

# **UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PARA EL PLAN EXCEPCIONAL  
DE TITULACIÓN DE ANTIGUOS**



**MODALIDAD**

**“MEMORIA LABORAL”**

**PERFIL**

**GRUPOS DE AUTOAYUDA PARA LA PREVENCIÓN DEL  
MALTRATO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE  
LOS AUKI UTAS DOLORES F, 19 DE MARZO Y FRANZ  
TAMAYO, DE LOS DISTRITOS 1, 3 Y 14 DE LA CIUDAD DE EL  
ALTO**

**POR: AMIDA JUDITH DUK GARCÍA**

**TUTORA: M.Sc. ESTRELLA VIRNA RIVERO HERRERA**

**La Paz – Bolivia**

**Junio 2021**

## **DEDICATORIA**

Dedico este Perfil de Memoria Laboral, antes que nada, a Dios Todopoderoso que me ha dado el regalo de la vida y el maravilloso don de la perseverancia.

A ti hijita Alejandra Sarai, mi impulso de vida y mi mundo entero, tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti. Tú me has enseñado y me sigues enseñado muchas cosas de esta vida. Te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida. Fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este perfil.

A ti Carlita porque sin tu apoyo, cariño y paciencia no hubiera podido continuar, hubiera estado perdida.

Pero también dedico este perfil a todos aquellos que no creyeron en mí, a aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacia la culminación de mis estudios, a aquellos que nunca esperaban que lograra terminar la carrera, a todos aquellos que apostaban a que me rendiría a medio camino, a todos los que supusieron que no lo lograría, a esas personas que me humillaron y discriminaron por no tener un título académico sin considerar mi experiencia laboral, a todos ellos les dedico este maravilloso perfil, gracias por despertar en mí mis ansias de triunfar.

## **AGRADECIMIENTOS**

El agradecimiento al Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, dentro de sus instalaciones he aprendido a ser funcionaria pública para el servicio de mi pueblo.

Gracias a la Unidad de Adultos Mayores sobre todo donde he desarrollado mi potencial.

Las infinitas gracias a usted Lic. Soledad Chapetón Tancara, Alcaldesa del Municipio Autónomo de El Alto, gracias por permitirme formar parte de su equipo de trabajo, gracias por la fe que puso en mi labor, usted es y seguirá siendo mi ejemplo de fortaleza.

A usted Lic. Blanca Mendoza Gonzales, gracias por los consejos, por apoyarme siempre y sobre todo por creer en mí. Por animarme e incentivar me, usted trazo el sendero que exige perfección y rectitud el cual siempre seguiré.

Dra. Sonia Vallejos, agradezco su cariño y consejos, su amistad y su impulso, gracias a usted entendí que el ser profesional no lo marca un título, sino la entereza de hacer siempre lo que se debe.

A mis docentes gracias por su guía constante.

Mi profundo agradecimiento a ustedes adultas y adultos mayores que me han enseñado que el alma no envejece y que llegar a ser viejecito es un privilegio y no una maldición.

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I. MARCO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>2</b>
DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN .....	2
ORGANIGRAMA GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE EL ALTO .....	3
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
Clasificación de las personas Adultos Mayores .....	5
Características del adulto mayor frágil .....	6
Aspectos sociales y psicológicos .....	7
DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES .....	12
JUSTIFICACIÓN .....	13
<b>CAPITULO II. DESARROLLO LABORAL.....</b>	<b>16</b>
PROPÓSITO .....	16
OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN LABORAL .....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES Y TAREAS.....	17
Formación de grupos de autoayuda .....	17
Que tópicos se tocó en cada sesión de los Grupos de autoayuda.....	28
Criterio de cantidad de Adultas/os Mayores con los cuales se trabajó .....	29
Terapias ocupacionales entre otras .....	30
Estimulación de funciones cognoscitivas .....	31
Musicoterapia .....	39
Sesiones de terapia con música en los Auqui Utas .....	42
Terapia Familiar.....	43
LA TERAPIA FAMILIAR TÍPICAMENTE TRAE VARIOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA POR SESIONES DE TERAPIA. SIN EMBARGO, UN MIEMBRO DE LA FAMILIA TAMBIÉN PUEDE VER AL TERAPEUTA FAMILIAR INDIVIDUALMENTE. ....	44
LA TERAPIA FAMILIAR NO RESUELVE AUTOMÁTICAMENTE CONFLICTOS FAMILIARES O CREA UNA SITUACIÓN DESAGRADABLE DESAPARECE. PERO HA AYUDADO A QUE LAS FAMILIAS PUEдан ENTENDERSE MEJOR UNOS A OTROS, Y PUEDE PROPORCIONAR HABILIDADES PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES COMO LA TENENCIA DE UN ADULTO MAYOR Y SU PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE UNA MANERA MÁS EFICAZ. ....	45
El Libro de la Memoria-Historia de Vida.....	45
Terapia de reminiscencia .....	46
Cromoterapia .....	49
RESULTADOS ALCANZADOS .....	51
De los Logros y Resultados con Adultos Mayores con los cuales se ha trabajado de manera personal. ....	51
De los Logros Grupales obtenidos en las Asociaciones en las cuales se ha trabajado .....	53
Trabajo Realizado .....	53
Objetivo .....	55

LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRACTICAS .....	61
Lecciones aprendidas.....	61
Buenas prácticas .....	62
<b>CAPITULO III. DESEMPEÑO LABORAL.....</b>	<b>63</b>
APRENDIZAJE LABORAL .....	63
LOGROS PROFESIONALES.....	64
LÍMITES Y DIFICULTADES.....	65
<b>CAPITULO IV. DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL .....</b>	<b>67</b>
PLANTEAMIENTOS DE FUTUROS DESAFÍOS A NIVEL PROFESIONAL.....	67
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>70</b>

## **TABLA DE GRÁFICOS**

<b>GRAFICO 1.....</b>	<b>3</b>
-----------------------	----------

## RESÚMEN

Sin duda, el estado anímico es determinante en la calidad de vida de todo ser humano. En el adulto mayor, esto se refuerza más, ya que cuando un adulto mayor pasa más tiempo con sus pares, se siente mejor, ríe más y sus defensas se fortalecen.

Aquí presento algunas ventajas que la convivencia y relaciones sociales generan en las personas Adultas Mayores:

- 1.- Aumenta su autoestima.
- 2.- Se siente más útiles y productivos.
- 3.- Disfrutan su vejez.
- 4.- Los sentimientos de depresión o soledad disminuyen radicalmente.
- 5.- Están más sanos; sus defensas se fortalecen.
- 6.- Se sienten más activos; realizan alguna actividad recreativa y fortalecen su memoria.

Conforme envejecemos, sufrimos un proceso de deterioro generalizado en el que, por diferentes procesos, nuestros tejidos se van degenerando. **Esta degeneración depende de factores relacionados con lo biológico, ambiental, social, familiar y, de manera especial, con el grado de estimulación.**

Se ha demostrado que el adulto mayor logra calidad de vida según la actividad intrínseca o extrínseca que realice para mantenerse activo.

La importancia del envejecimiento activo es **dotar a los adultos mayores de una vida más larga y plena**, con mejor salud y en la que se **favorezca su independencia**, facilitándoles el acceso a todo tipo de actividad donde, por ejemplo, puedan aprender nuevas aficiones o con los que adquieran los conocimientos para beneficiarse de los avances tecnológicos, etcétera, permitiéndoles disfrutar de la vida, acercarle a la sociedad actual y mantenerles activos.

Para poder desarrollar un envejecimiento activo, es fundamental que las personas que aún no han llegado a la tercera edad lleven uno **estilo de vida saludable** basado en una alimentación sana y variada que respete las indicaciones de sus médicos, la práctica de ejercicio diario y adaptado a su nivel, evitando malos hábitos como el tabaco o el alcohol,

etcétera, para que así se beneficien de tener una mejor salud que les permita disfrutar de sus aficiones, familias, amigos, vida social.

El envejecimiento activo, además de favorecer aspectos relacionados con el físico, también es importante para **evitar la disminución de las capacidades cognitivas**, y ello se puede solucionar a través de realizar actividades intelectuales que mantengan activas su memoria, razonamiento y habilidades.

Es importante tener en cuenta que cuanto antes se incorporen estos hábitos saludables al día a día de las personas mejores serán los resultados en la tercera edad, a la que llegarán en mejor estado físico y mental, con una actitud mucho más positiva y activa, por eso es necesario recalcar las ventajas de tener una vida activa para disfrutar de un envejecimiento activo.

El envejecimiento activo **mejora la calidad de vida** de las personas mayores proporcionando una base sólida para **seguir siendo independientes y vivir plenamente** cada etapa de la vida.

Por tal razón, también un adulto mayor empoderado integral y cognitivamente será menos vulnerable a cualquier tipo de maltrato psicológico.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de vida, autoestima, empoderamiento integral, independencia, plenitud.

## **ABSTRACT**

Undoubtedly, the state of mind is determinant in the quality of life of every human being. In the older adult, this is reinforced more, because when an older adult spends more time with their peers, they feel better, laugh more, and their defenses are strengthened.

Here are some advantages that coexistence and social relationships generate in older people:

1. - Increases your self-esteem.
2. - Feels more useful and productive.
3. - They enjoy their old age.

4. - Feelings of depression or loneliness decrease radically.
5. - They are healthier; their defenses are strengthened.
6. - They feel more active; they do some recreational activity and strengthen their memory.

As we age, we undergo a process of generalized deterioration in which, through different processes, our tissues degenerate. This degeneration depends on factors related to biological, environmental, social, family and, in particular, the degree of stimulation.

Older adults have been shown to achieve quality of life based on the intrinsic or extrinsic activity they perform to stay active.

The importance of active ageing is to provide older people with a longer, fuller, healthier and more independent life, by facilitating them access to all kinds of activities where, for example, they can learn new hobbies or acquire the skills to benefit from technological advances, etc., enabling them to enjoy life, to bring them closer to today's society and to make them more aware of it. keep them active.

In order to be able to develop active ageing, it is essential for people who have not yet reached the age of old to lead a healthy lifestyle based on a healthy and varied diet that respects the advice of their doctors, daily exercise and is adapted to their level, avoiding bad habits such as smoking or alcohol, etc., so that they can benefit from improved health. allow them to enjoy their hobbies, families, friends, social life.

Active aging, in addition to favoring aspects related to the physical, is also important to prevent the decrease of cognitive abilities, and this can be solved by performing intellectual activities that keep their memory, reasoning and skills active.

It is important to bear in mind that the sooner these healthy habits are incorporated into people's daily lives, the better the results will be in old age, when they will arrive in better physical and mental condition, with a much more positive and active attitude, so it is necessary to emphasize the advantages of having an active life to enjoy an active aging.



Active ageing improves the quality of life of older persons by providing a solid foundation for remaining independent and living each stage of life to the full.

For this reason, a fully and cognitively empowered older adult will also be less vulnerable to any kind of psychological abuse.

**KEYWORDS:** quality of life, self-esteem, integral empowerment, independence, wholeness

## INTRODUCCIÓN

La prevención del maltrato psicológico a las personas Adultos/as Mayores es posible en la medida que se respeten sus derechos y se conozca y se esté consciente de lo que significa proceso natural de envejecimiento y sus alcances sociales, físicos y psicológicos, por lo tanto, se construyan relaciones saludables de convivencia familiar esto implica garantizar una vida libre de violencia, con calidad y calidez.

La propuesta inicial de un modelo de intervención psicológico para Adultos/as Mayores, teniendo en cuenta el crecimiento de esta población, surgió de la necesidad de comprender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una mirada integral a las necesidades propias de la población Adulto/a Mayor, su cultura, condiciones socio demográficas y las investigaciones realizadas. De esta manera, se determina que es necesario el desarrollo de herramientas que permitan mejorar la vida de quien acoge nuestra atención **EL ADULTO MAYOR EN TODA SU EXTENSIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA.**

De igual forma se hizo un compromiso y se considero en real manera que un ADULTO MAYOR AUTOVALENTE ES MENOS VULNERABLE AL MALTRATO, a lo que se apuntala absolutamente todas las terapias realizadas, obteniendo resultados positivos y concientes.

Será más que importante que la sociedad involucre y desarrolle conductas positivas hacia la población adulta mayor, en el simple concepto de que el ciclo de vida nos llevara a todos a este estadio. Ser un adulto mayor no puede ser considerado como desventaja social sino como relación de vivencia y fuente de experiencia.

## **CAPITULO I. MARCO INSTITUCIONAL**

### **Descripción de la Institución**

La ciudad de El Alto, ciudad joven y pujante, se caracteriza por tener una de las concentraciones urbanas más jóvenes de Bolivia y con más de tres décadas de existencia como entidad política independiente es la segunda ciudad (luego de Santa Cruz de la Sierra) con más población en Bolivia, de aproximadamente 943.558 habitantes, según proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda para el año 2020 (CNPV) 2012. La Dirección del Adulto Mayor fue creada el 16 enero de 2007 como respuesta a una necesidad sentida de la población cuyo propósito es realizar una serie de intervenciones públicas en beneficio de los adultos mayores, especialmente a favor de aquellas que se encuentran en mayor riesgo.

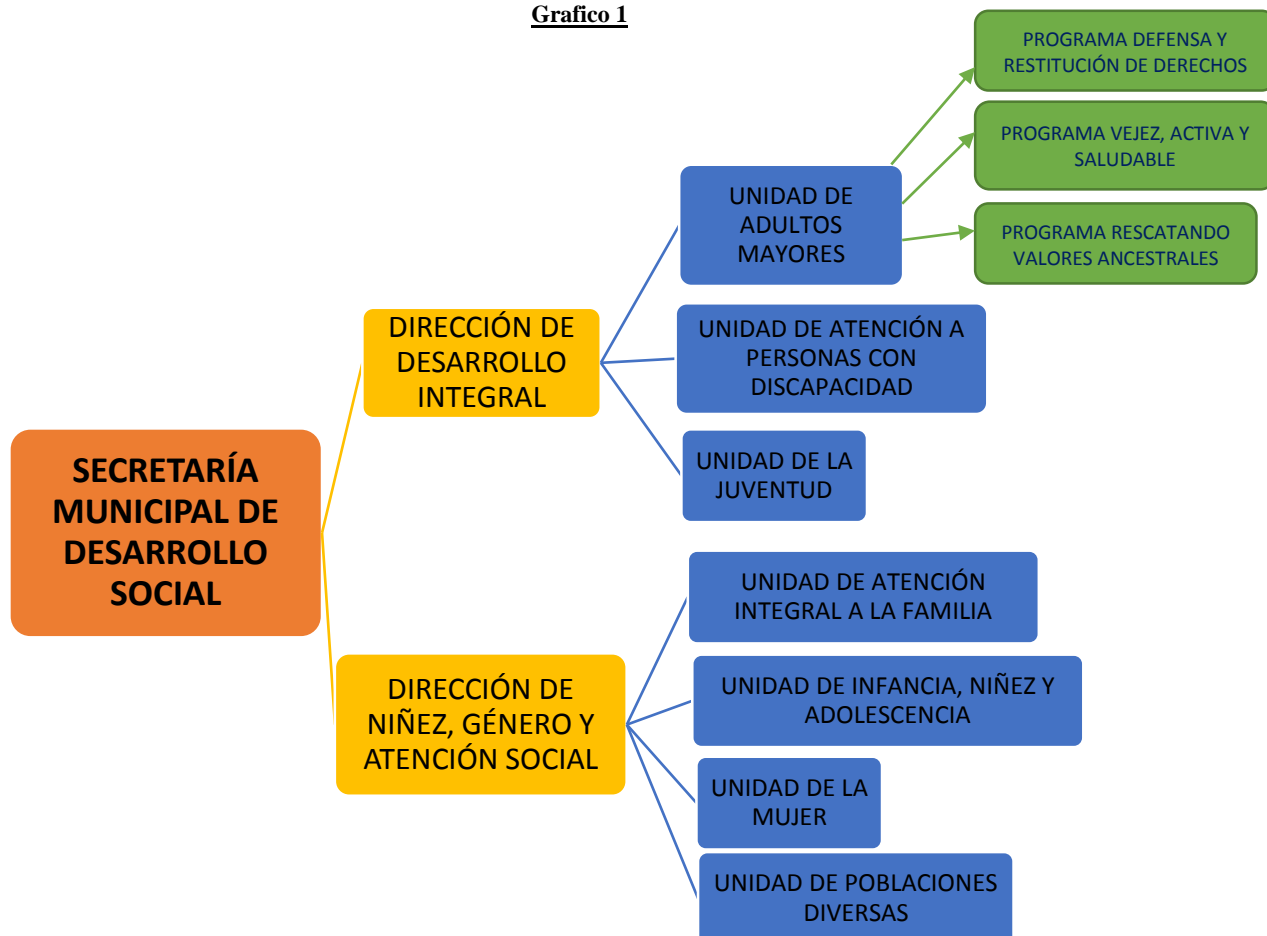
Por lo anteriormente mencionado desde el año 2007 se ha venido realizando una serie de intervenciones en beneficio del Adulto Mayor a través de la Unidad del Adulto Mayor (U.A.M.) es una institución pública dependiente del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, Secretaria de Desarrollo Humano, Asuntos Generacionales y Personas con Capacidades Diferentes, en respuesta a todas las necesidades insatisfechas de Adultos Mayores, donde principalmente se promociona una imagen positiva del proceso de envejecimiento, además de visualizar las potencialidades que ellos poseen y las problemáticas por las cuales atraviesan. Bajo este concepto, se implementó diferentes programas y proyectos para contribuir con el mejoramiento de su calidad de vida.

