siendo los más afectados los que pertenecen a las extremidades inferiores de estos.

En términos de cambios en la biología orgánica, de acuerdo con Kalish (2009), “ser viejo también implica cambios fisiológicos en las estructuras cerebrales, lo cual puede producir problemas de falta de memoria, sueño alterado, desempeño motriz más lento, reacciones más lentas como respuestas a estímulos, entre otros. Del mismo modo, puede definirse en términos de ideas, conceptos y relaciones con los demás. En términos de roles sociales, la persona se considera vieja cuando se jubila, cuando se convierte en abuelo o cuando vive en una residencia para asistencia de ancianos” (p.5).

Algunas personas suelen adecuar el término de viejo según el significado que se le otorga en la sociedad, se utilizan determinados conceptos para los adultos mayores como pueden ser: edad de oro, viejos, mayores, anciano, adulto mayor o persona mayor. El envejecimiento es un proceso irreversible a pesar de que algunas personas mayores busquen como retrasar el paso del tiempo con nuevos descubrimientos en el área de la medicina.

Sobre el mismo tema del envejecimiento, algunos teóricos señalan que un punto importante en el desarrollo de los adultos mayores está asociado con la personalidad. En dicha población, se puede observar un descenso de la capacidad de incorporar numerosos estímulos, resolución de situaciones complejas, o que requieran un reto mayor, por lo que suelen enfocarse mayormente a la satisfacción de necesidades personales.

De acuerdo con la autora Árraga (2007), nos señala que “tanto las personas mayores como las jóvenes tienen habilidades diferentes para enfrentarse al estrés de la vida y asimilar sucesos difíciles personales, por lo que la edad en sí misma no es un factor predeterminante (p.10). Del mismo modo, en cuanto a la adaptación, señala que, de acuerdo con varias investigaciones, no se observaron cambios que sustanciales que puedan asociarse con la edad. Con respecto a la interacción social, esta sufre un declive a partir de los 70 años. Al parecer las diferencias que se llevan a cabo en este grupo de edad avanzada en el componente social, pudieran estar relacionada ya sea con características individuales como culturales de cada contexto.

Papalia y Martorell, G. (2012) señalan que “la personalidad no sufre mayores cambios en la vejez. En este mismo sentido, estos autores señalan que es más probable que personas con personalidades neuróticas, es decir, ansiosas, inquietas, impulsivas, malhumoradas, conlleven emociones negativas, lo cual con el tiempo pueden tornarse menos positivas en esta etapa del ciclo vital” (p.590).

Potencial las convicciones religiosas, constituyen un punto importante en el desarrollo de la personalidad de adultos mayores. Belsky (2001), citado por Papalia (2012), refiere que “en la plenitud de la juventud se atraviesa por un momento de exploración con grandes niveles de pasión, en la madurez, por una época de productividad y en la vejez, por una etapa de asentamiento, estabilidad y tranquilidad, desaparece esa búsqueda incansable de la autorrealización y la persona se torna un referente de mucho respeto para la sociedad por su sabiduría” (p.595).

Árraga y Sánchez (2007) señalan una serie de procesos que acompañan a la personalidad de los adultos mayores como lo es la cautela, la misma corresponde a una intención de autoprotección, ya que los adultos mayores suelen percibirse con menos capacidades, de esta forma se tornan más cuidadosos en su andar y disminuyen el ritmo de su caminar para evitar cometer errores que los conduzcan a posibles caídas o accidentes (p.20).

Teorías para Comprender el Envejecimiento

Uno de los marcos teóricos más utilizados por los psicólogos para comprender al proceso del envejecimiento, es el marco teórico del Conductismo, según esta concepción, el envejecimiento no tiene por qué ir hacia un declive inevitable sin poder de forma positiva apoyar en los procesos biológicos que acompañan a la vejez. De acuerdo a este marco teórico, los adultos mayores no tienen que tornarse deficientes en todas las áreas de su funcionamiento, pueden recurrir a potencializar sus capacidades frente a las adversidades que deben enfrentar en su diario vivir. Según esta concepción teórica, la conducta es más probable de modificar.

El conductismo resulta un abordaje de gran utilidad a la hora de considerar elaborar acciones hacia la búsqueda de cambios en la percepción de la vejez con este grupo de personas, en cambio, el psicoanálisis, tiende a enfocarse en

problemas psicológicos de la psique, profundidad que muchas veces no resulta funcional para abordar problemáticas más inmediatas con este tipo de grupos.

Jung formuló la hipótesis de que la madurez, que comprende desde los 40 años en adelante, constituye un período decisivo emocional muy importante. Muchas personas en esta etapa de la vida son incapaces de renunciar a la psicología de vida de la juventud (desde la pubertad hasta la mitad de la década de los 30), en la que la fuerza vital está orientada a forjar un porvenir y un lugar en el mundo. Continúan con esta orientación, por lo que se estancan, se vuelven inútiles, rígidos e insatisfechos con su vida. Jung, quien se ha dedicado al estudio de las manifestaciones culturales de las estructuras psíquicas, advierte sobre el inicio de la década de los 40 en una persona, considera que es una década representativa donde las personas busca afanadamente su porvenir, sin poder observar la parte espiritual de la vida, es decir la parte profunda de la misma. Luego la persona va avanzando hacia aquellos procesos que integran distintas facetas de la personalidad, transición fundamental para preparar a la persona para la muerte, hecho considerado como el final de la propia vida.

Aspectos de la personalidad de las personas mayores como la sensatez, la capacidad de espera, la paciencia, la cautela son fundamentales.

Otra teoría para mencionar es la teoría nerviosa del envejecimiento, la cual señala que las neuronas no pueden ser sustituidas, tampoco se renuevan, lo que conduce a una destrucción progresiva y lenta. Por otro lado, tenemos a la teoría mutacional, la cual nos dice que dentro de la información genética del ADN se encuentran unos agentes mutágenos que afectan a dicha información celular.

En esta misma línea, García, Torres y Ballesteros (2009) mencionan que “de las más de 300 teorías que existen sobre el envejecimiento, las tres que más se debaten son las siguientes: desgaste, adaptación genética y envejecimiento celular” (p.193).

Esta autora señala que la teoría del desgaste se refiere a un proceso por el cual el cuerpo humano se desgasta debido al paso de los años y a la exposición al estrés ambiental. La teoría de la adaptación genética señala que los seres humanos tienen, al parecer, un reloj genético, que es un proceso en el ADN de las células que organiza el proceso de envejecimiento que disparan cambios hormonales. Del mismo modo, controla la proliferación y reparación celular.

De la misma manera que el reloj genético apaga los genes que promueven el crecimiento, este podría encender los genes que promueven el envejecimiento. Berger menciona que la teoría del envejecimiento celular ocurre probablemente debido a que las células del cuerpo de una persona se vuelven viejas o se dañan.

Institucionalización del Adulto Mayor

El término “institucionalización” se utiliza para hacer referencia a aquellos acontecimientos de la experiencia individual y colectiva que están asociados con el ingreso de una persona a una institución, como cárceles, reformatorios, hospitales, hogares para ancianos, clínicas, ejércitos, centros diurnos, entre otros.

La institucionalización se refiere a las modalidades de organización social con un alto grado de control sobre el comportamiento de las personas bajo su jurisdicción. En el caso de los adultos mayores, la institucionalización se da principalmente en hogares para ancianos, hospitales, centros diurnos, hospicios y otras instituciones similares.

Algunas de estas entidades ofrecen cuidados a largo plazo, generalmente para condiciones crónicas. Otras se limitan solamente a ofrecer servicios de guardería o custodia, y ofrecen pocas actividades terapéuticas (físicas, ocupacionales, psicológicas) o profilácticas. El proceso de institucionalización de un adulto mayor conlleva tanto un costo monetario como un costo humano, que es el

que más preocupa a los gerontólogos. Estudios han demostrado que el proceso a menudo se lleva a cabo sin el consentimiento del anciano.

Frecuentemente, se utiliza como solución a una serie de carencias que experimenta el adulto mayor, tal como la falta de apoyo social y disminución de los recursos económicos.

Determinados estudios gerontológicos han demostrado que las probabilidades de experimentar una institucionalización aumentan drásticamente con la edad. Casi el 70 por ciento de las personas que fallecen después de los 85 años han sido institucionalizados, ya sea en hospitales, hogares para ancianos o entidades de custodia o guardería. Este proceso es más común en países desarrollados, tales como los Estados Unidos de América.

Los efectos de la institucionalización de los ancianos son claros y diversos, coincidiendo muchos con aquellos que se presentan en personas depresivas:

- a) El concepto de persona del anciano y su autoestima se ven afectados en gran medida.
- b) Disminuye la capacidad de adaptación, principalmente debido a que desaparecen los roles ejercidos.
- c) Los contactos sociales y las actividades cotidianas disminuyen drásticamente.
- d) Si la institucionalización ocurre de forma brusca, a menudo surgirán conflictos y pérdida de orientación temporal y espacial.
- e) La mayor parte de los asilos o casas-hogar no cuentan con la estimulación apropiada en el ambiente, lo cual propicia la anomia. Abunda la falta de privacidad y las paredes blancas de algunos establecimientos resultan monótonas y pobres en estimulación visual.
- f) Pierden el control sobre el medio, ya que las instituciones han sido diseñadas para ser controladas por su propio personal y no por los ancianos (Quintanar, 2007).

