

UNIVERSIDAD DE OCCIDENTE
FACULTAD DE HUMANIDADES
EXTENSIÓN MONTESQUIEU
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA
MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS 1 Y 6
DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

Elaborado por:

SANDRA CAROLINA CERMEÑO HERNÁNDEZ

GUATEMALA, ABRIL 2022

UNIVERSIDAD DE OCCIDENTE
FACULTAD DE HUMANIDADES
EXTENSIÓN MONTESQUIEU
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA
MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS 1 Y 6
DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

Elaborado por:

SANDRA CAROLINA CERMEÑO HERNÁNDEZ

Al conferírsele el título de

PSICÓLOGA CLÍNICA
en el grado académico de Licenciatura

GUATEMALA, ABRIL 2022

HONORABLES AUTORIDADES

Cumpliendo con los preceptos que establecen los normativos y reglamentos de la Universidad de Occidente, presento a su consideración el Proyecto de Carrera titulado:

**CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA MEJORA DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES DE HOGARES GERIÁTRICOS DE LAS ZONAS 1 y 6 DE LA
CIUDAD DE GUATEMALA**

Tema que fuera asignado por la Facultad de Humanidades en el año 2021, previo a optar al título profesional de Psicóloga Clínica.

SANDRA CAROLINA CERMEÑO HERNÁNDEZ

CONSEJO DIRECTIVO

Rector	Dr. Ottavio Benfatto Buggin
Secretario General	Ing. Carlos Morales Lam
Tesorero	Ing. Emilio Conde Goicolea
Vocal I	Ing. Jorge Pac Sum
Vocal II	Licda. Betty Lobos Bollat
Vocal III	Krishna Van den Brule
Vocal IV	Dr. Walter Francisco Hillermann Braham
Vocal V	Ing. José Carlos Pomés

DIRECTOR ACADÉMICO

Director Académico	Msc. Ing. Carlos Morales Lam
--------------------	------------------------------

AUTORIDADES DE LA FACULTAD O DEPARTAMENTO

Decana	Licda. Aura Marina Calderón Gramajo
--------	-------------------------------------

ADMINISTRADOR GENERAL

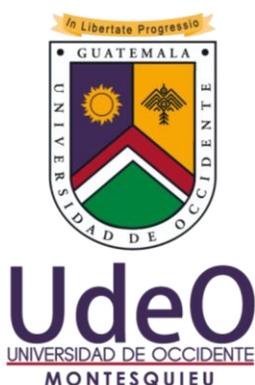
Administrador General	Lic. Víctor Manuel Rosal González
-----------------------	-----------------------------------

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA EXTENSIÓN

Director Administrativo	Lic. Andres Ayau Valladares
-------------------------	-----------------------------

TRIBUNAL EXAMINADOR

Secretaria	Licda. María Guisela Rodríguez
Examinadora	Licda. Claudia Yolanda Rojas
Examinadora	Lic. Erick David Aguilar



Guatemala, 15 de octubre del 2021

Lic. Andrés Ayau Valladares
Director Administrativo
Presente

Respetable licenciado:

Por este medio hago de su conocimiento el DICTAMEN FAVORABLE emitido en mi calidad de asesor del informe de Proyecto de fin de Carrera, titulado: CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE HOGARES GERIÁTRICOS DE LAS ZONAS 1 y 6 DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, elaborado por Sandra Carolina Cermeño Hernández, con carné 1704099008, estudiante de Psicología Clínica. En cumplimiento del nombramiento emitido, se procedió a generar la asesoría respectiva de acuerdo con los requerimientos establecidos de proyectos de fin de carrera para ser sometido a las instancias correspondientes para su aprobación final y para optar a la correspondiente presentación del mismo.

Atentamente,

Licda. María Isabel Berthet Bachez
Asesora de Proyecto



Guatemala, 20 de octubre del 2021

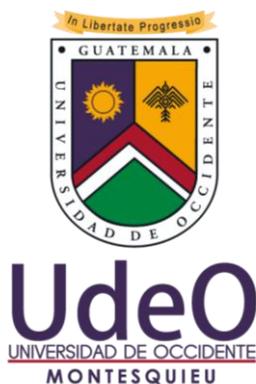
Lic. Andrés Ayau Valladares
Director Administrativo
Presente

Respetable licenciado:

Atendiendo al nombramiento emitido por el departamento de control académico en el cual se me nombra como revisor del trabajo de graduación de la estudiante: Sandra Carolina Cermeño Hernández, con carné: 1704099008. Titulado CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE HOGARES GERIÁTRICOS DE LAS ZONAS 1 y 6 DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ha sido revisado por mi persona, por lo que, dado que el mismo cumple con los requisitos reglamentarios para ser aceptado como trabajo de graduación previo a optar al grado de Psicólogo Clínica, emito DICTAMEN FAVORABLE para que continúe con el trámite correspondiente.

Sin otro particular me suscribo de ustedes deferentemente;

Licda. María Guisela Rodríguez
Revisora



Guatemala, 30 de octubre del 2021

Sandra Carolina Cermeño Hernández
Guatemala, Ciudad
Presente

Estimada estudiante:

Tengo mucho gusto en informarle que después de haber revisado su Proyecto, cuyo título es: **CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE HOGARES GERIÁTRICOS DE LAS ZONAS 1 y 6 DE LA CIUDAD DE GUATEMALA** y de haber obtenido el dictamen del asesor específico, autorizo la presentación del mismo.

Aprovecho la oportunidad para felicitarle por el magnífico trabajo realizado, el cual es de beneficio para el desarrollo de nuestra sociedad.

Atentamente,

Lic. Andrés Ayau Valladares
Director Administrativo



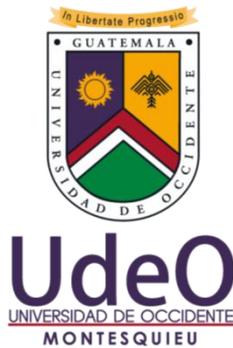
Guatemala, 30 de abril de 2022

LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE UNIVERSIDAD DE OCCIDENTE
MONTESQUIEU

De acuerdo al dictamen rendido por la licenciada María Isabel Berthet Bachez, Asesora de Proyecto de Carrera “CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA PARA LA MEJORA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE HOGARES GERIÁTRICOS DE LAS ZONAS 1 y 6 DE LA CIUDAD DE GUATEMALA” presentado por la estudiante Sandra Carolina Cermeño Hernández y la aprobación de la presentación del mismo, según consta en el acta No. AG-09-2021 del 02 de diciembre del año 2021. La coordinación académica de Universidad de Occidente Montesquieu y el Director Administrativo, autoriza su impresión, previo a su graduación profesional de Psicóloga Clínica en el grado académico de Licenciado.

Lic. Andrés Ayau Valladares
Director Administrativo

cc. Archivo



DEDICATORIA

- A DIOS** Por su infinito amor y haberme permitido culminar una meta más.
- A MIS PADRES** Filomena Hernández y Óscar Cermeño por haberme brindado la base para poder continuar con mis estudios.
- A MI ESPOSO** Javier Antonio Morales por su apoyo incondicional desde el inicio.
- A MIS HIJOS** Marbella y Ángel porque son mi motivación e inspiración.
- A MIS HERMANAS** Mildred e Ingrid por apoyarme para continuar.
- A MIS AMIGOS** Estuardo Quezada, Wendy Aguilar, Mercy Edelman, Mónica Noj, Clarissa Culajay y Marco Valladares por haber sido pieza importante para cumplir esta meta tan deseada.
- A MIS CATEDRÁTICOS** Porque su enseñanza y motivación hicieron que no me rindiera.
- A LAS AUTORIDADES** Gustavo García y Kilma Flores por apoyarme en lo que necesitaba para cumplir mis sueños.
- A MI ASESORA** María Isabel Berthet Bachez de Quiñonez por compartir su conocimiento y apoyarme en todo momento para que pudiera finalizar exitosamente.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	3
III.	OBJETIVOS	5
	3.1 General	5
	3.2 Específicos	5
IV.	MARCO DE ANTECEDENTES	6
V.	MARCO TEÓRICO	10
	5.1 Gerontología	10
	5.1.1 Historia de la gerontología	10
	5.1.2 Gerontología	10
	5.1.3 Ramas de la gerontología	11
	5.1.4 Dimensiones básicas del envejecimiento	11
	5.2 Calidad de vida	13
	5.2.1 Calidad de vida	13
	5.2.1.1 Dimensiones e indicadores de la Calidad de Vida	13
	5.2.1.2 Bienestar psicológico	14
	5.2.2 Conceptualización de Calidad de vida	15
	5.2.2.1 Satisfacción con la vida	15
	5.2.2.2 Aspectos objetivos y subjetivos	16
	5.2.3 Características importantes en la Calidad de vida en adultos	16
	5.2.3.1 Especificidad	16
	5.2.3.2 Multidimensional	16
	5.3 Teorías asociadas al adulto mayor	17
	5.3.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson	17
	5.3.1.1 Características de la teoría de Erikson	17
	5.3.1.2 Estadios psicosociales	17
	5.3.2 Teoría de la desvinculación	18
	5.3.3 Teoría de la actividad	19
	5.3.4 Teoría de los roles	19

5.4	Trastornos relacionados a la vejez	20
5.4.1	Trastornos mentales	20
5.5	Terapias beneficiosas en la edad adulta	21
5.5.1	Terapia psicológica	21
5.5.1.1	Musicoterapia	21
5.5.1.2	Ludoterapia (Terapia del juego)	21
5.5.1.3	Arteterapia	22
VI.	MARCO DEMOGRÁFICO	23
VII.	MARCO GEOGRÁFICO	24
VIII.	MARCO LEGAL	25
8.1	Nacionales	25
8.1.1	Decreto No. 85 - 2005 del Congreso de la Rep. de Guatemala	25
8.1.2	La Constitución Política de la República de Guatemala, Art. 51	26
8.1.3	Día Nacional del Adulto Mayor	26
8.1.4	Decreto 97 - 96	26
8.1.5	Acuerdo número 1135, Pensión de los Trabajadores del IGSS	26
8.1.6	Acuerdo Interno 22 - 2017	27
8.2	Internacionales	27
8.2.1	Convención de Ginebra de las Naciones Unidas	27
8.2.2	Resolución 46 - 91	28
IX.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
X.	METODOLOGÍA	30
10.1	Tipo de investigación	30
10.2	Enfoque de la investigación	30
10.3	Métodos de investigación	30
10.4	Instrumentos de investigación	30
10.4.1	Observación	30
10.4.2	Entrevista	31
10.4.3	Pruebas psicométricas	31
10.4.3.1	Escala de Tinetti	31

10.4.3.1	Escala de Barthel	31
10.4.3.1	Escala de Autoestima de Rosenberg.....	31
10.4.3.1	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	32
XI.	PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA.....	33
XII.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	47
XIII.	DETALLE DE RECURSOS	53
13.1	Recurso Humano	53
13.2	Recursos Materiales	55
13.3	Recursos Técnicos.....	55
XIV.	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	56
XV.	COSTOS DE EJECUCIÓN Y SUS INDICADORES	58
XVI.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA	59
XVII.	ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS	60
XVIII	CONCLUSIONES	63
XIX.	RECOMENDACIONES.....	64
XX.	REFERENCIAS	65

ÍNDICE DEL PROGRAMA

PORTADA	33
INTRODUCCIÓN	34
CAPÍTULO I EVALUACIONES A APLICAR.....	36
CAPÍTULO II TERAPIAS PSICOLÒGICAS	39
CAPÍTULO III FORMULARIO No 1.....	61
CAPÍTULO III FORMULARIO No 2.....	62

ÍNDICE DE TABLAS DE PROGRAMA

Tabla 1	CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA.....	35
Tabla 2	INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE BARTHEL	37
Tabla 3	INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE R.	37
Tabla 4	ACTIVIDADES A REALIZAR EN MUSICOTERAPIA	40
Tabla 5	ACTIVIDADES A REALIZAR EN LUDOTERAPIA	43
Tabla 6	ACTIVIDADES A REALIZAR EN ARTETERAPIA	45

ÍNDICE DE TABLAS DEL PROYECTO

Tabla 1	ESTADÍSTICA DE ADULTOS MAYORES EN EL AÑO 2 021 Y 2 025	35
Tabla 2	CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA VEJEZ	37
Tabla 3	DIMENSIONES E INDICADORES SEGÚN EL PROFESOR SCHALOCK	37
Tabla 4	CONCEPTUALIZACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO	40
Tabla 5	VEJEZ SEGÚN ERIK ERIKSON	43
Tabla 6	FACTORES PRESENTES EN LA DESVINCULACIÓN	45
Tabla 7	ATRIBUCIONES DEL DIRECTOR	35
Tabla 8	ATRIBUCIONES DEL PSICÓLOGO	37
Tabla 9	ATRIBUCIONES DE LA ENFERMERA	37
Tabla 10	PERSONAL CAPACITADO PARA REALIZAR EL PROGRAMA	40
Tabla 11	CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA.....	43
Tabla 12	COSTOS DE EJECUCIÓN Y SUS INDICADORES.....	45
Tabla 13	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA	40
Tabla 14	FORMULARIO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA.....	43
Tabla 15	FORMULARIO DE REGISTRO DE AVANCES.....	45

RESUMEN

Los adultos mayores son las personas más vulnerables de toda sociedad, no solamente por los cambios físicos, también por los cambios emocionales que proyectan. Es por ello que inicia el deseo estudiar a las personas que viven en hogares geriátricos de diversas zonas de la Ciudad de Guatemala. Este estudio tuvo como objetivo principal crear un Programa de Gerontología para la mejora de vida de los adultos mayores de los Hogares Geriátricos de las zonas 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala, utilizando como censo a 10 personas de sexo masculino del Hogar de Ancianos Hermanos de Belén y 16 ancianos de ambos sexos en la Casa Hogar Plus Ultra.

El estudio fue de tipo descriptivo como apoyo en la recopilación de información para conocer las características de las personas, teniendo un enfoque cuantitativo para poder realizar las gráficas estadísticas. Utilizando el método analítico, para que las pruebas psicométricas evaluaran diferentes áreas. Los instrumentos y técnicas que se utilizaron fueron las observaciones, entrevistas y escalas (Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg, Escala de Tinetti, Escala de Barthel y Escala de Autoestima de Rosenberg) las cuales permiten ver el estado físico y emocional de los pacientes.

Los resultados obtenidos fueron diferentes en ambos lugares. En el Hogar de Ancianos Hermanos de Belén las personas son independientes, se sienten felices de estar en el asilo y manifiestan tranquilidad al aceptar las limitaciones ocasionadas por su edad. Todo esto a pesar que solamente cuentan con cinco personas que le atienden (3 frailes, 1 cocinera y 1 de limpieza).

En la Casa Hogar Plus Ultra se observa que debido a las enfermedades físicas su estado emocional no es el adecuado, ya que algunas personas presentan ansiedad y depresión. Son dependientes al momento de realizar actividades de la vida diaria. A partir del conocimiento de los resultados de ambos hogares nace el deseo de crear un programa de gerontología con actividades diversas enfocadas en arteterapia, musicoterapia y ludoterapia.

I. INTRODUCCIÓN

Varias teorías definen el envejecimiento como cambio de roles, etapa en la cual existen crisis emocionales o afirmación de lo vivido. Otras mencionan que muchas personas se retiran de forma gradual, lo cual suele ser un proceso natural, muchos se aíslan porque su rol ante la familia y sociedad cambió, otros lo hacen por decisión, todo dependerá de su relación con las actividades a realizar. Estudios mencionan que en la edad adulta mayor las personas se deterioran de forma física, cognitiva y psicológica. Según Erik Erikson la adultez mayor se manifiesta a partir de los 60 años, tiempo en el cual los pensamientos pueden ser negativos o positivos, todo dependerá de la vivencia pasada y asimilación de la vejez. Su calidad de vida puede ser afectada o beneficiada por: el desarrollo personal, deterioro físico, relaciones interpersonales, bienestar emocional, autodeterminación, inclusión social, derechos, leyes de su país y atención de sus cuidadores.

Actualmente el incremento de las personas de la tercera edad es notorio, según un estudio de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2018 los adultos mayores superaron a los niños menores de cinco años y se estima que en el 2050 habitarán 426 millones de adultos mayores en el mundo, pero esto no quiere decir que se garantice calidad de vida, todo dependerá de sus cuidadores, es por ello que surge la necesidad de tener conocimiento de la definición de gerontología, calidad de vida, leyes, normas nacionales e internacionales y derechos de las personas de la tercera edad para brindarles tranquilidad en ese ciclo de la vida, ya que cada persona vive esta edad de forma diferente.

En Guatemala existen instituciones que por medio de donaciones brindan apoyo a esta población vulnerable, entre ellas está el Hogar de Ancianos Hermanos de Belén y la Casa Hogar Plus Ultra. Debido a la necesidad que presentan se realiza la presente investigación titulada “Creación de un programa de Gerontología para la mejora de vida de los adultos mayores de los Hogares Geriátricos de las zonas 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala”, estudio que tiene como finalidad conocer el estado emocional y físico de las personas para brindar terapias alternativas y mejorar su condición, para ello se aplicaron cuatro escalas diferentes, las cuales son: Escala de Barthel, Escala de Tinetti, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg. También se observó y entrevistó a las personas que cuidan a las personas adultas

mayores. Después de los resultados obtenidos se crean las terapias que benefician la edad adulta (Musicoterapia, Ludoterapia, Arteterapia) para mejorar autoestima, ansiedad, depresión y estado físico. Esta investigación e implementación del programa es importante para mejorar la condición física y emocional de los habitantes en los hogares geriátricos y de toda persona que realice el programa, aunque se encuentre fuera de estos asilos.

Para brindar un conocimiento amplio del tema generador de la investigación fue necesario incluir en el marco teórico los siguientes temas: Gerontología, calidad de vida, teorías asociadas al adulto mayor, trastornos relacionados a la vejez y terapias beneficiosas en la edad adulta.

II. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la población adulta mayor va en aumento, en Guatemala, según censo realizado en el año 2 019 por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE) la proyección nacional de las personas adultas mayores en el año actual (2 021) y 2 025 es el siguiente:

Tabla No. 1

Estadística de adultos mayores en el año 2 021 y 2 025

Edad	Año 2 021	Año 2 025
60 – 64	389,872	444,431
65 – 69	308,879	353,648
70 – 74	238,547	271,300
75 – 79	171,640	197,777
80 – 84	109,409	128,557
85 – 89	60,806	72,072
90 – 94	27,137	33,093
95 – 99	8,564	11,111
100 – más	2,583	3,757
Total	1,317,437	1,515,746

Fuente: Estadística de adultos mayores en el año 2 021 y 2 025, junio 2 021, elaboración propia.

Se estimó que en el año 2 021 el total de habitantes sería de 17 109 746 (diecisiete millones ciento nueve mil setecientos cuarenta y seis), siendo un 7.7% de personas en edad avanzada y en el año 2 025 un total de 18 079 810 (dieciocho millones setenta y nueve mil ochocientos diez) con el 8.4% de personas mayores.

Los adultos mayores deberían de jugar un papel muy importante en la sociedad debido a la experiencia que tienen en diferentes áreas, pero se ha observado que han sido aislados por la familia y sociedad debido a la falta de capacidad motora e intelectual para realizar ciertas actividades. En varias familias se observa que estas personas son internadas en hogares

geriátricos para su cuidado personal; algunos mencionan que dichos lugares en ocasiones no tienen con los recursos indispensables ni apoyo suficiente para la subsistencia adecuada. Los factores que pueden afectar la calidad de vida de las personas en edad avanzada en hogares geriátricos son la ausencia de apoyo de entidades gubernamentales, falta de ayuda familiar y carencia del personal capacitado para atenderlos. Si un factor afecta a estas personas, su calidad de vida se ve alterada desde el punto de vista psicológico, social e individual. Es preocupante esta situación para ellos, ya que son personas vulnerables. A esa edad lo más adecuado es permanecer al lado de personas que le amen y apoyen a realizar sus actividades personales.

Se espera que a partir de esta investigación se pueda obtener información de la salud física, emocional, y social de los adultos mayores por medio de observaciones, entrevistas y pruebas psicométricas en los hogares para los adultos mayores de las zonas 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala para poder crear un programa geriátrico beneficiando la calidad de vida de las personas adultas mayores. Este programa será de ayuda tanto para las personas que habitan en dichos lugares como para los que buscan estos servicios porque necesitan de esa ayuda profesional. Es importante tratar de resolver esta problemática para que cada ser humano viva dignamente, sin afecciones emocionales ni sociales.

III. OBJETIVOS

3.1. General:

- Crear un programa de gerontología para la mejora de vida de los adultos mayores de hogares geriátricos de las zonas 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala

3.2 Específicos:

- Identificar por medio de pruebas psicométricas, técnicas e instrumentos de evaluación las necesidades de las personas mayores.
- Analizar los resultados obtenidos para proporcionar herramientas adecuadas para el cuidado de las personas de la tercera edad.
- Diseñar un programa de gerontología en el que incluyen terapias aplicadas a la psicología para el progreso del bienestar de las personas en edad avanzada.
- Desarrollar la planificación en las personas en edad adulta de los hogares geriátricos.