El Gobierno Autónomo Municipal de El Alto (GAMEA), entidad que administra los recursos municipales, creó mediante Decreto Municipal No 070 de 7 de marzo de 2017, la Secretaria Municipal de Desarrollo Social, para generar políticas públicas para la niñez, juventud, personas adultas mayores y personas con discapacidad mostrando así, el compromiso de trabajar en políticas públicas desde la óptica de prevención y garantía de los derechos humanos.

A partir de la gestión 2017, la Unidad de Adultos Mayores pasa a formar parte de la Dirección de desarrollo integral de la Secretaria municipal de Desarrollo Social, del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto.

## Organigrama Gobierno Autónomo Municipal de El Alto

Grafico 1



Fuente: Elaboracion Propia

### Identificación del Problema

**Adulto mayor** es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. (Salud, 2015)

En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. A pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma. No obstante, debido que la edad biológica es un

indicador del estado real del cuerpo, se considera que se trata de un grupo de la población que tiene 60 años de edad o más.

Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

De igual en Bolivia la población Adulta Mayor es de 1.305,557 personas mayores de 60 años lo que constituye una cifra cercana al 10% de la población total del país. Su distribución por sexos es de 734,440 mujeres y 571,117 hombres, (INE, 2020) la mayor parte de la población anciana es de origen cultural nativo y aun siendo marginada y empobrecida económicamente tiene una gran sabiduría social y ecológica que puede beneficiar a la humanidad en su conjunto, sin embargo, como sociedad no estamos rescatando estos conocimientos porque no prestamos suficiente atención a lo que los Adultos Mayores tienen para transmitir.

Las condiciones de vida para las personas Adultos Mayores son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios.

Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad. Las enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, artrosis, diabetes, cataratas, osteoporosis etc.) son más recurrentes en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. Lo que lastimosamente se observa con más frecuencia en nuestro país.

La mayor parte de personas Adultos Mayores de la Ciudad de El Alto son migrantes de poblaciones cercanas que se vieron obligadas a migrar para buscar mejor calidad de vida, servicios de salud más completo o incluso buscar ayuda en el caso de vulneración de derechos, puesto que en estas poblaciones se rigen por la llamada JUSTICIA COMUNITARIA, lastimosamente mencionar que aun ahora tienen contenido machista en sus conclusiones por lo que si **EL** Adulto Mayor no consigue la justicia que merece,

mucho menos lo obtendrá LA Adulta Mayor esto a pesar que en las comunidades el Adulto Mayor es considerado como sujeto de experiencia por lo que las Autoridades Comunitarias son especialmente Adultos Mayores, incluso existiendo en estas mujeres, la cultura machista es más fuerte.

Las enfermedades de tipo neurológico, como las Demencias o el Alzheimer por su condición y sus características, son un tabú, caracterizados como una MALDICION, una cruel maldición de la cual nadie tiene que enterarse, o considerada como contagiosa, por lo que el/la Adulto/a Mayor es tratado indiferentemente o abandonado, marginado, negligentemente tratado o maltratado. Al ser campesinos en su mayoría son agrícolas con sembradíos o ganados, de los cuales son los hijos los que aprovechan la buena o mala economía, ya que además los/las Adultos Mayores no saben leer o escribir y así también está la vulneración de Derechos ya que los familiares aprovechando esta situación les hacen poner sus huellas digitales en hojas en blanco.

Son este tipo de vulneración de Derechos los que se manejan en la Unidad del Adulto Mayor, por tal razón se trabaja no solo por restituir estos Derechos sino también se concientiza y sensibiliza a los grupos sociales, niños, niñas, adolescentes, jóvenes y Adultos Mayores, a los que trabajan con esta población para que a su vez sean generadores de cambio, cabe recalcar que la Ciudad de El Alto actualmente cuenta con la mayor cantidad de Adultos/as Mayores que en todo Bolivia, por lo que nuestra generación es de cambio positivo a su favor.

### **Clasificación de las personas Adultos Mayores**

#### **Persona mayor (sana o enferma) autónoma**

Incluye a las personas mayores de 60 años, sanas y afectas de enfermedades (agudas o crónicas) no potencialmente incapacitantes.

#### **Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia**

Este concepto indica situación de riesgo de dependencia (pero sin padecerla aún), siendo potencialmente reversible, o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

### **Paciente geriátrico: Si cumple $\geq 3$ de las siguientes condiciones**

- Mayor de 75 años
- Pluripatología
- Incapacidad funcional (alto riesgo de dependencia)
- Deterioro mental
- Problemática Psico-social en relación con su estado de salud

### **Fragilidad**

Es la disminución multisistémica de la reserva fisiológica frente al estrés. Condicionada por el envejecimiento y los factores externos.

Estado asociado al envejecimiento (y a determinados factores externos), que se caracteriza por una disminución multisistémica de la capacidad de reserva fisiológica funcional ante el estrés (es decir, por una incapacidad para mantener la homeostasis). (Prof. Adjunto Dr. Martinez & Prof. Asist. Med. Mitchell, 2013)

Este estado se traduce en:

- Pérdida de resistencia (la sarcopenia o pérdida de masa muscular es un componente clave en la aparición de la fragilidad)
- Aumento de la vulnerabilidad
- Aumento del riesgo de incapacidad

### **Características del adulto mayor frágil**

- Mayor de 80 años
- Pluripatología (con tendencia a la cronicidad)
- Pérdida de la capacidad funcional
- Deterioro cognitivo
- Problemas afectivos (depresión)
- Ingresos hospitalarios repetidos
- Polifarmacia ( $> 3$  fármacos)

- Presencia de síndromes geriátricos
- Vive solo
- Está institucionalizado

### **Aspectos sociales y psicológicos**

La elaborada psicología de las personas adultos mayores tiene otras dimensiones: considerar a estas personas un grupo cultural en una estratificación de la población por grupos de edad (igualdad de trato, igualdad de derechos). Sin embargo, esta situación sólo puede aplicarse en un segmento interesante pero reducido de consumidores y de clientela política, por lo que de nuevo es reduccionista, pues asume homogeneidad. Además, la exclusión del mercado laboral remunerado no quita su inclusión en actividades típicas de, comisiones municipales, residencias, centros sociales, bibliotecas y otras instituciones con enfoque comunitario, asociacionista y participativo como personas y como ciudadanos.

De igual manera nuestro obvio desconocimiento del natural proceso de envejecimiento en nuestros adultos mayores, hace que nuestro comportamiento sea inhumano y cargado de altos índices de indiferencia ante su realidad.

Por lo que de igual manera se incurre en lo que se llama como **“Violencia psicológica por discriminación”**.

A pesar de que las diferentes denominaciones: **senectud, ancianidad, vejez, mayores, segunda juventud, proyectos, tercera edad y adultos mayores** tienen todos el propósito de esquivar los prejuicios y la discriminación. Algunos de ellos sí lo logran, y en gran medida; otros, por el contrario, generan nuevas máscaras. También los estudios psicológicos han asignado prioridades al tema y que varían en las distintas sociedades y épocas a la par de alimentación, vivienda, salud y transportes. También hay abuso de los mayores como discriminación por edad en los ambientes laborales. Hay una consideración también respecto al "estar activo" y a las aficiones pensadas con un diseño universal, que sustituyen a los trabajos en los adultos mayores y que también pueden ser proyectadas desde muchos años antes, por ejemplo: la lectura como recurso y como afición, que si no ha sido ya utilizada en la juventud y edad adulta, difícilmente será utilizada mucho



después. Priman los temas vitales y no quieren que estén ausentes tampoco los propios de su grupo social de personas adultos mayores, como cultura diferente e igualmente con una diferente actitud a lo que es nivel de vida. Es muy sensible al puesto en la nueva sociedad de los mayores por la pérdida de la familia extensa y el advenimiento de la familia nuclear o sólo de pareja, con pocos hijos. Lo es también su capacidad de maniobra por el aumento de rentas y consecuente independencia de los futuros “adultos mayores”, por el aumento de la clase media. Pero también por la nueva ideología y criterio que la U.A.M. ha instaurado en la población alteña desde el momento de su creación como institución en 2007.

El envejecimiento de los seres humanos es un proceso que está caracterizado por la diversidad. Entre los factores más significativos que determinan esta diversidad se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. La vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación. El estudio de la vejez durante muchas décadas ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Aún hoy, la vinculación entre vejez y conceptos tales como: enfermedad o dependencia forman parte del conjunto de prejuicios que la acompañan. Reducir el envejecimiento humano a una de sus dimensiones, la biológica, o extender en forma abusiva e inadecuada los criterios asociados al envejecimiento biológico, dificultan en forma significativa su comprensión. Cuando la vejez es incluida dentro del proceso vital y a la vez se le reconoce su componente de diversidad, resulta adecuado abordar su estudio desde las capacidades y habilidades que los viejos presentan en relación con su vida cotidiana y en los distintos entornos en que estas se desarrollan. (Fredes, 2012)

Existen diferentes criterios para definir la vejez, entre estos están:

**Criterio Cronológico:** define la vejez en función de la edad del individuo. Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica y forman una unidad de análisis social, la cohorte, utilizada frecuentemente por demógrafos, epidemiólogos y sociólogos.

**Criterio Biológico:** Asociado al desgaste de órganos y tejidos, marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible. Este criterio por sí sólo no es válido ya que algunas estructuras envejecen muy precozmente, mientras que otras lo hacen de forma muy tardía.

**Criterio Funcional:** define la vejez asociándola a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir, equipararía a la vejez con la enfermedad. Éste es un concepto erróneo pues la vejez no representa necesariamente incapacidad o limitación. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos, son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

**Criterio Socio-laboral:** utilizado con gran frecuencia en la actualidad, considera la jubilación como el comienzo de la vejez., ya que se la considera como la transición o el ingreso al proceso de envejecimiento. Este criterio está muy rebatido, ya que la jubilación es un fenómeno bastante nuevo y no afecta por igual ni a todos los individuos ni a todas las sociedades.

**Criterio vejez, etapa vital:** está basada en el reconocimiento de que el paso del tiempo produce efectos en la persona. La vejez, según este punto de vista, constituye un período semejante al de la niñez o la adolescencia que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo.

En definitiva, podemos concluir diciendo que no existe ningún criterio que, por si solo defina o tipifique la vejez, ya que la mayoría de ellos se centran en un solo aspecto del individuo y no consideran la vejez de forma global, como una manifestación del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto. (Prof. Adjunto Dr. Martinez & Prof. Asist. Med. Mitchell, 2013)

Mas sin embargo si hablamos de **MITOS Y ESTEREOTIPOS EN LA VEJEZ**; las actitudes y el grado de atención que la sociedad evidencia respecto a la figura del hombre mayor, y los eventos sociales a los que se pueden ver expuestos sujetos de edad avanzada (jubilación, reducción del círculo familiar por separación y pérdida de seres queridos, o la generalizada devaluación social al considerarlo improductivo y casi inútil, etc.); todo lo

anterior incide profundamente en su vivencia personal debido al efecto de contraste con la población joven. El interés de la sociedad por la vejez no está exento de paradojas y contradicciones a la hora de abordar el fenómeno. Se valora y se idealiza la “sabiduría” del anciano, pero se le “jubila”; las energías sociales se emplean como nunca anteriormente en pro del bienestar de la ancianidad, siendo no obstante dicha sociedad una acérrima defensora de los valores que orientan a la producción y consumo de bienes materiales. En su trabajo sobre Antropología de la ancianidad, (Fericgla, 1992) refiere cómo la relación establecida entre el colectivo anciano (en términos generales) y la sociedad adulta se asemeja al modelo del “doble vínculo” propuesto por Batenson: “La sociedad anuncia que merecen todo el respeto de los demás, que gracias a ellos el mundo funciona en la actualidad, que la sabiduría acumulada a través de los años es insustituible y que la ancianidad merece ser el primer objetivo de cualquier intento social de bienestar. Sin embargo, la acción se contrapone en buena medida a estos enunciados: los valores se decantan hacia la juventud, los programas publicitarios preconizan la guerra a las arrugas y a las canas, las innovaciones ahogan las tradiciones”. El envejecimiento físico no sólo modifica la autopercepción y la imagen de uno mismo, sino que sirve igualmente de señal a los demás los cuales suelen modificar sus actitudes y comportamientos hacia los individuos físicamente viejos. Mencionaremos algunas cuestiones aclaratorias referidas al envejecimiento biológico, relacionadas con algunos estereotipos sociales que suelen vincular la vejez con la enfermedad física:

- 1) La forma y el ritmo de envejecimiento no es igual para todas las personas.
- 2) La vejez no es necesariamente aval de enfermedad.
- 3) Hay cambios positivos en la vejez referidos a la disminución o desaparición de algunos trastornos como resfríos, alergias o cefaleas crónicas.
- 4) En cualquier edad, y la vejez no es una excepción, la enfermedad puede provenir de aspectos ambientales, con independencia de los años.

Las personas necesitan adoptar marcos ideológicos, teorías desde las que interpretar y conferir sentido a la realidad, a las personas y a las cosas.

Se trata de las actitudes. A veces, las actitudes son teorías fundamentadas, otras son hipótesis apriorísticas, sin comprobar. En este último caso se habla de prejuicios. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado y casi automático a un objeto social. Los prejuicios (ideas falaces), tienen de particular que, inconscientemente, se tiende a cumplirlos a través de los comportamientos concretos; por ejemplo: pensar que los viejos son irresponsables (desmemoriados, infantiles, etc.), lleva a tratarlos como a tales (constantemente les recordaremos lo que tienen que hacer, no les encomendaremos tareas de responsabilidad, etc.), sin que con ello favorezcamos más que la irresponsabilidad que preconizábamos y, pues, su inutilidad. Por lo tanto, las ideas y actitudes de prejuicio sobre los mayores (adquiridas a lo largo de la vida por transmisión cultural y educativa), buscan confirmar su legalidad y vigencia reforzándose en la realidad. Los mitos y estereotipos que afectan a la vejez son múltiples y variados. Probablemente sea imposible aceptar ninguna clase de ordenación objetiva de ellos, dada su naturaleza subjetiva. Por lo tanto, cada observador tendría que reconocer su propia versión personal. Lo real es que existe una apreciación estereotipada con relación a que todo cambio que acontece en la vejez es siempre negativo, ya que la creencia indica que se van perdiendo las capacidades y /o habilidades que las personas fueron adquiriendo en el transcurso de la juventud y adultez.