En lo que cabe al Hogar Bolívar, basándonos en los registros del Departamento de Personal y Dirección, podemos observar los motivos por los cuales son ingresados los adultos mayores a dicha residencia geriátrica, entre los que podemos mencionar (véase cuadro N.º 13):

- Cuidados
- Abandono
- Asistencia social
- Sin vivienda

Autoimagen

Los términos autoimagen y autoconcepto son a menudo empleados como sinónimos. Sin embargo, hay autores que los definen por separado.

Maurus (2002) “define la autoimagen o autoconcepto como la percepción de sí mismo, lo que se piensa ser. La buena autoimagen desempeña un papel dinámico, en el sentido de contribuir a la madurez y es esencial para lograr que el individuo sea bienvenido en la sociedad” (p.35).

Otros autores consideran que el autoconcepto es la imagen que la persona tiene de sí misma. Este refleja las experiencias actuales y los modos en que estas se interpretan.

Árraga y Sánchez (2007) indican que “la imagen de sí mismo es el “retrato” que una persona tiene de sí misma, siendo esta percepción una imagen real del individuo. Esta manera de percibirse a sí mismo a través de la imagen, involucra un proceso de toma de conciencia de los sentimientos, debilidades, fortalezas, entre otros, para poder obtener así una autoimagen realista. La falta de claridad en el conocimiento de sí mismo es una de las principales causas de una autoestima inadecuada. Esto provoca sentimientos de superioridad o inferioridad, además de la ignorancia sobre sus propios defectos y virtudes” (p.40).

La percepción que se tiene de uno mismo, es decir la autoimagen, y la valoración que se hace de esta (la autoestima), involucra en todas y cada una de las siguientes dimensiones:

- 1) Pensamientos, que se refiere al manejo de representaciones mentales de la información.
- 2) Sentimientos, que se definen como la expresión mental de las emociones.
- 3) Comportamientos o lo que las personas hacen.
- 4) Actitudes, entendidas como las reacciones evaluativas, favorables o desfavorables, hacia algo o alguien, que se expresan a través de las creencias, sentimientos y comportamiento deliberado, estas son dos de los diferentes aspectos psicológicos que pueden cambiar en una persona cuando llega a la etapa de la vejez. Esto corresponde a un punto de suma importancia para el logro de la adaptación a este período vital, y mucho más, en este punto de la vejez, ya que es primordial llegar a un envejecimiento inteligente y con buena calidad de vida.

De acuerdo con los estudios consultados, la autoimagen es un aspecto muy importante que considerar en adultos mayores que han sido institucionalizados en asilos u hogares para ancianos. Ya que la autoimagen es una valoración subjetiva de sí mismo, la manera en que las personas pertenecientes a este grupo etario se perciban podrá ser un factor determinante en la forma en que enfrenten su institucionalización.

Terapia Cognitiva basada en Atención Plena o *Mindfulness*

En lo que cabe al marco referencial teórico del abordaje terapéutico que se implementó en un grupo de adultos mayores previamente seleccionados dentro del Hogar Bolívar, podríamos decir que contiene algunos elementos referentes al abordaje cognitivo junto con atención plena, tales como la observación de pensamientos y emociones, así como el responder adaptativamente a las primeras

señales de alerta de posibles recaídas en sintomatologías como ansiedad y depresión.

En el caso del grupo de adultos mayores seleccionado previamente dentro del Hogar Bolívar para efectos del desarrollo de nuestra práctica y trabajo de grado, se elaboró un abordaje terapéutico basado en un programa cuyos contenidos se enmarcan en la MBSR. Dichos contenidos fueron organizados en sesiones correspondientes a un período de 8 semanas. Aunado a ello, hemos abordado el tema de la aceptación de pensamientos relacionados con la autoimagen, depresión y envejecimiento de los adultos mayores, además de enfocarnos en el abordaje de la disminución del estrés y dolor físico que puede estar relacionado con la etapa de vida que están atravesando los adultos mayores y su estadía en la residencia geriátrica. La muestra de la población seleccionada ha sido compuesta por 10 adultos mayores institucionalizados, con edades comprendidas entre 65 a 93 años, con determinadas características comunes que se detallan más adelante.

Atención Plena-*Mindfulness*

Kabat-Zinn (2006) señala que “*Mindfulness* (atención plena) es estar completamente despierto en nuestras vidas. Se trata de percibir la exquisita intensidad de cada momento...” (p.5).

Según la opinión de Winston (2008), *mindfulness* significa: “Prestar atención a la experiencia del momento presente con curiosidad abierta y con una disposición de estar con aquello que sucede” (p.3).

La atención plena es un componente de un número de tradiciones espirituales antiguas. Dentro de la tradición del budismo, es una parte integral del camino hacia el entendimiento de los orígenes y el fin del sufrimiento. Con este comentario, Gunaratana (2002) también sostiene que es una forma de liberarse a sí mismo de los patrones establecidos de añadir angustia a una dificultad y/o un dolor existente.

Según Grossman, Niemann, Shchmidt y Walach, (2004), “atención plena por lo tanto nos permite ver y trabajar con las vulnerabilidades universales y desafíos que son parte inherente del ser humano” (p.20). Por tanto, la percepción con atención plena no es un concepto de naturaleza religiosa o esotérica y es potencialmente accesible y aplicable para todos.

El punto de Kabat-Zinn (1994) es que la atención plena (*mindfulness*) es el conocimiento que emerge cuando uno presta atención a una experiencia de una forma particular: a propósito (la atención está puesta deliberadamente en un aspecto particular de la experiencia); en el momento presente (cuando la mente vaga al pasado o al futuro, la traemos de nuevo al presente); y sin juzgar (el proceso está inculcado con un espíritu de aceptación de lo que sea que ocurra). Es simplemente estar consciente de lo que sucede, según surge, prestándole atención directa y profundamente, relacionándose con aceptación: un acto poderoso de observación. A pesar de tener una intención y esencia simple, la práctica de atención plena a menudo parece trabajo arduo. Es una práctica a través de la cual nos entrenamos sistemáticamente a estar confiados en enfocarnos hacia lo que sea que surja en nuestra experiencia; esto, contrario a nuestro instinto de evitar los aspectos difíciles y desafiantes de nuestra experiencia.

La práctica y enseñanza de atención plena contiene tres elementos generales:

1. El desarrollo de la conciencia a través de una metodología sistemática incluyendo las prácticas formales de atención plena (escáner corporal, meditación sentado, movimiento con atención plena) y las prácticas informales de atención plena (cultivar la conciencia del momento presente en la vida diaria).
2. Un marco actitudinal particular caracterizado por amabilidad, curiosidad, y una disposición de estar presentes en la manifestación de experiencia. Estas actitudes son tanto deliberadamente cultivadas dentro de la práctica, como también emergen espontáneamente de ella.

3. Un entendimiento de la vulnerabilidad humana. Esto se desarrolla a través de la percepción auditiva, y luego explorando la validez a través de la observación directa de nuestro proceso experiencial en acción durante una práctica de meditación de atención plena. Aprendemos a través de esto que a pesar de que el sufrimiento es una parte inherente de nuestra experiencia, hay formas de aprender a reconocer y salir de los patrones habituales que colaboran a perpetuarlo y empeorarlo. Dentro del contexto original budista, la atención plena se enseña como parte de un sistema integrado, que nos ayuda a reconocer la naturaleza humana del sufrimiento y a trabajar conscientemente con ello hasta que nos surja por cuenta propia.

Juntos, estos elementos de la práctica y enseñanza de atención plena nos ofrecen el potencial de desarrollar introspección, nuevas perspectivas y de esta forma facilitar la transformación personal.

Terapia basada en la Atención Plena o *Mindfulness* para la Disminución del Estrés (MBSR)

Una posibilidad de reducción del estrés se encuentra en la práctica mediante *mindfulness* (MBSR). El entrenamiento intensivo en *mindfulness* puede cultivar estados de relajación, mejorar síntomas físicos del dolor y enfermedades crónicas, abrir la mente a un mayor conocimiento y mejorar la salud física y el sentido de bienestar para obtener una vida más plena y satisfactoria.

El curso fue creado hace veinte años por Jon Kabat-Zinn, doctor en biología molecular y fundador de la Clínica de la Reducción del Estrés en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts en Worcester. Esta forma de meditación se nutre principalmente de la tradición budista y fue concebida como un medio para cultivar un mayor conocimiento y sabiduría, ayudando a las personas a vivir cada momento de sus vidas lo más plenamente posible.

Mientras que algunas formas de meditación se basan en focalizarse en un sonido o una frase con el fin de reducir las distracciones, el entrenamiento en *mindfulness* se basa en lo contrario. En esta práctica, no se ignoran los pensamientos de distracción, ni las sensaciones o el malestar físico, más bien consiste en focalizarse en ellos. Una parte importante de la práctica de MBSR está en mirar, aceptar e incluso dar la bienvenida a las tensiones, el estrés y el dolor, así como las emociones perturbadoras que surgen, como el miedo, la ira, la decepción, la sensación de inseguridad y la falta de reconocimiento.