IV. MARCO DE ANTECEDENTES

Los adultos mayores son las personas más vulnerables de la sociedad a nivel mundial, en Guatemala existen programas que les brinda apoyo, pero la ayuda no llega a toda persona que la necesita, por esto surge la necesidad de involucrarse en el estudio de algunos hogares geriátricos para implementar un programa para la mejora de vida de estos individuos. Reyes (2020) menciona en sus investigaciones de gerontología que a nivel mundial surgió duda de cómo tratar a las personas en edad adulta, descubrió que aproximadamente en el año 1 000 a. C. el pueblo que gobernaba el rey David observa el deterioro de su soberano y empiezan a practicar acciones que suponían la mejora de vida de la ancianidad, una de ellas era que la persona adulta se acostara a la par de una joven para recibir el calor que ella mantenía en su cuerpo.

En el año 1 236 Roger Bacon, un filósofo, publicó un libro llamado “Cura de la vejez y la preservación de la juventud” con la finalidad de entender los procesos que acompañan el envejecimiento. En el año 1 903 Michael Metchinikoff, un sociólogo y biólogo ruso presentó a la Gerontología como ciencia para estudiar el envejecimiento. En España en el año 1 947 se creó una ayuda de Geriatria en Barcelona, el cual fue encaminado por el Doctor Panella Casas y una Cátedra en Valencia dirigida por el Profesor Benlrán Bágüena. También crearon la Sociedad Española de Gerontología. Momento en el cual se realiza el Primer Congreso de Geriatria y Gerontología en Barcelona, asistieron más de 200 personas.

De acuerdo a Richter (2020) La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1 974 dio a conocer un informe sobre la organización de los servicios geriátricos. Reyes (2002) menciona que en el año 1 977 en México se crea la Sociedad de Geriatria y Gerontología. En la Organización de las Naciones Unidas en una convención en Viena, en el año 1 982 llevaron a cabo una Asamblea Mundial del Envejecimiento, en la cual determinaron que a partir de los 60 años una persona debe ser considerada como “edad de derecho” esto para que personas ajenas cumplan con los derechos que ellos tienen, y en países prósperos a partir de los 65 años. Se consideraba que los responsables de implementar programas de acción para ayuda del adulto mayor son los gobiernos en unión con las asociaciones intergubernamentales. En Cuba en 1 982

aprobaron el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, en 1 987 fundaron la “Sociedad Cubana de Geriatría y Gerontología”.

En Madrid ocurre “Un plan de Acción Internacional acerca del Envejecimiento” (Asamblea Mundial del Envejecimiento), la cual se dio a cabo del 8 al 12 de abril del año 2 002. Reyes (2020) dice que algunos países centroamericanos involucrados en la búsqueda de ayuda para las personas adultas es El Salvador y Guatemala, y el 14 de agosto del año 2 003 surge la “Unidad de Geriatría del ISSS”. En Honduras, en el año 2 003 se crea el “Centro de Atención Integral al Adulto Mayor”.

En Guatemala el primer asilo de ancianos lo inauguraron el 01 de noviembre del año 1 934 y su reglamento fue aprobado el 25 de abril del año 1 940. En 1 936 el Dr. Manuel Antonio Girón Mena, un especialista en Salud Pública, publicó el libro “Liberación de la Vejez”. Entre el año 1 956 y 1 957 presentaron un trabajo sobre la ayuda geriátrica al “Primer Congreso Panamericano de Gerontología”. En 1 958 existían 4 asilos, 3 de los cuales eran apoyados por asociaciones y patronatos. En 1 982 el Dr. Manuel Girón publicó su libro de “Gerontología y Geriatría Social”, y gracias a sus aportes se encuentra en el catálogo de “Tesoros de la Gerontología Social de la OMS y OPS”. En 1 991 publicó “Gerontología” y fue electo presidente de la “Asociación Gerontológica de Guatemala” y Vicepresidente del “Comité Nacional de Prevención de la Vejez” y en 1 995 fue fundado el “Patronato para ancianos”, el cual buscaba hacer campañas para favorecer a las personas de la tercera edad y así mejorar los diferentes escenarios de los asilos.

Ritcher (2014) publicó que La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) fue creada en el año 1 991 con la finalidad de implementar programas dirigidos a grupos frágiles de personas guatemaltecas. En el año 2 012 crea un programa llamado “Mis Años Dorados” en el cual hacen entrega de alimentos básicos para garantizar la nutrición y de un kit ocupacional dirigido a adultos mayores. Reactivó el Comité Nacional de Protección a la Ancianidad integrado por representantes de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil. En el año 2 002 crearon el Consejo Asesor del Comité Nacional de Protección a la Vejez siendo este formado por varias entidades guatemaltecas, el cual inició con el propósito de

brindarle atención a la persona adulta mayor en enfoque multisectorial. Calderón (2018, diapositiva 8) llevó a cabo un estudio sobre “La calidad de vida en salud, en el adulto mayor con hipertensión”, tuvo como objetivo, determinar si la calidad de vida en salud, en adultos mayores con presión excesivamente alta varía según el género. Para posteriormente compararla, utilizaron una muestra de 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres comprendidos entre las edades de 65 a 70 años. El instrumento que les ayudó para evaluar la variable fue el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa el cual se determina la calidad de vida en salud. El estudio fue de tipo descriptivo comparativo y se manejaron el procedimiento estadístico de T de Student. Así mismo concluyeron que los hombres presentan mayor insatisfacción en el bienestar relacionado a su salud, aceptándose la conjetura de investigación planteada. Se recomendó a los adultos mayores buscar ayuda psicoterapéutica profesional para disminuir todo sentimiento y pensamiento de minusvalía”.

García, L. (2017) realizó un estudio titulado “Calidad de vida: Estudio comparativo en adultos mayores institucionalizados en un asilo y que residen con su familia”, para luego compararla, su objetivo general fue determinar la diferencia de vida en ambos lugares, tuvo como instrumento de evaluación el Cuestionario de Calidad de Vida CUBRECAVI, realizado por Fernández, Vallesteros y Zamarrón (2007) llegando a la conclusión que las personas que viven con sus familiares presentaron mejor calidad de vida.

Borrayo, et al., (2016) realizaron un estudio en trece entidades privadas de la Ciudad de Guatemala y del Municipio de Mixco, titulado “Depresión Asociada al estado nutricional en adultos mayores“, el objetivo general de la investigación fue “determinar la asociación entre depresión y estado nutricional en adultos mayores, en el cual encontraron que un tercio de los adultos mayores presentan riesgo de malnutrición y un tercio malnutrición franca, encontraron asociación estadísticamente significativa entre depresión y malnutrición, así como entre depresión y riesgo de malnutrición”.

Padilla, I. (2014) realizó una investigación titulada “Calidad de vida del Adulto Mayor dentro del Asilo los Hermanos de Belén” la cual fue conocer la calidad de vida de las personas adultas mayores, utilizando el cuestionario de Calidad de Vida CUBRECAVI, acompañada de

entrevistas semiestructuradas, demostraron ser personas participativas, sintiéndose dichosos por pertenecer a dicho asilo.

Monterroso, E. (2013) presentó su tesis que se titula “La problemática social que enfrentan, los adultos mayores, en la municipalidad de Santa Catarina Pinula, Departamento de Guatemala” en la cual realizó entrevistas y encuestas, tuvo como objetivo conocer cuál era la problemática y concluyó que las personas deben ser atendidas por entidades o profesionales especializados en temas geriátricos, ya que la población se encuentra en crecimiento, no cuentan con empleo y se sienten rechazados por las personas que le rodean.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Gerontología

5.1.1 Historia de la gerontología

El propósito de investigar al adulto mayor es para conocer los cambios físicos y emocionales que presentan a esa edad. Cada persona tiene reacciones diferentes. Calderón (s.f.) menciona que en el siglo XIX comienza el trabajo científico en gerontología. La historia reciente de la gerontología científica se inaugura con el norteamericano Cowdry en el año 1939, creando un texto titulado “Problemas del envejecimiento”, en esa obra habla del tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad cuando se incorporan aspectos psicosociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología. Las asociaciones de gerontología surgieron posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, luego fundaron la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología en el año 1984, la cual es la encargada de crear oportunidades para la variedad de personas adultas mayores.

5.1.2 Gerontología

La gerontología estudia el proceso de envejecimiento de las personas desde diferentes puntos de vista, su análisis es a partir de la biología, sociología, antropología, medicina y psicología. Millán (s.f., pp. 3-4) afirma que la palabra gerontología tiene su origen griego, geronto que significa anciano y logía que significa tratado, estudio o ciencia, etimológicamente hace referencia al estudio de la vejez como al envejecimiento. Una etapa de la vida es la vejez, la cual su proceso natural, iniciando en el nacimiento, convirtiéndose en persona adulta mayor necesitado de atención. Se puede concluir que la gerontología es la ciencia que se dedica a estudiar las causas, mecanismos internos y consecuencias presentadas en el transcurso de envejecimiento, en todas las áreas de su existencia, para ello incluye a varios especialistas para llegar a un diagnóstico claro y así tomar las mejores decisiones. Un campo relacionado con la gerontología es la geriatría quien se encarga de estudiar el origen de las enfermedades, los análisis clínicos y el tratamiento de condiciones médicas, enfocándose en prevenir además de sanar las enfermedades.

5.1.3 Ramas principales de la gerontología:

- **Experimental o biológica:** Estudia el origen de las enfermedades y mecanismos de la reproducción de la misma, refiriéndose a la investigación en el laboratorio, al mismo tiempo mencionando las actuaciones favorecedoras del envejecimiento.
- **Clínica:** Encargada de estudiar las alteraciones de la salud, en esta rama se encuentran los médicos, logopedas, enfermeros, fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales y los geriatras.
- **Social:** Estudia los factores, acciones e interrelaciones sociales que influyen en el envejecimiento de las personas de la sociedad con el medio que le rodea. Intervienen los siguientes profesionales: abogados, economistas, psicólogos, arquitectos, trabajadores sociales y médicos.

5.1.4 Dimensiones básicas del envejecimiento

Según la Universidad Internacional de Valencia (2018), las cuatro dimensiones son:

- **Envejecimiento biológico:** Se refiere a los cambios que existen el cuerpo como el proceso de envejecimiento. En esta dimensión se estudia el envejecimiento de las células, las enfermedades neurodegenerativas asociadas a la ancianidad, entre otros. En esta dimensión se debe estudiar el aspecto ambiental y biológico que influye en el buen o mal funcionamiento de los órganos del cuerpo del ser humano. Uno de los cambios que la persona adulta mayor puede mostrar es incontinencia, es cuando la orina se escapa al mínimo esfuerzo realizado, puede ser al hacer ejercicio, toser, reír, caminar o tener deseo de ir al sanitario; artrosis, es el desgaste de las articulaciones, esta es una enfermedad degenerativa, al estar presente en una persona mayor su aspecto físico será de estatura disminuida y cuerpo encorvado; respiración disminuida, esto puede ocurrir al momento de realizar fuerzas, ya que su capacidad física no está apta para realizar esfuerzos fuertes.
- **Envejecimiento psicológico:** En esta dimensión se refiere a los cambios conductuales, cognitivos y afectivos que experimentan las personas cuando envejecen. En el tratamiento del envejecimiento psicológico se tienen en cuenta temas como el envejecimiento cognitivo, la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos

emocionales en las personas adultas mayores, de igual manera se brindan estrategias para afrontar el retiro. En esta dimensión se observa que los cambios que las personas pueden tener no solamente depende de la edad, sino que también de: actividades realizadas en su juventud, relaciones interpersonales, actividades ejecutadas y genética. Figueroba (s.f.) afirma que existen cambios psicológicos que se pueden dar en la vejez y estos son: memoria, atención, inteligencia y creatividad.

Tabla 2

Cambios psicológicos en la vejez

Atención	Memoria	Inteligencia	Creatividad
Atención dividida o sostenida	Memoria a corto y largo plazo	Afección en la inteligencia fluida	Disminución por falta de práctica

Fuente: Cambios psicológicos en la vejez, marzo 2 021, elaboración propia.

- **Envejecimiento social:** Se refiere a los cambios de roles, funciones y relaciones afines al envejecimiento, las personas especializadas en la gerontología social abordan temas como prejuicios, discriminación, seguridad social, estereotipos o los mensajes que transmiten algunos comunicadores acerca de las personas de la tercera edad. Uno de los aspectos que se ven afectados es el abandono, el rechazo de su propia familia y el descenso económico debido a la jubilación. Se supone que en esta edad los adultos deberían de jugar roles importantes dentro de su familia y sociedad, por ejemplo, debe jugar el rol de padre, esposo, amigo, profesional.
- **Envejecimiento cronológico:** Esta es la dimensión más objetiva del proceso de envejecimiento, se refiere a la cantidad de años que han transcurrido desde el nacimiento. Esta dimensión se estudia junto a las otras; en ocasiones esta se estudia haciendo discrepancias entre la degeneración biológica y cronológica. En esta dimensión se cuenta cada año transcurrido en las personas, desde su nacimiento hasta la edad actual.

5.2 Calidad de vida

5.2.1 Calidad de Vida

Se puede apreciar cuando existe bienestar físico, mental, espiritual y social, es decir, cuando las personas viven en plenitud, disfrutando el presente con compromiso de sus emociones, pensamientos y acciones ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana, momento ideal donde se hace uso adecuado de los sentidos tales como: el ver lo que le rodea, sentir los triunfos de la vida, escuchar la naturaleza y sentir satisfacción con lo que se es, con lo que se posee y con lo que se aspira. Mejor dicho, el bienestar físico se refiere a las actividades que día con día se realiza, a la capacidad que tiene una persona para poder empezarlas y culminarlas. El bienestar físico se mide cuando una persona puede realizar las actividades que forman parte de sus necesidades primordiales, por ejemplo: cepillarse, vestirse, alimentarse, caminar, realizar actividades físicas, entre otros.

5.2.1.1 Dimensiones e indicadores

En el año 2000, el profesor Schalock presenta ocho dimensiones y sus respectivos indicadores, estos son:

Tabla 3*Dimensiones e indicadores según el profesor Schalock*

Dimensiones		Indicadores		
Bienestar emocional	Seguridad	Felicidad	Autoconcepto	Satisfacción
Relaciones interpersonales	Amistad	Familia	Intimidad	Apoyo
Bienestar material	Empleo	Finanzas	Estatus socioeconómico	Alimentación
Desarrollo personal	Habilidades	Educación	Satisfacción	Competencia personal
Bienestar físico	Nutrición	Tiempo libre	Seguros médicos	Ocio
Autodeterminación	Control personal	Decisiones	Valores personales	Metas
Inclusión social	Aceptación	Apoyo	Roles sociales	Actividades comunitarias
Derechos	Privacidad	A ser propietario	Responsabilidades cívicas	A ser propietario

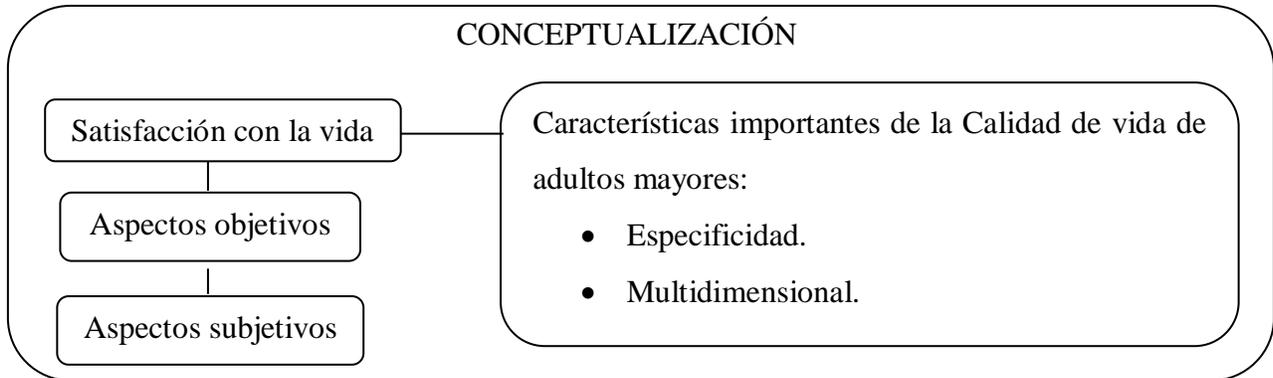
Fuente: Dimensiones e indicadores según el profesor Schalock, marzo 2 021, elaboración propia.

5.2.1.2 Bienestar psicológico

Este se evidencia cuando la persona muestra prudencia ante las circunstancias, madurez en sus actos y buen juicio ante lo acontecido día con día. Un sinónimo es “salud mental” ya que no existe apariencia de enfermedades, incluyendo sus pensamientos y formas de actuar. Cabe mencionar que es importante recordar que el bienestar depende de las experiencias vividas, edad cronológica, edad mental, valores aprendidos, cultura, género, religión y de la economía pasada y futura.

Tabla 4

Conceptualización del bienestar psicológico



Fuente: Conceptualización del bienestar psicológico, marzo 2 021, elaboración propia.

5.2.2 Conceptualización de Calidad de Vida

Para conocer si una persona tiene satisfacción con la vida, León, Rojas, y Campos, (2011, p. 16) dicen que se debe indagar en los siguientes aspectos:

- Satisfacción con su existencia.
- Sentimiento de estrés.
- Sensación ante la vida.
- Nivel y tipo de preocupaciones de los adultos mayores.
- Los vínculos significativos que mantienen.
- Problemas que han debido afrontar en los últimos tiempos.
- Percepción respecto al trato que les da las personas donde se encuentran insertos.

5.2.2.1 Satisfacción con la vida

Se refiere al placer que sienten ante las diversas actividades realizadas en la vida diaria y al bajo o nulo nivel de preocupaciones. Los vínculos significativos que mantienen hacen referencia a su relación interpersonal, experimentando sentimiento de valoración y aprobación.

5.2.2.2 Aspectos objetivos y subjetivos

En la calidad de vida se encuentran aspectos objetivos y aspectos subjetivos, los aspectos objetivos son los que se pueden observar en las personas, por ejemplo: los servicios sanitarios con los que cuenta, la salud, vivienda, relaciones interpersonales, en esta última incluye amistades, pareja y familia. Los aspectos subjetivos es el juicio y sentimientos de su propia vida, por ejemplo: percepción ante la discriminación, aceptación de los cambios, seguridad percibida, percepción del bienestar, rol que siente que ocupa dentro de una sociedad e intimidad. Entre los aspectos subjetivos se encuentran dos componentes, el primer es el aspecto cognitivo, como las habilidades del pensamiento, memoria, aprendizaje, aptitudes, orientación espacial; el segundo es el aspecto emocional manifestado con la balanza afectiva, asimismo como del manejo de inteligencia emocional.

5.2.3 Características importantes mencionadas por León, Rojas, y Campos, (2011, pp. 13-14)

5.2.3.1 Especificidad

Hace mención a las características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos edad, retiro laboral, enfermedades crónicas, cambio de estructuras familiares, roles sociales. En esta característica, la especificidad va a depender del contexto demográfico, cultural, social, político e histórico; todo dependerá de los recursos económicos con los que cuente una persona.

5.2.3.2 Multidimensional

La calidad de vida incluye múltiples dimensiones. Entre las dimensiones se encuentra la dimensión personal, que es la salud, la autonomía y satisfacción; en la dimensión socioambiental, se encuentra las redes de apoyo y servicios sociales.

5.3 Teorías asociadas al adulto mayor

5.3.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Bordignon (2005, p. 51) menciona que Erik Erikson nació en Karlsruhe Alemania, el 15 de junio del año 1902. Psicoanalista estadounidense reconocido por sus aportes en la psicología del desarrollo. Erikson reinterpreto las etapas psicosexuales por Freud y destacó según Engler los aspectos de la sociedad de cada una de ellas en cuatro principales facetas principales:

- Aumentó el entendimiento del yo como una potencia vital y positiva.
- Integró la dimensión social y desarrollo psicosocial a las etapas de desarrollo psicosexual de Freud.
- Propuso mejora en la personalidad para las etapas de la vida, que comprende desde la infancia a la ancianidad.
- Hace exploraciones en la cultura, historia y sociedad en el desarrollo de la personalidad.

5.3.1.1 Características de la teoría de Erikson

Un rasgo fundamental de la teoría de Erikson es que cada una de los períodos se ven explícitas por un conflicto, haciendo que la persona se desarrolle de forma individual, es decir que cuando el individuo logra solucionar cada uno de los conflictos, progresa de forma emocional. En la resolución de estos conflictos la persona encuentra un gran potencial para el desarrollo personal e individual, aunque del mismo modo se puede encontrar existencia para el fracaso si no se logra superar el conflicto propio de ese período que es vital. Es importante mencionar que cada estadio presenta cambios físicos y emocionales, esto hace que las personas pasen por procesos fáciles, difíciles, todo dependerá del nivel de adaptación a lo que le rodea.