Los prejuicios que existen sobre las personas mayores son compartidos por las personas que transitan esta edad, por las personas de otros grupos generacionales y también por distintos profesionales del equipo de salud. El Dr. Leopoldo Salvarezza (médico, psiquiatra, psicogerontólogo, Prof. Titular UBA), considera que una inmensa mayoría de la población de todas las culturas tienen numerosas conductas negativas hacia las personas viejas, las que a veces son inconscientes, pero lamentablemente en la mayoría de las oportunidades son conscientes y activas. Plantea además que, ante la carencia de un término específico (en castellano) que haga una expresa y clara referencia al prejuicio y/o discriminación que la sociedad ejerce sobre las personas mayores, se use el neologismo “viejismo”: conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas viejas por el solo hecho de la edad, y que a la vez resulte equivalente del vocablo

“ageins”: término inglés que se usa para designar una concepción prejuiciosa para con las personas adultas mayores.

### **Depresión en las personas Adultos Mayores**

Los adultos mayores es una etapa de la vida en la que el ser humano elabora una reflexión de lo que ha logrado en su trayectoria de vida, así como de las oportunidades que se han dejado pasar o simplemente se han postergado. Cabe señalar que esta etapa se hace presentes los trastornos biológicos y psicológicos. Es decir, se comienza a tener problemas con la vista, la audición, el habla, el equilibrio y la pérdida de memoria.

También suele perderse a seres queridos y amigos, y la incapacidad para participar en actividades que antes solía realizar a menudo.

Esto puede resultar en una desestabilidad emocional que da lugar a emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

La consecuencia más grave sería la depresión crónica o la depresión que es recurrente y persistente. Ésta puede tener efectos físicos que incrementan el índice de mortalidad de los hombres y mujeres. Los estereotipos sobre el envejecimiento, internalizados en la juventud y reforzados por décadas de actitudes sociales, pueden convertirse en estereotipos personales, que a nivel inconsciente y a menudo actúan como profecías que se autorealizan.

La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como **anorexia geriátrica**. Asimismo, pueden experimentar índices más altos de insomnio y tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar por ejemplo o trabajos difíciles como el de albañil.

Es por esto que se debe poner un especial interés en la vida de los adultos mayores, ya que, si ellos son acompañados en esta etapa de cambios, y se sienten apoyados, se puede reducir el riesgo de padecer depresión.

También si ellos ejercitan su memoria y realizan actividades, ya sean físicas o recreativas, a un ritmo moderado, pueden sentirse útiles y así motivar al grado de aumentar su autoestima.

En esta etapa de la vida en la que el ser humano desea envejecer de un forma digna y saludable se presentan muchos cambios psicológicos, sociales, físicos, estos cambios representan pérdidas significativas para el adulto mayor por ejemplo el tener que ser cuidado por algún familiar como lo son los hijos, el miedo a perder todas sus habilidades físicas e independencia, puede provocar en él una baja autoestima y esto derivar en una depresión muy severa, ¿Qué hacer? reforzar el autoestima es, decir la imagen propia del adulto mayor sobre la base de sus logros, metas alcanzadas, esfuerzos, logros sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la auto imagen positiva mente). Este refuerzo puede darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo. (OMS, 2017)

### **Justificación**

En mis años de trabajo he podido identificar a los/las Adultos/as Mayores, como una población altamente vulnerable y discriminada, debido a que en nuestro medio se tiene un concepto errado sobre lo que verdaderamente significa **envejecimiento** obteniendo como resultado una desvalorización de las experiencias, conocimiento y sabiduría que el Adulto Mayor posee.

Por lo que he determinado que mis talleres y entrevistas radiales y televisivas sean informativos y sensibilizadores en cuanto al trato preferente con calidad y calidez de vida hacia los/las Adultos Mayores, los mismos están plenamente dirigidos a la previa información concreta de lo que se trata el **proceso natural de envejecimiento** a nivel Psico-biológico y social.

La mayoría de las heridas físicas sanan con el tiempo. Pero cualquier tipo de **maltrato** puede dejar a la persona abusada sintiéndose temerosa y deprimida. A veces, las víctimas piensan que el abuso es culpa de ellas mismas. Por lo que, en mi calidad de psicóloga de la Unidad de Adultos Mayor, sugiere la creación de **grupos de apoyo, autoayuda y consejería** que pueden ayudarle a la persona abusada a sanar las heridas emocionales.

El maltrato de personas Adultos/as Mayores no dejará de ocurrir por sí solo. Es necesario que alguien lo enfrente y brinde ayuda. Muchas personas Adultos Mayores se sienten demasiado avergonzadas como para delatar el abuso puesto que el abusador es su pariente más cercano, hijo, nieto, sobrino, etc. O tiene miedo que, si delatan el abuso, la persona que las cuida se enterará y el abuso empeorará.

Pero también es comprensible que la persona que es cuidadora de un Adulto/a Mayor se enfrente a situaciones de estrés puesto que muchas veces cuidar a una persona Adulto Mayor puede ser aún más difícil cuando la persona tiene demencia o pérdida de memoria.

Puede ser angustiante, e incluso irritante, escuchar las mismas preguntas una y otra vez.

El cuidador puede perder sueño preocupándose de que la persona mayor deambule por la noche o le pida ayuda a cualquier hora de la noche o del día o en un descuido salga de la casa se desoriente y se pierda.

Y aunque no sea justificativo de agresión ni física ni psicológica, muchas veces se somete al adulto mayor a dicha violencia por la falta de conocimiento de lo que es el proceso natural de envejecimiento.

Cuidar a una persona mayor también puede ser gratificante, pero puede ser difícil mantener una perspectiva positiva cuando hay poca esperanza de que la condición física y mental de la persona Adulto/a Mayor mejore. Todos estos factores pueden contribuir a que la persona que cuida a una persona mayor sufra un desgaste ocupacional y desatienda o abuse de la persona mayor.

En mi función quise que los y las Adultos/as Mayores se desarrolle plenamente, participen y sean sujetos activos en la transformación de su entorno. Por eso, impulsamos múltiples programas de promoción, protección, integración y restitución de derechos, para que tengan la oportunidad de ser parte de los cambios que desean ver en su entorno y se conviertan en actores fundamentales a la hora de transmitir sus conocimientos y experiencia a las nuevas generaciones, pero también que la familia y la sociedad sean participantes activos del cuidado que debemos brindarles a nuestros adultos mayores,

Como sociedad podamos observarlos como entes motivadores de cambio, ayudarlos y sacarlos del círculo de vulnerabilidad donde los hemos clasificado, es de igual manera o más importante incluso que generar cambios en el pensamiento del mismo adulto mayor.

Trabaje para fortalecer una mirada distinta de la vejez: una mirada desprejuiciada y positiva que considera a los Adultos Mayores como protagonistas activos donde se valora y promueve no solo su participación sino también sus saberes y no como meros sujetos de violencia y discriminación constante.

La salud mental de los Adultos Mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas Adultos Mayores adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los adultos mayores cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

Todo esto generará un cambio a nivel sociedad, por lo tanto, los niveles de violencia disminuirán.

“A través de toda la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las corrientes filosóficas, políticas, sociales y económicas. Aún se continúa la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como parte de esa imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad.” (OPS, 2012)

Actualmente los distintos autores aceptan que la Calidad de vida está relacionada con condiciones de vida y con aspectos tales como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos

La OMS define la Calidad de Vida como “la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.



## **CAPITULO II. DESARROLLO LABORAL**

### **Propósito**

Se contribuyó a elevar los niveles de salud mental, el grado de satisfacción y la calidad de vida del Adulto/a Mayor, mediante las acciones en la formación de estos Grupos de Autoayuda y la generación de diferentes Terapias Grupales para la asistencia y rehabilitación ejecutadas en el Programa Vejez activa y saludable de la Unidad del Adulto Mayor y el área de Psicología, en coordinación con los directos beneficiarios Adultos/as Mayores y las familias relacionadas, en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

### **Objetivos de la Intervención Laboral**

#### **Objetivo General**

Mejorar el bienestar de los Adultos/as Mayores a partir de la concientización y la orientación acerca del proceso del envejecimiento en los seres humanos, aumentando su vida activa y su propósito de vida. Mediante tratamientos preventivos y rehabilitadores.

#### **Objetivos Específicos**

- ❖ Re conceptualizar el significado de la vejez y envejecimiento
- ❖ Promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente, familia primaria y secundaria.
- ❖ Fortalecer el desarrollo de una alta autoestima y auto concepto.
- ❖ Prevenir sintomatología depresiva.
- ❖ Promover la expresión positiva.
- ❖ Sensibilizar a la población en su conjunto acerca del trato preferente que se le debe de brindar para mejorar y contribuir a una vida con calidad y validez.
- ❖ Promover cambios de estilo de vida, hábitos y costumbres que favorezcan a la salud mental.
- ❖ Prevenir la aparición de enfermedades y de las discapacidades que estas pudieran conllevar en su evolución, siendo estas las desarrolladas en el proceso de envejecimiento.

- ❖ Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz.
- ❖ Estimular la participación comunitaria y del mismo grupo, en la identificación y búsqueda de soluciones a sus problemas.
- ❖ Desarrollar la formación y capacitación de recursos humanos especializados y los propios de los grupos de autoayuda.
- ❖ Fortalecer potencialidades y habilidades (sociales, lingüísticas, cognitivas) a partir del uso de la voz, el ritmo, la música y el sonido.

## **Descripción de las Funciones y Tareas**

### **Formación de grupos de autoayuda**

Una definición clásica de los grupos de autoayuda es la de Katz y Bender (1976) que los definen como aquellos grupos pequeños constituidos voluntariamente para alcanzar un fin específico. Suelen estar integrados por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente para satisfacer una necesidad común, superar un hándicap, alcanzar un deseo social o conseguir un cambio personal. Los miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Enfatizan las interacciones cara a cara y la responsabilidad personal en la solución de los problemas intercambiando recursos y diferentes tipos de apoyo.

En estos grupos se potencia el poder de las personas para ayudarse a sí mismas y para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas (Hess, 1982); al contrario que otras formas de ayuda, los grupos de apoyo facilitan el desarrollo de la autonomía personal. Desde la perspectiva de la Potenciación (empowerment) los grupos de apoyo son considerados como un buen ejemplo de estrategia de intervención basada en los principios de dicha perspectiva (García-Cid, 2017)

Estos grupos intentan devolverles a los sujetos el control sobre sus propias vidas, los sujetos se convierten en participantes activos en el desarrollo de recursos, en el afrontamiento de situaciones problemáticas y en la provisión de apoyo.

La persona puede ayudar convirtiendo su experiencia personal en un potencial de ayuda para sí misma y para otros. Permiten al sujeto sentirse parte de una colectividad mayor,

conformar una identidad social que les ayuda a diferenciarse positivamente y aumentar las estrategias cognitivas que derivaran en el afrontamiento y el cambio social. Las funciones más reconocidas de los grupos de apoyo son las definidas por (Levine, 1987), promueven el sentimiento psicológico de comunidad, proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria, ofrecen una oportunidad para la autorevelación y la crítica mutua, proporcionan modelos de conducta, enseñan estrategias efectivas de afrontamiento y facilitan el acceso a una red de relaciones.

Por otro lado, el grupo también puede contribuir al logro de un cambio emocional para los participantes, es decir, puede servir como un apoyo para conservar o mejorar la salud; esto se logra a través del conjunto o la suma de muchas estructuras emocionales de los integrantes del grupo, de las actividades expuestas, de los silencios, conductas, actividades, diálogos, en donde el grupo va modificando su comportamiento y a través de dichas transformaciones paulatinas, sus integrantes pueden lograr una estabilidad emocional.

El grupo como dispositivo que contribuye a elevarla calidad de vida de quienes lo integran es auténtico y genuino y, por lo mismo, se recomienda dirigir el aprendizaje en cualquier tipo de población en forma grupal. Dentro de la población de adultos mayores existen cambios importantes como: la jubilación, el alejamiento de los hijos, las muertes de compañeros, de parejas, de amigos, de la autoimagen y otras pérdidas más. Al formar un grupo donde los integrantes tengan características similares les da sentido de pertenencia, ya que actúa como sostén, apoyo y como pilar afectivo (Zamora, 2010)

Es necesario resaltar que los participantes de los grupos se perciban en una situación en la que nadie sabe más que ellos las dificultades por las que están pasando, de esta manera se reúnen con el propósito de ampliar sus propios conocimientos, de aprender de las experiencias de los demás de la misma manera en que consideran que a través de ellas, pueden aprender unos de otros. Además, con el propósito de mejorar su calidad de vida en dimensiones físicas, emocionales y espirituales (Bautista, 2004).

Estos grupos pueden ser coordinados por personas que no necesariamente comparten una condición, síntoma o experiencia igual a los demás miembros, aunque deben ser

conocedores de las características del proceso de envejecimiento y contar con la experiencia suficiente para el manejo de grupos.

El coordinador, cuando sea necesario, puede dar su punto de vista desde su perspectiva, sin aconsejar ni enjuiciar a los participantes (Bautista, 2004). Mendoza y López (1999), y Gonzalez (1994), señalan que los grupos de autoayuda son como un foro en donde las personas que están viviendo una situación similar al del otro pueden ventilar entre ellos mismos sus emociones y sentimientos, comparten sus experiencias y entre ellos mismos se ofrecen apoyo. Además, este tipo de grupo de apoyo o autoayuda tiene como objetivo fundamental ofrecer a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar algún tipo de duelo, reto o enfermedad, lo que permitirá rescatar las capacidades de las personas para buscar soluciones en la propia comunidad y generar sus propios servicios.

Autores como Villalba (1996) y Mendoza y López (1999), sostienen que una forma de trabajo en los grupos, transita desde el conocimiento de los miembros al desarrollo de grupo como tal, para finalmente lograr la autonomía del mismo.

Este perfil describe el trabajo efectuado con un grupo pequeño de adultos mayores con el objetivo de influir en su calidad de vida, ya que se ha visto que esta puede mejorar en dimensiones tales como: salud mental, apoyo social, autonomía y actividad físico-recreativa a través de dispositivos grupales que permitan la autogestión, así como proponer se sigan formando este tipo de grupos que ayudaran a la sociedad a promover un envejecimiento saludable, digno y exitoso.

En general, los grupos de autoayuda ofrecen ayuda, proporcionan sentimientos de pertenencia y desarrollan el poder de los individuos, Términos como autoayuda, apoyo o ayuda mutua se han utilizado indistintamente para referirse a grupos cuya estrategia va encaminada a crear vínculos sociales basados en la prestación mutua de apoyo. En este sentido, Gottlieb (1988) hizo una diferenciación comúnmente aceptada: los grupos de autoayuda están dirigidos por un profesional, están limitados en el tiempo, el número de miembros es fijo y combinan la experiencia con el conocimiento experto.

Los grupos de autoayuda no están limitados en el tiempo y funcionan autónomamente sin la presencia de un profesional. En los grupos de autoayuda el propio grupo gestiona sus objetivos y formas de funcionamiento.

Se ha efectivizado los Grupos de Autoayuda con Adultos Mayores, como una Alternativa para mejorar su calidad de vida.

### **Como se llevo a cabo**

Se llevó a cabo un estudio cualitativo cuyo propósito fue formar 3 grupos de autoayuda en 3 Auki Utas en la Ciudad de El Alto, creando a la vez un espacio de escucha y de diálogo para los participantes Adultos Mayores. Se elaboró un programa para ser llevado a cabo en 4 fases de ocho sesiones cada una, una a la semana, con una duración promedio de 90 minutos, dicho programa estuvo abierto a los cambios sugeridos por los participantes; a fin de generar un grupo que, una vez finalizado el programa de intervención, fuera gestivo, además de ser grupo de ayuda y de crecimiento.

### **Participantes**

En el presente trabajo han participaron 20 personas adultas mayores del Auki Uta 19 de marzo, 40 personas del Auki Uta Dolores “F” y 20 personas del Auki Uta Franz Tamayo, varones y mujeres, en forma voluntaria y que asistían a estos Auki Utas de manera regular; con edades que oscilaban entre los 60 a 85 años, la mayoría analfabetos. Los criterios de inclusión fueron tener disposición de tiempo, no contar con alguna discapacidad mental, auditiva, visual o motriz, poder y desear asistir a las sesiones, así como ser mayores de 60 años de edad. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, es decir, no aleatorio, no probabilístico utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular.

## **Escenario**

Se utilizó la sala de usos múltiples de los Auki Utas ya mencionado, con buena iluminación y sin estímulos externos que pudieran perjudicar la atención de las personas mayores como ruidos o interrupciones ajenas; además contaba con materiales como sillas y grabadora.