Esto se hace con el propósito de reconocer la realidad actual tal y como es, tanto si es agradable o desagradable, como el primer paso hacia la transformación de esa realidad y nuestra relación con ella. MBSR también incluye la práctica de yoga. El yoga estimula la fuerza de los músculos y huesos, la flexibilidad y el equilibrio, así como la quietud interior. Puede ser tanto relajante como energizante. Aplicado junto con técnicas de *mindfulness*, el yoga es una forma suave y al mismo tiempo potente de meditación orientada hacia el cuerpo.

Con la práctica continuada, se puede empezar a habitar plenamente el cuerpo, prestar más atención a sus estados cambiantes y aprender a cultivar un sistema de alarma para detectar la presencia temprana de estrés, tensión o dolor. Con una actitud de *mindfulness* dirigida a los estados del cuerpo y la mente, se tiene más información para poder trabajar con los acontecimientos potencialmente estresantes del día a día.

¿Pueden los pensamientos y la tensión del cuerpo provocar síntomas corporales? Existe una creciente evidencia que establece que, al aplicar técnicas basadas en la mente y el cuerpo, estos pueden relajarse, adquiriendo nuevas perspectivas y nuevas formas de hacer frente a la vida que pueden afectar a los síntomas, como por ejemplo la gastritis.

El doctor Dean Ornish, autor del Programa de Reversión de Enfermedades del Corazón, proporciona la prueba científica que demuestra en su histórica investigación, por primera vez, que incluso las enfermedades cardíacas graves pueden ser revertidas mediante prácticas como la meditación, yoga, un cambio en la dieta y participando en grupos de ayuda. La investigación sobre el impacto de *mindfulness* en una variedad de síntomas que incluyen el trastorno de ansiedad, el dolor crónico y la psoriasis se ha llevado a cabo durante los últimos 20 años por el Dr. Kabat-Zinn.

El Dr. Kabat-Zinn (2007) afirma que "los participantes sienten una fuerte reducción durante el curso de ocho semanas, tanto en el número de síntomas médicos que se informaron inicialmente, como en los problemas psicológicos, como la ansiedad, la depresión y la hostilidad" (p.25).

Estas mejoras se producen en la mayoría de los participantes en cada clase e independientemente del diagnóstico, lo que significa que el programa es importante para las personas con una amplia gama de trastornos médicos y diferentes situaciones de vida. En esta misma línea, Kabat-Zin (2012) señala que además de tener un menor número de síntomas, las personas experimentan mejoras en la forma en cómo se ven a sí mismos y al mundo. Se sienten más seguros de sí mismos, enérgicos y motivados para cuidarse mejor y con más confianza en su capacidad para responder de manera efectiva ante circunstancias estresantes. También perciben un mayor sentido de control sobre sus vidas, una mayor disposición para afrontar los acontecimientos estresantes como retos en lugar de amenazas, y un mayor sentido de significado en la vida (p.50).

En la práctica de *mindfulness*, podemos cultivar el sentido de nosotros mismos como una conciencia presente que observa los pensamientos que llegan a la mente y verlos como algo que debe ser detectado, tal vez respondido, pero sin identificarlo como "nosotros mismos". A medida que empezamos a calmar la mente, este punto de vista en relación con los pensamientos con nosotros mismos puede

cultivarse cada vez de una manera más profunda, lo que puede llevar a una mayor claridad acerca de lo que realmente somos. Cuando nos damos cuenta de que no somos nuestros pensamientos, podemos explorar más profundamente y estar en una mayor quietud que nos posibilitará conocernos y estar en nuestra esencia. Del mismo modo que el océano tiene olas en su superficie y silencio en sus profundidades, nosotros también podemos conocer los patrones de pensamiento en nuestra superficie, así como la tranquilidad en nuestro interior.

La formación en *mindfulness*, ya aplicada en el entorno médico, se ha ampliado en su alcance para incluir a reclusos en el sistema penitenciario, residentes de centros urbanos, remeros olímpicos, jueces, el equipo de baloncesto de los Chicago Bulls, ejecutivos de empresas, así como a escuelas primarias de niños. En la actualidad, se ofrecen más de 240 programas de MBSR en los Estados Unidos. Los instructores varían con respecto a sus conocimientos previos. La mayoría de los profesionales provienen de la enseñanza y la experiencia clínica en el campo de la salud, o tienen una vasta experiencia en la práctica de yoga y la meditación.

Si nos sentimos presionados por un dolor grave y estrés, o simplemente por una leve sensación de que las cosas no son como nos gustaría que fueran, la meditación basada en *mindfulness* es una herramienta que nos permite ver nuestro mundo como observadores, mirando el paisaje de nuestra propia vida en particular y el mundo que nos rodea desde un nuevo punto de vista más ventajoso. Podemos empezar a reconocer las formas que contribuyen a nuestro propio descontento y podemos decidir cambiarlo. La meditación basada en *mindfulness* ofrece esta maravillosa oportunidad.

Diversas fuentes de investigación científica avalan los beneficios de la práctica de este tipo de programas basados en la atención plena, siendo Jon Kabat Zinn el impulsor de su utilización como intervención en el tratamiento de trastornos psicosomáticos y psicofisiológicos. Existen diversas investigaciones que muestran

los beneficios del método *mindfulness*. Se mencionan grandes beneficios en cuanto a la mejoría de sintomatología referentes a trastornos de ansiedad, según Jon Kabat Zinn (2012) nos señala que “el entrenamiento en *mindfulness* reduce significativamente los síntomas de ansiedad, estrés psicológico y depresión secundaria” (p.28). Los impactos favorables en los resultados se suelen mantener en periodos mayores de 2 años.

En lo que se refiere a trastornos depresivos, la Terapia de Activación Conductual junto con *mindfulness* está logrando grandes cambios en la dinámica de estos pacientes. Del mismo modo, aquellas personas que han sido entrenadas a través de *mindfulness* y por la Terapia Cognitiva han demostrado ser eficientes en reducir la reincidencia de episodios depresivos en pacientes que anteriormente habían atravesado por alguna terapia para la Depresión.

Otro tipo de trastorno clínico que ha recibido beneficios significativos con la implementación de las prácticas de ***mindfulness*** se refiere al Trastorno Límite de la Personalidad, en el cual le debemos su reconocimiento a través de la Terapia Dialéctico Conductual de Marsha Linehan.

En cuanto a síntomas físicos que ha recibido significativos beneficios por parte de las prácticas de ***mindfulness*** se encuentran los siguientes: Fibromialgia, para el cual según los autores Kaplan, Goldenberg, Weissbecker (2002) “el entrenamiento en *mindfulness* resultó en una mejora significativamente en las condiciones físicas y psicológicas y el área social” (p.43). Su posicionamiento en la atención del dolor bajo la atención plena evocando imágenes positivas conlleva a una práctica inusual con resultados favorables para estos pacientes.

Otro tipo de sintomatología médica que ha recibido cambios significativos en las mejoras de su condición es el dolor crónico, ya que las prácticas de *mindfulness* no sólo centran la atención en el dolor, sino también coadyuvan a la disminución de la ansiedad, el mal humor y depresión, factores clínicos que acompañan a dicha

condición. Según Jon Kabat Zinn (2012), “las mejorías en los síntomas relacionados al dolor crónico se mantienen en el seguimiento que se realiza en cada caso” (p.28).

El estrés también puede ser combatido a través de Programas de reducción de estrés. MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*), según lo que expresa Reibel (2001), “se ha demostrado que mejora la calidad de vida asociada a la salud, es decir a la funcionalidad, bienestar, reducción en síntomas físicos, menor nivel de estrés psicológico, entre otros” (p.50).

Otras poblaciones con diversas sintomatologías tanto médicas como mentales han sido beneficiadas con las prácticas de *mindfulness*, entre las enfermedades médicas que han sido objeto de estudio a través de la implementación de las prácticas de atención plena, tenemos que, por ejemplo, los distintos tipos de cáncer, han podido ser atravesados con estas prácticas y los pacientes lo pueden transitar con mayor alivio y tranquilidad, asimismo, en este orden tenemos a las enfermedades como la diabetes, las coronarias, hipertensión, psoriasis, cefaleas, esclerosis múltiples, entre muchas otras.

Vemos, según la revisión investigativa, que existe un amplio campo donde se han desarrollado en gran medida los beneficios de la práctica de *mindfulness* en la aplicación de distintos tipos de problemáticas tanto médicas como psicológicas.

3.5. Justificación

Los trastornos emocionales como la depresión, ansiedad suelen acompañar cada vez más a este grupo etario. Dichos trastornos repercuten no sólo en la salud mental del adulto mayor, sino también en su estado emocional y biológico. Este tipo de problemáticas supone una gran limitante en la vida de la persona, puesto que, las quejas por malestares físicos como psicósomáticos se encuentran a la orden del día con este grupo etario.

Las terapias basadas en *mindfulness* han mostrado significativos resultados en este tipo de problemas, así como en la repercusión que se obtiene del bienestar y la calidad de vida de personas.

Lamentablemente, la aplicación de este tipo de prácticas en la población de adultos mayores tiene escasa bibliografía y carecemos de específicas investigaciones en este campo de estudio con los ancianos. *Mindfulness* o conciencia plena conlleva todo un proceso de observar detenidamente a través de la atención consiste el cuerpo y las experiencias mentales de cada individuo. Según Jon Kabat Zinn (2007), “mindfulness no implica rechazar ideas o pensamientos o emociones, ni trata de controlar nada en absoluto que no sea focalización y dirección de la atención” (p.79).