5.3.1.2 Estadios psicosociales

Los estadios psicosociales son los siguientes: Infancia (nacimiento – 18 meses), niñez temprana (18 meses - 3 años), la edad de juego (3 a los 5 años), la edad escolar (6 o 7 a los 12 años), la adolescencia (12 a los 18 años), la juventud (20 a los 40 años), la adultez (40 a los 60 años) y la vejez (60 años hasta la muerte); esta última se estudiará a continuación: Como se observa en la tabla 4, es la última etapa del ciclo de la vida, es una etapa que inicia a los 60 años y finaliza hasta la muerte. En esta etapa la persona no produce como lo hacía antes, la forma de

vivir no son las mismas, momento en el cual deben afrontar duelos causantes de la vejez. Las personas adultas mayores se sienten inútiles ante las diversas actividades debido a la ausencia de capacidad motora para poder realizarlas, puede haber preocupación ante las enfermedades por temor a morir. Una de sus virtudes es la sabiduría, es parte de esta etapa porque el adulto mira a su pasado con satisfacción, afronta con sabiduría y sin arrepentimientos el fin de su vida, también puede presentarse la desesperación, esto ocurre cuando no está conforme con su pasado. Momento en el que puede haber desprecio por parte de los seres humanos que le deberían de amar y apoyar. La vinculación filosófica se refiere a reflexionar acerca de su vida.

Tabla 5

Vejez según Erik Erikson

Estadio	Edad	Crisis psicosociales	Relaciones	Vinculaciones	Fuerzas básicas	Patologías Antipatías
Vejez	60 años hasta la muerte	Integridad	Especie humana: Mis especies	Filosóficas	Sabiduría	Desdén

Fuente: Vejez según Erik Erikson, abril 2 021, elaboración propia.

5.3.2 Teoría de la desvinculación

Existe un retiro gradual y natural de las personas con su entorno social, cuando la edad avanza los intereses personales cambian de forma obligatoria o voluntaria, sus compromisos sociales reducen, pierde su rol ante la sociedad y familia. Cada uno decide si desea continuar o retirarse.

Tabla 6

Factores presentes en la desvinculación

Pérdida de roles	Psicológico	Evolución biológica
Cambio de posición en la sociedad	Futuro incierto o cercano a la muerte	Asumir la pérdida de capacidades sensoriales y motrices

Fuente: Factores presentes en la desvinculación, mayo 2 021, elaboración propia.

5.3.3 Teoría de la actividad

Cada actividad está relacionada con los roles, en los adultos mayores van desapareciendo debido a sus limitaciones. Esta teoría afirma que las personas son seres activos y al cambiar de roles cambia su perspectiva de la edad adulta o de las limitaciones que puedan estar presentes. El bienestar a esta edad depende de las actividades a realizar (individuales/grupales), aunque en ocasiones esta decisión está en las manos de los cuidadores.

5.3.4 Teoría de los roles

Según oficio, profesión, grupo y estructura familiar, el rol de cada persona puede ser asignado o tomado de forma personal. Cada una adquiere posición, en la que se va formando la autoestima. Mientras avanza el tiempo los roles van cambiando; pueden asumir el rol de hijo, estudiante, padre o madre, trabajador, entre otros. Se debe tener claro que conforme pasan los años, los roles van cambiando debido a las capacidades sensoriales y motrices de cada persona. En las familias el rol de padre de cada adulto mayor puede persistir toda su existencia, esto dependerá de las circunstancias y pensamientos de cada miembro de la familia.

5.4 Trastornos relacionados a la vejez

5.4.1 Trastornos mentales

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales V (2014, p. 20) es un conjunto de síntomas que causa malestar significativo en la salud física, cognitiva y emocional de las personas, que reflejan desregulación en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo para la función mental. En la edad adulta ocurren cambios psicológicos, ese cambio no es favorable para nadie ya que puede haber sentimientos de inutilidad, aislamiento social, inactividad, miedo a la muerte, depresión, alzhéimer, demencia senil, ansiedad e insomnio.

Los más comunes son: Trastornos depresivos, las personas presentan un ánimo triste, vacío, irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. También puede ser definida como una sensación de tristeza extrema, aunque sus signos a menudo no se noten debe ser tratada. Debido a las creencias sociales asociadas con las enfermedades mentales, los adultos no mencionan sus síntomas por temor a ser criticados. Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad de manera excesiva, así como cambios en su conducta. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza que está a punto de suceder (real/imaginaria) mientras que la ansiedad es una respuesta anticipada a una amenaza futura. Puede ser la pérdida gradual de las funciones cerebrales, entre la más común está el alzhéimer que se caracteriza por la falta de capacidad para controlar emociones, desenvolverse en su entorno, coordinar sus movimientos y memoria, pérdida de sentido de orientación, dificultad para resolver problemas y alteraciones del lenguaje. La baja autoestima, sucede cuando la percepción de su persona, sentimientos y autoevaluaciones se ven alteradas debido al paso de la vida activa a la jubilación. El rol ha cambiado, de ser cuidador a ser cuidado.

5.4 Terapias beneficiosas en la edad adulta

5.5.1 Terapia psicológica

Los psicólogos utilizan técnicas en sus pacientes para optimizar la calidad de vida en el comportamiento, pensamiento, actitudes y emociones que ocasionan malestar. Entre las terapias que se abordarán en este capítulo están: Musicoterapia, Ludoterapia y Arteterapia.

5.5.1.1 Musicoterapia

El objetivo principal es satisfacer las necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y cognitivas, descubrir el potencial restaurando las funciones personales para que puedan lograr mejor integración interpersonal e intrapersonal a través del tratamiento logrando así una mejor calidad de vida. Terapia utilizada para mejorar los síntomas negativos del alzhéimer, aliviar la ansiedad y combatir la depresión, al mismo tiempo mejorando la autoestima. Según la Federación Mundial de Musicoterapia (2 016) el uso de la música, como de elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) es fundamental para facilitar la comunicación, la relación mutua, el aprendizaje, la movilización, la organización de la expresión y otros tratamientos relacionados.

5.5.1.2 Ludoterapia (Terapia del juego)

Tiene como objetivo desarrollar la destreza física y mental, combatir problemas emocionales, retomar la curiosidad infantil, favoreciendo la imaginación y creatividad, mejorar la autoestima, desarrollar habilidades de liderazgo, promover la integración, promover la participación, el compañerismo y el trabajo en equipo y analizar, debatir y alegrarse por las experiencias vividas durante el juego. A determinadas edades, el cerebro no puede funcionar como de costumbre, pero estas actividades hacen que su funcionamiento sea progresivo. Al emplear ludoterapia los ancianos mejoran su participación, autoestima, depresión y ansiedad. Algunas de las actividades lúdicas son: Los juegos de mesa como: dibujar al aire libre, hacer una escultura con material de reciclaje, dibujar un recuerdo feliz, rompecabezas de refranes, capturar sombras, crear una obra a partir de nuestro nombre, nombre de la canción, veo-veo, adivina los aromas, actividad del globo, dibujar una persona que haya cambiado su vida, dibujar en la arena, qué nos asusta, entre otras.

5.5.1.3 Arteterapia

García (s.f.) afirma que, aunque los seres humanos han utilizado el arte para expresarse y comunicarse durante cientos de años, la arteterapia no comenzó a formalizarse hasta el año 1920. En ese momento, los profesionales de salud se dieron cuenta de que los pacientes con enfermedades mentales se expresaban a través de la pintura u otras formas de arte, lo que llevó a las personas a explorar el uso del arte como estrategia terapéutica. Es una forma de terapia de expresión que utiliza el proceso de creación artística para mejorar la salud física y mental de las personas. Expresar emociones por medio del arte puede ayudar a resolver complicaciones pasadas y a mejorar la autoconciencia, autoestima, control emocional, reducir el estrés y la ansiedad y aumentar la conciencia, la concentración o la creatividad. Su objetivo primordial es mejorar la felicidad y la calidad de vida.

Se utiliza para adultos que padecen enfermedades físicas como el cáncer, para personas con demencia, alzhéimer, depresión y otros trastornos psicológicos. A través de esta terapia los pacientes pueden disfrutar de tratamientos agradables para resolver conflictos psicológicos, mejorar habilidades sociales, optimizar la comunicación y controlar las conductas problemáticas.

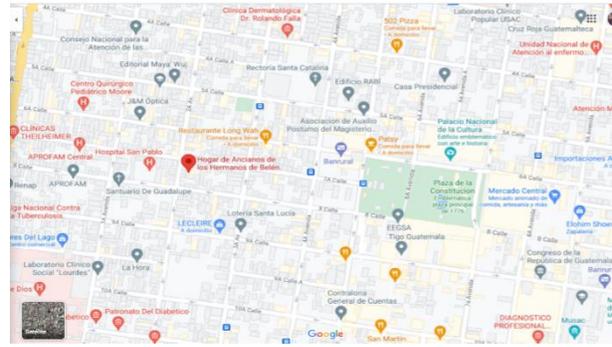
VI. MARCO DEMOGRÁFICO

En el Hogar de Ancianos Hermanos de Belén se benefician 10 personas de la tercera edad de sexo masculino que se encuentren sin hogar y vulnerables ante la vida diaria. Muchas de las personas que residen en el lugar no reciben ayuda económica de sus familiares, es por ello que sobreviven gracias a la ayuda de donaciones y a la atención que los frailes del lugar les brindan.

En la Casa Hogar Plus Ultra se encuentran 16 adultos mayores de ambos sexos, quienes son atendidos por la directora, enfermeras, doctores, fisioterapeutas, personal de cocina y limpieza. El objetivo del lugar es brindar atención personalizada a cada ancianito con ayuda de profesionales y familiares.

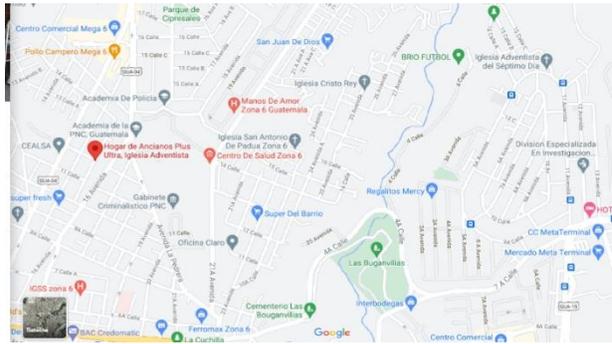
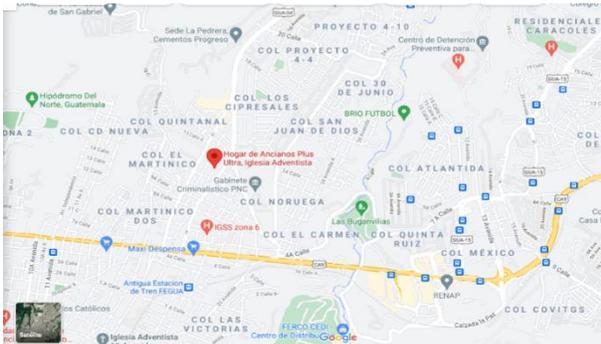
VII. MARCO GEOGRÁFICO

El Hogar de Ancianos Hermanos de Belém se encuentra en la 2da. Avenida y 7ma. Calle de la zona 1 de la Ciudad de Guatemala, del municipio de Guatemala del departamento de Guatemala.



Fuente: Imágenes del Hogar de Ancianos Hermanos de Belén, <https://www.google.com/maps/place/Hogar+de+Ancianos+de+los+Hermanos+de+Bel%C3%A9n/@14.642308,-90.5267644,15z/data=!4m5!3m4!>

El Hogar de Ancianos Plus Ultra se encuentra ubicado en la 15 Avenida B 10-73 de la zona 6 de la Ciudad de Guatemala, del municipio de Guatemala, del departamento de Guatemala,



Fuente: Imágenes de la Casa Hogar Plus Ultra, <https://www.google.com/maps/place/Hogar+de+Ancianos+Plus+Ultra,+Iglesia+Adventista/@14.6568835,-90.4976632,17z>

VIII. MARCO LEGAL

Según el Informe Anual Circunstanciado al Congreso de la República (2010, pp. 227-231) el escenario más frecuente donde ocurren múltiples formas de maltrato físico, psicológico y social, es el de adultos mayores. El maltrato puede ocurrir en el hogar, se puede observar desde las negligencias o acciones violentas contra ellos. Las personas de la tercera edad son vistas como personas frágiles que necesitan protección y asistencia, sin embargo, se margina a la mayoría de ellas, minimizando su participación en los procesos de desarrollo del país y en el aporte de soluciones. Para ellos aumenta la vulnerabilidad mientras más avanzada sea la edad cronológica y la condición económica sea precaria. Según las Auxiliaturas Departamentales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, en la mayor parte del país se reportan abusos y violaciones a los derechos de las personas adultas mayores. Para que esa edad sea más sana existen leyes, reformas, decretos o normativas a nivel nacional e internacional.

8.1 Nacionales

8.1.1 Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor, Decreto Número 85-2005 del Congreso de la República de Guatemala, ley que fue reformada por el Decreto número 39-2006

Ley que menciona que “corresponde al Estado la protección de la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, a quienes debe garantizar su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social”. Este programa inicia el uno de enero y se hace efectivo el 10 de septiembre del año 2007, tiene como objetivo brindar un aporte económico de Q 400.00 mensuales, a personas mayores de 65 años, previamente haya sido evaluado su estado socioeconómico y comprobar que se viven en pobreza extrema, con una discapacidad física, psíquica o sensorial, carecer de ingresos salariales y no trabajar para entidades públicas o privadas.

8.1.2 La Constitución Política de la República de Guatemala, la persona humana, fines y deberes del Estado, artículo 51

En el artículo 51 menciona la protección física, mental y moral de las personas adultas mayores, garantizando el derecho de alimentarse, de tener salud, educación, seguridad y previsión social.

8.1.3 Ley que declara el día nacional del Adulto Mayor y reforma al decreto número 85-2005 del Congreso de la República, Decreto reformado 25-2009

Día que se celebra el 15 de noviembre de cada año, siendo responsabilidad de las siguientes entidades: Ministerio de Trabajo y previsión Social, Comisión Consultiva del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor, en la Coordinación con el Ministerio de Cultura y Deportes. Celebración que hace recordar la importancia que tienen las personas adultas mayores en la sociedad y familias.

8.1.4 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto 97-96

Esta ley garantiza la protección a la vida, integridad y seguridad de víctimas con agresión intrafamiliar, en especial a mujeres, niños, jóvenes o ancianos. En el artículo 7 mencionan que si una persona es mayor de 60 años o tiene una discapacidad y es agredida, el agresor no debe interferir en la utilización de herramientas que le son útil para valerse por sí misma.

8.1.5 Reglamento de Plan de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Acuerdo número 1135

Esta pensión la obtienen las personas adultas mayores que son parte del Plan, y para ello deben tener pagados como mínimo 180 meses. El porcentaje de la pensión se define con el tiempo de servicio en el Instituto, la edad en años cumplidos del miembro del plan y es aplicable al último salario mensual del trabajador.

8.1.6 Programa Nacional del Adulto Mayor “Mis años dorados”, Acuerdo Interno 22-2017

Este programa es dirigido por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, y su prioridad es optimizar la calidad de vida de las personas adultas mayores de 60 años a nivel nacional, para ello cuentan con 86 sedes de atención de día y 2 permanentes a nivel nacional. En ellos realizan diversas actividades como: terapia ocupacional, refacción en la mañana, almuerzo y refacción en la tarde.

8.2 Internacionales

8.2.1 Convención de Ginebra de las Naciones Unidas

En el año 1982 se aprobó los Derechos Básicos de los Adultos Mayores; los relevantes para la investigación son los siguientes:

- Acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud mediante ingresos propios suficientes y/o el apoyo de sus familias y comunidad.
- Acceso a programas de educación.
- Acceso a servicios de atención a la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel insuperable de bienestar físico, mental y emocional.
- Recibir un trato merecedor sin importar la edad, sexo, raza o procedencia étnica.

Por lo tanto, es necesario que los adultos mayores tengan la posibilidad de cubrir sus necesidades básicas, deben tener la oportunidad de percibir ingresos económicos, este puede ser ingresos con ayuda del Estado, con apoyo de los familiares o de sus propias pensiones. Se debe crear programas educativos u ocupacionales para que estimulen su aprendizaje, memoria y movimiento físico. El Estado debe estar obligado a brindar seguridad a cada persona, brindar vivienda a quien no la posea y quien la tenga debe tener derecho de permanecer en ella por tiempo indefinido. Si desea formar parte de actividades importantes de la comunidad puede hacerlo, debe tener acceso a la salud pública o privada.

8.2.2 Resolución 46-91, Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas en edad

Exhortaron para que los gobiernos incorporaran en sus Programas la atención necesaria para las personas adultas mayores, entre ellas están: satisfacer las necesidades básicas, valer su participación en la sociedad, incorporación en la familia y brindar seguridad.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es la suma de todos los cambios que ocurren con el paso del tiempo en cada ser humano, que llevan a un deterioro emocional y físico. No todas las personas envejecen de la misma manera, la calidad de vida, está relacionada con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y adultez. Cuando las necesidades básicas se satisfacen con los menores recursos, surge el concepto de calidad de vida subjetiva. En el proceso de envejecimiento existen pérdida de amigos, seres queridos e incapacidad de disfrutar de actividades que antes realizaba. La población adulta comprende a partir de los 65 años, y es uno de los grupos que presentan más riesgo de estar aislados de forma social, cultural y familiar.

El estado de ánimo, los sentimientos de tristeza, pérdida, ira y frustración interfieren con la vida diaria de la persona adulta mayor en su calidad de vida. La finalidad del estudio de algunas áreas que son parte de las personas de la tercera edad en algunos hogares geriátricos de la Ciudad de Guatemala es brindar un programa de gerontología para la mejora de vida de estas personas y así sentirse plenos sin importar las circunstancias presentes. Para ello se plantea la pregunta ¿Cuál es la calidad de vida de las personas de la tercera edad en algunos hogares geriátricos de la Ciudad de Guatemala?

X. METODOLOGÍA

10.1 Tipo de investigación:

El tipo de investigación que se utilizará es la descriptiva; según Hernández, R. (2014, pág. 92) busca especificar características de las personas o grupos que sean fenómeno de investigación. Estará dirigido a personas de la tercera edad, habitantes de los hogares geriátricos de la zona 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala.

10.2 Enfoque de la investigación:

El enfoque de la investigación será cuantitativo porque se obtendrán datos a partir de la observación, entrevista y aplicación de diversas escalas a los adultos mayores, las cuales serán graficadas. Con los resultados se tendrá conocimiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores y el tipo de actividad para cada terapia a aplicar.

10.3 Métodos de Investigación:

Se utilizará el método analítico, porque las estrategias aplicadas solucionan más de una carencia, las evaluaciones a realizarse diagnostican diferentes áreas de la vida de una persona para luego tratar de solucionarlas por medio de terapias.

10.4 Técnicas e instrumentos de Investigación:

Las técnicas e instrumentos que se utilizarán en la investigación serán la observación, entrevista y pruebas psicométricas.

10.4.1 Observación

La observación consiste en acercarse al fenómeno a estudiar y ver de forma directa lo que sucede, mediante la observación se pretende obtener información pertinente y clara. El estudio llevará a cabo la observación no participante la cual consiste en observar desde fuera al fenómeno investigado, se obtendrá información de la calidad de vida de las personas adultas mayores, prestando atención a la existencia o inexistencia de asistencia psicológica, médica, actividades que beneficien a recrearse, entre otros.

10.4.2 Entrevista

La entrevista individual consiste en entrevistar a uno por uno a las personas involucradas en la recopilación de datos. El objetivo primordial será realizar una serie de preguntas a las personas que están a cargo de los hogares geriátricos para conocer las necesidades de cada lugar.

10.4.3 Pruebas psicométricas

10.4.3.1 Escala de Tinetti

Se utiliza para conocer el riesgo de caídas en los ancianos dentro de un año después de aplicarla. Se suele preguntar a los pacientes si tienen miedo de caerse, porque se ha encontrado que las respuestas afirmativas tienen valor predictivo del 63% y del 87% para los ancianos frágiles. Su duración es de 8 a 10 minutos y su punteo se totaliza cuando la persona se encuentra sentada. La interpretación es, a mayor puntuación, mejor actividad motora.

10.4.3.2 Índice de Barthel

Propuesto en 1955 y publicado en el año 1965 por Mahoney y Barthel. Mide la capacidad de las personas adultas mayores para realizar diversas acciones de la vida diaria, obteniéndose una apreciación cuantitativa del nivel de independencia. Consiste en evaluar 10 actividades básicas de la vida cotidiana, las cuales son: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, usar al retrete, trasladarse, deambulación y escalones. Índice indispensable para conocer qué actividades podrán realizar en el programa.

10.4.3.3 Escala de Autoestima de Rosenberg

Creada por el sociólogo Morris Rosenberg, consta de 10 ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y satisfacción con su propia persona. Cada ítem se puntúa del 0 al 3, el 0 corresponde con estar muy de desacuerdo y el 3 con estar muy de acuerdo. Los ítems positivos 1, 2, 4, 6 y 7 se puntúan de 0 a 3, mientras que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 se valoran en sentido inverso.