## **Instrumentos**

Se elaboró una guía de entrevista con preguntas abiertas (para opiniones y creencias) y cerradas (datos sociodemográficos). Las preguntas abiertas hacían énfasis en cuatro categorías principales: salud general, soporte social, autonomía y actividades físico recreativas, cada una de estas categorías tenían de tres a cinco preguntas abiertas y pertinentes a la cuestión a tratar. Esta guía de entrevista fue llevada a cabo individualmente durante la primera sesión y las respuestas fueron grabadas y transcritas de manera textual, tomándose las partes más relevantes para la investigación, ya que las mujeres solían expresarse ampliamente en algunas cuestiones.

## **Procedimiento**

### **Primera fase**

Invitación dentro del Auki Uta a las personas adultas mayores que estuvieran interesadas en formar el grupo de ayuda.

El objetivo fundamental es poner en conocimiento de los miembros del grupo las bases históricas y teóricas de la autoayuda, la metodología de las sesiones y las normas del grupo. La duración de esta fase ha sido de un mes en el que he desempeñado un papel de informador y formador del grupo.

### **Segunda fase**

Entrevistas individuales a los integrantes del grupo de autoayuda, basándose en la guía de entrevista.

El objetivo fundamental es entrenar en la práctica metodológica de autoayuda.

Mi papel principal es formativo y estuvo presente en las sesiones al menos durante dos meses.

### **Tercera fase**

Revisión de la información obtenida de las entrevistas iniciales, y detección de las necesidades más frecuentemente reportadas por los adultos mayores en conjunto, las cuales sirvieron de base para ser tratadas en el grupo de autoayuda.

Inicio oficial de las sesiones.

En cada sesión se hizo una retroalimentación a través de preguntas de reflexión para ver qué resultado obtuvo el tema manejado, con la finalidad de que los participantes pudieran expresar sus inquietudes y mejorar el grupo de autoayuda.

El objetivo principal es que el grupo lleve las sesiones sin acompañamiento. Solo observación y supervisión, intervención al final de las sesiones para comentar lo que les ha parecido.

Esta fase duro un mes.

### **Cuarta fase**

La intervención concluyó en la octava sesión, donde se evaluó tanto a la facilitadora como al grupo de autoayuda con las opiniones de las personas adultas mayores acerca de la manera en que se vio beneficiada su vida en general.

El objetivo es que el grupo consiga su autonomía, por lo que realiza las sesiones sin presencia de la facilitadora. Siendo que se está en otro espacio diferente y excepto como figura de apoyo y supervisión. La duración es de un mes.

A partir de los resultados obtenidos en la entrevista inicial se trabajaron los siguientes temas con la dinámica establecida y sus posibles aplicaciones: autoestima, proyecto de vida, redes sociales, autonomía, cuidado de la salud, uso del tiempo libre. Una vez que se explicó a los participantes en qué consiste un grupo de autoayuda, se dio inicio al programa de intervención.

La facilitadora lanzaba el tema al aire, hablando brevemente del mismo, y los adultos mayores comentaban sus experiencias al respecto, después otros se identificaban con el problema, una de las normas establecidas fue que no se dieran consejos ni se juzgara, lo que sí podía hacerse era mencionar qué habían hecho, si era el caso, para resolver su problema y darle ánimos a la persona para seguir adelante.

La facilitadora cerraba la sesión emitiendo su opinión (sin juzgar ni aconsejar) y preguntando a las integrantes del grupo qué aprendieron, cómo se sintieron y cómo podrían aplicar lo que aprendieron en su vida diaria. Cuando surgía algún tema emergente, o sea, no planeado, era tratado con la misma importancia y del mismo modo que los demás. En cada sesión una de los participantes era designado para dar la voz a quien deseaba participar para que se conservara el orden. Sólo intervenía aquel que deseaba hacerlo, no se presionó a ninguno para que hablara. Para cada sesión la facilitadora iniciaba el tema y los participantes llevaban el manejo de la sesión; entre todos trataban de encontrar posibles soluciones a la problemática planteada.

## **Resultados**

En la entrevista inicial se obtuvo la siguiente información: 32 de los participantes padecen diabetes, y 58, además, hipertensión arterial; seis no han tenido ninguna hospitalización a lo largo de su vida; los 80 no reportan ninguna discapacidad y todos informan disminución de sus capacidades visuales; ninguno reporta adicciones a tabaco o alcohol.

En cuanto al cuidado de su salud, 27 de ellos acuden periódicamente al médico para el control de su enfermedad (diabetes), 46 también realiza ejercicio y los demás no hacen nada en especial para conservar o cuidar su salud. Finalmente, con relación a cómo se autoperciben, 63 se sienten cansados y desmotivados; un viejo, inservible; los otros 17 están contentos y satisfechos con todo lo que han realizado. En el rubro soporte social se incluyó número y parentesco con habitantes de la casa, apoyo emocional y económico, amigos y confidentes fuera de la casa, grupos de pertenencia y relaciones interpersonales. Todos reciben Renta Dignidad de 300 Bs. En cuanto al apoyo emocional, 17 se sienten



apoyados por algún familiar, todos se refugian en su religión y los demás 63 sienten que no recibe apoyo emocional de nadie.

En el aspecto de autonomía se engloba la autonomía física y emocional y la independencia económica. Todos se sienten independientes en cuanto a que todavía son capaces de moverse por sí mismos y hacer sus quehaceres cotidianos; 71 se sienten independientes económicamente, ya que se sostienen de vender comida, chompas tejidos, papel higiénico, clínex, verduras, frutas, los demás se sienten dependientes de sus familiares, aún cuando cuentan con los recursos que les proporciona su Renta Dignidad, ya que consideran que es muy escaso. En relación a afrontar sus problemas de tipo emocional, casi todos lo hacen solas, sin la ayuda ni el apoyo de nadie externo, sino por ellos mismas. Las actividades físico-recreativas abarcan las actividades de ocio, el proyecto de vida y sus motivaciones. Todos consideraron no tener actividades de ocio. Ninguno tiene un proyecto de vida ni sabe qué quiere para su futuro ni lo ha pensado y sus principales motivaciones están en: cuidar de sus nietos, cuidar sus animales y plantas, hacer ejercicio, vender comida o lo que vendan, y no tiene ninguna motivación en la vida. En general puede decirse que estas personas adultas mayores reportaron al inicio del programa: falta de motivación que abarca desde no realizar actividades que mejoren su calidad de vida hasta no tener metas a corto plazo. En cuanto a sus relaciones sociales la mayoría vive con los hijos u otro familiar como nietos, sobrinos, hermanos; sin embargo, algunos se valen por sí mismas económica y emocionalmente; la mayoría establece relaciones de amistad con otras personas. Asisten a sus reuniones religiosas y a sus reuniones de Asociaciones de adultos mayores a las que pertenecen. Su salud física se encuentra estable, no obstante, pertenecen a la población diabética e hipertensa, aunque la mayoría no tiene adherencia al tratamiento debido a que no cuentan con los recursos económicos para llevar a cabo el plan de acción de salud correspondiente, siendo que en su mayoría los adultos mayores prefieren medicina natural. Basándose en los resultados de las entrevistas iniciales se dio paso a integrar el grupo de autoayuda, que en cada sesión retomó cada uno de estos puntos débiles descritos. Durante la octava y última sesión se realizó la evaluación del programa por parte de las participantes, con las siguientes preguntas: ¿Qué beneficios les trajo el grupo de autoayuda? “Me ayudó a pensar en mí mismo”, “me dediqué un día a la semana para

asistir al grupo”, “hice nuevas amistades”, “encontré una motivación para seguir viviendo”, “me sirvió para desahogarme y decir cosas que nunca había dicho”, “dije muchas cosas por las que pasé y que no había contado”, “aquí hay gente que tiene tiempo para escucharme”, “ahora que vengo a este grupo ya me siento bien, me distraigo y puedo contar algunos de mis problemas que vengo cargando desde hace mucho tiempo”, “en algunas ocasiones he desahogado mis penas en este grupo”, “me di cuenta que a veces es bueno decir lo que nos pasa, además, me gusta venir al grupo para distraerme y es un tiempo que yo me doy”, “este grupo me trajo mucha tranquilidad y distracción, además de que encontré compañeros que pasan por mi misma situación”, “vamos a hacer ejercicios mas seguido”, “yo siento que ahora sí dedico tiempo para mí y cuido mi salud”, “yo vengo a hacer ejercicio aquí en al Auki Uta además me distraigo y cuando no puedo nose que hacer en mi casa”, “ahora ya cuido mi alimentación porque soy diabética, como verduras y ya no mucho fideo, chuñito si no puedo dejar”, “mi alimentación si me la cuido pero la verdad es muy difícil porque yo siento que uno vive con muchas personas y como va a estar haciendo comida diferente para todos, además el dinero no alcanza, se debe uno ajustar a lo que tiene, yo sé que es por mi bien pero no hay mucha plata pues”.

A partir de detectar las situaciones por las que pasan determinados sectores de adultos mayores, la sociedad ha tenido que reaccionar con nuevas respuestas de participación ante las necesidades de escucha de las personas, ésta es una de las razones que explican la formación de grupos de autoayuda y no sólo en los países más desarrollados, sino también en los que están en vías de desarrollo. Este movimiento comprende: el autocuidado, que son las actividades de salud que la gente lleva a cabo para ellos o para los que se encuentran a su alrededor (Roca & Villalbí, 1989) Los adultos mayores de este grupo de autoayuda se volvieron más participativos, más para sí mismos que para los otros, ya que ser para los otros es un papel que la sociedad les ha enseñado a través de toda una memoria colectiva cultural. Estar en el grupo les ha servido para poner más atención y dedicarse más al cuidado de su salud, y, sobre todo, para visibilizarse como adultos mayores, como sujetos potenciales del desarrollo, para lograr superar las visiones fragmentadas que las consideran “grupos vulnerables” o ciudadanos de segunda categoría. El grupo de autoayuda intenta restablecer el orden, lo cual implica el compromiso por desarrollarse

intencionalmente y aprender junto con otros con el mismo fin, con el objetivo de aumentar, de ensanchar su poderío desarrollando su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas, incrementar recursos, oportunidades para ejercer sus derechos y poderes civiles, políticos y culturales.

¿Qué les gustó y qué no les gustó? En consenso declararon: “nos gustó todo del grupo de autoayuda, la forma en que lo dirigimos y de lo que hablamos, además de las actividades que en cada sesión hicimos”, “nos ayudó a pensar en nosotros mismos y dedicarnos un o 2 días a la semana para asistir al grupo”, “aquí hicimos nuevas amistades y encontramos un motivo para seguir viviendo”.

De acuerdo a Sánchez (2002) la estructura de un grupo es como el patrón de sus relaciones que surge entre sus miembros, además de que modera las tensiones entre los miembros regulando y controlando las relaciones.

De esta manera la estructura de un grupo es elemental, consolidada de tal manera que, cuando se desarrolla, muy difícilmente puede cambiarse, trayendo beneficios como lo es mayor fluidez, mejor comunicación entre los miembros y, por ende, proporciona mejores resultados.

Sentirse parte de un grupo proporcionó a estas personas una seguridad que proyectaron hacia sus hogares y hacia la comunidad; les brindó, en gran medida, un bienestar emocional al encontrarse acompañados de otros adultos mayores que encaraban aún situaciones más difíciles y que, de alguna manera, los motivaban a seguir adelante, a no amedrentarse ante los problemas y a pensar que las cosas pueden cambiar y si no se cambian, puede transformar la forma de verlas y de enfrentarse a ellas.

¿Cómo influyó este grupo en su vida? “Había días en que me sentía muy solo porque mis hijos ya casi no vienen a verme o ni me atienden, no me hacen caso, no me preguntan como estoy o que quiero, pero desde que me metí al grupo poco a poco se me fueron quitando esas ideas de tristeza; dejé de pensar en que estaba solo y ahora si mis hijos no me van a ver o no me dicen nada ya no me preocupo, se que yo solo puedo valerme por mí mismo, si quiero me hago de comer, salgo, voy al grupo, si no quiero no hago de comer y nadie me dice nada”; “aunque vivo solo o con mis hijos, sobrinos, hermanos, mis nietos

están conmigo, ya que los cuido mientras su mamá trabaja; ellos me han ayudado mucho a no sentirme solo”; “hace un tiempo me sentía muy solo y todo el día no hacía otra cosa más que llorar y llorar, ahora vivo solo y aunque no tengo mucho dinero como lo que hay, si no tengo nada me prepare una lechuguita con chuñito y una carne me los como, riego mis plantitas, cuido mis animalitos o siembro plantitas o me siembro también zanahoria y así me ayudo para comer, me siento muy contento y tranquilo de ya no estar triste como antes”, “pongo música en mi radio alabo a Dios estoy danzando también; “desde los nueve años tuve que trabajar como sirvienta para poder comer un plato, además de que cuidaba de mis hermanos... mi papá era borracho, le pegaba a mi mamá yo me he casado jovencita y mi marido igual me pegaba yo nunca he dicho nada, wawa tras wawa he tenido así 9 hijos he tenido, él grave me pegaba”; “vos señorita no te cases no tengas wawas”, “toda la vida he trabajado por los demás, ahora me preocupo por mí cuando me siento triste, que mis problemas me absorben, me encierro en mi cuartito, oro, apago todo y solamente cierro los ojos y pido a Dios, a veces me salgo a caminar y dejo todo, ni cocino, a la calle como si tengo ganas”, “yo he enterrado a mis padres, mis hermanos... me ha tocado cuidarles las enfermedades porque murieron de cáncer, yo a todos he cuidado he limpiado todo”.

A la fecha aún no se ha llegado a un consenso sobre la definición de apoyo psicológico ya que se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo psicológico sostiene que la presencia o ausencia de éste afecta diferencialmente la salud de los individuos.

La naturaleza de esta relación explicaría porqué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, entre otros), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones— (Castro, Campero & Hernández, 1997). Algunos autores consideran que la forma más efectiva de apoyo depende de la situación en que éste es necesario (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibáñez, 2002). Este grupo de autoayuda manejó primordialmente el apoyo emocional; se trataba de que se dieran cuenta de que se encontraban en situaciones similares y que ellos mismos podían encontrar la solución, si

bien no era la intención aconsejar, si lo era exponer ideas y lograr un aprendizaje significativo, un aprendizaje para la vida a través del apoyo psicológico.

¿Cuál es la idea que tienen ahora de ser un adulto mayor? “Es una parte de la vida difícil”; “es más difícil cuando no se tiene a nadie”; “aunque sea difícil ya estar viejo se tiene que disfrutar y sacarle provecho a lo que se tiene”; “debemos pensar en nosotros mismos”; “debemos aprender a no necesitar tanto de los demás para poder resolver nuestros problemas”; “que, aunque ya esté vieja hay mucho todavía que vivir y disfrutar”.

El autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas, un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y, en su caso, profesional, dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008). De ahí que el logro de un equilibrio socioafectivo en las personas adultas mayores a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismos figure entre las finalidades del programa de ayuda que se llevó a cabo con ellos. De ahí también que lograr un autoconcepto positivo sea uno de los objetivos pretendidos en los grupos de autoayuda con intervención psicológica reeducativa, comunitaria y cívica, y para los que se demandan estrategias y recursos que permitan elevar la calidad de vida de quienes participan en ellos.

### **Que tópicos se tocó en cada sesión de los Grupos de autoayuda**

El objetivo de los grupos es afrontar las situaciones específicas derivadas de etapas de la vida por la que están atravesando con personas que atraviesan la misma situación, cada problemática a tocar es de igual importancia que las demás por lo que no tiene un nivel ni puntaje de ningún tipo.

Otro tópico importante es la demanda de apoyo, donde los grupos participantes manifiestan su necesidad de aumentar su red de relaciones y el deseo de conocer de otras personas y comunicarse con ellas, el hecho de saber que “**no están solos**” es lo más importante, como se ve el objetivo principal de los GRUPOS DE AUTOAYUDA PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO PSICOLOGICO EN EL ADULTO MAYOR, es sumamente importante él y la Adulto/a Mayor no solo necesita saber que tiene normativas

y reglas que lo apoyan sino también necesita de todos modos entender dichas normativas y leyes.