Practicar *mindfulness* permite observa los pensamientos y las sensaciones que una persona pueda experimentar como eventos que fluyen de forma continua, los cuales únicamente pueden ser observados si es consiente el observador de su característica transitoria y no definitiva del mismo, finalizando con un modelo habitual de pensar, sentir y actuar.

Se trabaja en el juicio que se suele dar a los pensamientos cuando estos atraviesan nuestra mente sin permiso y de forma intrusiva. Lo que se pretende es observar sin juicio y así no se ancla la persona en dicho pensamiento y, por consiguiente, no afectará en el plano emocional.

Las características que acompañan a los procesos de envejecimiento se encuentran cargadas de contenidos emocionales, los cuales se fusionan con los propios eventos particulares de cada persona, por ende, nos encontramos ante una etapa en la que las reminiscencias sobre su experiencia y su ciclo vital son continuas y constantes, siendo en muchas ocasiones focos de ansiedad y malestar en el sujeto. Dichos focos de malestar se traducen en quejas psicósomáticas, como dolores de cabeza, dolores musculares, taquicardias, cabe destacar también

procesos psicológicos, como son las llamadas de atención, comunes en dicha población, siendo estas más sobresalientes en aquella población institucionalizada.

3.6. Diseño de la Propuesta

Introducción

La mayoría de nosotros nos sorprendemos cuando esto sucede, tal vez mientras caminas por un sendero de montaña en un hermoso día de verano, o cuando estás tan concentrado en el trabajo o en el juego que no piensas en el pasado o en el futuro, o cuando conectas con alguien de tal manera que hace que parezca que el tiempo se detuvo. Este estado de estar vivo y completamente en el momento presente siempre está a nuestra disposición, pero por lo general se nos escapa, sobre todo en momentos difíciles y con presiones externas.

Mindfulness se utiliza hoy en día en muchos contextos y hay muchas y diferentes interpretaciones del término. Una definición interesante resulta ser la que plantea Diana Winston (2015): “prestar atención a la experiencia del momento presente con curiosidad abierta y con una disposición de estar con aquello que sucede” (p.3).

En las siguientes líneas se pretende desarrollar un programa de intervención psicoterapéutica a través de la práctica de *mindfulness* con adultos mayores institucionalizadas. Dicho programa de intervención psicoterapéutica se ha llevado a cabo en un centro de cuidados para adultos mayores en la ciudad de Panamá, denominado Hogar Bolívar, bajo el consentimiento verbal previamente informado a los participantes de los talleres, con el objetivo de analizar los beneficios de dicha práctica en la población seleccionada. El Programa se llevó a cabo durante dos meses (8 sesiones: cuatro sesiones destinadas a la impartición del programa propiamente dicho, y las otras cuatro sesiones destinadas a trabajar los pensamientos e ideas perturbadoras sobre la vejez y la institucionalización, así

como el dolor crónico). La muestra ha sido conformada por diez adultos mayores, con edades comprendidas entre los 65 y 93 años, con distintas características comunes.

La disposición por la que se ha llevado a cabo dicho Programa de intervención psicoterapéutica radica en la validez de numerosas publicaciones científicas que avalan a la práctica de *mindfulness* como una de las más efectivas ante diversas problemáticas de índole físicas como mentales, siendo el estrés un eje fundamental para abordarlo en las prácticas de atención plena. Asimismo, nos encontramos cada vez más con mayores índices de depresión y ansiedad en la población de adultos mayores a nivel mundial. Y la escasa bibliografía en la obtención de resultados significativos a través de la práctica de *mindfulness* en personas adultos mayores, son alguna de ellas.

Objetivos

- **Objetivo General**

Contribuir, a través de la Terapia de Reducción de Estrés basada en la Atención Plena (MBSR), a que exista una mejor condición psicológica en el manejo del estrés, los pensamientos, el dolor y los desafíos de la vida cotidiana del adulto mayor residente del Hogar Bolívar.

- **Objetivos Específicos**

Lo que se logra conseguir con este tipo de intervenciones en los adultos mayores del Hogar Bolívar es desarrollar habilidades que puedan aumentar su capacidad de:

- Manejar el estrés, el dolor y los desafíos de la vida cotidiana en esta fase de vida.
- Hacer frente a los acontecimientos perturbadores con humor y ánimo.
- Reducir la ansiedad de los pensamientos difíciles.

- Estar completamente presente en el aquí y ahora.

Beneficiarios

Los beneficiarios, en primera instancia, de la intervención terapéutica basada en la atención plena son los profesionales del área de la salud mental que se encuentran en contacto con la búsqueda de nuevas alternativas psicoterapéuticas para los pacientes y sus diferentes problemáticas.

Luego tenemos a los alumnos en formación de estudios superiores, como maestrías, que buscan nuevos aportes de conocimientos innovadores para desempeñarse como futuros especialistas.

Y, por último, pero no menos importantes, los adultos mayores residentes del Hogar Bolívar son los mayores beneficiarios al tener la oportunidad de desarrollar habilidades mentales y psicológicas que le permitan sobrellevar la carga que se relaciona con el estrés de su etapa de vida y la situación de encontrarse institucionalizados.

Fases de Intervención

Mindfulness no es una “cura” para condiciones médicas graves y no debe ser utilizado como un sustituto al tratamiento médico, pero la investigación indica que el tratamiento mental puede tener un efecto terapéutico significativo para aquellas personas que experimentan estrés, ansiedad, hipertensión, depresión, dolor crónico, migrañas, enfermedades del corazón, diabetes y otras dolencias. Además, los participantes suelen decir que se sienten más vivos, más “en sintonía” con ellos mismos y con los demás. La importancia de la práctica radica en una experiencia diaria.

No se puede aprender a hacer *surf* leyendo un libro sobre tablas de *surf* y olas, y el aprendizaje de la práctica de *mindfulness* no es diferente a cualquier otra habilidad que implique tanto a la mente como al cuerpo.

Se sabe por la propia experiencia en aprendizaje lo importante que es la práctica. El cuerpo/mente es el instrumento más complejo del universo.

Se necesita tiempo y práctica para utilizarlo de manera eficaz y armoniosa. Por esta razón, es recomendable que se reserven 30 minutos diarios para la práctica. Esta puede ser la mayor dificultad a la que uno se puede enfrentar, puesto que en ocasiones el mayor problema radica en no tener suficiente tiempo en el día para hacer las cosas que se necesitan hacer. Sobre todo, en este tipo de instituciones donde muy probablemente no se cuente con un personal experto que continúe con la práctica de *mindfulness* de forma continua.

A continuación, se presenta el Cronograma de Intervenciones basado en un programa de 8 semanas. Se llevaron a cabo 16 sesiones aplicando el programa propiamente dicho, considerando una práctica semanal con posibilidad de reforzamiento durante los demás días de la semana (bajo supervisión de la psicóloga de planta), en un período de 8 semanas consecutivas. Luego, las 8 sesiones restantes se utilizaron para:

- Afianzar la práctica formal de atención plena, como lo son ejercicios de respiración consciente, scanner corporal y los ejercicios de afrontamiento.
- Revisar y exponer en el grupo la práctica individualizada de cada adulto mayor institucionalizado para reforzar los fundamentos de la práctica de *mindfulness*.
- Verificar los movimientos que ejecutan los participantes en la vía de sus posibilidades (yoga 1 y yoga 2).

Sesiones del Programa en Terapia de Reducción de Estrés a través de la Atención Plena (MBSR)

Sesión 1.

Área I

- 1-Introducción a los propósitos y beneficios de *mindfulness*.
- 2-Concepto de envejecimiento saludable.
- 3-Toma de conciencia elemental.
- 4-Beneficios y fundamentos de la práctica de *mindfulness*.

Metodología

- Dinámica de integración: presentación de los participantes y terapeuta.
- Dinámica: cómo se llaman y mencionen a un buen compañero
- Intervención: Primeros Pasos de Atención Plena.
- Dinámica: práctica formal de la pasa de uva.
- MBSR-Una visión General
- Investigación en MBSR

Meta

- Conocer el propósito del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena y toma de conciencia sobre una vejez saludable.

Sesión 2.

Área II

- 1- Introducción al escáner corporal.
- 2- Registro pensamientos favorables.
- 3- Ejercicio de exploración corporal.
- 4- Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Entrar en el Estado de Atención Plena a través de la Práctica Formal del Escáner Corporal.

Meta

-Aprender a poner plena atención en diferentes áreas del cuerpo.

Sesión 3.

Área III

1-La atención y el cerebro.

2-Registro de pensamientos favorables.

3-Introducción a la práctica sentada.

4- La importancia de saber estar presente.

5-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Práctica Consciente Sentada.

Meta

-Comprender el alcance de la plena atención en el aquí y ahora.

-Reconocer los pensamientos difíciles y comentarlos en el grupo.

Sesión 4.

Área IV

1-Lidiar con los pensamientos.

2-Introducción al yoga.

3-Ejercicios de atención plena (pintar mandalas).

3-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Realización de Ejercicios de Yoga *Mindfulness*.

Técnica: Ejercicio de pintar mandalas.

Meta

-Saber afrontar su ansiedad en cualquier momento y sentirse plenos a través del *yoga-art-mindfulness*.

Sesión 5.