10.4.3.4 Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Test creado por el psicólogo estadounidense de la personalidad Lewis Goldberg, consta de dos subescalas, una de ansiedad y la otra de depresión. Cada subescala consta de 9 ítems que se responden con sí o no.

XI. PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA SOY FELIZ

Imagen No. 1

Ancianos



Fuente: Adaptado de [imagen]

<https://theoldreader.com/profile/56b0aed53809789d58bd33de?page=88>

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores se encuentran en la población vulnerable de la sociedad, es por ello que surge la necesidad de crear el Programa de Gerontología dirigido a ellos. Este programa cuenta con la aplicación de 4 escalas diferentes (Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg, Escala de Tinetti, Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Barthel) las cuales deben ser empleadas por un psicólogo profesional. Para luego realizar cada una de las actividades de musicoterapia, ludoterapia y arteterapia en el orden que están descritas, recordando llenar la hoja de registro de avances de cada paciente.

El programa de gerontología tiene como objetivo primordial brindar ayuda física y emocional a las personas de la edad adulta para optimizar su calidad de vida, siendo atendidos por expertos de la salud, por ejemplo: psicólogos y enfermeras.

En el capítulo I se encuentran listados los test que deben aplicarse, cada uno con su respectiva descripción e interpretación. Guiarse con el orden del programa.

En el capítulo II está cada una de las actividades a desarrollarse en musicoterapia, ludoterapia y arteterapia.

En el capítulo III se encuentra el Formulario No. 1 que debe llenarse para tener evidencia de los resultados de un antes y después del programa. Luego, se encuentra la siguiente hoja de evaluación que debe llenarse en cada actividad a realizar, esta es el Formulario No. 2.

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Tabla No. 1

Cronograma del Programa de Gerontología

Semanas	Pruebas para realizarlas de 10:00 a 11:00 a. m.				
	Días				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1 y 9	Escala de Tinetti (equilibrio)	Escala de Tinetti (marcha)	Escala de Barthel	Escala de Autoestima de Rosenberg	Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Actividades a realizar todos los días de 10:00 a 11:00 a. m.						
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	MUSICOTERAPIA	LUDOTERAPIA	ARTETERAPIA	MUSICOTERAPIA	LUDOTERAPIA	ARTETERAPIA
2	¿Qué te recuerda esta canción?	Adivina ¿Quién soy?	Dibujar y colorear un recuerdo feliz	¿Qué te recuerda esta canción?	Adivina ¿Quién soy?	Dibujar y colorear un recuerdo feliz
3	¿Qué te hace sentir?	Derribar botellas	Moldear con arcilla o plastilina	¿Qué te hace sentir?	Derribar botellas	Moldear con arcilla o plastilina
4	¿Recuerdas qué canción es?	Tiro al blanco	Creación con su nombre	¿Recuerdas qué canción es?	Tiro al blanco	Creación con su nombre
5	Canta la canción	Memoria	Capturar sombras	Canta la canción	Memoria	Capturar sombras
6	Bingo musical	Rompecabezas de paisajes	Recitar un poema, mencionar un chiste o refrán	Bingo musical	Rompecabezas de paisajes	Recitar un poema, mencionar un chiste o refrán
7	¿Bailamos?/Sigamos el ritmo con palmadas	Aros para las manos	Mandalas	¿Bailamos?/Sigamos el ritmo con palmadas	Aros para las manos	Mandalas
8	Sesión de baile coreográfico	Canicas	Mosaico	Sesión de baile coreográfico	Canicas	Mosaico

Fuente: Cronograma del Programa de Gerontología, julio 2 021, elaboración propia.

CAPÍTULO I

1. Evaluaciones a aplicar:

- Escala de Tinetti
- Índice de Barthel
- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg.

1.1 Escala de Tinetti

Se utiliza para determinar el riesgo de caídas en los ancianos dentro de un año después de la aplicación. Se suele preguntar a los pacientes si tienen miedo de caerse, porque se ha encontrado que las respuestas afirmativas tienen valor predictivo del 63% y del 87% para los ancianos frágiles.

1.1.1 Duración

8 a 10 minutos. El evaluador debe caminar detrás de la persona adulta mayor para observarlo y responder la subescala de marcha. Para responder la subescala de equilibrio el entrevistador debe estar de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). La puntuación se suma cuando el paciente se encuentra sentado.

1.1.2 Interpretación

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12 y para el equilibrio 13. A mayor puntuación menor riesgo. Si el puntaje es menor de 19 tiene riesgo de caídas.

1.2. Índice de Barthel (IB)

Es un instrumento que mide la habilidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se obtiene una apreciación cuantitativa de su grado de autonomía, esto en su versión original.

Tabla No. 2

Interpretación de la Escala

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Interpretación de la Escala de Barthel, julio 2 021, elaboración propia.

1.3. Escala de Autoestima de Rosenberg

Creada por el sociólogo Morris Rosenberg, consta de 10 ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y satisfacción con su propia persona. Cada ítem se puntúa del 0 al 3, el 0 corresponde con estar muy de desacuerdo y el 3 con estar muy de acuerdo. Los ítems positivos 1, 2, 4, 6 y 7 se puntúan de 0 a 3, mientras que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 se valoran en sentido inverso. Puede ser aplicada a cualquier edad.

Tabla No. 3

Interpretación de la Escala

Baja	Normal
Inferior de 15	15 y 25

Fuente: Interpretación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, julio 2 021, elaboración propia.

1.4. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Test creado por el psicólogo estadounidense de la personalidad Lewis Goldberg, consta de dos subescalas, una de ansiedad y la otra de depresión. Cada subescala consta de 9 ítems que se responden con sí o no.

1.4.1 Interpretación

Los puntos de corte son mayores o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha planteado su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

CAPÍTULO II

2. Terapia Psicológica

Son todas las técnicas que los profesionales de la salud realizan a cada uno de los pacientes con el propósito de optimizar la calidad de vida que afectan o altera la salud. Las actividades que pueden realizarse son: arteterapia, ludoterapia y musicoterapia.

2.1 Musicoterapia

Por medio de la música los adultos mayores pueden establecer relación interpersonal e intrapersonal. Uno de los objetivos de la musicoterapia es satisfacer sus necesidades emocionales, psicológicas, beneficia el aprendizaje, la expresión y movilización. Esta técnica ayuda a mejorar la autoestima, la ansiedad y la depresión.

Imagen No. 2

Ancianos bailando



Fuente: Adaptado de Pinterest [Imagen] <https://www.pinterest.es/pin/409264684865326980/>

Tabla No. 4

Actividades a realizar

Semana	Actividad
2	¿Qué te recuerda esta canción?
3	¿Qué te hace sentir?
4	¿Recuerdas esta canción?
5	Canta la canción
6	Bingo musical
7	¿Bailamos? / Sigamos el ritmo con palmadas
8	Sesión de baile coreográfico

Fuente: Actividades a realizar en Musicoterapia, julio, 2021, elaboración propia.

Nota: Antes de iniciar la actividad se debe investigar, preguntar y buscar esas canciones que le harán sonreír y disfrutar el momento, que sean parte de su historia para que se trabaje la memoria y los recuerdos personales. Una vez que tenga un listado de canciones para escuchar, propón una de las siguientes actividades.

2.1.1 ¿Qué te recuerda esta canción?

Pon una canción que sabes que siempre le ha gustado. De fondo, para poder hablar tranquilamente. Aprovechar para preguntarle a qué le recuerda, qué momento de su vida le viene a la memoria. Las preguntas adecuadas pueden ser:

- ¿Recuerdas cuándo la escuchabas?
- ¿Con quién estabas?
- ¿Dónde la escuchabas?

2.1.2 ¿Qué te hace sentir?

También puede aprovechar para preguntarle por las emociones que surgen al escuchar una canción en concreto ¿Qué sientes al volver a escucharla? Puede traer a su memoria, emociones o sentimientos que creía olvidados.

2.1.3 ¿Recuerdas qué canción es?

Actividad para activar la memoria. Puede preguntarle: ¿Cómo se llama la canción?, ¿Quién la canta?, ¿Te acuerdas del coro? ¿Me lo enseñas? Puede utilizar varias canciones como si de un juego se tratara: A ver cuántas recordamos.

2.1.4 Canta la canción:

Se reproducen canciones, el paciente que la conozca levanta la manita o informa para poder cantarla frente a los demás. Pueden utilizar micrófono.

2.1.5 Bingo musical

Requiere dedicación y tiempo, ya que el bingo lo debe preparar con los gustos de las personas, para jugar el bingo debe sonar cada canción y llenar los espacios correspondientes. Será momento divertido para recordar y activar la memoria.

2.1.6 ¿Bailamos?

Al momento de darle reproducir a la canción elegida puede preguntar a la persona si desea bailar. Es un momento perfecto para preguntarle si recuerda con quién bailó esa canción por primera vez. Ideal para conocerlo más. **Sigamos el ritmo con palmadas:** Esta actividad es beneficiosa para personas que pueden sufrir de caídas. Llevan el ritmo con las palmas o con instrumentos. Si el paciente desea bailar debe hacerse con mucha precaución.

2.1.7 Sesión de baile coreográfico:

Cada paciente debe sentarse en una silla para bailar las coreografías brindadas por el personal que le atiende. Se recomienda que las canciones sean alegres, movidas, por ejemplo, Don't believe me just watch de Bruno Mars, Madre Tierra de Chayanne, entre otras que sean de gusto del grupo.

2.2 Ludoterapia

Para los adultos mayores el juego es un medio de entretenimiento y al mismo tiempo una forma de expresarse, mejorar la memoria, favorecer la imaginación, creatividad y participación. Tiene como objetivo desarrollar la destreza mental y física, es favorable para mejorar la autoestima, ansiedad, depresión y alzhéimer.

Imagen No. 3

Ancianos en actividad de Ludoterapia



Fuente: Adaptado de [Imagen] <https://mayoreselpilar.es/accommodation-item/animacion-sociocultural/>

Tabla No. 5

Actividades a realizar

Semana	Actividad
2	Adivina ¿Quién soy?
3	Derribar botellas
4	Tiro al blanco
5	Memoria
6	Rompecabezas de paisajes
7	Aros para las manos
8	Canicas

Fuente: Actividades a realizar en Ludoterapia, julio 2 021, elaboración propia.

2.2.1 ¿Adivina quién soy?:

Las personas que dirigen la actividad o el adulto mayor que desee debe tomar una tarjeta de una caja, para luego leerla y hacer mímicas con la finalidad que los participantes adivinen quién es.

2.2.2 Derribar botellas:

Se marca líneas de distancia para lanzar la pelota, puede ser con las manos o pies, cada jugador lanza la pelota dos veces. Se intercalan los turnos.

2.2.3 Tiro al aro:

Cada paciente cuenta con 5 turnos para hacer el lanzamiento. Intercalando turnos, cada uno podrá decidir desde qué distancia hacerlo.

2.2.4 Memoria:

Se le coloca diferentes cartas boca abajo sobre una mesa, por turnos levanta dos cartas, si es pareja tiene un punto. Continúa la otra persona cuando la anterior no coincida con las parejas.

2.2.2.5 Rompecabezas de paisajes:

Los rompecabezas deben armarse en parejas o tríos. Recordar que las piezas deben ser grandes para la mejor visión de los pacientes. Debe haber varios para brindar otro al momento de

finalizarlo. Actividad propicia para mencionar lo que observa en el paisaje y entablar conversación del rompecabezas armado.

2.2.6 Aros para las manos:

En esta actividad se coloca el aro en el antebrazo para luego juntar las manos, el aro debe pasar de una mano a otra sin separarlas. Puede ser acompañada de música rítmica para su ejecución.

2.2.7 Canicas:

Cada jugador tiene cinco canicas grandes, las cuales debe lanzar hacia los agujeros de una tabla ligeramente inclinada. Cada agujero tiene la puntuación del 5 al 10. Su finalidad es conseguir la mayor cantidad de punteo. Es recomendable tener premios para que sientan como si estuviesen en una feria.

2.3 Arteterapia

El arte es un medio de expresión y comunicación, a través del arte las personas adultas mayores expresan sus sentimientos, pensamientos y emociones. Ayuda a mejorar la concentración, reducir el estrés y la ansiedad.

Imagen No. 4

Anciana en actividad de Arteterapia



Fuente: Adaptado de [imagen] <https://tumayoramigo.com/blog/beneficios-pintura-en-personas-mayores/>

Tabla No. 6

Actividades a realizar

Semana	Actividad
2	Dibujar y colorear un recuerdo feliz
3	Moldear con arcilla o plastilina
4	Creación con su nombre
5	Capturar sombras
6	Recitar un poema, decir un chiste o refrán
7	Mandalas
8	Mosaico

Fuente: Actividades a realizar en Arteterapia, julio 2 021, elaboración propia.

2.3.1 Dibujar o colorear un recuerdo feliz:

Se le brinda hojas en blanco, crayones de colores o témperas para que empiece a dibujar un recuerdo feliz. Si no tiene la capacidad de dibujar se le presenta opciones para que elija una y así poder colorearla. Esta actividad puede realizarse acompañada de música.

2.3.2 Moldear con arcilla o plastilina:

Crear una escultura con el material brindado. Puede ser una figura que signifique algo para ellos.

2.3.3 Creación con su nombre:

Escribir su nombre en una tira grande de papel. Brindar pintura, crayones, decoraciones, entre otros, para que decore el nombre como desee.

2.3.4 Capturar sombras:

Con ayuda del guía de la actividad se traza sobre un pliego de papel bond la sombra de cada participante, para luego, decorarlo como deseen. Con anticipación preparan figuras (corazones, animales, frutas, verduras, mascotas, entre otros) de diferentes colores con papel arcoíris.

2.3.5 Recitar un poema, decir un chiste o refrán

Se le pide que mencione lo que sea de su agrado. Si no conoce se le debe enseñar un poema, chiste o refrán para que pueda participar.

2.3.6 Mandalas:

Con anticipación los especialistas deben dibujar en cartulinas mandalas, de forma grupal las colorean como deseen (huellitas o coloreando). Es importante que escuchen música para que los inspire.

2.3.7 Mosaico:

Con anticipación se preparan carteles con diferentes formas, para luego, pegar papeles de diferentes colores y formas.

CAPÍTULO III

Después de haber realizado cada una de las terapias se debe aplicar nuevamente las escalas y registrar los resultados en la Tabla No. 13, Formulario No. 1, al mismo tiempo debe estar el avance de cada adulto mayor por sesión realizada. Los formularios están en la Tabla No. 14, Formulario No. 2. El objetivo de obtener esa información será de vital importancia para conocer la situación actual de cada adulto mayor.

XII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Después de haber realizado la entrevista y observación de forma virtual se concluye lo siguiente: Los que atienden a las personas adultas mayores en el Hogar de Ancianos Hermanos de Belén son frailes que se dedican a la caridad, en el asilo se encuentran solamente internadas 10 personas del sexo masculino. Ellos no cuentan con: Apoyo familiar, terapias psicológicas, consultas médicas debido a su limitación económica, ya que solamente una persona interna cancela la mensualidad correspondiente. El alimento y vestuario es donado por las personas ajenas al círculo familiar de los residentes.

En la Casa Hogar Plus Ultra los ancianos son atendidos por enfermeras, doctores y fisioterapeutas para que su vida sea saludable. La directora menciona que ellos tienen apoyo de sus familiares y cuentan con personas de buen corazón que les apoyan de forma gratuita con el cuidado y donaciones.

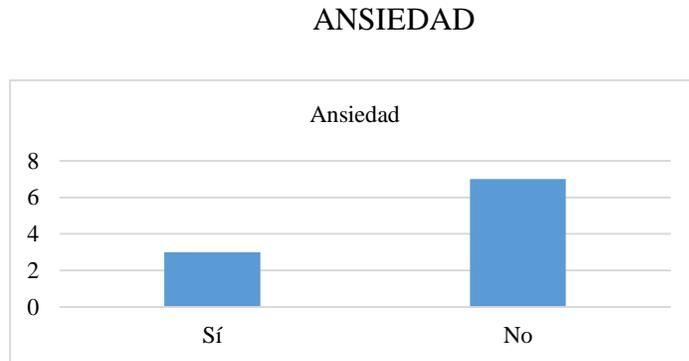
Al finalizar la evaluación de las escalas, se identificó el porcentaje de personas con ansiedad, depresión, nivel de autoestima y dependencia.

A continuación, se presentan los resultados adquiridos de las siguientes escalas:

- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg
- Escala de Tinetti
- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Escala de Barthel

HOGAR DE ANCIANOS HERMANOS DE BELÉN
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

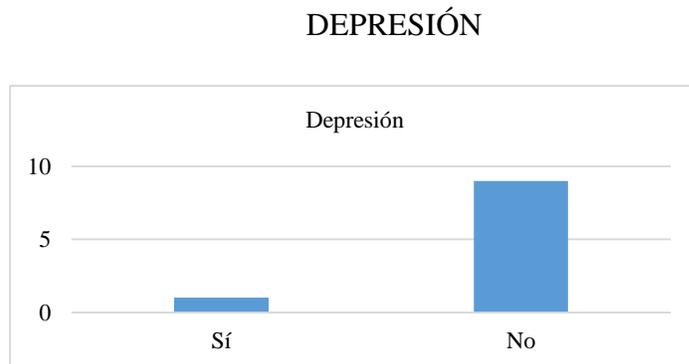
Gráfica No. 1



Fuente: Resultados del estudio realizado, julio 2 021, elaboración propia.

Después de los resultados conseguidos se aprecia que el 70% de las personas adultas mayores no presenta depresión y el 30% sí. Razón por la cual el director admite el apoyo de profesionales de la salud para mitigar la problemática.

Gráfica No. 2



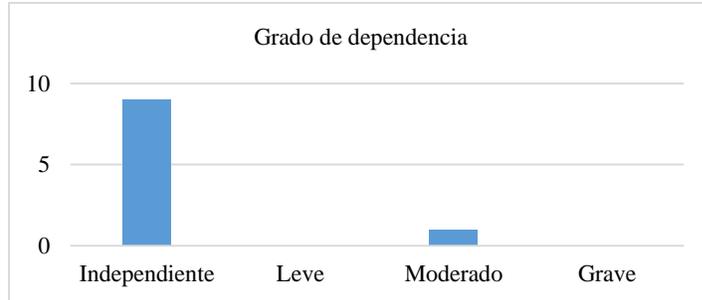
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se aprecia que el 90% de personas adultas mayores no presentan depresión y el 10% sí, argumentan que su felicidad es saber que están tranquilos en un lugar donde les brindan atención.

ESCALA DE BARTHEL

Gráfica No. 3

GRADO DE DEPENDENCIA



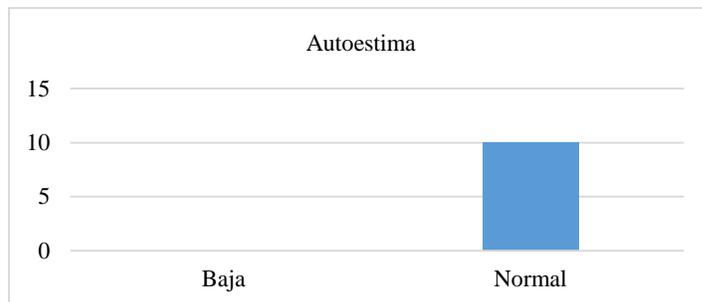
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada en el hogar, el 90% de adultos mayores no poseen grado de independencia y el 10% sí debido a su incapacidad visual.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Gráfica No. 4

AUTOESTIMA



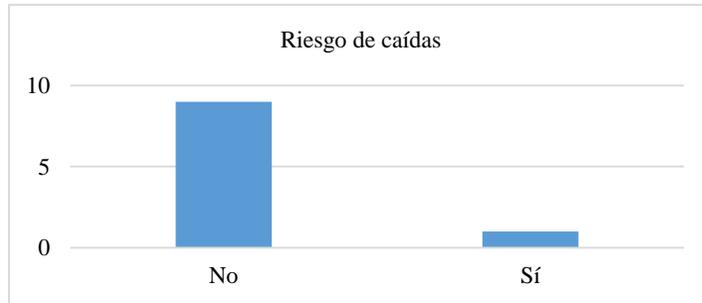
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después del estudio realizado se observa que el 100% de adultos mayores en el Hogar tienen autoestima normal, esto beneficia a las personas que los atienden porque están dispuestos a realizar lo que les asigne.

ESCALA DE TINETTI

Gráfica No. 5

RIESGO DE CAÍDAS



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

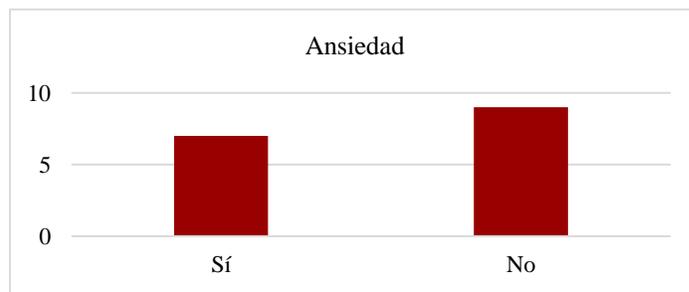
Según los resultados obtenidos el 90% no presenta riesgos de caídas y el 10% sí, este último es porque están en silla de ruedas y tiene falta de visión.