### **Criterio de cantidad de Adultas/os Mayores con los cuales se trabajó**

El Municipio de El Alto corresponde al segundo en crecimiento a nivel nacional, con una cantidad de 943.600 habitantes (Fuente INE 2012, Gaceta Oficial 6 de marzo 2020), de los cuales el 11.40%, es decir 107.570, corresponde a la población adulta mayor a partir de los 60 años de edad; distribuidos en los 14 distritos a nivel Municipal. Entre las gestiones 2015 a la 2020, la Unidad de Adultos Mayores a atendido a 80.468, en distintas tipologías que van desde la consulta de derechos, abandono, extravió, maltrato físico y psicológico, despojo de bienes, problemas laborales y desapoderamientos. El Maltrato físico y psicológico es el 12% del total, es decir 9.656 personas.

La gestión 2018, etapa que se centra el presente perfil, se han atendido 1943 casos, de los cuales un 525 corresponde a la maltrato físico y psicológico, es decir el 27% del total.

Este PERFIL DE MEMORIA LABORAL, trabajo exclusivamente con 3 auqui utas de 10 en total dentro del Municipio de El Alto, cabe señalar que en estos espacios se reúnen adultas y adultos mayores que se afilian a Asociaciones para tener mayor participación social y política. Las mismas están allegadas a una Federación y son un total de 40 Asociaciones.

En el **Auqui Uta 19 de marzo**, de la zona Santiago I del Distrito Municipal 1, se aglutinan 60 adultas/os mayores, se trabajó específicamente con 20 personas.

En el **Auqui Uta Dolores F**, de la zona Villa dolores F del Distrito Municipal 3, se aglutinan 125 adultas/os mayores, se trabajó específicamente con 40 personas.

En el **Auqui Uta Franz Tamayo** de la zona Franz Tamayo UVB “C” del Distrito Municipal 14, se aglutinan 60 adultas/os mayores, se trabajó específicamente con 20 personas.

El muestreo se lo ha realizado exclusivamente con aquellos adultos mayores que asisten de manera regular a las reuniones de su Asociación. Cabe señalar además que se han

considerado estos 3 Auqui Utas primero por su posición geográfica, Dolores “F”, distrito 3; 19 de marzo distrito 1, ambos en zona urbana de la Ciudad de El Alto y Franz Tamayo ubicado en distrito 14 área periurbana, así también contrastar reacciones de este trabajo con los adultos mayores asistentes a estos distritos.

### **Terapias ocupacionales entre otras**

La terapia ocupacional ligada a la geriatría, desde sus comienzos, utiliza la ocupación como medio terapéutico para mejorar la situación funcional de los y las Adultos/as Mayores.

El término ocupación hace referencia a todo el conjunto de las actividades que llenan el tiempo de las personas y que aportan significado e identidad a sus vidas. (Fraga Dopico, 2015)

El objetivo de la terapia ocupacional es mejorar la salud y la calidad de vida, a través de la participación en aquellas ocupaciones que la persona seleccione por considerarlas importantes en su vida.

Tradicionalmente, las actividades de la vida diaria se han clasificado en tres tipos:

#### **❖ Básicas:**

Destinadas a la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación o el aseo.

#### **❖ Actividades Instrumentales:**

Vinculadas al manejo y control del entorno, como el mantenimiento del hogar o el uso del dinero.

#### **❖ Actividades de ocio y juego:**

Esta división de actividades cotidianas ha sido y continúa siendo en la actualidad muy útil y esclarecedora. Sin embargo, las nuevas dinámicas sociales conducen a actividades que no tienen cabida en esta clasificación como por ejemplo las iniciativas de voluntariado, participación en asociaciones, formación educativa o actividades de participación social.

Considerando que además de la ya denominada Terapia Ocupacional, fue necesario plantear Terapias de Grupo e Individual donde dependiendo de las personas con las que se trabajó, se debieron plantear enfoques sistémicos y Cognitivos.

### **Estimulación de funciones cognoscitivas**

Estimular las funciones cognitivas de los y las Adultos/as Mayores a través de actividades significativas que favorezcan la integración y participación activa en las sesiones, para contribuir a mantener o mejorar la auto valencia de los participantes.

Dentro de las funciones cognoscitivas están la Orientación, Gnosias, Praxias, Memoria, Atención (Velocidad de procesamiento), Lenguaje, Cognición Social, Habilidades Visoespaciales, Funciones Ejecutivas, Estimulación Cognitiva (Preventivo-Promocional).

El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad. “El aumento de la esperanza de vida supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobre todo en los casos de incapacidad y dependencia” (Madrigal, 2007)

Dentro de esta misma línea, García (2002) señala que es necesario no sólo conocer los grandes síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir la mayor independencia.

Señalan López, López y Ariño (2002), que la vejez no es sinónimo de enfermedad, pero el aumento de expectativa de vida conlleva, en muchos casos, la aparición de pluripatología que, asociada a las patologías propias de cada persona, disminuyen en mayor o menor medida la funcionalidad y la cognición en las personas de edad avanzada.

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten. Menciona Pascual y et.



al. (1998) que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad.

El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” (Arriola e Inza, 1999:84). Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.

La demencia es la pérdida global de la función cognitiva que interfiere en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral.

El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otro déficit, como, por ejemplo, alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo, cuya evaluación es necesaria para llegar al diagnóstico.

La demencia más frecuente en nuestro ámbito es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia de tipo vascular. La importancia relativa de la demencia vascular es más elevada en aquellas poblaciones en las que la hipertensión y los accidentes vasculares cerebrales son más comunes, como es la población mayor de 85 años. Otras causas de demencia neurodegenerativa son la enfermedad de Pick y otras demencias frontales. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos o secundarias a causas metabólicas y carenciales (alcoholismo, déficit de vitamina B12, hipotiroidismo), infecciones del sistema nervioso central (VIH, sífilis) y lesiones intracraneales (p. ej., los traumatismos craneales en poblaciones más jóvenes) son menos frecuentes.

La demencia es cada vez un tema de salud más importante por su carga social; en un futuro inmediato, las demencias edad-dependientes son las que focalizan los planes sanitarios de la comunidad boliviana.

Los avances tecnológicos en las neurociencias han aumentado los conocimientos sobre la función cerebral, sin llegar a clarificar si el deterioro cerebral global atribuido en gran

medida al envejecimiento se percibe como el espectro de los trastornos que anteceden a la enfermedad de Alzheimer.

Diagnosticar la demencia en estadios avanzados es relativamente fácil, pero en su inicio los síntomas pasan fácilmente desapercibidos. Las razones son variadas y múltiples; algunas veces la sintomatología inicial se manifiesta de forma tan insidiosa que es interpretada, tanto por parte del paciente como por su familia y el mismo médico, como cambios atribuibles a la edad. Algunos intentan disimular la sintomatología, otros, al ser inconscientes de sus limitaciones, llegan al diagnóstico demasiado tarde. La historia clínica y la exploración física y neurológica no son procedimientos sensibles para diagnosticarla en su inicio, en especial cuando no hay familiares informadores buenos de los antecedentes y cambios producidos y que conozcan la situación global de la persona, o bien que no estén presentes para corroborar la información aportada por el paciente.

Para entender el comportamiento del cerebro y las actividades intelectuales, y su disfunción atribuible a un proceso orgánico, primero es necesario comprender qué acontece y cómo influye el paso de los años en el sistema nervioso central y a tal tarea vamos a dedicar parte de esta introducción.

El sistema nervioso es un conjunto coherente de células, elementos formes bien diferenciados en cuanto a su función, de compleja estructura y organización, que se comunican e interrelacionan a través de una red viaria, la sustancia blanca, por medio de numerosos y variados medios de transporte, los neurotransmisores, que hacen de él el sistema biológico más sofisticado de todas las estructuras vivas.

Con la edad, el sistema nervioso sufre múltiples cambios que afectan todos los niveles funcionales en mayor o menor grado.

Su localización, mecanismo y consecuencias son los elementos característicos que configuran y definen el envejecimiento cerebral.

**Macroscópicamente, el cerebro con la edad “se arruga”.** Las primeras descripciones morfológicas del cerebro, datan del siglo XVI. En la actualidad el conocimiento morfológico puede anticiparse al estudio autóptico mediante las técnicas de neuroimagen estática y funcional, TC, RM, SPECT y PET que permiten visualizar y diferenciar las

estructuras básicas, el sistema vascular y el marco óseo y conocer el mayor o menor grado de actividad funcional. En el envejecimiento se observa una pérdida de peso y volumen del cerebro de alrededor del 5-10%, dilatación del sistema ventricular, reducción del grosor de las circunvoluciones cerebrales, aumento de la profundidad de los surcos cerebrales, engrosamiento de la pared de los vasos arteriales y reducción de la luz vascular. (Arriola, 1999)

**Con la edad, el cerebro visto con lupa, se desarboriza.** Para describir los componentes celulares del tejido nervioso hemos de retroceder a Golgi y a Cajal, cuyos métodos de tinción y estudios microscópicos permitieron visualizar por primera vez las neuronas, los axones y las dendritas.

La neurona contiene tres regiones distintas: el cuerpo celular, las dendritas, finas arborizaciones dispuestas a su alrededor que constituyen el aparato emisor y receptor de información, y su prolongación, el axón, que constituye la unidad conductora.

Las neuronas establecen conexiones entre sí, intercambiando la información específica que les es propia y diferenciada; información que es generada y regulada por el material genético heredado y la producción proteica correcta a través de un tejido de sostén, la neuroglia, que realiza las funciones de depuración del sistema, tiene actividad metabólica, de nutrición y defensa inmunitaria y capacidad de producir mielina.

La diferencia entre las células gliales, atrociitos, oligodendrocitos y fagocitos, y las Neuronas radica en el hecho de que sólo estas últimas pueden generar una señal nerviosa.

Galvani en el siglo XVIII descubrió que las células nerviosas producían electricidad, dando lugar al desarrollo de la electrofisiología.

El impulso eléctrico generado por la neurona se vehiculiza y propaga a través del axón.

Su conducción será más lenta y continua si se hace a través de axones amielínicos, y más rápida cuando los axones contienen fibras de mielina.

En el envejecimiento se observa una pérdida neuronal selectiva, una progresiva desarborización dendrítica, presencia de placas seniles y de ovillos neurofibrilares, reacción glial y acumulación de pigmentos edad-dependientes como la lipofusión.

El resultado de todos estos cambios es que funcionalmente el cerebro se lentifica y enmudece.

La información interneuronal se establece a través del espacio sináptico mediante un proceso eléctrico o químico, en el que intervienen la producción, liberación, destrucción y recaptación del transmisor. Las neuronas “hablan” entre ellas a través de un sistema de telefonía que son los neurotransmisores.

Los neurotransmisores son sustancias químicas presentes en el interior de la neurona y que precisan enzimas para su inactivación. Se encuentran en el espacio sináptico cuando se produce la activación de la célula nerviosa y pueden ser reemplazados por sustancias sintéticas análogas en la sinapsis.

En el sistema nervioso encontramos distintas sustancias neurotransmisoras, que dependen de una red específica de neuronas, y que originan verdaderos sistemas o circuitos anatómicos.

Cada uno de ellos tiene su función propia. Del sistema colinérgico depende la memoria y el estado de vigilia; del sistema dopaminérgico, el sistema motor, y en el noradrenérgico están involucrados el sueño, las variaciones del humor y las sensaciones de placer y desagrado.

En el envejecimiento se observa una franca disminución de las conexiones sinápticas; alteración de los espacios intra y extracelulares, sin cambios electrolíticos; disminución del contenido y síntesis proteica; disminución de la síntesis de lípidos, en especial

Fosfolípidos, con alteración de la conducción de la membrana, disminución del flujo sanguíneo cerebral con la consecuente disminución energética por la reducción del aporte de oxígeno y glucosa y alteración del contenido de RNA y DNA.

Estos cambios no afectan en su globalidad a todas las estructuras cerebrales, presentan una selectividad y se localizan con preferencia en la corteza, hipocampo, *locus coeruleus*, núcleos basales de Meynert y núcleos del asta anterior medular. Sus consecuencias afectan, de forma selectiva, a varios sistemas en forma de disminución motora y sensitiva, alteración del sueño, alteraciones de la memoria y reducción de la capacidad cognitiva y aumento de la patología orgánica y funcional.

## **Deterioro cognitivo y demencia**

**Se entiende por deterioro cognitivo cualquier alteración de las capacidades mentales superiores.**

Puede tratarse de un deterioro focal: cuando está limitado a una operación mental aislada, como el habla, o a un conjunto interrelacionado funcional o topográficamente; o difuso si afecta varias capacidades mentales a la vez. Utilizando los criterios operativos propuestos por Marsden de 1978, y ratificados por el Grupo de Estudio de Demencias de la Sociedad Española de Neurología, se define la demencia como un síndrome orgánico adquirido, que ocasiona un deterioro global persistente, sin alteraciones en el nivel de conciencia, que interfiere en el ámbito social y/o laboral y que aboca a la incapacidad para el autogobierno de la persona.

Los trastornos que pueden cursar con demencia o simular un estado demencial comprenden un amplio espectro de enfermedades neurológicas y/o psiquiátricas cuyo diagnóstico requiere un estudio exhaustivo.

Actualmente los criterios clínicos que se manejan para establecer un cuadro de demencia son los de la ICD-10 y del DMS-IV.

Hasta la fecha no es posible realizar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y otras demencias en su estado pre clínico, por dos razones importantes: la primera, es que las bases biológicas y genéticas no tienen la suficiente y probada fortaleza para asegurar con certeza el diagnóstico e iniciar una actividad preventiva; la segunda, es que carecemos de un tratamiento curativo. Ambas comportan una tercera razón de mayor relevancia: la actitud ética de los profesionales delante de las especulaciones diagnósticas y de pronóstico.

Ante tal situación, ¿es que no debemos preconizar la detección precoz de las manifestaciones clínicas iniciales de demencia para establecer estrategias terapéuticas sintomáticas y paliativas, si cabe, en beneficio del enfermo y de su familia? La detección precoz de la demencia antes de que los enfermos se encuentren en un estadio muy evolucionado presenta conocidas ventajas: identificar causas reversibles y tratables de demencia, utilizar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas disponibles a fin de

enlentecer la progresión de la enfermedad, controlar la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida del paciente y su cuidador.

En el ámbito gerontológico la dificultad estriba en diferenciarla del deterioro cognitivo benigno o leve, como un hecho inherente a la vejez.

El análisis compartido y consensuado con los familiares y cuidadores inducirá el tipo de intervención terapéutica, sobre todo en cuanto a la aplicación de terapias blandas basadas en las técnicas de la neuropsicología cognitiva. La información que sobre las actividades cotidianas aportan los familiares constituye un valor añadido a los datos de la exploración clínica y neuropsicológica, al hacer evidente el conjunto de conductas que definen al individuo en relación con sus preferencias, habilidades y competencias que le permiten vivir de forma autónoma e independiente y ejercer su papel social. Todas estas actividades, desde las más avanzadas hasta las más básicas se deterioran a medida que progresa la enfermedad, incidiendo de forma desigual en cada individuo y su grupo familiar.

El objetivo final de la presente intervención a estado dirigida, bien sea a corto o largo plazo, a restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del adulto mayor con demencia, procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones y problemas de salud más prevalentes y, finalmente, garantizar la confortabilidad en la fase terminal de la enfermedad.

La intervención desde un programa de psicoestimulación cognitiva que abarco en gran medida aquellas funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria, favorecerá el papel social del enfermo, aumentará la eficacia de los fármacos disponibles en la actualidad para la enfermedad de Alzheimer y, en todo caso, aportará beneficios en cualquier tipo de demencia.

Las estrategias aquí planteadas son propuestas útiles y prácticas que facilitan la interacción personal entre el educador profesional o el familiar cuidador y el paciente, manteniéndolo activo y llenando horas vacías de objetivos para el enfermo y llenas de frustración para el familiar.

La suma de las condiciones intelectuales, físicas y biográficas del Adulto Mayor, marco el campo de apoyo en el que movernos y permitió definir y ajustar el tipo adecuado de intervención.