Área V

1-Estrés: Respuesta reflexiva sobre reaccionar.

2-Sesión destinada al trabajo en valores personales. Fomentar la activación conductual del sujeto en la dirección de estos.

3-STOP: Espacio de respiración de un minuto.

4-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Atención plena en la respiración.

Técnica: Ejercicio de pintar mandalas.

Meta

-Entender que es el estrés y cómo manejarlo a través de la respiración.

Sesión 6.

Área VI

1-Lidiar con emociones o sensaciones difíciles.

2-Suavizar, Calmar, Permitir.

3-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Meditación para Suavizar, Calmar, Permitir.

Meta:

-Entender qué es la aceptación.

Sesión 7.

Área VII

1-Instrucciones específicas para el dolor crónico.

2-Los 5 pasos del “dolor”.

3-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Instrucciones sobre el Manejo del Dolor.

Meta

-Entender el proceso del dolor, y la aceptación de este con amabilidad.

Sesión 8.

Área VIII

1-*Mindfulness* y compasión.

2-Bondad amorosa.

3-Análisis de experiencias de la práctica.

Intervención: Práctica sobre el Amor Compasivo.

Técnica: Práctica de atención plena a través de la experiencia de masillas y pintar mandalas.

Meta

-Introducir la aceptación y la bondad amorosa a través del proceso de autocompasión.

-Valoración Programa.

3.7. Descripción de la Propuesta de Evaluación

La Evaluación Posttest del Programa de Intervención basado en la Atención Plena se realizó en el grupo de adultos mayores luego de haber aplicado el abordaje terapéutico y de realizar las posteriores sesiones de reforzamiento.

Además, se aplicó un cuestionario verbal de opinión sobre las sesiones de la intervención terapéutica. Entre las respuestas más comunes podemos mencionar:

- Aprendí a respirar.
- Aprendí a quedarme tranquilo en mi cabeza.
- Cuando me pongo nerviosa o nervioso, me detengo y respiro.
- Si me duele algo, me detengo y me fijo en otro tema.
- Ya sé cómo calmar mi ansiedad.
- Sentí paz.
- Se puede estar en el presente sin pensar en el pasado.
- Mi pasado no me perturba.
- Me siento con energía.
- Me gusta prestar atención.
- Aprendí a aceptar mi cuerpo del presente y quién soy.
- Aprendí a reconocer mi sabiduría.

4. Consideraciones Generales

El proceso de institucionalización para poblaciones de adultos mayores dentro de centros de residencia geriátrica resulta de gran dificultad para los adultos mayores que empiezan a transitar una etapa de vida de grandes cambios a nivel fisiológico, cognitivo y social. Dichos cambios pueden ser obstáculos a la hora de encaminar una adecuada estadía en estos centros, ya que el estrés que generan dichos cambios puede afectar su salud en general.

Hoy por hoy, vemos cierta pobreza en lo que respecta al abordaje psicológico de esta población que se ubica en estos centros de residencia geriátrica. Los adultos mayores se encuentran sujetos a planes relacionados con temas de índole médica y física, sin embargo, el plano terapéutico psicológico queda en muchos casos ausente dentro de estos centros. Por lo tanto, la necesidad de abordar a estas poblaciones dentro de estos centros de residencia geriátrica crece día a día. Los adultos mayores necesitan abordajes dentro del área de la psicología que intervengan en las dimensiones de las valoraciones física, afectiva, cognitiva y socioemocional.

Por ende, la intervención terapéutica abordada con un grupo de adultos mayores residentes del Hogar Bolívar, con enfoque en la Atención Plena, ha sido de gran ayuda a la hora de comprobarse su efectividad a través de los resultados de la valoración posttest, ya que se observó una disminución de factores causales de índices de estrés, como la aparición de la depresión, baja autoestima, percepción negativa sobre el autoconcepto, deterioro de la salud en general, aspectos socioemocionales, como el abandono, la soledad, la pérdida de su autonomía económica, entre otros.

Luego de haber abordado los resultados del Programa en Reducción de Estrés a través de la Atención Plena en un grupo previamente seleccionado de adultos mayores dentro del Hogar Bolívar, podemos corroborar su beneficio en dicha población al observar su mejoría dentro de aspectos afectivos, físicos, cognitivos y sociales que se vieron plasmados en la valoración integral posttest luego del abordaje terapéutico, así como también, se observó en la respuesta positiva expresada por los participantes luego de la evaluación del programa en cuanto al manejo y regulación de pensamientos difíciles, respiración y estados anímicos.

Conclusiones

Las siguientes conclusiones se desprenden del trabajo realizado con la implementación del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (MBSR) a un grupo de adultos mayores seleccionados previamente y con consentimiento informado del mismo dentro de la casa de adultos mayores residentes denominado Hogar Bolívar.

- Los aportes de diarios como La Prensa postulan sobre el aumento de la vulnerabilidad de este grupo etario, lo cual coincide con los hallazgos en el presente estudio, donde alrededor del 44 % de la población de adultos mayores que reside en el Hogar Bolívar no cuenta con apoyo familiar.
- Aquellos adultos mayores de género femenino que se encontraban dentro del grupo terapéutico y presentaron deterioro psicológico y físico, se demostró que, a través del abordaje individual con la Terapia de Aceptación y Compromiso y *mindfulness*, se observó un mayor desempeño dentro del grupo.
- En cuanto a la variable de “depresión” (estado anímico y cognitivo), después del abordaje terapéutico, se observó mejoría significativa, puesto que aumentó el porcentaje de adultos mayores sin presencia de depresión.
- Al ver los resultados del índice en cuanto a “independencia vs dependencia” en las actividades diarias de los adultos mayores residentes del Hogar Bolívar, después del abordaje terapéutico, se observó que un mayor porcentaje de adultos mayores alcanzaron un rango de “independencia” en sus actividades diarias.

- Se comprobó post intervención psicológica a través del Programa de *Mindfulness*, un aumento en el número de participantes que presentaron mejoría en su estado mental.
- Por otro lado, en cuanto a la percepción del estado de salud en general por parte de los adultos mayores que participaron del programa, se pudo observar luego de la intervención psicológica, que éstos se percibieron de forma positiva en cuanto a su salud en general.
- A través de los resultados postest de la Valoración Integral de los participantes del grupo de adultos mayores del Hogar Bolívar intervenido con el Programa de Reducción de Estrés a través de *Mindfulness*, se pudo observar un impacto positivo en cuanto a las siguientes áreas:
 1. Área afectiva (disminución de la problemática en la esfera psíquica, valoración afectiva y cognitiva acerca de la depresión).
 2. Área cognitiva (disminución del deterioro mental y mejoría en los niveles de alerta y desempeño de funciones cognitivas).
 3. Área física (aumento de la autonomía en las actividades de su vida diaria).
 4. Área física (mejoría de la percepción sobre su estado de salud en general).

En lo que respecta a los cuidadores que trabajan para el Hogar Bolívar, se encontró lo siguiente:

Tomando una muestra de 16 cuidadores, se observó que el grupo femenino es el que se encuentra afectado mayormente por el Bournot. Determinado porcentaje presenta el trastorno, pero no está inhabilitado para trabajar, mientras que el grupo masculino en menor cantidad presenta la problemática y no está inhabilitado para trabajar.

Recomendaciones

Luego de presentar aspectos concluyentes, se pueden aportar las siguientes sugerencias:

- La familia debe asumir un rol de mayor apoyo para los adultos mayores que residen en dicha residencia geriátrica. Parece urgente desarrollar programas de sensibilización a la población de nuestro país en cuanto a esta problemática, cada vez más visible entre nosotros. El abandono del adulto mayor en estos centros es preocupante.
- Los actores de la sociedad pueden contribuir con mayor frecuencia a estos grupos de adultos mayores a través de programas de solidaridad y horas de trabajo social para así brindar el apoyo en dichos centros de residencia geriátrica.
- Es imperativo que el Estado planifique, dentro de las políticas socioeconómicas, mayores recursos para el sostenimiento de este tipo de centros, ya que cumplen una función crucial dirigida a una población que va en aumento a nivel mundial.
- Los profesionales del área de la psicología podrían aportar a este sector de la población especializándose y dejando a un lado los temores propios de una posible identificación con la propia historia.
- Resulta de gran utilidad que estos centros de residencia geriátrica tomen en consideración que los cuidadores (trabajadores de los centros) puedan recibir de forma periódica capacitaciones y psicoeducaciones sobre su propio cuidado y recibir recursos para enfrentar el estrés que conlleva dicha tarea.
- Los diferentes centros de residencia geriátrica deberían contemplar la necesidad de contar en planta con un psicólogo idóneo y especializado que pueda introducir nuevos recursos de intervención para esta población. Vimos que es muy necesario actualizarse en esta área para poder así brindar respuestas a esta población que va cada día en aumento

Referencias Bibliográficas

- Ariztia A. (2013). *Los beneficios de Mindfulness en el día y día*. Chile: Aguilar Chilena de Ediciones S.A.
- Árraga M., y Sánchez M. (2007). *Orientación Gerontológica. Desarrollo Humano y Calidad de Vida en la Vejez*. Venezuela: Universidad del Zulia.
- Barraca J. (2011). *El viaje al ahora*. España: Dessclee De Brouwer, S.A. Beck Aron T., Rush John A., Shaw Brian F., y Emery G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Estados Unidos: Desclée De Brouwer.
- Berger K., (2009). *Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Cavelius, A y Wuillemet, S., (1999). *Mandalas: Teoría y Práctica*. España: Parramon.
- Cayoun, B. (2013). *Terapia Cognitivo-Conductual con Mindfulness integrado: Principios y Práctica*. Declée De Brouwer.
- Dahlke, R. (2010). *Terapia con mandala. Una guía práctica para encontrar su esencia espiritual*. Robin Book.
- Dhammasami, K. (2013). *La Meditación Mindfulness, Fácil*. España: Asociación Hispana de Budhismo.
- Fericgla J.M. (2009). *“Envejecer: Una antropología de la ancianidad”*. Barcelona: Editorial Herder.