CASA HOGAR PLUS ULTRA

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Gráfica No. 6

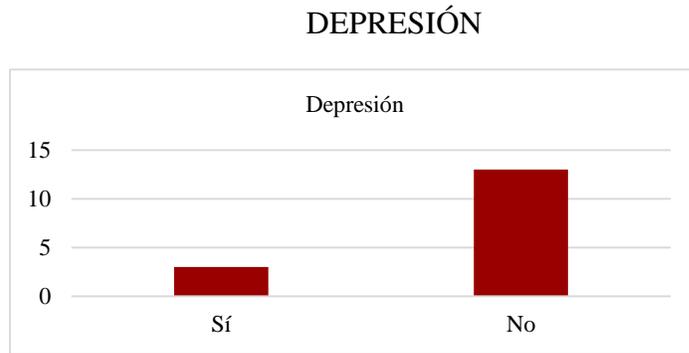
ANSIEDAD



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2021

En la presente gráfica se observa que el 56.25% de adultos mayores no presentan ansiedad y el 43.75 sí, mencionando que es por las enfermedades físicas que presentan.

Gráfica No. 7

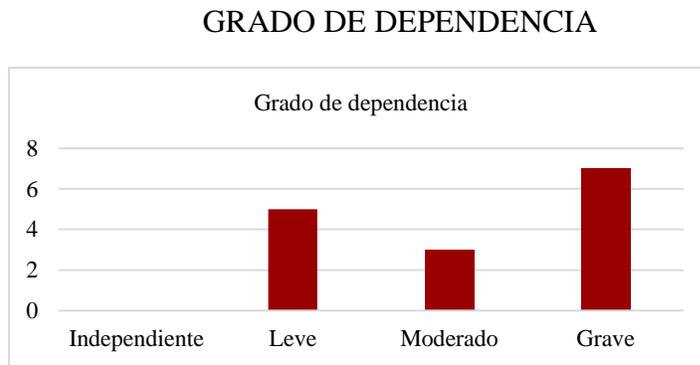


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después de realizar la escala se observa que el 81.25% no tiene depresión y el 18.75% sí, este último informando que es por el aislamiento de sus familiares.

ESCALA DE BARTHEL

Gráfica No. 8

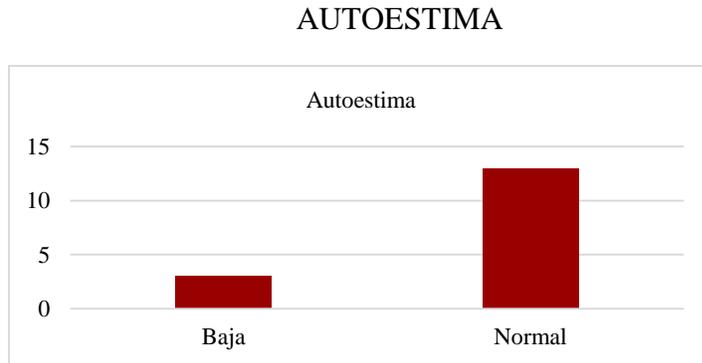


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica, se aprecia que el 43.75% tienen dependencia grave, es por ello que los cuidadores están pendientes en todo momento, el 31.25% es moderada y el 18.75% es leve.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Gráfica No. 9



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, se observa que el 81.25% tiene autoestima normal, mientras el 18.75% de las personas adultas mayores la tiene baja. Los resultados negativos son porque la enfermedad les impide sentirse satisfechos con su persona.

ESCALA DE TINETTI

Gráfica No. 10



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados de las escalas se observa lo siguiente: El 62.5% tiene riesgo de caerse y es por ello que siempre tienen supervisión de sus cuidadores y el 37.5% no presenta riesgo.

XIII. DETALLE DE RECURSOS

Para el proceso de realización del programa de gerontología se deben tomar en cuenta los recursos necesarios, los cuales son:

13.1 Recurso Humano

Para la realización del programa, este recurso debe estar integrado por el personal encargado de atender a las personas de los hogares geriátricos, por ejemplo: directores, enfermeras y psicólogos.

Tabla No. 7

Atribuciones del Director

DIRECTOR	
Objetivo general para la realización del programa: Supervisar y evaluar las actividades que realizan los profesionales en los hogares geriátricos.	
Atribuciones:	
1	Planificar con ayuda del psicólogo y las enfermeras el inicio del programa.
2	Supervisar al psicólogo y enfermera para que den inicio al programa de gerontología.
3	Guardar los registros brindados por los profesionales.
4	Dar inicio al programa cuando considere que sea necesario para la mejora de cada paciente.

Fuente: Detalle de objetivo y atribuciones del director, junio 2 021, elaboración propia.

Tabla No. 8

Atribuciones del Psicólogo

PSICÓLOGO	
Objetivo general del puesto: Velar por el bienestar emocional de las personas que habitan los hogares geriátricos.	
Atribuciones:	
1	Aplicar las escalas y evaluar los resultados obtenidos.
2	Realizar las actividades escritas en el programa de gerontología.
3	Evidenciar los cambios después de su aplicación.
4	Continuar con el proceso de evaluación del estado emocional y físico de las personas en edad adulta.
5	Realizar el mismo proceso con personas de nuevo ingreso y con adultos que necesiten realizarlo para continuar con su mejoría.

Fuente: Detalle de objetivo y atribuciones del psicólogo, junio 2 021, elaboración propia.

Tabla No. 9

Atribuciones de la Enfermera

ENFERMERA	
Objetivo general para la realización del programa: Asistir a los adultos mayores en las actividades diarias y en las actividades a realizarse en el programa.	
Atribuciones:	
1	Escribir el informe de su salud.
2	Supervisar las actividades a realizarse descritas en el programa.
3	Ayudar a cada paciente para que realice las actividades programadas.
4	Supervisar a los adultos mayores que tiene riesgo de caídas.

Fuente: Detalle de objetivo y atribuciones de la enfermera, junio 2 021, elaboración propia.

13.2 Recurso Material

Para la ejecución del programa es necesario contar con el siguiente material: botellas plásticas, pelotas medianas, aros plásticos, cajas de témperas, lápices, crayones de cera, hojas, borradores, rompecabezas, tableros de madera de 30 cm x 30 cm, USB y bocina.

13.3 Recursos Técnicos

Para la ejecución del programa deben tener 1 celular, tableta o computadora, una grabadora y 1 USB.

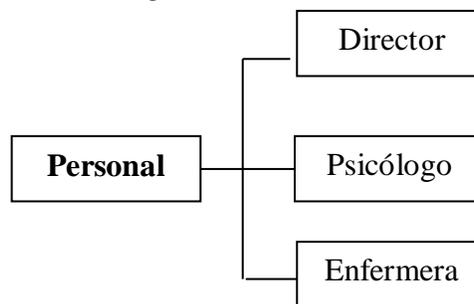
XIV. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Las estrategias que se utilizarán en el programa de gerontología son las siguientes:

- Personal capacitado para poder llenar las escalas de autoestima, depresión, ansiedad, marcha y equilibrio.

Tabla No. 10

Personal capacitado para realizar el Programa



Fuente: Personal capacitado para realizar el programa, julio 2 021, elaboración propia.

- Tener impresión de las pruebas a aplicarse: Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Tinetti y Escala de Barthel.
- Material adecuado para cada una de las diferentes terapias a aplicarse.

Nota: La descripción se encuentran en el listado de recursos a utilizar.

Tabla 11

Cronograma del Programa de Gerontología

Semanas	Pruebas para realizarlas de 10:00 a 11:00 a. m.				
	Días				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1 y 9	Escala de Tinetti (equilibrio)	Escala de Tinetti (marcha)	Escala de Barthel	Escala de Autoestima de Rosenberg	Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Actividades a realizar todos los días de 10:00 a 11:00 a. m.						
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	MUSICOTERAPIA	LUDOTERAPIA	ARTETERAPIA	MUSICOTERAPIA	LUDOTERAPIA	ARTETERAPIA
2	¿Qué te recuerda esta canción?	Adivina ¿Quién soy?	Dibujar y colorear un recuerdo feliz	¿Qué te recuerda esta canción?	Adivina ¿Quién soy?	Dibujar y colorear un recuerdo feliz
3	¿Qué te hace sentir?	Derribar botellas	Moldear con arcilla o plastilina	¿Qué te hace sentir?	Derribar botellas	Moldear con arcilla o plastilina
4	¿Recuerdas qué canción es?	Tiro al blanco	Creación con su nombre	¿Recuerdas qué canción es?	Tiro al blanco	Creación con su nombre
5	Canta la canción	Memoria	Capturar sombras	Canta la canción	Memoria	Capturar sombras
6	Bingo musical	Rompecabezas de paisajes	Recitar un poema, mencionar un chiste o refrán	Bingo musical	Rompecabezas de paisajes	Recitar un poema, mencionar un chiste o refrán
7	¿Bailamos?/Sigamos el ritmo con palmadas	Aros para las manos	Mandalas	¿Bailamos?/Sigamos el ritmo con palmadas	Aros para las manos	Mandalas
8	Sesión de baile coreográfico	Canicas	Mosaico	Sesión de baile coreográfico	Canicas	Mosaico

Fuente: Actividades de musicoterapia, ludoterapia y arteterapia a aplicarse durante la semana, julio 2 021, elaboración propia.

XV. COSTOS DE EJECUCIÓN Y SUS INDICADORES

Tabla 12

Costos de ejecución y sus indicadores

Descripción	Unidad medida	Cantidad	Precio unitario Q.	Total Q.
Material				
Juego de boliche	Bolsa	3	Q25.00	Q75.00
Aros de plástico	Docena	2	Q36.00	Q72.00
Témperas de 12 colores	Caja	10	Q30.00	Q300.00
Lápices de madera	Unidad	20	Q1.00	Q20.00
Borradores	Unidad	20	Q2.00	Q40.00
Hojas blancas tamaño carta u oficio	Resma	1	Q45.00	Q45.00
Pliegos bond	Unidad	40	Q1.00	Q40.00
Crayones de cera	Caja	10	Q10.00	Q100.00
Papel arcoíris	Docena	4	Q30.00	Q120.00
Rompecabezas grandes	Unidad	10	Q25.00	Q250.00
Memorias grandes	Unidad	10	Q25.00	Q250.00
Canicas	Docena	1	Q30.00	Q30.00
Tableros para jugar canicas	Unidad	2	Q100.00	Q200.00
Juego ¿Adivina quién soy?	Unidad	2	Q200.00	Q400.00
Total				Q1,942.00

Fuente: Costos de ejecución y sus indicadores, julio 2 021, elaboración propia.

Nota: Los costos pueden variar, dependerá de la suma de personas que ingresen al programa.

XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA

Tabla 13

Cronograma de actividades de la propuesta

CRONORAMA ACTIVIDADES		MES	JULIO				AGOSTO			
No.	ACTIVIDADES	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Aplicación de las 4 escalas									
TERAPIAS										
2	Musicoterapia: ¿Qué te recuerda esta canción?									
3	Ludoterapia: Rompecabezas de refranes.									
4	Arteterapia: Dibujar y colorear un recuerdo feliz.									
5	Musicoterapia: ¿Qué te hace sentir?									
6	Ludoterapia: Derribar botellas									
7	Arteterapia: Moldear con arcilla o plastilina									
8	Musicoterapia: ¿Recuerdas qué canción es?									
9	Ludoterapia: Tiro al blanco.									
10	Arteterapia: Creación con su nombre.									
11	Musicoterapia: Canta la canción									
12	Ludoterapia: Memoria									
13	Arteterapia: Creación con su nombre									
14	Musicoterapia: Bingo musical									
15	Ludoterapia: Rompecabezas de paisajes.									
16	Arteterapia: Recitar un poema, mencionar un chiste o refrán									
17	Musicoterapia: Bailamos, seguimos el ritmo con palmadas									
18	Ludoterapia: Aros para las manos									
19	Arteterapia: Mandalas									
20	Musicoterapia: Sesión de baile coreográfico.									
21	Ludoterapia: Lotería									
22	Arteterapia: Mosaico									

Fuente: Cronograma de actividades de la propuesta, julio 2 021, elaboración propia.

XVII. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para poder evaluar los resultados se debe seguir los siguientes pasos:

1. Personas que realizarán el programa.

- Tener las personas que serán sometidas al programa. En esta investigación son las personas adultas mayores que habitan en los Hogares Geriátricos de la zona 1 y 6 de la Ciudad de Guatemala.
- Seleccionar una muestra no mayor a 20 personas de la tercera edad.
- Durante una semana estarán realizando seis sesiones de tres terapias diferentes (Musicoterapia, Ludoterapia y Arteterapia), las cuales deben completarse para conocer los resultados.
- Al finalizar cada sesión de terapia se llena un formulario donde se escribe lo observado en cada paciente, por ejemplo, su estado de ánimo.
- Los resultados de los formularios y las observaciones durante las terapias se deben registrar en una ficha de avances de los casos de cada paciente, en la cual se debe escribir toda su información general, su condición, medicación, terapia realizada, resultados de las terapias, fechas, entre otros.

2.- Diseñar los formularios que deben llenar los pacientes, antes y después de las terapias.

3.- Diseñar la ficha de registro de avances de los casos, con una columna de observaciones. Será utilizada en cada sesión.

4.- En función al análisis de las fichas, se puede evaluar y concluir sobre la eficacia del proyecto planteado.

Tabla No. 14

Formulario No. 1, antes y después del programa

Paciente: _____	Fecha: _____
Resultados obtenidos	
Antes del programa	
Escala de Autoestima de Rosenberg	_____
Escala de Tinetti	_____
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	_____
Escala de Barthel	_____
Observaciones generales:	

Después del programa	
Fecha: _____	
Escala de Autoestima de Rosenberg	_____
Escala de Tinetti	_____
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	_____
Escala de Barthel	_____
Observaciones generales:	

Fuente: Formulario No. 1, antes y después del programa, julio 2 021, elaboración propia.

Tabla 15*Formulario No. 2, Registro de avances*

Datos generales						Ficha No.
Nombre: _____			Diagnóstico: _____			
Edad: _____			Medicamentos: _____			
Estado civil: _____			Alergias: _____			
Terapia	Musicoterapia	Duración	Fecha	Insumos	Reacción	Observaciones
Terapia 1						
Terapia 2						
Terapia	Ludoterapia	Duración	Fecha	Insumos	Reacción	Observaciones
Terapia 1						
Terapia 2						
Terapia	Arteterapia	Duración	Fecha	Insumos	Reacción	Observaciones
Terapia 1						
Terapia 2						

Fuente: Formulario No. 2, Registro de avances, julio 2 021, elaboración propia.

XVIII. CONCLUSIONES

- Es necesaria la creación de un programa de gerontología para que los adultos mayores reciban la atención idónea en los hogares geriátricos.
- Las pruebas psicométricas son indispensables para la detección de necesidades en las personas mayores.
- Las herramientas a utilizar en el programa se deben adaptar a cada diferencia emocional y física de las personas en edad adulta.
- Las terapias que se aplican en la psicología ayudan al progreso del bienestar siendo eficaces por la relación interpersonal e intrapersonal que hay en cada una.
- La realización del programa mejorará la calidad de vida de las personas en edad adulta.

XIX. RECOMENDACIONES

- Evaluar a las personas adultas mayores para conocer las necesidades de cada uno.
- Aplicar las pruebas psicométricas dependiendo las necesidades observadas en las personas en edad avanzada.
- Las herramientas deben ser adaptativas y flexibles para crear la participación de todos los que se encuentren en el programa.
- Las terapias deben ser beneficiosas para cada paciente, para lograrlo es necesario establecer las necesidades de cada uno.
- Implementar el programa en diferentes partes de Guatemala.

XX. REFERENCIAS

- Acuerdo 1135 de 1991 [Instituto Guatemalteco de Seguridad Social]. Reglamento del Plan de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 1 de enero de 1991
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación.2 (2), 51. <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Calderón, S. (s.f.). La Gerontología Social. Historia, conceptos y aplicaciones. [Diapositiva PowerPoint] https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2017_presentaciones/presentacion02052017/LA-GERONTOLOGIA-SOCIAL-HISTORIA-CONCEPTOS-APLICACIONES.pdf
- Constitución Política de la República de Guatemala (CPRG). Art. 51. 31 de mayo de 1985 (Guatemala).
- Decreto 85 de 2005 [con fuerza de ley]. Por medio del cual se expide LA LEY DEL PROGRAMA DE APOORTE ECONÓMICO AL ADULTO MAYOR. 15 de noviembre de 2005. D.O. No. 99.
- Figueroba, A. (s.f.). Los 4 cambios psicológicos en la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad). Psicología y mente. <https://psicologiymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez#:~:text=Las%20personas%20mayores%20son%20menos,distintas%20fuentes%20estimulares%20o%20areas.>
- González, A. y Rangel, C. (2006). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. https://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR
- León, D. Rojas, M. y Campos, F. (2011). Calidad de vida en la Vejez. Obtenido de CCS, Salesianos. http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- López, M. (2016). Texto Básico de Geriatria y Gerontología. Universidad Tutecotzimí: <file:///C:/Users/OSCAR/Desktop/PROYECTO%202021/LIBROS/LIBRO%201%20A.M..pdf>

- MAYORES, P. (2007). Gerontología. En GLOSARIO Especializado en Geriátrica y Gerontología .Recuperado en 15 de febrero de 2021 de <https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/colegiats/comissions/geriatria/documents/documentacio/glosario.pdf>
- Merchán, E. y Cienfuentes, R. (2014). TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO. (Archivo PDF). <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Millán, J. (s.f.). Principios de geriatría y gerontología. MonoComp, S. A. https://www.academia.edu/39686411/Principios_de_geriatria_y_gerontologia
- Odonne, M. (31 de Julio de 2013). ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Apuntes de Demografía: <https://apuntesdedemografia.com/2013/07/31/antecedentes-teoricos-del-envejecimiento-activo/>
- Padilla, Ivanna. (2014). "CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DENTRO DEL ASILO LOS HERMANOS DE BELÉN. (Tesis de Licenciatura, Universidad Landívar). <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
- Pérez, G. y De-Juanas, A. (2013). Calidad de vida en personas adultas y mayores. <https://books.google.com.gt/books?id=2j22AwAAQBAJ&pg=PT127&lpg=PT126&focus=viewport&dq=bienestar++material+y+calidad+de+vida#v=onepage&q=bienestar%20material%20y%20calidad%20de%20vida&f=false>
- Red Latinoamericana de Gerontología. (28 de septiembre de 2010). Derechos de las personas adultas mayores. Red Latinoamericana de Gerontología: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1g933#:~:text=En%20este%20Decreto%20se%20establece,libertad%2C%20dignidad%20e%20integridad%20personal.>
- Regader, B. (s.f.). La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
- Retamosa, F. (2017). "Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento". (Tesis de Licenciatura, Universidad de la República Uruguay). https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fabio_retamosa_0.pdf

- Reyes. (10 de febrero de 2020). La historia de la geriatría y la gerontología. Relevancia Médica.
<https://relevanciamedica.com/historia-de-la-geriatria-y-gerontologia/>
- Rosales, N. (2018). BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA. (Tesis de Licenciatura, universidad Landívar).
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/22/Rosales-Nancy.pdf>
- Salud, O. P. (s.f.). Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3106/Enfermeria%20gerontologica%20con%20ceptos%20para%20la%20practica.pdf?sequence=1>
- Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP). (2021). Mis Años Dorados. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Recuperado el 10 de marzo de 2021 de http://www.sosep.gob.gt/?page_id=414
- United Nations. (s.f.). Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. United Nations: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Universidad Internacional de Valencia. (2017). Qué es la gerontología y qué es un gerontólogo. Universidad Internacional de Valencia:
<https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/que-es-la-gerontologia-y-de-que-se-ocupa-un-gerontologo>

ANEXOS

Anexo 1: Presupuesto

INVERSIÓN CAPITAL TRABAJO

Descripción	Unidad medida	Cantidad	Precio unitario Q.	Total Q
Insumos				
Juego de boliche	Bolsa	3	Q25.00	Q75.00
Aros de plástico	Docena	2	Q36.00	Q72.00
Témperas de 12 colores	Caja	30	Q30.00	Q300.00
Lápices de madera	Unidad	20	Q1.00	Q20.00
Memorias grandes	Unidad	10	Q25.00	Q250.00
Rompecabezas grandes	Unidad	10	Q25.00	Q250.00
Borradores	Unidad	20	Q2.00	Q20.00
Hojas blancas tamaño carta u oficio	Resma	1	Q45.00	Q45.00
Papel arcoíris	Block	4	Q30.00	Q120.00
Crayones de cera	Caja	10	Q10.00	Q100.00
Tableros para jugar canicas	Unidad	2	Q100.00	Q200.00
Canicas	Docena	1	Q30.00	Q30.00
Pliegos bond	Unidad	40	Q1.00	Q40.00
Juego ¿Adivina quién soy?	Unidad	2	Q200.00	Q400.00
Recurso Humano				
Salario con tarifa social	Horas	48	Q50.00	Q2,400.00
Total inversión capital de trabajo				Q4,342.00

INVERSIÓN TOTAL

Descripción	Total Q.	%
Inversión (salario con tarifa social)	Q4,242.00	100%
Inversión (servicio social)	Q1,942.00	100%

Fuente: Inversión para la elaboración del informe del proyecto, abril 2021, elaboración propia.