Estos adultos mayores merecen este esfuerzo y la puesta en marcha de innumerables propuestas, que abarcan desde los estudios genéticos y de biología molecular a la provisión de recursos psicológicos, reconociendo la dignidad humana de las personas a las que en un momento de su vida la demencia oscureció su mente y les robó la capacidad de conocer, del saber de las cosas y de cómo se hacen.

Por lo que la estimulación cognitiva ha sido un elemento básico para la **PSICOESTIMULACIÓN INTEGRAL EN EL/LA ADULTO/A MAYOR**, donde y según el deterioro cognitivo y en qué nivel este se encuentra se realizaran una serie de ejercicios en franca colaboración con la familia inmediata para evitar que este proceso de deterioro avance mucho más lento, así garantizar la calidad y calidez de vida del Adulto/a Mayor.

Se seleccionaron la actividad orientada a estimular una o más funciones cognitivas, es el principal concepto a seguir considerando el proceso de envejecimiento y todo lo que implica.

Considerar la progresión de dificultad (en la misma sesión y en las siguientes).

- Armamos rompecabezas desde los más sencillos hasta los que tienen un cierto grado de complejidad
- Mantenimiento de la atención.
- Estimulación a la verbalización.
- Refuerzo de la autoestima.
- Ejercitación de las habilidades sociales.
- Integración en la colectividad (sentimiento de grupo).
- Saludo. Es importante interesarse por el estado de los miembros del grupo. Se trabaja a través de un calendario móvil.

- Lectura y comentario de los titulares más importantes o llamativos del periódico.
- Identificación: ¿Quiénes estamos?, ¿quiénes faltan? El nombre de cada uno de nosotros.
- Orientación temporal: ¿Qué día de la semana es hoy?, fecha, mañana o tarde y relacionarlo con las actividades propias del momento, si hay alguna festividad cercana, etc.
- Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo, etc. Acontecimientos diarios, cotidianos.
- Ejercicios/ tareas de carácter lúdico relativos a funciones cognitivas: como son la orientación, la atención, la retención y la estimulación.
- Ejercicios: rodea símbolos
- Ejercicios: Rodea imágenes
- Ejercicio. Cantidad de objetos
- Ejercicios: Categoría de objetos
- Ejercicio: recuerda objetos

### **Musicoterapia**

La música es una herramienta que nos sirve de refuerzo y nos acompaña cuando estamos sufriendo momentos difíciles a cualquier edad. Cuando cantamos no pensamos, solo **sentimos**. La música nos ayuda a disfrutar del presente, poniendo toda nuestra atención, y a olvidarnos durante un rato de nuestros problemas.

La música nos permite experimentar **placer**. Esto no es una apreciación subjetiva, sino que tiene un fundamento físico: escuchar música puede ayudar a aumentar los niveles de **serotonina**, el neurotransmisor encargado de regular el estado de ánimo y el sueño, que inhibe emociones negativas como la ira.



La música, además, es **comunicación**, es social, lo que permite compartir el placer, la gratificación que supone la música, con otras personas. Así, cantar una canción en grupo ayuda a **fortalecer los vínculos afectivos dentro del grupo**.

La Musicoterapia es el uso de la música o de los elementos musicales por un musicoterapeuta con un adulto mayor o grupo de adultos mayores.

Tiene como objeto atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal y, en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida (Denis & Casari, 2014)

De todos estos beneficios se sirve la musicoterapia.

### **¿Qué es la musicoterapia?**

La musicoterapia consiste en el uso de la música y sus elementos (ritmo, melodía, armonía, timbre) con finalidades terapéuticas, favoreciendo la comunicación, mejorando la autoestima y el estado de ánimo, incentivando el movimiento, la expresión, la creatividad.

Actualmente, la musicoterapia se ha extendido por todo el mundo como una disciplina de la salud. En nuestro país todavía se utiliza poco en la sanidad pública, pero en Estados Unidos y en algunos países europeos es una disciplina integrada en el sistema sanitario que se utiliza como tratamiento complementario en diversas enfermedades.

### **¿Qué beneficios puede aportar la musicoterapia?**

La musicoterapia aporta beneficios cognitivos, físicos, socio-emocionales y espirituales.

#### **Beneficios cognitivos**

- Ayuda a mantener o mejorar las **habilidades verbales**. A través de actividades rítmicas, por ejemplo, contribuye a la inteligibilidad del lenguaje.

- Estimula la **memoria** a diversos niveles, tanto a corto como a largo plazo, ayudando a la reminiscencia (evocación de recuerdos casi olvidados) y al aprendizaje.
- Ayuda a mantener la **atención** y a conectar la persona con la realidad.
- Incentiva la **creatividad**.

#### **Beneficios físicos**

- Actúa como **estímulo sensorial**.
- Es **relajante** y disminuye la ansiedad y la angustia.
- Activa el sistema motor y favorece el **equilibrio**.
- A través del ritmo mejora la **coordinación** de los movimientos.
- A través de los pequeños ejercicios de Psicomotricidad de seguir el ritmo o tocar un instrumento ayuda a mejorar la **movilidad** de las articulaciones y aumenta la fuerza muscular.

#### **Beneficios sociales, emocionales y espirituales.**

- Fomenta la **participación**, la interacción y la comunicación social en el grupo.
- Mejora el estado de ánimo y la **autoestima**.
- Permite hacer aflorar las **emociones**.
- Mejora la **expresión** verbal y no verbal.

#### **Adultos mayores y musicoterapia.**

La música puede tener un gran impacto en cualquier persona, pero, además, en las personas mayores, tiene la capacidad de liberar todo un torrente de memorias. Esta es una de las razones por las que la terapia musical es uno de los tratamientos más eficaces para las personas mayores que sufren determinados tipos de enfermedades o trastornos. (Albornoz, 2012)

Actualmente se está investigando y se están utilizando técnicas clínicas de musicoterapia neurológica para aplicarlas en el tratamiento de grupos de pacientes con diferentes

enfermedades: Parkinson, Huntington, Alzheimer, autismo, traumatismo cerebral, apoplejía, etc.

En las personas con **Parkinson**, el trabajo con patrones rítmicos regulares y constantes permite mejorar las funciones motoras, ya que el ritmo actúa como un estabilizador externo que hace que el cerebro pueda controlar el movimiento.

En las personas mayores con **demencia**, por ejemplo, la musicoterapia permite mejorar la calidad de vida de las personas que la sufren:

- En las fases leves y moderadas de la demencia, la música puede contribuir a **preservar las capacidades cognitivas y funcionales** (lenguaje, atención, memoria), retrasando la dependencia.
- En las fases moderadas y avanzadas, la música permite a la persona desviar el foco de atención de los estímulos que no es capaz de interpretar hacia a un estímulo que tiene sentido y, por tanto, que ejerce un **efecto calmante de la ansiedad**. De esta manera, la música ayuda a **reducir algunos síntomas conductuales** de la demencia, como la agresividad física y verbal o el deseo de deambular.
- En un estadio avanzado de la demencia, aunque la persona ha perdido la capacidad de procesar el lenguaje, todavía mantiene la capacidad de procesar la música, y así la música se convierte en una vía importantísima para **conectarse con la propia identidad y para comunicarse con el entorno**, con sus cuidadores, activando la memoria biográfica y las emociones asociadas a aquella música y facilitando la colaboración en las actividades básicas como la alimentación o la higiene.

### **Sesiones de terapia con música en los Auqui Utas**

En los Auqui Utas se integró la terapia con música entre las actividades de estimulación cognitiva. Las actividades se realizaron en grupos de unos 20 Adultos Mayores y también estuvo abierta a los usuarios que deseen participar.

Las sesiones se las llevo a cabo en una sala amplia, que permitió moverse libremente y en la que no se oigan ruidos ajenos a la música y la voz.

Las actividades terapéuticas que se llevaron a cabo con música son diversas:

### **Sesiones de relajación a través de la música**

Cuando estamos relajados el tono muscular se distiende y nos situamos en un estado en el que podemos controlar los pensamientos y las emociones. De esta manera el estado de relajación alcanzado mediante la música nos ayuda a mantener una buena salud física, mental y emocional:

- Protegiendo los órganos del corazón de un desgaste innecesario provocado por las tensiones constantes.
- Facilitando el alivio del estrés provocado por algunas enfermedades.
- Calmando la mente y haciendo que el pensamiento sea más claro y eficaz.

### **Sesiones de estimulación cognitiva y expresión emocional con música.**

Conocer las preferencias musicales de los participantes nos ayudara a hacer las sesiones más operativas, especialmente cuando la actividad tiene por objetivo la estimulación cognitiva y la expresión emocional de los Adultos Mayores. Utilizando músicas que forman parte de la historia de los usuarios, trabajamos los recuerdos personales y la memoria, recordando la letra de las canciones.

### **Sesiones de terapia ocupacional y Psicomotricidad con música.**

Trabajamos con el ritmo: dando palmadas, tocando instrumentos de percusión y, si la movilidad de los residentes lo permite, incluso bailando.

El trabajo del ritmo es beneficioso porque ayuda a reducir el riesgo de caídas en las personas Adultos Mayores que tienen problemas de equilibrio o dificultades para andar.

Además, también utilizamos la música como ambientación de fondo en otras actividades. (Laborterapia, pintura, juegos didácticos que se implementaron)

### **Terapia Familiar**

La **terapia familiar** es un tipo de terapia psicológica (psicoterapia) hecha para ayudar a los miembros de la familia a mejorar la comunicación y resolver los conflictos. La terapia familiar es a menudo a corto plazo. Puede incluir a todos los miembros de la familia o

sólo los más capaces de participar. Su plan de tratamiento específico dependerá de la situación de su familia. Sesiones de terapia familiar que pueden enseñar habilidades para profundizar en las relaciones familiares y pasar momentos de estrés, incluso después de que haya terminado yendo a sesiones de terapia. (Góngora, 1992)

### **Por qué se hace.**

La terapia familiar puede ayudar a mejorar las relaciones problemáticas con su cónyuge, hijos u otros miembros de la familia, por lo tanto, con el Adulto Mayor que forma parte de la misma. Se puede tratar temas específicos tales como problemas maritales o financieros, los conflictos entre padres e hijos, abuelos y nietos, o los efectos de abuso de sustancias o una enfermedad mental en la familia entera.

La familia podrá continuar la terapia familiar junto con otros tipos de tratamiento de salud mental, especialmente si uno de los miembros tiene una enfermedad mental o adicción que también requiere de terapia individual o de un tratamiento de rehabilitación. Por ejemplo, la terapia familiar puede ayudar a los miembros de la familia hacer frente si el Adulto Mayor tiene Alzheimer, Demencia Senil, Parkinson o algún trastorno de Personalidad, pero la persona Adulta Mayor que sufre cualquier enfermedad neuronal deberá continuar con su plan de tratamiento individualizado, lo que puede incluir medicamentos, consejería uno-a-uno o de otro tratamiento.

En el caso de adicción, la familia puede asistir a terapia familiar, mientras que la persona que tiene una adicción participa en el tratamiento residencial. A veces la familia puede participar en la terapia familiar, incluso si la persona adicta no ha buscado su propio tratamiento.

La terapia familiar puede ser útil en cualquier situación familiar que causa el estrés, el dolor, la ira o el conflicto. Puede ayudar a la familia a que entienda mejor unos a otros y comprendan el proceso de envejecimiento más de cerca.

### **Qué esperar.**

La terapia familiar típicamente trae varios miembros de una familia por sesiones de terapia. Sin embargo, un miembro de la familia también puede ver al terapeuta familiar individualmente.

Sesiones suelen tardar unos 50 minutos a una hora. La terapia familiar es a menudo a corto plazo por lo general menos de seis meses. Sin embargo, la frecuencia con la que se encuentran y el número de sesiones que necesitará dependerá de la situación particular de cada familia y de la recomendación del terapeuta.

Durante la terapia familiar, se examina la capacidad de la familia para resolver problemas y expresar pensamientos y emociones. Se puede explorar los roles familiares, las normas y pautas de comportamiento con el fin de identificar los problemas que contribuyen al conflicto, así como la manera de trabajar a través de estos temas. La terapia familiar puede ayudar a identificar las fortalezas de las familias que viven con el Adulto Mayor, tales como el cuidado de los unos a los otros, y los puntos débiles, tales como dificultad para confiar en los otros.

### **Resultados.**

La terapia familiar no resuelve automáticamente conflictos familiares o crea una situación desagradable desaparece. Pero ha ayudado a que las familias puedan entenderse mejor unos a otros, y puede proporcionar habilidades para hacer frente a situaciones difíciles como la tenencia de un Adulto Mayor y su proceso de envejecimiento de una manera más eficaz.

### **El Libro de la Memoria-Historia de Vida**

La memoria es una capacidad fundamental de todo ser humano, permite hacer acopio de conocimientos y crear la propia identidad a través de la acumulación de episodios de experiencias vividas a lo largo de la existencia.

La edad de una persona con su memoria, resume toda su vida, se han acumulado episodios de alegrías, penas, deseos, esperanzas, amores, arrepentimientos, trabajos, enfermedades, desesperaciones, olvidos, etc. Desde emociones generales hasta olores, sabores, sonidos, música, imágenes y sensaciones de tacto. Todo va constituyendo una compleja red de vivencias de combinaciones que se distribuyen a lo largo del tiempo vivido.

Sin memoria se pierde la continuidad de la biografía y la persona se encuentra perdida en el tiempo y el espacio. Si la memoria se pierde progresivamente, como en la enfermedad

de Alzheimer, el ser humano se empobrece poco a poco, pierde conocimiento y se difumina. No existe tragedia mayor que perder la propia memoria, la propia identidad. Con esta técnica pretendo mejorar el rendimiento y la calidad de vida de las personas que sufren alteraciones de memoria.

El **LIBRO DE LA MEMORIA**, es un tratamiento que se suma a los recursos de trabajo que he empleado, para ayudar a conservar la memoria y la propia identidad de las personas Adultos/as Mayores. Este libro tiene unas indicaciones específicas de uso en el contexto integrado del tratamiento de los Adultos Mayores, se requirió siempre la intervención y asesoramiento de mi persona en calidad de guía, excepto cuando se trató de un problema neuronal. Asimismo, se evitó el uso inadecuado de todo material de intervención cognitiva.

### **Terapia de reminiscencia**

La Reminiscencia consiste en pensar o hablar sobre la propia experiencia vital, a fin de compartir recuerdos y reflexionar sobre el pasado. Esta terapia se puede llevar a cabo de modo formal con una estructura y dirigida por un profesional, o de modo informal entre los familiares.

El **objetivo principal** de la terapia de Reminiscencia es la **estimulación de la memoria episódica autobiográfica**. Evidentemente, aunque el objetivo principal sea estimular un área específica, siempre existirá una estimulación cognitiva colateral. Por ejemplo, con la terapia de Reminiscencia también estimulamos la atención, el lenguaje expresivo y comprensivo, la orientación en las tres esferas, la memoria semántica y gnosias entre otros aspectos.

Durante la terapia se puede dar el caso que, para algunos adultos mayores, la evocación de recuerdos resulte difícil, ya sea porque tienen recuerdos dolorosos o porque no quieren dar información sobre su vida a otras personas. Es posible que algunas personas participen más y otras sólo quieran escuchar, hasta que se sientan más a gusto o se les ayude un poco. De todas formas, es positivo compartir recuerdos tanto tristes como alegres.

Como se realizó la terapia de reminiscencia.

Para llevar a cabo la terapia de Reminiscencia es necesario **un elemento desencadenante que haga evocar sensaciones, o traiga recuerdos a la mente.**

Estos **ELEMENTOS** son:

**1- OBJETOS:** Característicos de una época en concreto, por ejemplo, la infancia, juventud, o de un tipo de evento como unión en pareja, nacimiento de los hijos, donde vivieron en la ciudad o en el campo.

**2- FOTOGRAFÍAS:** Personales, de lugares, acontecimiento histórico, etc.

**3- OLORES:** Característicos de la época, como una bola de naftalina, pasto mojado, tierra húmeda, ciertas plantas, etc.

**4- SABORES:** Se hizo apthapi, pero con el objetivo de trabajar la reminiscencia

**5- SONIDOS:** Grabaciones con sonidos de antaño, como campanas, tambores, animales de granja, animales domésticos.

**6- MÚSICA:** Es un desencadenante muy potente, cuanto más sabemos de la vida del adulto mayor, mejor podremos elegir una música para realizar una sesión de reminiscencia. Música con la que se enamoró, grabaciones de radio de la época.