- Gaceta Oficial N°. 25176, 82004). *Constitución Política de la República de Panamá*.
- Gunaratana, H., (2012). *El libro del Mindfulness*. Barcelona: Kairós.
- Kane, I., y Abrass, B., (2000). *Geriatría Clínica*. México: Mac Graw-Hill.
- Korman G., y Garay C., (2012). *El Modelo de la terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness)*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol.XXI, núm.1, abril 2012, pp.5-13. Buenos Aires Argentina: Fundación Aiglé.
- Küstenmacher, M y W (2013). *Energía y fuerza a través de los mandalas*. España: Ediciones Obelisco.
- Lama D., (2012). *Con el Corazón abierto*. Editorial: España: Debolsillo.
- Mañas I., (2012). *Mindfulness (Atención Plena): La Meditación en Psicología*. Publicado en: *Gaceta de Psicología*, N°. 50.. España: Universidad de Almería.
- Maurus J., (2002). *Cultive su autoimagen*. Bogotá: Editorial San Pablo.
- Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación., (2016). *Constitución Política de la República de Panamá*. Panamá. Impresiones Carpal.
- Miró, M.T., (2006). *La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia*. Revista de Psicoterapia, Época II, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006 (66/67): 31-76. ISSN: 1130 – 5142.
- Montilla, E., (2004). *Viviendo la Tercera Edad*. Barcelona: Editorial CLIE.

- Páez M., y Montesinos F., (2016). *Tratando con...Terapia de Aceptación y Compromiso*. España: Pirámide.
- Papalia D., y Martorell G., *Desarrollo Humano*. México: MACGRAW-HILL.
- Pudecombe A., (2012). *Mindfulness. Atención Plena. Haz espacio en tu mente*. Madrid España: Editorial EDAF, S.L.U.
- Salvarezza, L., (2008). *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Shapiro, Shauna L., Schwartz, Gary E. R., y Santerre, Craig. (2005). *Meditation and positive psychology*. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (632-645). New York: Oxford University Press.
- Segal Z., (2017). *MBCT. Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness para la Depresión*. Barcelona: Kairós.
- Siegel, Daniel J. (2012). *Cerebro y "mindfulness": la reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar* (1ª ed.). Barcelona [etc.]: Paidós.
- Siegel, Ronald D. (2011). *La solución mindfulness: prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Simón, Vicente M. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, Epoca II, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006 (66/67): 5-30. ISSN: 1130 – 5142.
- Simón V., y Germer Ch., (2011). *Aprender a Practicar Mindfulness*. Madrid – España: Sello Editorial.

Soriano L., Salas V., y Sonsoles M., (2006). *“La Terapia de Aceptación y Compromiso”*. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Wilson K., y Soriano C., (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. España: Pirámides.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J., (2011). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. United State: Publishing House Gerontologist.

Zinn J., (2012). *¿Cómo asumir su propia Identidad?* España: Plaza & Janes.

Zinn J., (2012). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Zinn J., (2007). *“La práctica de la Atención Plena”*. Barcelona: Kairós Editores.

Zinn J., (2013). *“Full Catastrophe Living”*. United State: Editorial: Random House.

Zinn J., (2014). *“Vivir a pesar de la Crisis”*. Barcelona: Kairós Editorial.

Infografía

Acrich, L. (2012). *La psicogerontología social y la evaluación de las redes sociales de apoyo*. Estudios Contemporáneos de Subjetividad. (versión electrónica). Recuperado el 17/07/18 en:
<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/842>.

Alazne G. (2016). *Mindfulness: Una Guía para Educadores*. (Versión electrónica).

- España: Universidad del País Vasco. Recuperado el 18/01/18 en:
www.researchgate.net/publication/266794224.
- Estrada, E. (2011). *Mindfulness en Niños y Jóvenes: Cómo un Jardín donde plantar*. (Versión Electrónica). México. Recuperado de: www.psicologiaxxi.com.
- Fernández A, y Manrique, (2010). *Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor*. (versión electrónica). Venezuela: Enfermería Global n.19. Recuperado de: www.scielo.isciii.es.
- La Prensa (16 de agosto de 2017). *Panorama, Déficit de Centros para atender adultos mayores. Unidad*. Recuperado de http://impresaprensa.com/panorama/Deficit-centros-atender-adultos-mayores_0_4826517430.html. (Consultado el 02/01/2018).
- Lázaro A., (2012). *Papeles del Psicólogo* (Versión electrónica). Vol. 33(1), pp. 68-73. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de:
<http://www.cop.es/papeles>
- Lewis, R., (2013). *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*. Estados Unidos. Recuperado de: www.palousemindfulness.com.
- Liberata, L., Martínez, B., y Fernández, A., (2016). *Caracterización biopsicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica o terminal*. (versión electrónica). Cuba. Revista Cubana de Enfermería, Vol. 32, Número 3. Recuperado de:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/943/182>.
(Consultado el 21/11/2018).
- Méndez, M., (2013). *Antidepresivos y ansiolíticos para afrontar la vida cotidiana. ¿Solución o problema? Noticias RTVE*.

En:<http://www.rtve.es/noticias/20130217/depresion/607718.shtml>. (Consultado el 08/11/2017).

Página web del Hogar Bolívar (versión electrónica). Panamá: Recuperado de: <https://www.hogarbolivar.com/historia-1>. (Consultado el 03/11/2017).

Valdivia, M.S., (2006). *La Terapia de Aceptación y Compromiso*. (versión electrónica). Papeles del Psicólogo. Recuperado de: [www.contextualscience.org/2006_la_terapia_de_aceptación_y_compromiso_act_fun](http://www.contextualscience.org/2006_la_terapia_de_aceptacion_y_compromiso_act_fun). (Consultado el 24/11/18).

Vega, L., (2010). Ser cuidador; el ejercicio de cuidar (versión electrónica). España: SEPYNA. Recuperado el 20/11/17 en: [http://www.sepypna.com/articulos/ser- cuidador-ejercicio-cuidar/](http://www.sepypna.com/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar/).

ANEXO

Anexo 1. Cronograma de Actividades de la Práctica Profesional

ETAPA I:

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN 2017

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1.Detección de las necesidades de los adultos mayores y definir el Proyecto. se realizó a principios de mes de agosto.		X				
2.Estudio del Programa adecuado para las necesidades detectadas en los adultos mayores: se realizó a finales de agosto.		X				
3.Acompañamiento psicoterapéutico al adulto mayor: se llevó a cabo desde el mes de septiembre hasta el mes de diciembre.			X	X	X	X

4.Revisión y desarrollo del Programa para el adulto mayor: se efectuó a finales de agosto.		X				
5.Comunicación a la supervisora de Contenido y Departamento de Psicología del Hogar sobre el Programa a aplicar en el adulto mayor: se realizó a finales de agosto.		X				
6.Aplicación del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR): a partir del mes de septiembre hasta el mes de diciembre.			X	X	X	X
6.Participación en actividades socioculturales dentro del Hogar Bolívar: mes de octubre.				X		

7.Apoyo a labores psicológicas desarrolladas por el Departamento de Psicología del Hogar: meses de octubre a diciembre (2017).				X	X	X
8.Aplicación de pruebas al personal del Hogar hacia la indagación de posibles efectos en los niveles de estrés generados por funciones de cuidador: se llevó a cabo en el mes de noviembre (2017).					X	
9.Elaboración de propuesta del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR) para cuidadores: se efectuó en mes de diciembre para dejarlo a la Institución (2017).						X

ETAPA II:

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1.Aplicación de la batería de valoración integral del adulto mayor postest a la aplicación del Programa: se realizó en diciembre.						X
2.Evaluación del personal del Hogar y los posibles efectos en los niveles de estrés acerca de sus funciones como cuidadores: se llevó a cabo en noviembre, junto a la entrega del permiso solicitado a la Dirección del Hogar Bolívar.					X	
3.Análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de los cuidadores del Hogar: se realizó en el mes de diciembre (2017).						X

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Anexo 2. Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MBSR
REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA**

ELABORADO A CONSIDERACIÓN PARA CASA HOGAR BOLÍVAR

**REQUISITO PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE GRADO PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON ÉNFASIS EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

UDELAS

**RESPONSABLE: IVETTE SCHUVERER
PSICÓLOGA C.I.P. 1743**

AÑO 2017

Programa de Intervención

(MBSR)

El programa consta de:

Áreas: 8 áreas

Semanas: 8 semanas.

Hora: de una hora a una hora y media.