Anexo 2

Cronograma de actividades para la realización del informe

ACTIVIDAD	MES	nov-20				dic-20				ene-21				feb-21				mar-21				abr-21				may-21				jun-21				jul-21				ago-21			
	No. DE SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	FECHA	3	10	17	24	1	8	19	21	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27	3	10	17	24	8	15	22	29	9	16	23	30	4	11	18	25	1	8	18	
Elaboración de las propuestas	Terminado																																								
Presentación de propuestas	Terminado																																								
Aprobación del tema	Terminado																																								
Solicitud de asesoría y envío de cartas	Terminado																																								
Introducción y justificación	Terminado																																								
Objetivos: General y específicos	Terminado																																								
Marco de antecedentes	Terminado																																								
Marco teórico	Terminado																																								
Marco legal	Terminado																																								
Planteamiento del problema	Terminado																																								
Metodología	Terminado																																								
Índice	Terminado																																								
Cronograma	Terminado																																								
Presupuesto	Terminado																																								
Bibliografía inicial	Terminado																																								
Presentación del anteproyecto	Terminado																																								
Cuerpo del trabajo	Terminado																																								
Estrategias de implementación de la propuesta	Terminado																																								
Costos de ejecución y sus indicadores	Terminado																																								
Cronograma de actividades de la propuesta	Terminado																																								
Estrategias de evaluación de los resultados	Terminado																																								
Conclusiones y recomendaciones	Terminado																																								
Bibliografía y anexos	Terminado																																								

Fuente: Cronograma de la elaboración del informe del proyecto, agosto 2 021, elaboración propia.

Anexo 3: Escalas

Escala de Tinetti

Paciente: _____	Sexo: _____
Edad: _____	Fecha: _____
Parte I: Equilibrio, sujeto sentado en una silla sin brazos.	
EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla	0
Firme y seguro	1
SE LEVANTA	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
Capaz sin utilizar los brazos	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz sin utilizar los brazos	2
EQUILIBRIO INMEDIATO - DE PIE	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco).	0
Estable, pero usa andador, bastón, muleta u otros objetos	1
Estable sin apoyo	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESACIÓN	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco).	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 centímetros), o usa bastón, andador u otro soporte	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
OJOS CERRADOS (sujeto en posición firme con los pies los más juntos posibles)	
Inestable	0
Estable	1
GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos	0
Pasos continuos	1
Inestable (se agarra o tambalea)	0
Estable	1
SENTARSE	
Inseguro	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
Seguro, movimiento suave	2
TOTAL DE EQUILIBRO / 13	

Fuente: Adaptado de la Escala de la Dra. Mary Tinetti en 1986, marzo 2 021, elaboración propia.

Paciente: _____ **Sexo:** _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

Parte II: Marcha, el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayudas básicas para la marcha, como bastón o andador).

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar	0
No vacilante	1
LOGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase del balanceo.	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.	0
El pie derecho se levanta completamente.	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.	0
El pie izquierdo se levanta completamente.	1
SIMETRÍA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).	0
Los pasos son iguales en longitud.	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos.	0
Los pasos son continuos.	1
TRAYECORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. de distancia).	
Marcada desviación.	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.	1
Derecho sin utilizar ayudas.	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.	1
No balanceo, no flexión, ni utiliza ayudas.	2
POSTURA EN LAS MARCHA	
Talones separados.	0
Talones casi se tocan mientras caminan.	1

TOTAL MARCHA / 12

TOTAL GENERAL / 25

Fuente: Adaptado de la Escala de la Dra. Mary Tinetti en 1986, marzo 2 021, elaboración propia.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Paciente: _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

ESCALA DE ANSIEDAD		Sí	No
1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3	¿Se ha sentido muy irritable?		
4	¿Ha sentido dificultad para relajarse?		
Si hay dos respuestas afirmativas seguir preguntando.			
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o cuello?		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Total			

ESCALA DE DEPRESIÓN		Sí	No
1	¿Se ha sentido con poca energía?		
2	¿Ha perdido usted interés por las cosas?		
3	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4	¿Se ha sentido desesperado, sin esperanzas?		
Si hay dos respuestas afirmativas seguir preguntando.			
5	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6	¿Ha perdido peso? (A causa de su falta de apetito)		
7	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8	¿Se ha sentido enlentecido?		
9	¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor en las mañanas?		
Total			

Fuente: Adaptado de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, marzo 2 021, elaboración propia.

Escala de Barthel

Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____		
Parámetro	Situación del paciente	Punteo
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse	Independiente: Entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente: Capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, sacarse los zapatos...	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios, lavativas.	5
	Incontinencia.	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia.	0
Usar el retrete	Independencia para ir al baño de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para usar el retrete, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escalones.	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	Dependiente.	0
Total		

Fuente: Adaptado de la escala de Barthel, marzo 2 021, elaboración propia.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Paciente: _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí.				
7	En general me siento satisfecho conmigo.				
8	Me gustaría tenerme más respeto.				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

Fuente: Adaptado de la Escala de Autoestima de Rosenberg, marzo 2 021, elaboración propia.

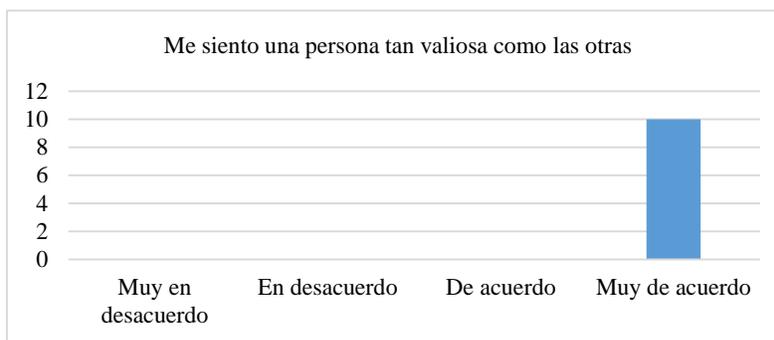
Anexo 4: Resultados de las escalas aplicadas

Escala de autoestima de Rosenberg

Hogar para ancianos hermanos de belén

Gráfica No. 1

ME SIENTO UNA PERSONA TAN VALIOSA COMO LAS OTRAS

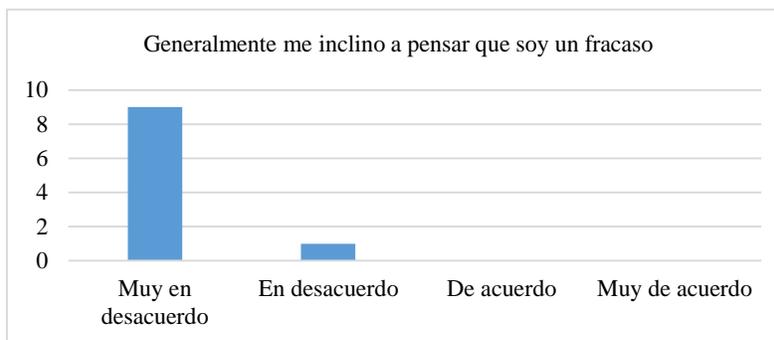


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 100% de adultos mayores se sienten personas tan valiosas como las demás. Todos se sienten motivados por el valor propio.

Gráfica No. 2

GENERALMENTE ME INCLINO A PENSAR QUE SOY UN FRACASO

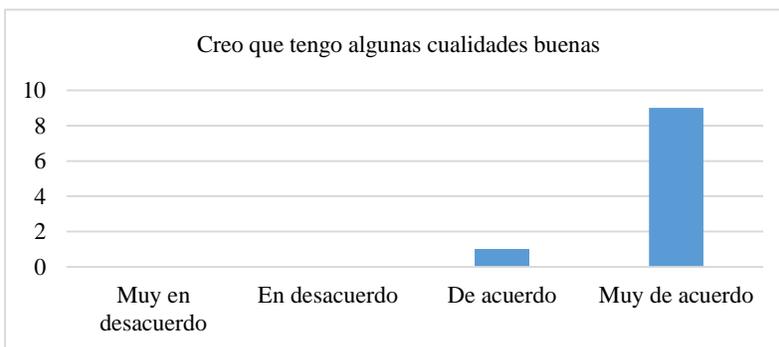


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado el 90% piensa que están muy en desacuerdo en pensar que son un fracaso y el 10% dice que está en desacuerdo. Se consideran capaces de realizar lo que se les asigne.

Gráfica No. 3

CREO QUE TENGO ALGUNAS CUALIDADES BUENAS

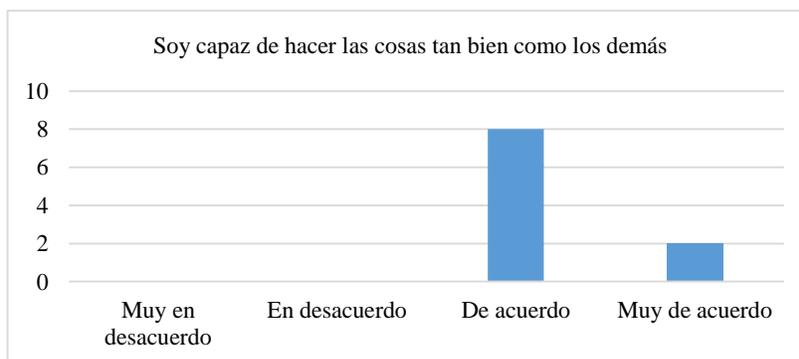


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia

El estudio refleja que el 90% de adulto mayores están muy de acuerdo en pensar que tienen cualidades buenas y el 10% dice que está de acuerdo lo mismo. Se observa que el valor propio es el indicado para su bienestar.

Gráfica No. 4

SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LOS DEMÁS

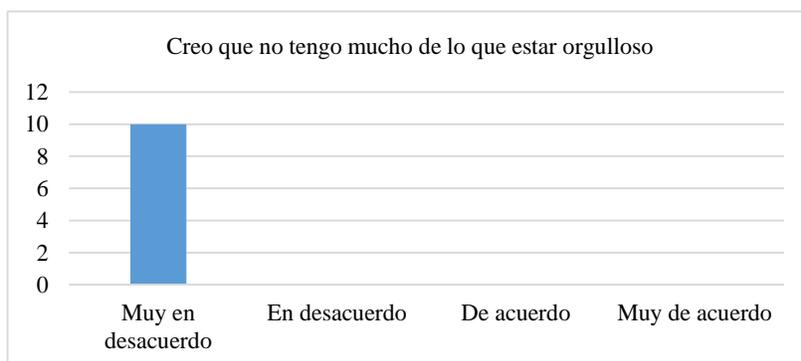


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 80% de las personas está de acuerdo pensando que las cosas las hacen tan bien como los demás, mencionan que esta respuesta es porque son conscientes que sus habilidades ya no son las mismas de antes y el 20% opina que están muy de acuerdo en la pregunta realizada.

Gráfica No. 5

CREO QUE NO TENGO MUCHO DE LO QUE ESTAR ORGULLOSO

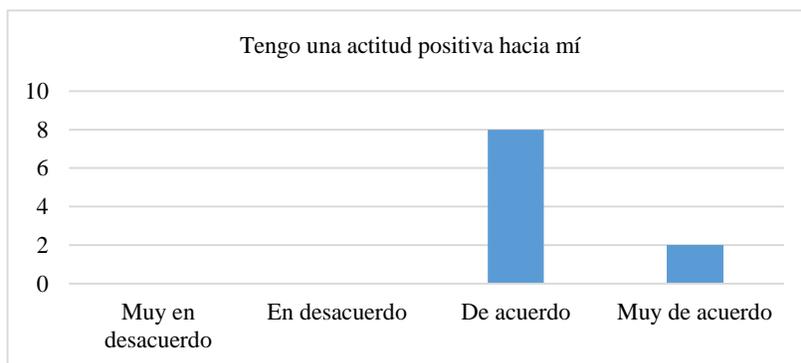


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se aprecia que el 100% de personas adultas mayores sabe que tienen mucho de lo que estar orgullosos, esto se debe a la aceptación de su situación actual.

Gráfica No. 6

TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MÍ

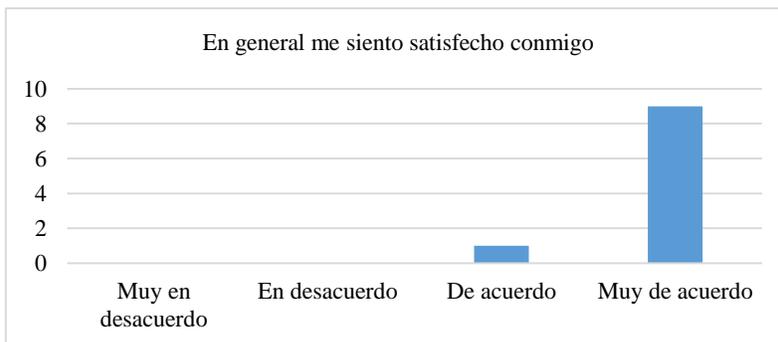


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 80% está de acuerdo en tener actitud positiva hacia ellos mismos y el 20% está muy de acuerdo. Los que están de acuerdo es porque se sienten en ocasiones enfermos.

Gráfica No. 7

EN GENERAL ME SIENTO SATISFECHO CONMIGO



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El 10% está de acuerdo y el 90% está muy de acuerdo en pensar que de forma general se sienten satisfechos con ellos mismos, ya que son conscientes que lo realizado en su juventud lo disfrutaron y que el presente es una etapa más.

Gráfica No. 8

ME GUSTARÍA TENERME MÁS RESPETO

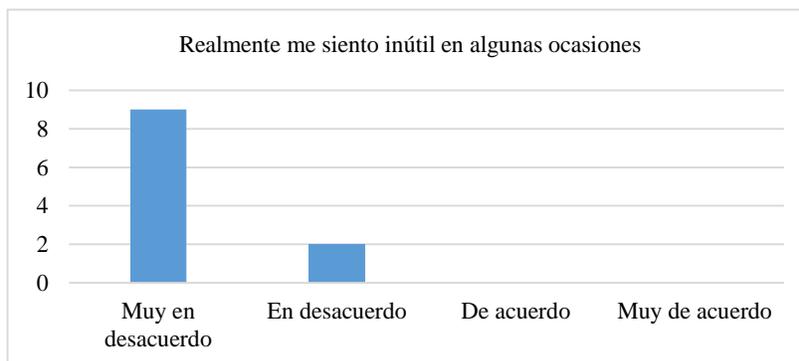


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 90% de adultos mayores del Hogar Hermanos de Belén tiene respeto por sí mismo y el 10% lo tiene, pero en una escala menor. Este valor se les ha enseñado en el asilo para que vivan mejor emocionalmente.

Gráfica No. 9

REALMENTE ME SIENTO INÚTIL EN ALGUNAS OCASIONES

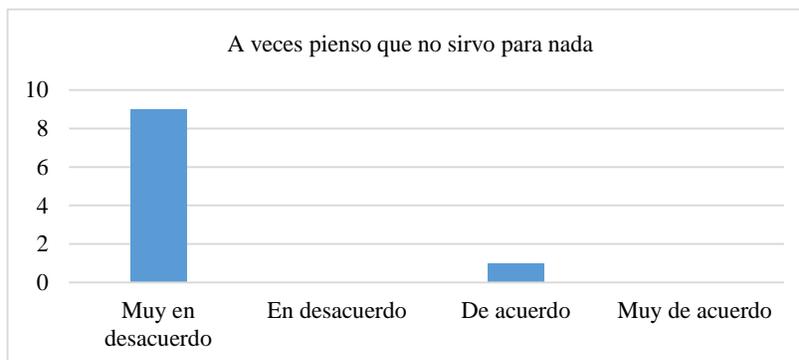


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 90% de adultos mayores sabe que no son inútiles en ningún momento, mientras el 10% lo sabe, pero en un nivel menor. Esto les ayuda a ser independientes.

Gráfica No. 10

A VECES PIENSO QUE NO SIRVO PARA NADA



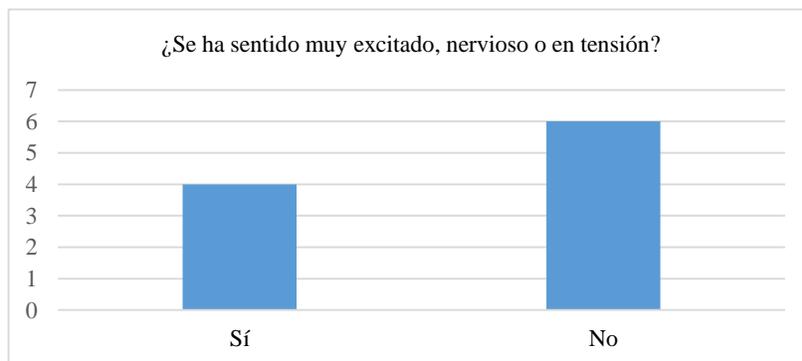
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 90% de adultos mayores está muy en desacuerdo pensando que a veces no sirven para nada y el 10% está de acuerdo pensando lo mismo. Esto refleja el amor propio que la mayoría tiene hacía su persona.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg – Ansiedad - Hogar Hermanos de Belén

Gráfica No. 11

¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?

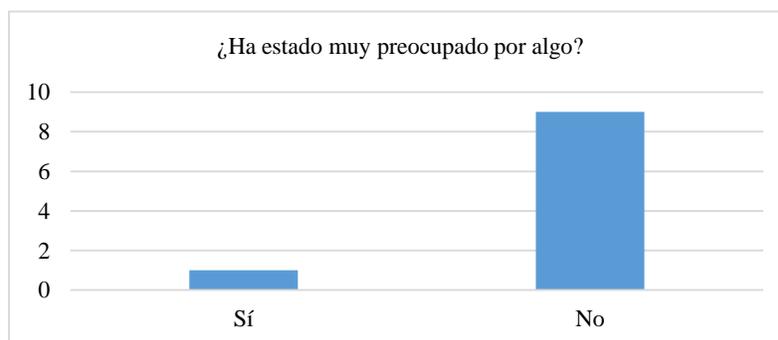


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado, en la última semana el 60% no se ha sentido nervioso, excitado o en tensión y el 40% sí. El porcentaje negativo es resultado por el ruido exterior que en ocasiones afecta al momento que desean descansar.

Gráfica No. 12

¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?

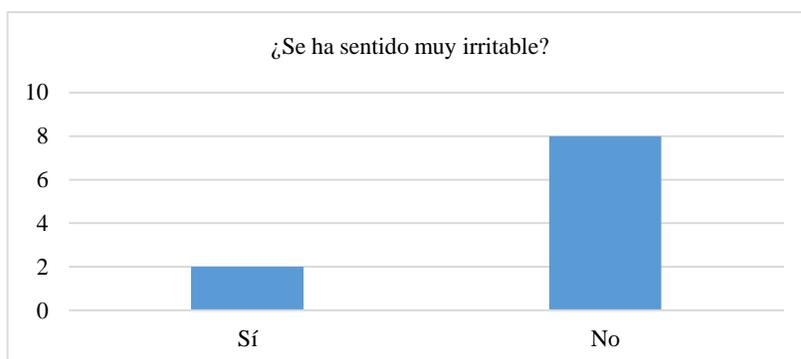


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 90% de personas mayores no se preocupan y el 10% respondió que sí. La preocupación del paciente es por su salud, porque se encuentra amputado de una pierna.

Gráfica No. 13

¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?

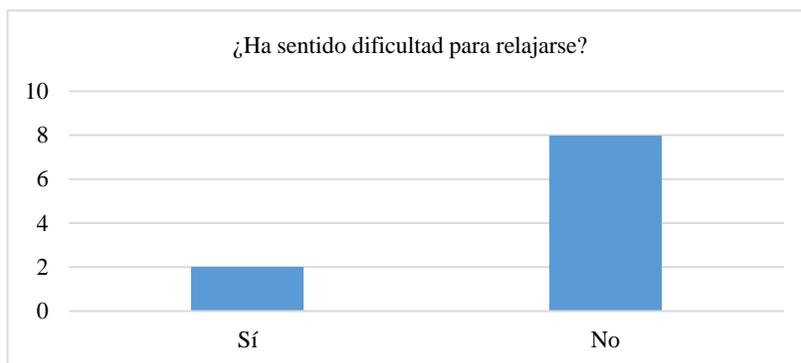


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 80% no se siente irritable y el 20% se siente molesto por situaciones que recuerdan eventualmente.

Gráfica No. 14

¿HA SENTIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?