Realmente, para llevar a cabo una terapia de reminiscencia en adultos mayores, sirve cualquier elemento que estimule los sentidos, pero se toma en cuenta que se eligió los elementos en función de estado sus capacidades (se tuvo en cuenta déficits visuales y auditivos).

Las actividades fueron las siguientes:

1. Reuna fotografías las que se tenga, pero de familia
2. Hacer un collage
3. Crear una mesa de recuerdos
4. La bandeja de objetos se movio de un lado a otro.

En cuanto a algunos temas para trabajar la Reminiscencia, ha sido:

- Infancia, hogar y familia
- Vida laboral, trabajo,
- Cómo se arreglaban para salir, modas, tipos de trajes, peinados



- Costumbres para casarse, nacimiento de los hijos
- Cambio de habitat, es decir, del campo a la ciudad, por ejemplo.

### **Terapia de Relajación Método Jacobson**

La Relajación Progresiva de Jacobson se centra en enseñar a la persona que lo practica a distinguir entre la sensación de tensión y distensión en las diferentes partes del cuerpo en que se distribuye el entrenamiento, en total 16 grupos musculares.

A partir de ese momento, el sujeto va a poder controlar de forma óptima qué situaciones cotidianas provocan cada una de las sensaciones de tensión-distensión y cómo debe proceder para destensar los grupos musculares en caso de notar un exceso de tensión. Las situaciones tensas usualmente, al relacionarse con emociones menos agradables, **van disminuyendo con el entrenamiento**, de forma que el estado de bienestar emocional y psicológico del individuo tiende a aumentar progresivamente.

Se lo ha llevado a cabo siempre al comienzo de cualquier actividad para dejar de lado cualquier situación ansiosa en los adultos mayores.

En un lugar cómodo, tranquilo y con escasa estimulación distractora dentro de los mismos Auki Utas, se ha introducido unas frases inductoras de calma como “Estás cómodo y relajado, puedes oír tu respiración, no se escuchan ruidos sólo el silencio”. Posteriormente, empezando a trabajar el primer grupo muscular, se han seguido las siguientes instrucciones:

**1. Dirige la atención al brazo derecho**, a la mano derecha en particular, ciérrala, estréchala con fuerza, y observa la tensión que se produce en la mano, y en el antebrazo (durante unos 5 u 8 segundos).

**2. Deja de hacer fuerza**, relaja la mano y déjala descansar donde la tienes apoyada. Observa la diferencia que existe entre la tensión y la relajación (10-15 segundos). Tu mano y tu brazo ya no se sienten duros y fríos.

**3. Cierra otra vez con fuerza el puño derecho** y siente la tensión en la mano y el antebrazo, obsérvalo detenidamente (10-15 segundos). Tu mano y tu brazo ya no se sienten duros y fríos, ¿te das cuenta?

**4. Y ahora afloja los músculos y deja de hacer fuerza** permitiendo que los dedos se distiendan relajados. Nota una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación (10-15 segundos). Estira los dedos, alza los brazos, arriba y abajo, respira profundamente. Y así sucesivamente con el resto de grupos musculares: manos, antebrazos, bíceps, hombros, frente, ojos, mandíbula, garganta, labios, cuello, nuca, espalda, pecho, abdomen, piernas (muslos y pantorrillas).

En definitiva, el entrenamiento en la Relajación Progresiva de Jacobson ha requerido, la aplicación sistemática, estructurada y bien secuenciada del conjunto de procedimientos que se han expuesto con la finalidad de alcanzar un nivel de eficacia adecuado. Se entiende, por tanto, que es una práctica mantenida en el tiempo lo que va a permitir un mayor perfeccionamiento en su realización, de tal modo que este tipo de ejercicios se vayan interiorizando como un nuevo hábito diario cotidiano.

### **Cromoterapia**

La colorterapia para mayores, que también se puede llamar cromoterapia, es un tipo de terapia que utiliza el color como método de relajación, cambio de emociones y liberación de estrés. Está especialmente indicada para personas mayores, aunque todas las personas pueden realizarla. Cada color tiene unos beneficios específicos entre los que elegir y hay diferentes formas de utilizarla. No causa ningún daño, aunque sus beneficios pueden no ser muy notorios en algunas personas, aunque sí en otras.

#### **¿Cómo nos afectan los colores?**

Simplemente, nos podemos fijar en las personas que plasman en sus pinturas todos sus sentimientos. Podríamos decir que el color es un idioma del alma.

Los colores reflejan e influyen directamente en nuestro estado de ánimo. Por lo tanto, es muy normal que haya gente que evite ciertos colores como manera de autoexpresión.

También nos afectan en nuestra percepción. Los colores claros hacen que el espacio parezca más grande. En cambio, los colores oscuros reducen este efecto.

### **Bases de la cromoterapia para adultos mayores.**

Visualizar ciertos colores, ya sea a nivel mental o proyectado frente a nuestros ojos nos cambia el ánimo. Relacionamos los colores con emociones desde siempre.

No solo cambian el ánimo, ya que un estado de bienestar mental también influye en el cuerpo.

Los siete colores del arcoíris y sus beneficios son:

- **Rojo.** Este color se relaciona siempre con la energía y la vitalidad principalmente. También es poder. Se dice que, al ser también color de la sangre ayuda a la circulación. Lo que definitivamente queda claro es que motiva a realizar actividades físicas y anima el espíritu.
- **Naranja.** Da vitalidad de una forma más activa y alegre. Es especial para actividades físicas no tan intensas y que no sean competitivas. Por ejemplo, con las manualidades. El naranja es felicidad y optimismo.
- **Amarillo.** Este color tan llamativo alerta y despierta el sistema nervioso central. Ayuda a poner a la mente en un estado predispuesto para el aprendizaje. Es bueno usarlo antes de las actividades mentales que se hacen en residencias.
- **Verde.** El color de la naturaleza transmite paz. Y más a aquellos que vivían en una zona rural y ahora están en una zona más urbana. El verde también es salud física, aire puro y equilibrio.
- **Turquesa.** Reactiva el cerebro, por lo que es bueno después de una siesta ya que elimina el cansancio mental. Activa y despierta, pero de una forma pausada.
- **Azul.** El color de la relajación por excelencia. Se usa antes de dormir o acompañando al yoga para hacer que las pulsaciones bajen.
- **Violeta.** Combate el miedo, el nerviosismo y en definitiva, la ansiedad. Es un color espiritual y muy introspectivo.

Con papeles de colores ya mencionados se hizo una secuencia de relajación pensando en lo que significa cada color, relacionándolo con sentimientos del momento, cerramos los ojos e imaginamos momentos específicos de la vida, respiración profunda.

Actividad que no se ejecutó con mucha frecuencia.

### **Resultados Alcanzados**

#### **De los Logros y Resultados con Adultos Mayores con los cuales se ha trabajado de manera personal.**

Cuando la presente suscrita entro a trabajar a la Unidad de Adultos Mayores, el principal objetivo fue: **Conocer la problemática real de la población Adulto Mayor**, puesto que ya estaban tipificados las situaciones, que, para mi persona, todas estaban desarrolladas a lo que es el maltrato, ya sea por desconocimiento del proceso de envejecimiento, o ya sea por desconocimiento de las Leyes y Normativas que favorecen a esta población.

Pero ¿Y el Adulto Mayor?, que puede suceder con esta población para permitir ser vulnerado, maltratado, violentado. A la mi persona empezar con aplicación de test, en los resultados obtenidos de los mismos, al efectivizar informes, al orientar, al estar de cerca con los y las Adultos/as Mayores, al escucharlos, al tratar con ellos sus problemas, quejas y preocupaciones, más allá de los diagnósticos que en la mayoría son cuadros de Estrés, Ansiedad, Distimia y Depresión, la conclusión a la que llegue es que **SE HA PERDIDO EL SENTIDO DE VIDA.**

Cuando nosotros nacemos se espera que aprendamos, que crezcamos, se espera que seamos buenos hijos, hermanos, estudiantes, se espera que, trabajemos, seamos padres o madres, profesionales, buenos ciudadanos; pero como sociedad ¿Qué se espera del Adulto Mayor?, que sea un alguien que se siente en un ladito de la casa, que no se mueva, que no se queje, que no opine, que te de todo lo que tiene y finalmente que se muera. El concepto social de Adulto Mayor se resume en una NADA HUMANA, es un concepto chocante, pero es real.

Cuando la persona llega al ciclo vital de la vejez, se supone que se debe jubilar, los hijos se han casado o tienen sus vidas propias lejos de los padres, los amigos van muriendo, la pareja muere, la soledad se acrecienta y no se entiende el mundo, por tal razón se ha perdido el Sentido de la Vida. Por tal razón más que tratar un cuadro de Estrés, Ansiedad o Depresión mi investigación ha logrado reconocer que existen dificultades con la socialización en los Adultos Mayores de El Alto, por lo que estructure en mis terapias con

ellos el concepto "**Alegría de vivir**". Esta posiciona al Adulto Mayor como un ente principal en la sociedad, una persona útil, magnífica, especial y amada. Pero necesario que sociabilice con sus pares, para entender que está cursando por un ciclo de que es eso UN CICLO DE VIDA. Debe vivirla con dignidad.

La Depresión es la pérdida de la esperanza, por lo que se propone de actividades recreativas para la socialización de estos Adultos Mayores.

La propuesta contribuyó a mejorar la Socialización de los Adultos Mayores, a través de actividades recreativas.

La recreación, en el Adulto Mayor, ha de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Un enfoque simplista de la recreación en Adultos Mayores, nos llevaría a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas Adultos Mayores. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

Por ejemplo, en los Adultos Mayores, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Por estas razones más que logros puedo mencionar beneficios que la suscrita ha podido aportar para los Adultos Mayores en el tiempo trabajado estos son:

- Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística

- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre
- Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal

**De los Logros Grupales obtenidos en las Asociaciones en las cuales se ha trabajado**

Se ha abarcado los distritos municipales 1, 3 y 14, se ha trabajado con un total de **80** adultos y adultas mayores, a partir de los 60 años de edad para adelante.

**Trabajo Realizado**

**\*TERAPIA DE REMINISCENCIA,**

**\*TERAPIA DE RELAJACIÓN METODO JACOBSON,**

**\*CROMOTERAPIA,**

**\*ESTIMULACIÓN COGNITIVA,**

**\*ESTIMULACIÓN SENSORIAL,**

**\*MUSICOTERAPIA,**

**\*TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**\*FORMACIÓN DE GRUPOS DE AUTOAYUDA,**

**\*TERAPIA OCUPACIONAL**

**Resultados**

- Mejoramiento de capacidades cognitivas como el lenguaje, la memoria y la atención
- Se logra mantener el funcionamiento cognitivo
- Se ha acercado al adulto mayor al fortalecimiento de su propia identidad
- Adultos mayores exteriorizan sus vivencias y me hice participe de ellas
- Se animó a la conversación de hechos, reanudar o crear vínculos informales con otras personas, añadir puntos en común
- Adulto mayor preparado para la muerte, con retrospectiva que ayudaría a fortalecer la valía y el bagaje experiencia para hacer frente a la inevitable expiración
- Se ha fomentado la **participación**, la interacción y la comunicación social en el adulto mayor
- Se hamejorado el estado de ánimo y la **autoestima**.
- Se hapermitido hacer aflorar las **emociones**.
- Se ha mejoradola **expresión** verbal y no verbal.
- Se han reducido los niveles de ansiedad en el adulto mayor
- Se ha elevado la autoestima
- Se ha elevado la auto valencia
- Se ha ampliado la autoimagen positiva en el adulto mayor
- Se han formado y establecido redes de apoyo con los adultos mayores
- Adultos mayores llevan a cabo el apoyo psico-social a sus pares sin la necesidad de guía
- Más extrovertidos en cuanto al compartimento de sus vivencias

-Se ha creado un espacio social alternativo con los adultos mayores de socialización de conflictos donde ha surgido adultos mayores Autovalentes y funcionales.

-Se ha mejorado la psicomotricidad gruesa y fina en los adultos mayores mejorando su coordinación

-Se ha logrado permitir que el adulto mayor sea más autónomo en actividades de la vida diaria

-Adulto mayor analiza, evalúa y gradúa sus actividades

-Respuesta oportuna a conflictos

-Adulto mayor más independiente

### **De los Talleres realizados**

#### **Objetivo**

Concientización y sensibilización hacia la población que tiene un trato directo con los y las Adultos/as Mayores para el trato preferente con calidad y calidez de vida hacia los mismos.

Es necesario que las personas comprendan que la vejez es un proceso de vida el cual todos vamos a enfrentar, es urgente que cuando sepan lo que realmente significa tus sentimientos, paciencia y respeto a los/las Adultos/as Mayores cambiara positivamente desde todos los aspectos.

#### **❖ TALLER DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER. -**

El Alzheimer es la forma más común de demencia, un término general que se aplica a la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que interfieren con la vida cotidiana.

La enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia.

El Alzheimer no es una característica normal del envejecimiento.

El objetivo principal de este taller ha sido vinculado al conocimiento de la enfermedad y al tratamiento que esta pueda necesitar, además que como familiares



de adultos mayores cómo actuar ante una enfermedad tal y como reconocerla sin concebir traumas en la misma familia.

Resultado esperado, educación de los participantes del taller en cuanto a la enfermedad y las acciones que se deberá emplear en caso de que se presente en la familia.

- **Beneficiarios directos: 156 familiares de adultos mayores distrito 4,5, estudiantes de enfermería de Instituto Sagrado Corazón de Jesús.**
- **Beneficiarios indirectos: Sociedad en su conjunto**

#### ❖ **SEMINARIO TALLER INFORMATIVO DE SOCIALIZACIÓN Y ORIENTACIÓN, ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ESTRATEGIAS DEL FUTURO, VEJEZ UNA CUESTIÓN DE ACTITUD**

##### • **¿Qué es envejecimiento?**

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo.

##### • **¿Qué es la vejez?**

Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

El objetivo principal de este seminario-taller fue promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, satisfacción personal y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas de la sociedad e instituciones públicas y privadas que trabajen directa o indirectamente con esta población, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva Psico-físico y cultural, y en sus

derechos plenos, mediante la atención preferente.

Resultado esperado, conocimiento de cuál es el proceso de envejecimiento que se plantea, una manera útil de vivir.

- **Beneficiarios directos: 172 servidores públicos representantes de diferentes instituciones públicas y privadas de El Alto, adultos mayores representantes de Asociaciones de Adultos Mayores Nueva Luz Distrito 3 y 19 de marzo Distrito 1.**
- **Beneficiarios indirectos: Sociedad en su conjunto**

#### ❖ BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS/LAS ADULTOS/AS MAYORES

Como ya hemos visto en un punto anterior, el entorno social adquiere gran importancia para el individuo.

Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo.

Los conceptos de apoyo social, entorno socio afectivo y red social se comprenden de forma intuitiva. Pero la dificultad aparece a la hora de delimitar y especificar dichos conceptos.

El apoyo que cualquier sujeto puede recibir desde su entorno puede ser de varios tipos:

##### • **Apoyo instrumental**

Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.

##### • **Apoyo emocional**

Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.

- **Apoyo de estima**

Consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios.

El poder comunicar las contrariedades refuerza la autoestima; tal vez, porque al hacerlo se produce el sentimiento de ser valorados y aceptados por otra persona. Esto tiene un efecto positivo en las posibles amenazas percibidas en situaciones de estrés y la potenciación de nuestros propios recursos para hacer frente a esos problemas.

- **Apoyo informativo**

Se trata de facilitar la información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, para disminuir el sentimiento de confusión e impotencia, e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.

- **Compañía social**

La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones.

Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma:

- Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona.
- En las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida.
- Aparece el rol de abuelo/a. Lo que ocurre es que con el tiempo esta relación va cambiando: de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución).
- Se pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares, pero se pueden ganar otros muchos dependiendo de la actitud que adopte la persona ante su nueva situación.

- **Beneficiarios directos: Población adulta mayor habitante de El Alto**
- **Beneficiarios indirectos: Sociedad en su conjunto**

### ❖ **ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO HACIA LOS/LAS ADULTOS MAYORES**

Para los Adultos Mayores, las consecuencias del maltrato físico son importantes, al tratarse de personas físicamente más vulnerables, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte.