Objetivo General: Contribuir a través del MBSR a que exista una mejor condición psicológica en el manejo del estrés, el dolor y los desafíos de la vida cotidiana del adulto mayor residente del Hogar Bolívar.

Introducción a Terapia a través de la Atención Plena

La mayoría de nosotros nos sorprendemos cuando esto sucede, tal vez mientras caminas por un sendero de montaña en un hermoso día de verano, o cuando estás tan concentrado en el trabajo o en el juego que no piensas en el pasado o en el futuro, o cuando conectas con alguien de tal manera que hace que parezca que el tiempo se detuvo. Este estado de estar vivo y completamente en el momento presente siempre está a nuestra disposición, pero por lo general se nos escapa, sobre todo en momentos difíciles y con presiones externas.

Mindfulness, la atención plena, se utiliza hoy en día en muchos contextos y hay muchas y diferentes interpretaciones del término. Una definición interesante resulta ser la siguiente: Prestar atención a la experiencia del momento presente con curiosidad abierta y con una disposición de estar con aquello que sucede.” De Diana Winston, del Mindful Awareness Research Center de UCLA.

Lo que se logra conseguir con este tipo de intervenciones es desarrollar habilidades que pueden aumentar tu capacidad de:

- Manejar el estrés, el dolor y los desafíos de la vida cotidiana.
- Hacer frente a los acontecimientos perturbadores con humor y ánimo.
- Estar completamente presente en el aquí y ahora.

Mindfulness no es una “cura” para condiciones médicas graves y no debe ser utilizado como un sustituto al tratamiento médico, pero la investigación indica que el tratamiento mental puede tener un efecto terapéutico significativo para aquellas personas que experimentan estrés, ansiedad, hipertensión, depresión, dolor crónico, migrañas, enfermedades del corazón, diabetes y otras dolencias. Además, los participantes suelen decir que se sienten más vivos, más “en sintonía” con ellos mismos y con los demás.

La importancia de la práctica radica en una experiencia diaria. No se puede aprender a hacer *surf* leyendo un libro sobre tablas de *surf* y olas, y el aprendizaje de la práctica de *mindfulness* no es diferente a cualquier otra habilidad que implique tanto a la mente como al cuerpo. Sabes por tu propia experiencia en aprendizaje lo importante que es la práctica. Tu cuerpo/mente es el instrumento más complejo del universo. Se necesita tiempo y práctica para utilizarlo de manera eficaz y armoniosa.

Por esta razón, es recomendable que se reserve 30 minutos diarios para la práctica. Esta puede ser la mayor dificultad a la que uno se puede enfrentar, puesto que en ocasiones el mayor problema radica en no tener suficiente tiempo en el día para hacer las cosas que se necesita hacer.

A continuación, se presenta el Cronograma de Intervenciones basado en 8 semanas.

Programa

Semana	Día	Horas	Tema	Metodología	Metas
1	1	1:30	<p style="text-align: center;">Área I</p> <p>1-Introducción a los propósitos y beneficios de <i>mindfulness</i>.</p> <p>2-Concepto de envejecimiento saludable.</p> <p>3-Toma de conciencia elemental.</p> <p>4- Beneficios y fundamentos de la práctica de <i>mindfulness</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de integración: presentación de los participantes y terapeuta. - Dinámica: cómo se llaman y mencionen a un buen compañero. - Intervención: Primeros pasos de Atención Plena. - Dinámica: práctica formal de la pasa de uva. - MBSR-Una visión general - Investigación en MBSR 	<p>1.Conocer el propósito del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena y toma de conciencia sobre una vejez saludable.</p>
2	1	1:30	<p style="text-align: center;">Área II</p> <p>5- Introducción al escáner corporal.</p> <p>6- Registro pensamientos favorables</p> <p>7- Ejercicio de exploración corporal.</p> <p>8- Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<p>Intervención: Entrar en el Estado de Atención Plena a través de la Práctica Formal del Escáner Corporal</p>	<p>1.Aprender a poner plena atención en diferentes áreas del cuerpo.</p>

3	1	1:30	<p style="text-align: center;">Área III</p> <p>1-La atención y el cerebro.</p> <p>2-Registro de pensamientos favorables.</p> <p>3-Introducción a la Práctica Sentada.</p> <p>4- La importancia de saber estar presente.</p> <p>5-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Práctica Consciente Sentada. 	<p>1.Comprender el alcance de la plena atención en el aquí y ahora.</p> <p>2.Reconocer los pensamientos difíciles y comentarlos en el grupo.</p>
4	1	1.30	<p style="text-align: center;">Área IV</p> <p>1-Lidiar con los pensamientos.</p> <p>2-Introducción al yoga.</p> <p>3-Ejercicios de atención plena (pintar mandalas)</p> <p>4-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Realización de Ejercicios de Yoga <i>Mindfulness</i>. • Técnica: Ejercicio de pintar mandalas. 	<p>1.Saber afrontar su ansiedad en cualquier momento y sentirse plenos a través del yoga-art-mindfulness.</p>

5	1	1:30	<p>Área V</p> <p>1-Estrés: Respuesta reflexiva sobre reaccionar.</p> <p>2- Sesión destinada al trabajo en valores personales. Fomentar la activación conductual del sujeto en la dirección de los mismos.</p> <p>3-STOP: Espacio de respiración de un minuto.</p> <p>4-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Atención Plena en la Respiración”. • Técnica: Ejercicio de pintar Mandalas. 	<p>1. Entender qué es el estrés y cómo manejarlo a través de la respiración</p>
6	1	1:30	<p>Área VI</p> <p>1-Lidiar con emociones o sensaciones difíciles.</p> <p>2-Suavizar, Calmar, Permitir.</p> <p>3-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Meditación para Suavizar, Calmar, Permitir. 	<p>1.Entender qué es la aceptación.</p>

7	1	1:30	<p>Área V II</p> <p>1-Instrucciones específicas para el dolor crónico.</p> <p>2-Los 5 pasos del “dolor”.</p> <p>3-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Instrucciones sobre el Manejo del Dolor. 	1.Entender el proceso del dolor, y la aceptación de este con amabilidad.
8	1	1:30	<p>Área V III</p> <p>1-Mindfulness y compasión.</p> <p>2-Bondad amorosa.</p> <p>3-Análisis de experiencias de la práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: Práctica sobre el Amor Compasivo. • Técnica: Práctica de atención plena a través de la experiencia de masillas y pintar mandalas. 	<p>1.Introducir la aceptación y la bondad amorosa a través del proceso de autocompasión</p> <p>2.Valorción Programa.</p>

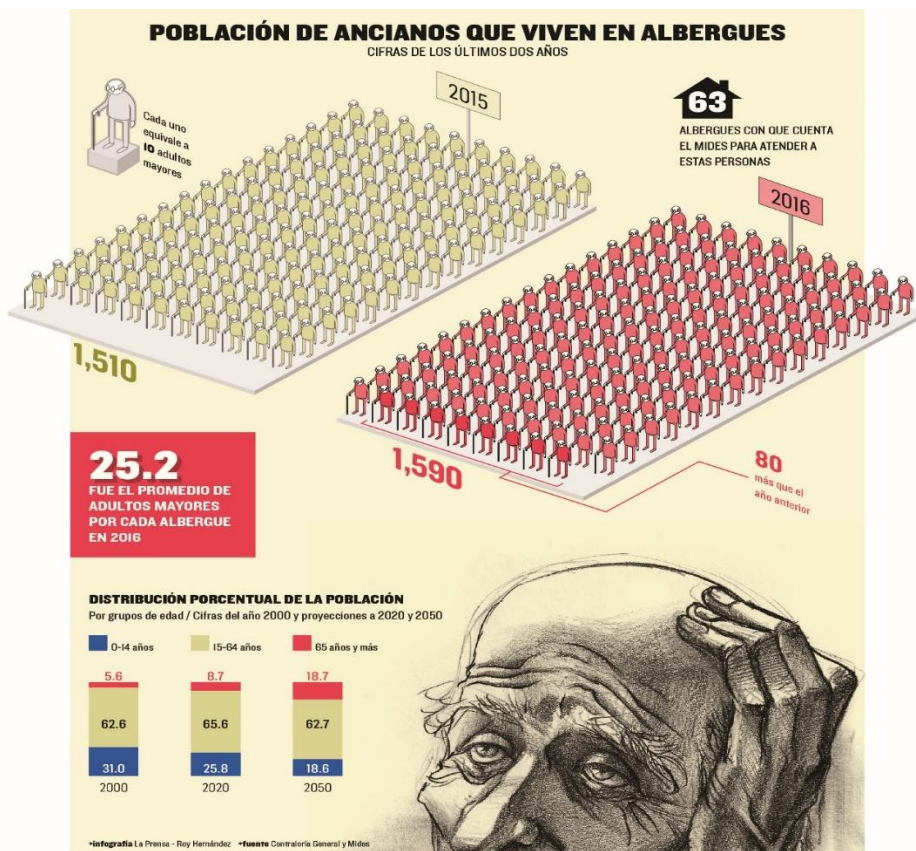
Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Referencia: Página web de MBSR online (“Mindfulness-Based Stress Reduction”). Un Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) [versión electrónica]. USA: <https://palousemindfulness.com/es/>.

Elaborado por:

Ivette Jazmín Schuverer Baez/Psicóloga C.I.P. 1743

Anexo 4. Cifras Actualizadas de ancianos que viven en Albergues



Fuente: Diario “La Prensa”-Contraloría General y MIDES.