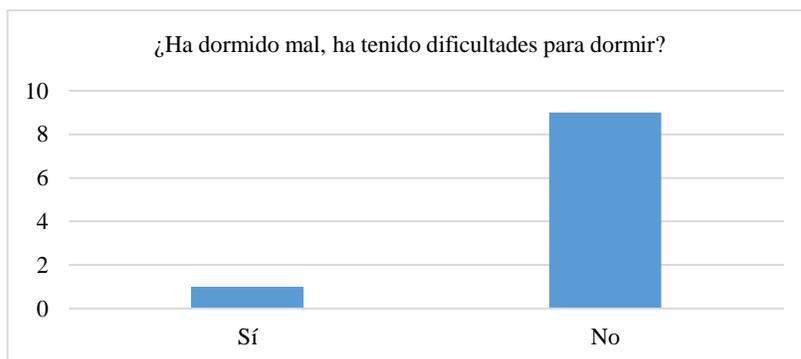


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se observa que el 80% no tiene dificultad para relajarse y el 20% de adultos mayores se les ha complicado en la noche debido al ruido que en ocasiones se escucha al lado de la calle (donde ellos duermen).

Gráfica No. 15

¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?

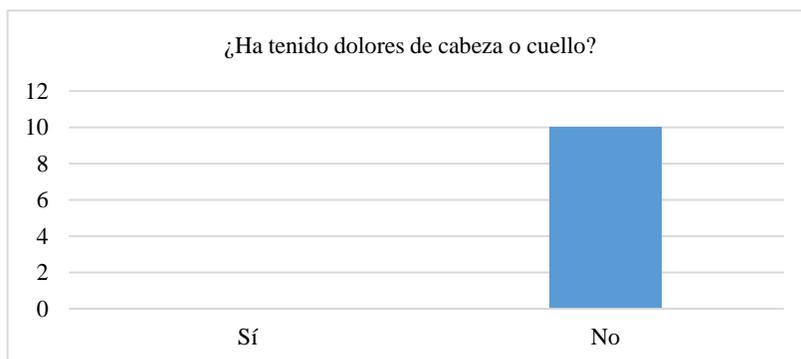


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: el 90% no tiene dificultades para dormir y el 10% sí los tiene debido al ruido exterior.

Gráfica No. 16

¿HA TENIDO DOLORES DE CABEZA O CUELLO?

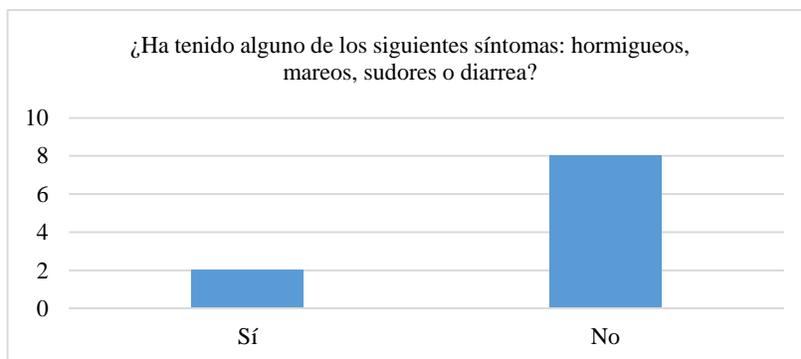


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El 100% no ha tenido dolores de cabeza ni de cuello debido a la tranquilidad que de forma general sienten.

Gráfica No. 17

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES O DIARREA?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se aprecia que el 80% de personas adultas mayores del Hogar Hermanos de Belén no han sentido hormigueos, mareos, sudores o diarrea y el 20% ha sentido solamente hormigueo causado por la inmovilidad que en ocasiones siente en sus manos o piernas.

Gráfica No. 18

¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?

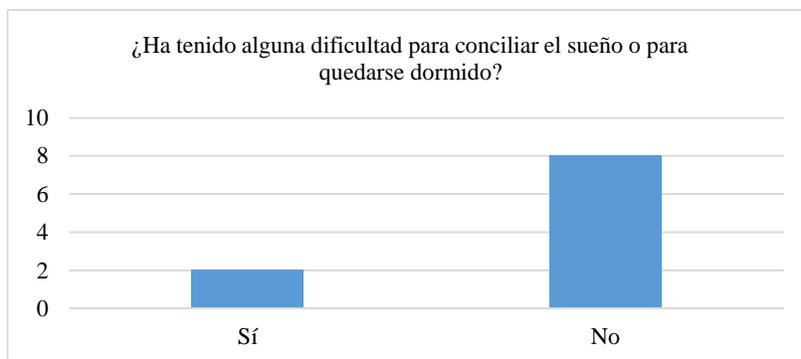


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El 80% de adultos mayores no se preocupa por su salud y el 20% sí debido a las limitaciones físicas que en este momento tienen, por ejemplo, anda en silla de ruedas y ceguera parcial.

Gráfica No. 19

¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO O PARA QUEDARSE DORMIDO?



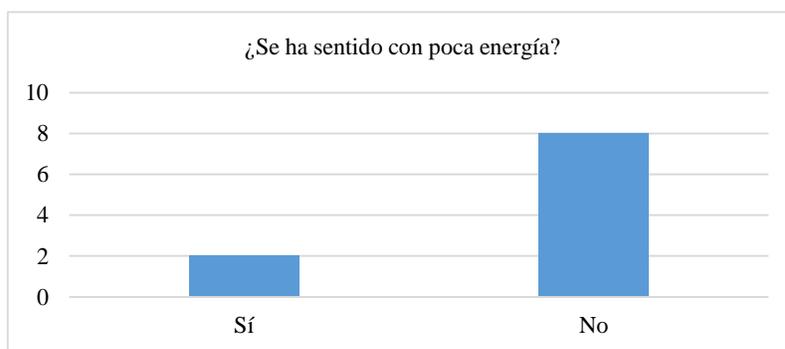
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 80% de adultos mayores no tiene dificultades para conciliar el sueño y el 20% dice que tiene dificultades debido a los ruidos exteriores, pero argumentan que logran descansar.

Depresión

Gráfica No. 20

¿SE HA SENTIDO CON POCA ENERGÍA?

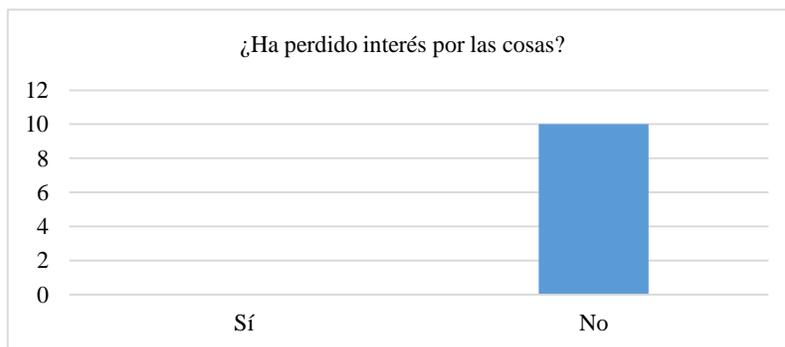


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado el 80% se ha sentido con energía para realizar las actividades asignadas y el 20% eventualmente siente que no tiene energía, pero las lleva a cabo.

Gráfica No. 21

¿HA PERDIDO INTERÉS POR LAS COSAS?

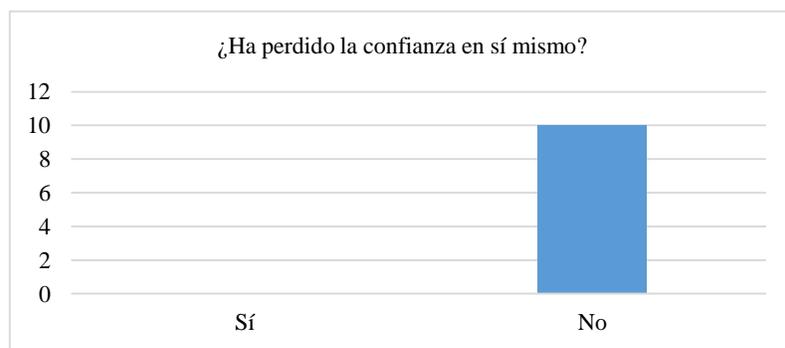


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio evidencia que el 100% de personas mayores siente interés por las cosas. Esto les ayuda a sentirse mejor en todo lo que realizan.

Gráfica No. 22

¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SÍ MISMO?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 100% de las personas tiene confianza en sí mismo. La confianza les genera positivismo ante lo que realizan.

Gráfica No. 23

¿SE HA SENTIDO DESESPERADO, SIN ESPERANZAS?

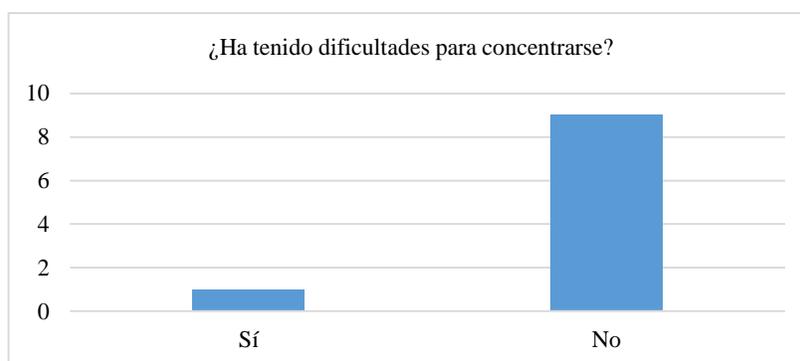


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se aprecia que el 90% de personas adultas mayores se ha sentido con esperanza, mientras que el 10% no ha sentido esperanzas, este porcentaje lo relacionan por la ausencia de mejoría en su salud.

Gráfica No. 24

¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?

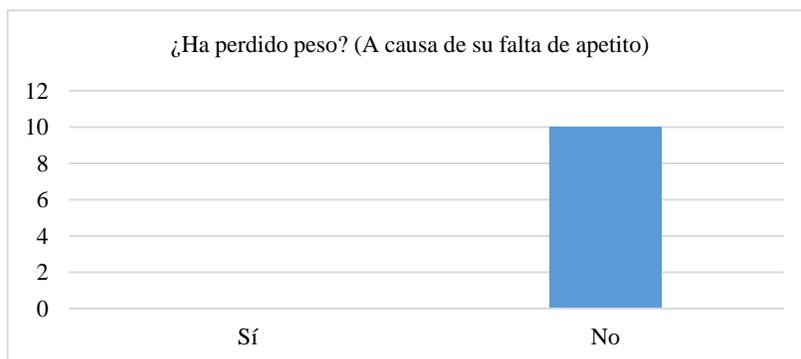


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 90% no tiene dificultad para concentrarse y el 10% tiene dificultad para hacerlo, esto se debe porque piensa en muchas situaciones que debe hacer en el día, ya que ellos disfrutan ser independientes.

Gráfica No. 25

¿HA PERDIDO PESO? (A CAUSA DE SU FALTA DE APETITO)

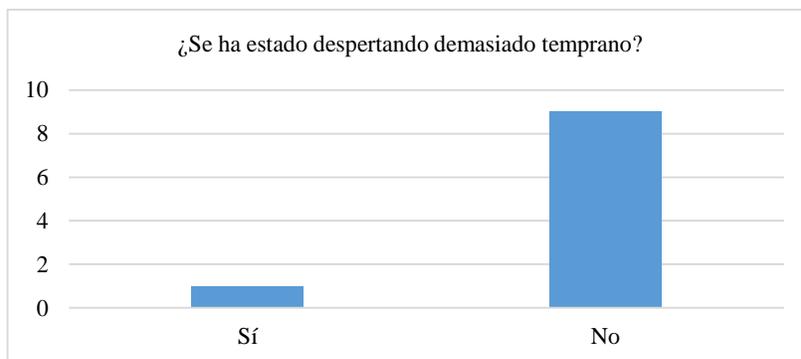


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El 100% de adultos mayores no ha perdido peso por la falta de apetito. Su alimentación no se ha pausado.

Gráfica No. 26

¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?

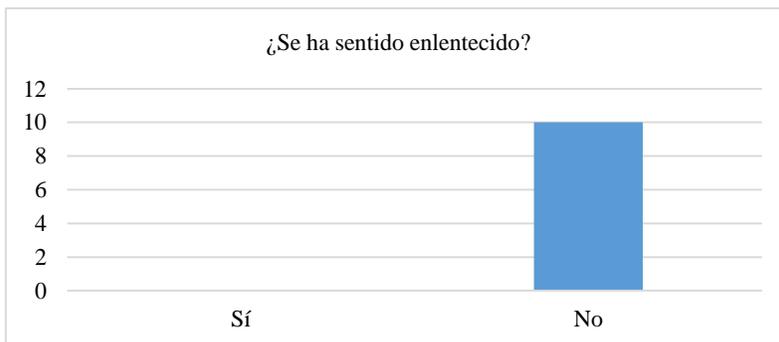


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 90% de adultos mayores del Hogar Hermanos de Belén no ha estado despertando demasiado temprano y el 10% sí porque a veces piensa en su salud.

Gráfica No. 27

¿SE HA SENTIDO ENLENTECIDO?

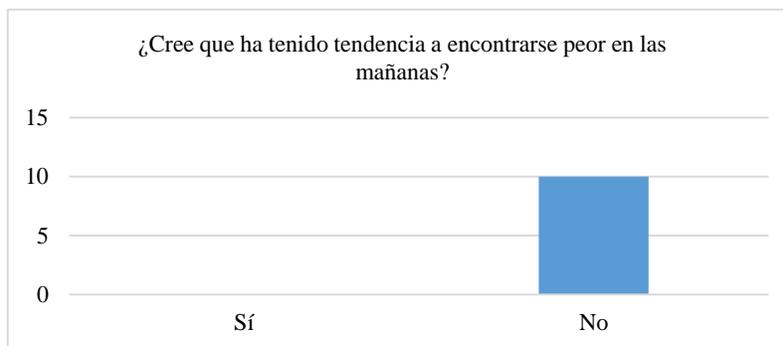


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 100% de adultos mayores no se ha sentido enlentecido en las actividades que realizan, siempre se sienten animados.

Gráfica No. 28

¿CREE QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR EN LAS MAÑANAS?

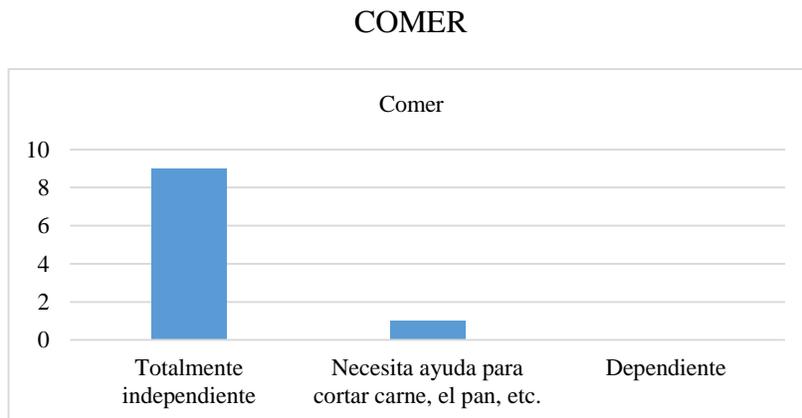


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 100% de adultos mayores se siente bien en todo momento.

Escala de Barthel - Hogar de Ancianos Hermanos de Belén

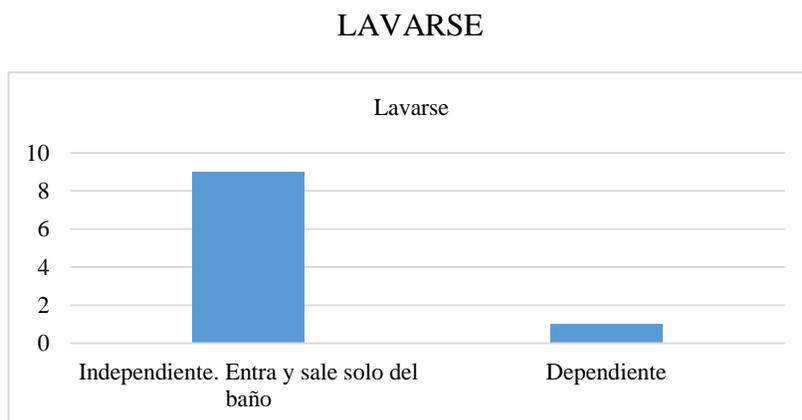
Gráfica No. 29



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado el 90% es totalmente independiente al momento de comer y el 10% necesita apoyo para cortar carne, el pan, entre otros alimentos. A uno se le dificulta por la falta de movilidad liviana en sus manos.

Gráfica No. 30

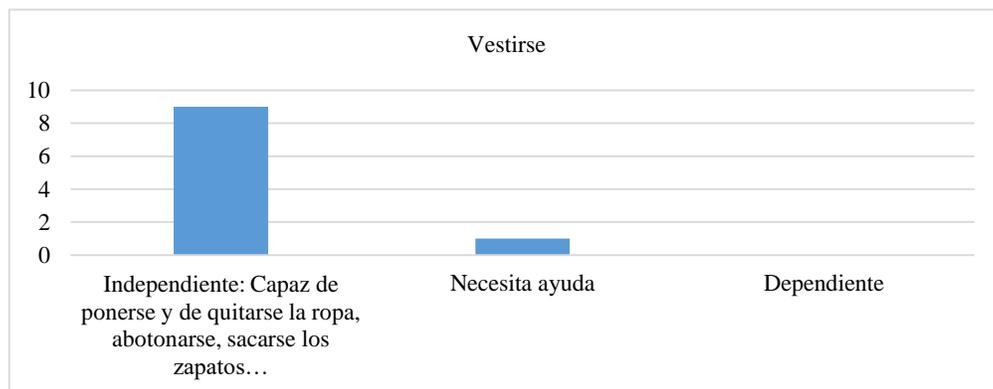


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 90% de personas mayores son independientes al momento de salir y entrar al baño y el 10% es dependiente debido a la poca visión y movilidad en el cuerpo.

Gráfica No. 31

VESTIRSE

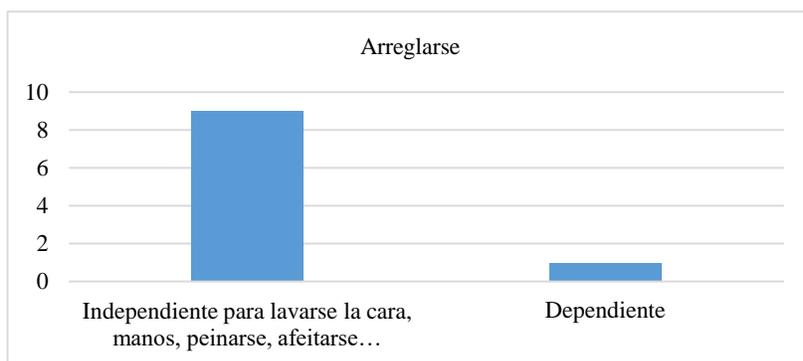


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 90% de las personas son independientes y el 10% necesita ayuda por su falta de visión.

Gráfica No. 32

ARREGLARSE

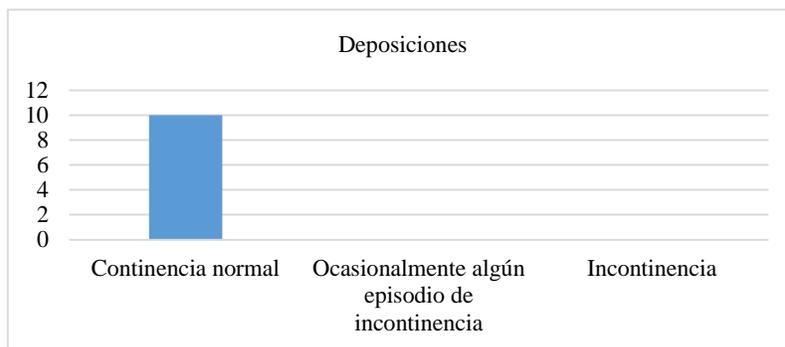


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 90% de las personas son independientes para lavarse la cara, manos, peinarse y afeitarse y el 10% es dependiente en afeitarse y dirigirse al lugar de aseo por la poca visión.

Gráfica No. 33

DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)

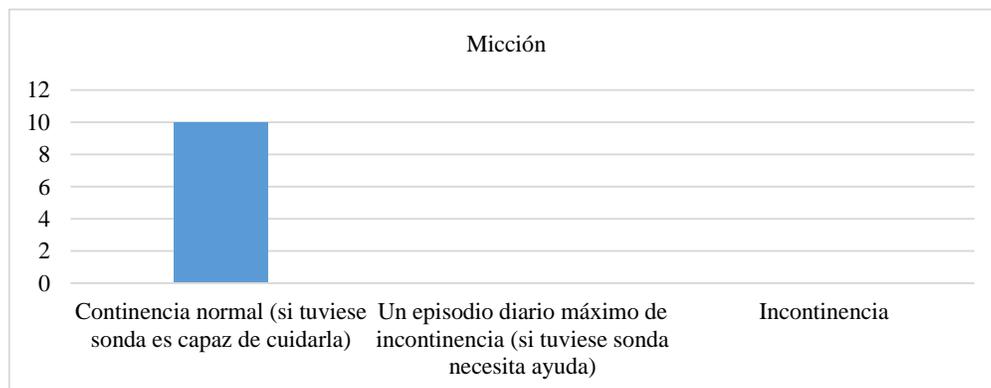


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se aprecia que el 100% de personas adultas mayores tiene continencia normal. Esto beneficia a la higiene del lugar donde habitan.