Lo anterior provoca el ingreso frecuente de los Adultos Mayores al sistema hospitalario, o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades.

### ❖ **ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN**

#### **Como profesionalista o cuidador:**

- Obtener información que me permita identificar los diferentes tipos de maltrato y sus consecuencias en los Adultos Mayores con los que trabajo o convivo.
- Auto monitorear mi comportamiento, debido a que todos podemos ser víctimas o victimarios.
- Buscar capacitación para brindar una mejor atención al Adulto Mayor y no caer en acciones de tratos inadecuados.
- Ampliar y fortalecer mis redes de apoyo formales como asociaciones, instituciones públicas o privadas especializados en violencia, que me apoyen en acciones de prevención o tratamiento para personas que sufren algún tipo de maltrato.

- Identificar grupos de autoayuda a los que pueda canalizar al Adulto Mayor y su familia para orientación.
- Conocer las instancias legales, así como los procedimientos para acciones de tipo jurídico.
- Crear mi directorio de canalización que contenga direcciones, servicios y requisitos para la atención (comprobando la calidad de su atención).

### **Como Adulto Mayor:**

- Obtener información sobre el maltrato e identificar las consecuencias para mi salud emocional y física.
- Buscar orientación con el personal de salud (médico, trabajadora social, psicóloga, abogado), sobre los servicios especializados que existen.
- Involucrarse en un programa de envejecimiento activo, que incluya cuidado de la salud, aspectos emocionales y cognitivos, realizar actividades físicas y de recreación, que en conjunto favorezcan una integración social.
- Comprometerse en realizar acciones para mejorar su autocuidado.

Se ha demostrado que una persona independiente (física, emocional y económicamente) tiene menor riesgo de sufrir maltrato o de ejercerlo.

### **¿Qué hacer?**

- Asumir que estoy siendo maltratado.
- Buscar apoyo en mi entorno inmediato (algún familiar, vecino o amigo).
- Solicitar orientación en un grupo profesional o de apoyo especializado en violencia.
- Buscar orientación con el personal de salud para elaborar un plan de seguridad:
- Identificar factores desencadenantes de violencia
- Ubicar lugares a dónde ir en caso que necesite dejar su casa.
- Tener a la mano números telefónicos de ayuda (policía y atención médica).

- Pedir apoyo a un vecino para que llame a la policía o algún familiar si notan algún incidente violento.
- Tener listos algunos objetos y documentos (ropa, dinero, etc.) por si se debe dejar la casa de prisa y/o tener una maleta en casa de amigos.
- Recabar información para realizar una denuncia (lugares, condiciones, etc.).
- Buscar apoyo psicoterapéutico.

Se recomienda que el primer apoyo que se reciba sea el psicológico, para trabajar el sentimiento de culpa que suele presentarse en estas situaciones y que dificulta el proceso de denuncia o se cierre el ciclo de violencia que en ocasiones lleva décadas de ejercerse.

- **Beneficiarios directos: Población adulta mayor habitante de El Alto**
- **Beneficiarios indirectos: Sociedad en su conjunto**

## **Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas**

### **Lecciones aprendidas**

- ✚ Entre las acciones correctivas que se plantean y siendo que ha sido un desafío, ha sido necesario el aprendizaje del idioma aymara como lengua de comprensión e inclusión, preponderante para trabajar con adultos mayores de manera empática y asertiva, lo ideal ha sido trabajar en un ambiente más inclusivo, no por parte de la población adulta mayor, sino por mi parte para entender el desarrollo integral de adultas y adultos mayores.
- ✚ De igual forma al concretizar y comprender la realidad cultural de la población adulta mayor se ha trabajado específicamente con grupos de adultos mayores varones y grupos de adultas mayores mujeres diversificando el trabajo, se ha podido generar cambios de pensamiento para trabajar en conjunto.
- ✚ Las lecciones aprendidas del proceso han logrado en mí una mejor organización no solo de terapias y talleres individuales sino también grupales.
- ✚ He adaptado criterios de aceptación a la cultura y sus criterios, conocimientos ancestrales e identidad de los adultos mayores, cambiando mis propios juicios y

moldeando las actividades a lo que la población adulta mayor desea y sugiere sin olvidar que es un individuo que tiene deseos preponderantes pero que está álgido al cambio a la modernidad.

### **Buenas prácticas**

- ✚ Actitud de incondicionalidad y apoyo a la persona adulta mayor.
- ✚ Empatía en cuanto a la problemática del envejecimiento y la vejez
- ✚ Respeto, paciencia y comprensión.
- ✚ Habilidades de comunicación con personas adultas mayores.
- ✚ Capacidad de dirigir la conversación y centrar la atención de la persona evaluada en el foco de interés evaluador.
- ✚ Capacidad de tranquilizar a la persona mayor (si se muestra ansiosa o temerosa).
- ✚ Comportamiento asertivo.
- ✚ Habilidades instrumentales básicas de refuerzo positivo (si lo que se pretende es aumentar la probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta o comportamiento) o negativo (si lo que se pretende es disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta o comportamiento).
- ✚ Habilidades pedagógicas.
- ✚ Habilidades cognitivas (búsqueda de contradicciones, por ejemplo).
- ✚ Habilidades de escucha.
- ✚ No hacer juicios de valor.
- ✚ Capacidad para ajustar las expectativas de la persona adulta mayor.
- ✚ Se realizan actividades grandes y significativas que brindan reales resultados en la población adulta mayor.

## CAPITULO III. DESEMPEÑO LABORAL

### Aprendizaje Laboral

- ✚ Lo que me ha interesado es conocer la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas Adultos/as Mayores, por estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados Psicológicos, biológicos, sociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos.
- ✚ A pesar de estos impedimentos los y las Adultos/as Mayores se adaptan a todos estos nuevos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que se debe proyectar de cualquier forma altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las misma de hace 10 años, disminuyendo la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad, informándoles de lo que significa **proceso de envejecimiento** y que la vida no termina cuando llegas a la cúspide, sino más bien empieza una nueva etapa de transición con sabiduría, para ello la sensibilización de la sociedad en su conjunto es importante, considerando que aun ahora no se conocen claramente las normativas que benefician a esta población Adultos/as Mayores.
- ✚ La prevención de todo tipo de maltrato y sobre todo del maltrato psicológico a las personas Adultos/as Mayores es posible en la medida que se respeten sus derechos y se conozca y se esté consciente de lo que significa proceso natural de envejecimiento y sus alcances sociales, físicos y psicológicos, por lo tanto, se construyan relaciones saludables de convivencia familiar esto implica garantizar una vida libre de violencia.
- ✚ Mi propuesta inicial de un modelo de intervención psicológica para Adultos/as Mayores, teniendo en cuenta el crecimiento de esta población, surgió de la necesidad de comprender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir



de una mirada integral a las necesidades propias de la población Adulto/a Mayor, su cultura, condiciones socio demográficas y las investigaciones realizadas por mi persona. De esta manera, se hace un llamado a las diferentes disciplinas que se interesan por el estudio del Adulto/a Mayor para que contribuyan al entendimiento de la complejidad de esta población y, sobre todo, al desarrollo de herramientas que permitan mejorar la vida de quien acoge nuestra atención **EL ADULTO MAYOR EN TODA SU EXTENSIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA.**

- ✚ De igual forma mi Memoria Laboral considera en real manera que un **ADULTO MAYOR AUTOVALENTE ES MENOS VULNERABLE A TODO TIPO DE MALTRATO, SOBRE TODO AL MALTRATO PSICOLÓGICO**, a lo que se apuntalo absolutamente todas las terapias realizadas, obteniendo resultados positivos y consientes.
- ✚ La catarsis y anamnesis terapéuticas precisas se dieron de manera positiva, de manera extensa e intensa, lo que me place en mencionar.

### **Logros Profesionales**

- ✚ La prevención de todo tipo de maltrato, pero sobre todo el maltrato psicológico a las personas Adultos/as Mayores es posible en la medida que se respeten sus derechos y se conozca y se esté consciente de lo que significa **proceso natural de envejecimiento** y sus alcances sociales, físicos y psicológicos, por lo tanto, se construyan relaciones saludables de convivencia familiar esto implica garantizar una vida libre de violencia.
- ✚ La propuesta inicial de un modelo de intervención psicológica para Adultos/as Mayores, teniendo en cuenta el crecimiento de esta población, surgió de la necesidad de comprender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una mirada integral a las necesidades propias de la población Adulto/a Mayor, su cultura, condiciones socio demográficas y las investigaciones realizadas.

- ✚ Pero se debe considerar que esta población debe generarse así misma calidad de vida con intención al fortalecimiento propio puesto que si se logra esto la vulnerabilidad estaría en decreción.
- ✚ Para la suscrita, ha sido sumamente enriquecedor trabajar con esta población que socialmente es tan vulnerable, entender que es proceso de envejecimiento y poder contribuir a mejorar su calidad de vida ha sido especial y personalmente gratificante.
- ✚ En este sentido he podido crecer profesionalmente siendo que gracias a la visibilización obtenida en el trabajo con adultas/os mayores pude acceder a ser Responsable de Programa Rescatando Valores Ancestrales en la Unidad de Adultos Mayores, posteriormente Jefa de la Unidad de La Mujer, así también Directora de Niñez, Género y Atención Social y ahora Secretaria Municipal de Desarrollo Social.
- ✚ Estos logros profesionales están todos vinculados al trabajo con población vulnerable y sobre todo a la lucha contra la violencia hacia grupos vulnerables de la sociedad, siendo estos: **adultos mayores, personas con discapacidad, niñas, niños, adolescentes, mujeres víctimas de violencia y personas en situación de calle.**

### **Límites y dificultades**

- ✚ Las limitaciones encontradas han sido de tipo lingüístico, social y cultural, desde el punto de vista que, al adentrarnos en distritos municipales alejados de la Ciudad de El Alto, como el 14, por ejemplo, donde la población adulta mayor es más bien aymara parlante, por tal motivo ha sido una limitante el tener que en muchas oportunidades buscar intérpretes que no reflejan cien por ciento lo que uno como profesional desea captar o enseñar.
- ✚ De igual forma la captación de tipo genérica de la población adulta mayor sigue generando un retroceso en cuanto al trabajo que se ha realizado puesto que se continua con la participación masiva de la población femenina siendo que con los varones adultos mayores el trabajo debe ser diferente, en otros horarios incluso, provocando un trabajo atrasado muchas veces. La explicación radica en que la

cultura aymara los hombres y las mujeres, aunque son un todo culturalmente y se complementa, el machismo es preponderante.

## **CAPITULO IV. DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL**

### **Planteamientos de Futuros Desafíos a Nivel Profesional**

La atención integral que requieren los adultos mayores desde punto de vista fisiológico, socio-cultural, psicológico y educativo les permite llevar su vejez de manera activa y saludable por su carácter funcional desde diferentes puntos de vista, ya que mayoría de ellos están enfrentando por condiciones preocupantes por ejemplo en su mayoría no cuentan con una jubilación, no tiene una cobertura de salud adecuada y atención en otras áreas que les brindan beneficios , en muchos casos, sufre discriminaciones en el mercado laboral, en los servicios y en el trato cotidiano en sus comunidades y en sus familias que directamente perjudica el mejoramiento de su calidad de vida.

Las personas adultas mayores por la normal degeneración neuronal, cambian de manera radical su cognición, peor si su vida no se ha desarrollado de la manera más saludable posible y saludable no solo por o referido a la parte física sino también mental.

Por tal razón los extravíos de las personas adultas mayores son muy frecuentes, pero lamentablemente en este proceso que implica desde la contención de un adulto mayor hasta la búsqueda de familiares y su reinserción familiar, este vive un proceso sumamente estresante que termina por revictimizarlo, peor si no se encuentra al familiar, peor aún si dentro de ese municipio no existe un Refugio Transitorio para adultos mayores en este tipo de circunstancia donde la contención, calidad y calidez de atención sea lo principal.

Mi desafíos personal y profesional es desarrollar un Proyecto para la Construcción de un Refugio Transitorio para personas Adultas Mayores en calidad de extravío y/o abandono en el Municipio de El Alto, que reúna todas las condiciones para la atención principal a adultas y adultos mayores, con profesionales especialistas gerontólogos y geriatras en todas las ramas, que brinden atención especializada.

Pero al ser transitorio solo podrá resguardar a la persona adulta mayor hasta encontrar a familiares o hasta poder institucionalizarlo de forma permanente.

Por otro lado, es necesario apoyar a las personas adultas mayores como sociedad y más que todo como familia, hemos olvidado que todas y todos vamos por el camino de ser adulto mayor, mi objetivo es reforzar la atención, pero también el autocuidado.

Deseo crear un programa para abordar la estimulación cognitiva que ayudará a compensar la pérdida de las capacidades intelectuales a partir de la experiencia y los conocimientos adquiridos. Las actividades tanto sociales como intelectuales ayudarán a mantener activa la mente favoreciendo un envejecimiento de la manera más óptima.

Estamos centrados en realizar actividades para trabajar los diferentes procesos cognitivos olvidándonos de lo importante que es mantener un estado de ánimo elevado. Con la realización de actividades adaptadas a personas adultas mayores busco la mejora del estado de ánimo junto con el aumento de la autonomía y autoestima. Con ello se aumentaría la flexibilidad mental e incluso repercutiría de manera positiva a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

## GLOSARIO

**Auki Uta:** Casa del abuelo, idioma aymara

**Wawa:** Niña, niño, idioma aymara

**Apthapi:** Productos alimenticios que se comen en una mesa comun a manera de compartimiento y que elaboran todos los que forman parte del mismo.

**Autoayuda:** Son los miembros del grupo los que se ayudan a si mismos y a los demás miembros del grupo.

**Autovalencia:** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

**Envejecimiento:** El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo.

**Vejez:** Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

**Adulta o Adulto Mayor:** Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Albornoz, Y. (2012). Teoría de Musicoterapia Improvisatoria. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Obtenido de Unión Brasileña de Asociaciones de Musicoterapia.
- Arriola, E. &. (1999). *Protocolos de atención en residencias para personas mayores*. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Denis, E. J., & Casari, L. M. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Diálogos*.
- Fericgla, J. M. (1992). *Envejecer*. Barcelona: Anthropos.
- Fraga Dopico, M. (2015). Terapia ocupacional centrada en las personas mayores: necesidades, capacidades, gustos e intereses.
- Fredes, E. A. (junio de 2012). *Biblioteca Digital*. Obtenido de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/541/tesis-2092-la.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/541/tesis-2092-la.pdf)
- García-Cid, A. H.-M.-J.-G.-F. (2017). *Apoyo social, resiliencia y región de origen en la salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes*. . *Universitas Psychologica*, 16(5).
- Góngora, J. N. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.
- INE. (2020). *Portal Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de <https://www.ine.gob.bo/>
- Levine, M. &. (1987). Principles of community psychology: perspectives and applications. En *Principles of community psychology: perspectives and applications*. Oxford University Press.
- Madrigal, L. M. (2007). Obtenido de La estimulación cognitiva en personas adultas mayores: <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>
- OMS. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OPS. (2012). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de OPS/OMS: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6603:2012-con-envejecimiento-saludable-adultos-mayores-pueden-ser-valioso-recurso-social-economico&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6603:2012-con-envejecimiento-saludable-adultos-mayores-pueden-ser-valioso-recurso-social-economico&Itemid=135&lang=es)
- Prof. Adjunto Dr. Martínez, H. D., & Prof. Asist. Med. Mitchell, M. E. (2013). *SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA*. Obtenido de

<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Manual-MPyS-2-V-2013.pdf>

Salud, O. M. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *WHO/FWC/ALC/15.01*, 32.

Zamora, Z. E. (2010). *El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. Psicología Iberoamericana.

Inga, J., & Vara, A. (2002). Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Estudio Piloto y Análisis Psicométrico. *Monografía en Internet] Asociación por la Defensa de las Minorías. Disponible en: <http://www.geocities.com/Heartland/Cabin/5900/adulto.htm>. Acceso el 3 de julio 2011.*

González, A. (2000). Cuando la tercera edad nos alcanza. *Crisis o retos*.