Anexo 5. Programa de Intervención Psicoeducativa para Cuidadores del Hogar Bolívar

Programa de Intervención Psicoeducativo (MBSR)

El programa consta de:

Áreas: 2 áreas

horas: 4 horas.

Objetivo General: Contribuir a través del MBSR que exista una mejor condición psicológica en el manejo del estrés y los desafíos de la vida cotidiana del cuidador tanto en su contexto laboral como personal.

Objetivos Específicos:

1. Sensibilizar en la importancia de tomar conciencia sobre los efectos del estrés crónico.
2. Conocer los beneficios de la técnica de *mindfulness* en la salud mental y física.
3. Aprender y aplicar las prácticas de respiración consciente y de escáner corporal.

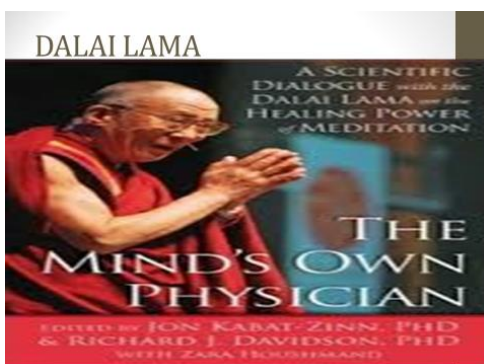
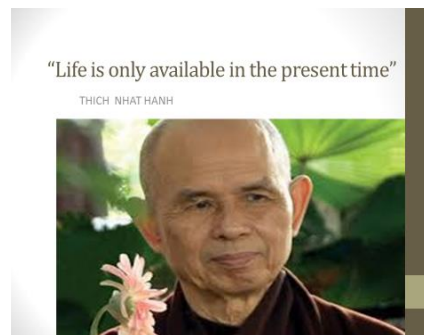
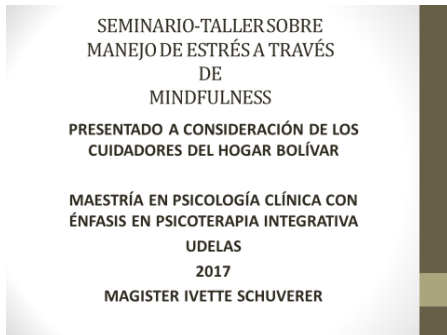
Programa

Semana	Día	Horas	Tema	Metodología	Metas
1	1	4	<p style="text-align: center;">Área I</p> <p>1-Introducción a los propósitos y beneficios de <i>mindfulness</i>.</p> <p>2-Toma de conciencia elemental.</p> <p>3- Beneficios y fundamentos de la práctica de <i>mindfulness</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de integración: presentación de los participantes y terapeuta. - Dinámica: Pensamiento con Emoción: "Ponerse la mano en el corazón y contestar para sí mismos las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿quién soy? 2. ¿qué estoy haciendo en este encuentro? 3. ¿El estrés controla mi vida o yo controlo mi vida? - Intervención: Primeros pasos de Atención Plena. - Dinámica: práctica formal de la pasa de uva. - MBSR-Una visión general 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar acerca de los efectos del estrés en la salud mental y física. - Conocer el propósito del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena y toma de conciencia sobre una vida plena.

			<p>Área II</p> <p>4- Actitudes de la práctica de <i>mindfulness</i></p> <p>5- Introducción al escáner corporal.</p> <p>6- Ejercicio de exploración corporal.</p> <p>7- Análisis de experiencias de la práctica.</p> <p>8- Conversatorio grupal y despedida.</p>	<p>• Intervención:</p> <p>-Práctica Consciente en movimiento.</p> <p>-Entrar en el Estado de Atención Plena a través de la Práctica Formal del Escáner Corporal.</p>	<p>-Aprender a poner plena atención en diferentes áreas del cuerpo.</p> <p>-Comprender el alcance de la plena atención en el aquí y ahora.</p>
--	--	--	---	--	--

Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

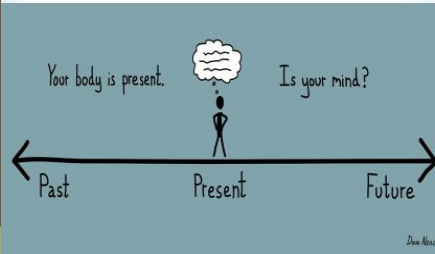
Anexo 6. Diapositivas de la Intervención Psicoeducativa que se llevó a cabo con los cuidadores del Hogar Bolívar



Fernando de Torrijos y Jon Kabat-Zinn



QUE ES CONCIENCIA PLENA?





1era Actitud



No Juzgar

La mayoría de nuestros pensamientos son juzgados. El verdadero discernimiento llega cuando vemos las cosas tal y como lo son.

2da Actitud



Paciencia

Usualmente queremos estar en un sitio sin valorar donde nos encontramos. Ser impaciente impide que vivamos en el

3era Actitud



Mente de Principiante

**EXPLORAR LO DESCONOCIDO COMO UN NIÑO.
CURIOSIDAD**

4ta Actitud



Confianza

Decirte que "puedes realizar lo que te propones" es un buen complemento para motivarte hacia la práctica de mindfulness.

5ta y 7ma Actitud



No resistir Dejar ir

Forcejear con nuestra mente (No debería pensar esto) nos incrementa el estrés debido a una demanda que nos autoimponemos. Ver la situación como realmente lo es nos hace soltar la aversión y el odio.

6ta Actitud



Aceptar

Significa "darse cuenta de cómo son las cosas en realidad y buscar maneras para estar en una sabia sintonía con estas."

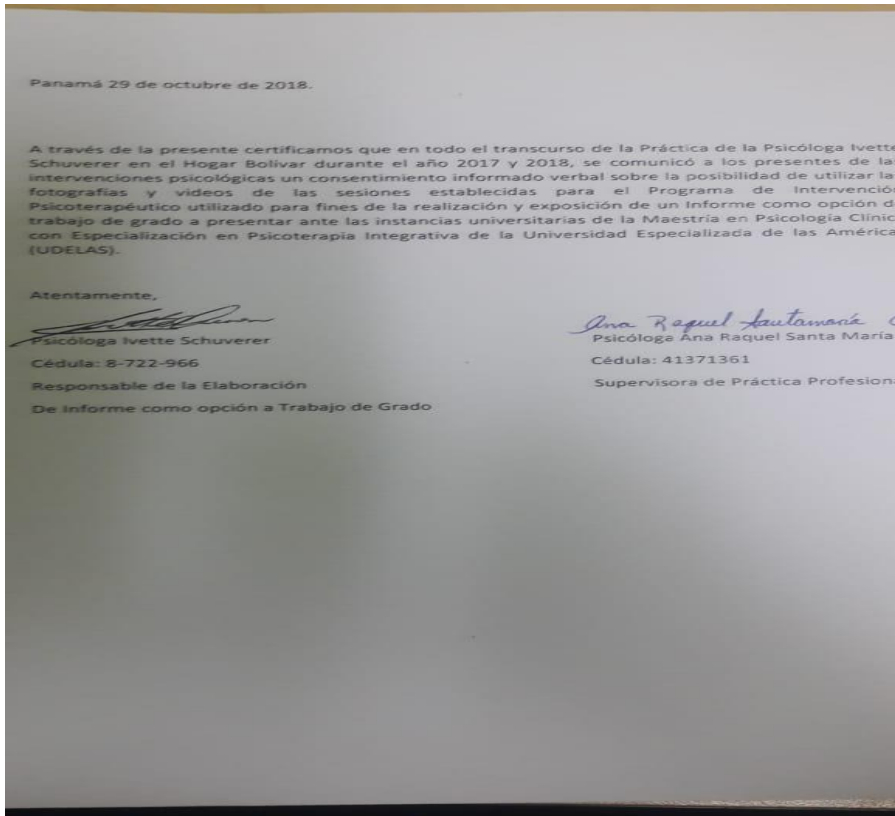


Fuente: Elaborado por Ivette Schuverer.

Anexo 7. Certificación del Entrenamiento en el Programa de Reducción de Estrés a través de Mindfulness MBSR



Anexo 8. Fotografías de la Práctica Profesional en el Hogar Bolívar



Fotografía 1. Certificación de realización de consentimiento informado verbal para los participantes del Programa.



Fotografía 2. Filosofía y Misión del Hogar Bolívar.



Fotografía 3. Salón del Departamento de Psicología.



Fotografía 4. Departamento de Psicología.



Fotografía 5. Pabellones del Hogar Bolívar.



Fotografía 6. Actividades Socioculturales del Hogar Bolívar.(Feria Familiar-Octubre de 2017).



Fotografía 7. Preparativos para Sesión de MBRS-Terapia Cognitiva del Comportamiento.



Fotografía 8. Primeras organizaciones del Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena y Terapia Cognitiva del Comportamiento.



Fotografía 9. Sesión de la Práctica Mindfulness (Práctica Sentada a través de la Atención Plena).



Fotografía 10. Práctica de Yoga 1.



Fotografía 11. Práctica de Yoga 1.



Fotografía 12. Adultos mayores abordadas individualmente durante la Práctica Profesional.



Fotografía 13. Folletos que se entregan a los ciudadanos interesados en los servicios del Hogar Bolívar.