Gráfica No. 34

MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)

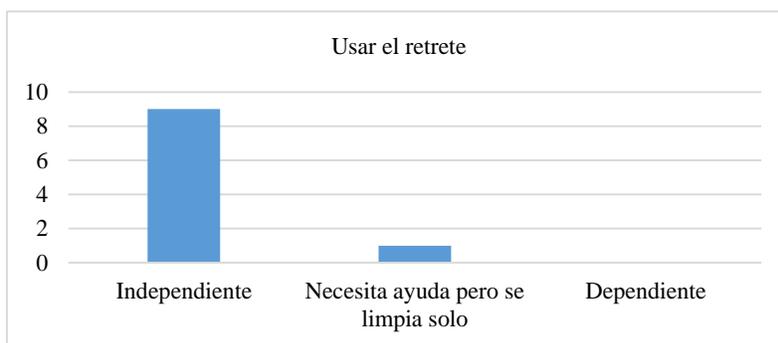


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: el 100% tiene continencia normal y nadie utiliza sonda.

Gráfica No. 35

USAR EL RETRETE

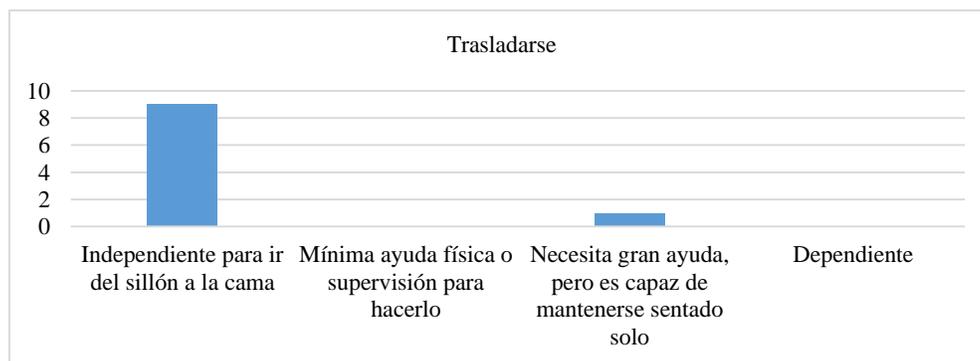


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Se evidencian que el 90% es independiente para usar el retrete y el 10% necesita ayuda para usar el baño, pero se limpia solo, causado por la falta de movilidad de su pierna y poca visión.

Gráfica No. 36

TRASLADARSE

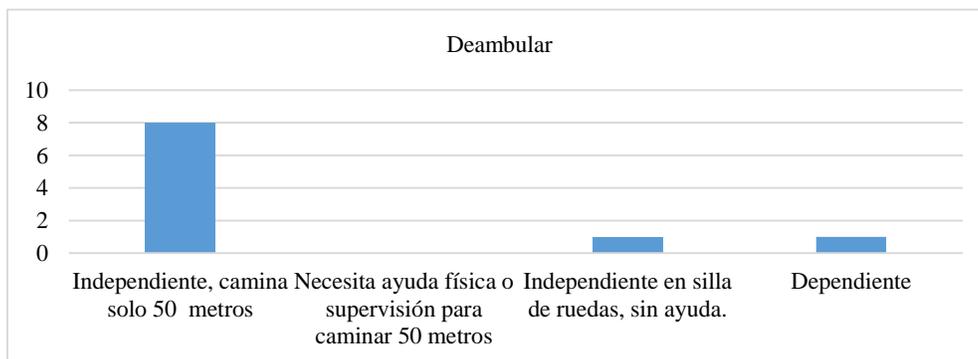


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 90% de adultos mayores del Hogar Hermanos de Belén es independiente para ir del sillón a la cama y el 10% necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado, este porcentaje necesita ayuda porque anda en silla de rueda y presenta poca visibilidad.

Gráfica No. 37

DEAMBULAR

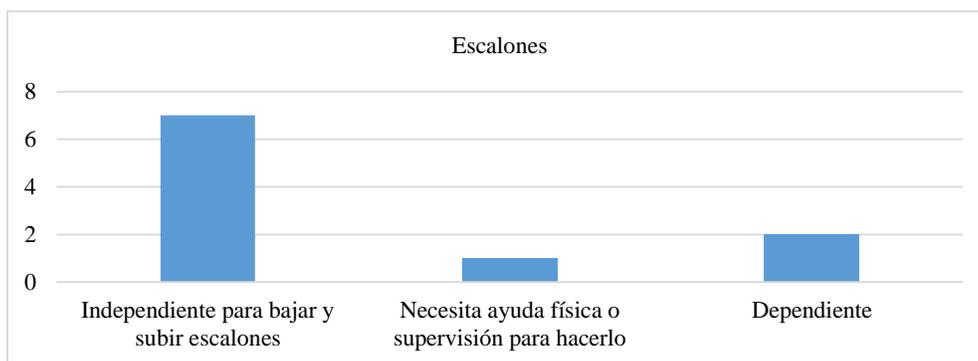


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 80% de personas adultas mayores es independiente y camina solo 50 metros, un 10% es independiente en silla de ruedas, sin asistencia y uno es dependiente porque anda en silla de ruedas y tiene poca visión.

Gráfica No. 38

ESCALONES



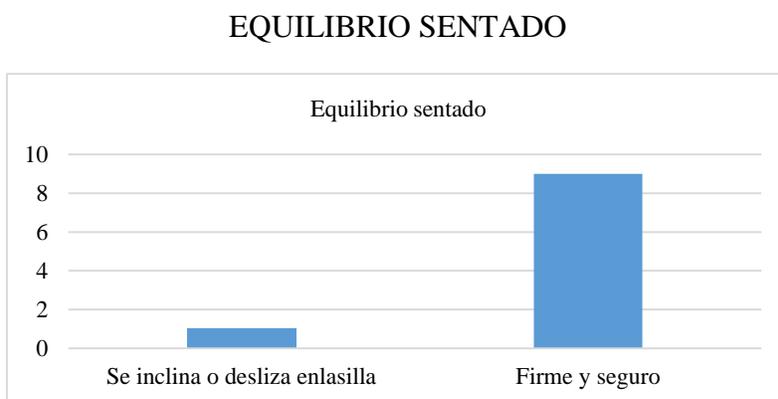
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a quienes se les aplicó la escala, se identifica que el 70% de personas adultas mayores son independientes para subir y bajar escalones, el 10% necesita ayuda física o vigilancia para hacerlo porque utiliza bastón y el 20% es dependiente porque están en silla de ruedas.

Escala de Tinetti

Parte 1: Equilibrio

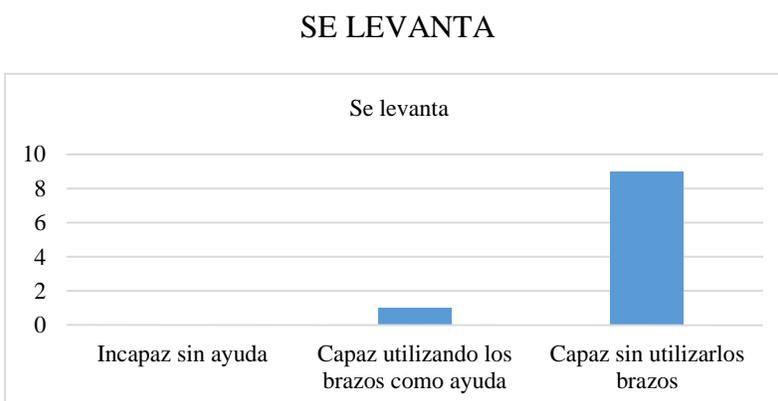
Gráfica No. 39



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó el test, el 90% sienta firme y seguro y el 10% no debido a su inmovilidad en una pierna.

Gráfica No. 40

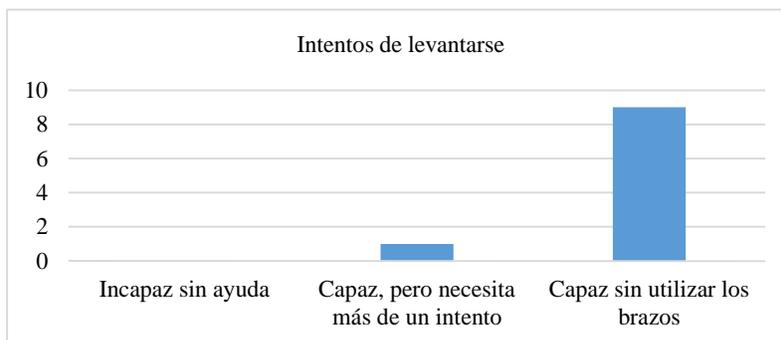


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 90% de personas adultas mayores son capaces de levantarse sin utilizar los brazos, mientras el 10% es capaz utilizando los brazos como apoyo, esto por la inmovilidad en una pierna.

Gráfica No. 41

INTENTOS DE LEVANTARSE

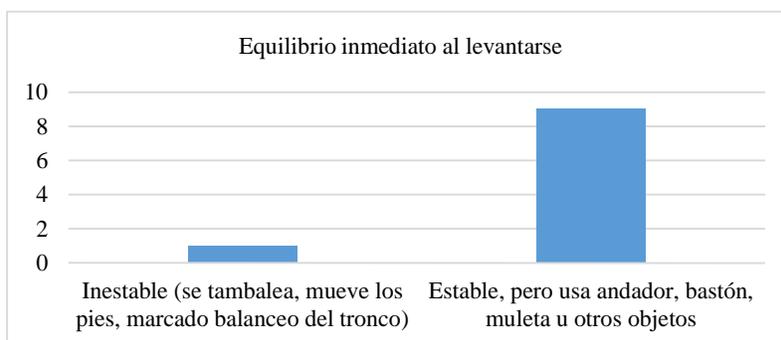


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según resultados de la escala aplicadas a las personas del hogar, el 90% es capaz de levantarse sin utilizar los brazos y el 10% es capaz, pero necesita ayuda.

Gráfica No. 42

EQUILIBRIO INMEDIATO AL LEVANTARSE

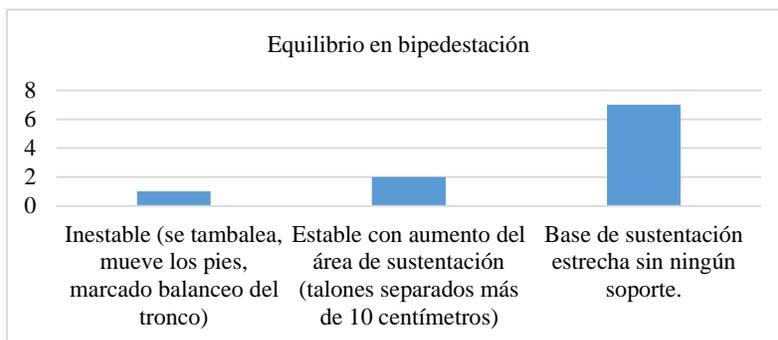


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, el 90% de ancianos mantiene equilibrio al levantarse, mientras que el 10% es inestable debido a su inmovilidad de una pierna.

Gráfica No. 43

EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN

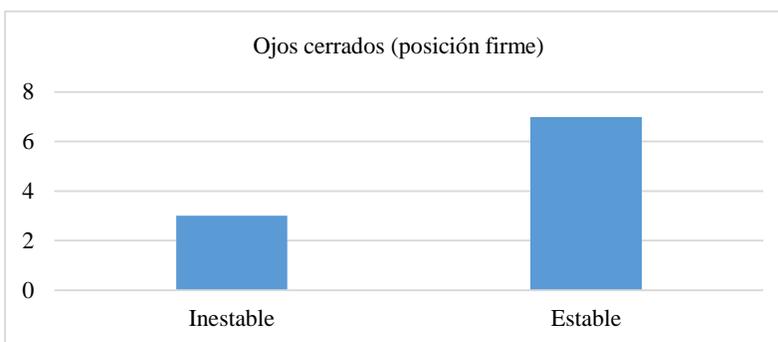


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica, se aprecia que el 70% mantiene equilibrio al estar de pie, el 20% mantiene sus talones separados y el 10% es inestable ya que tiene inmovilidad en un apierna y es por ello que utiliza silla de ruedas.

Gráfica No. 44

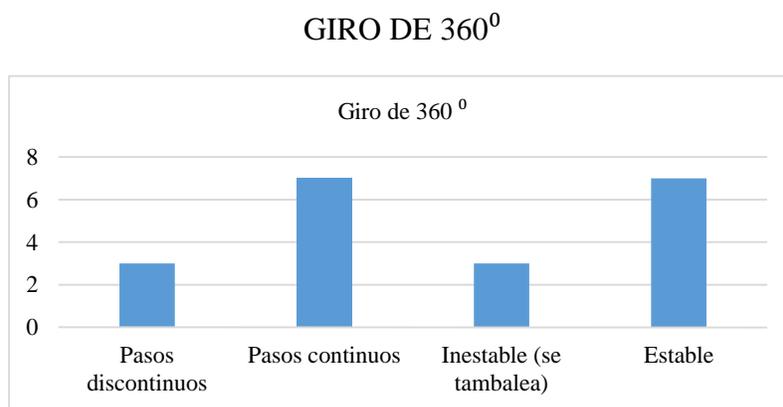
OJOS CERRADOS (POSICIÓN FIRME)



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados, se observa que el 70% mantienen posición firme con los ojos cerrados y el 30% no porque están en silla de ruedas.

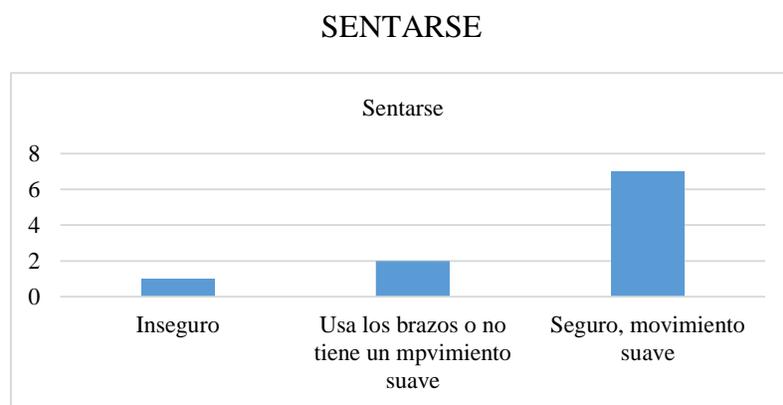
Gráfica No. 45



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 70% de personas adultas mayores al caminar tienen pasos continuos y estables, mientras que el 30% no realizan los pasos porque están en silla de ruedas.

Gráfica No. 46



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó el test, el 70% se sienta seguro y con movimiento suave, el 20% usa los brazos para hacerlo y el 10% es inseguro debido a la inmovilidad de una pierna.

Parte II: Marcha

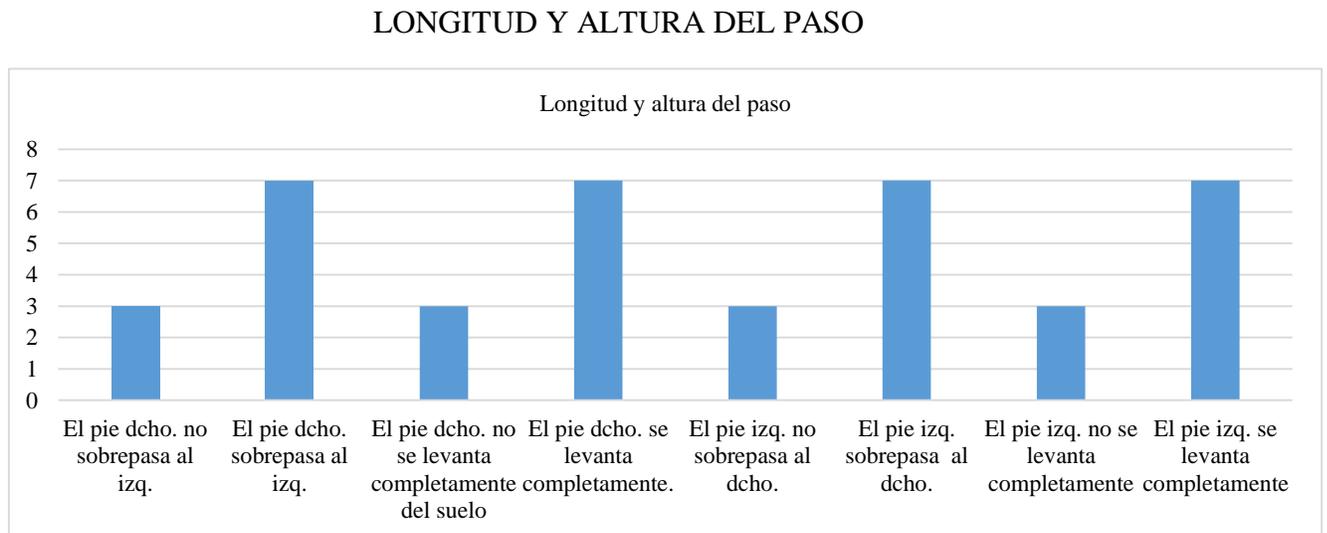
Gráfica No. 47



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después de aplicar las escalas se observa que el 70% de pacientes no duda al momento de comenzar a caminar y el 30% sí porque su condición física no se lo permite, ellos se encuentran en silla de ruedas por inmovilidad de una pierna.

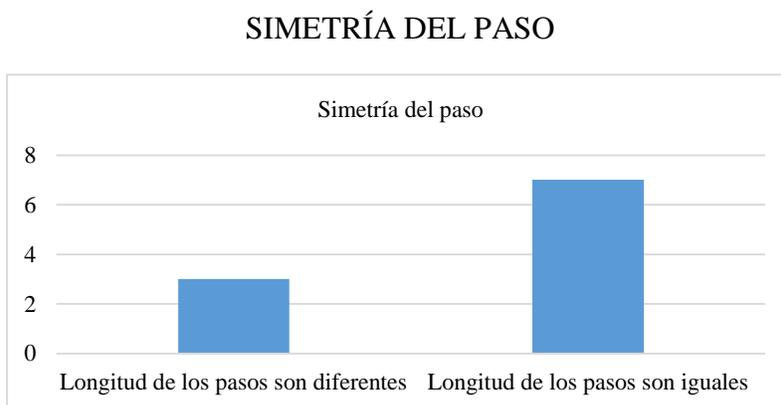
Gráfica No. 48



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Se observa que el 70% mantiene una altura adecuada, levantando ambos pies completamente, mientras que el 30% no lo hace porque su condición física no se lo permite.

Gráfica No. 49



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según la escala aplicada a las personas del hogar, el 70% de paciente mantiene una longitud igual en los pasos y el 30% no da pasos debido a su condición física.

Gráfica No. 50

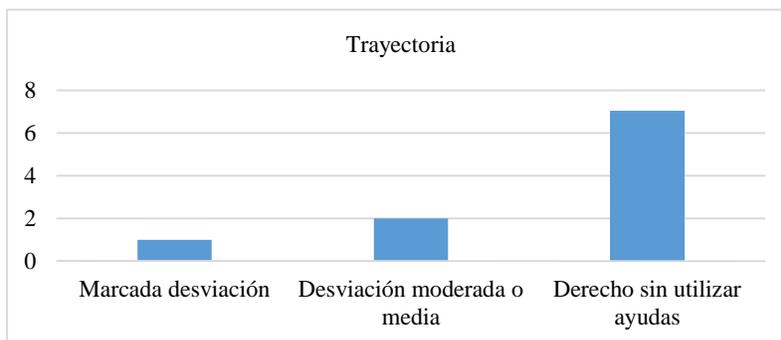


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 70% de adultos mayores mantienen pasos continuos y el 30% no tienen continuidad porque andan en silla de ruedas.

Gráfica No. 51

TRAYECTORIA

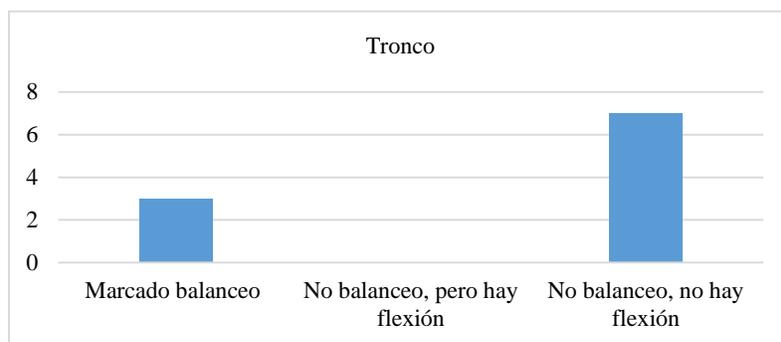


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según estudio realizado, el 70% de personas tiene una trayectoria derecha sin utilizar ayuda, el 20% se desvía de forma moderada ya que se encuentran en silla de ruedas y el 10% presenta marcada desviación por su falta de visión.

Gráfica No. 52

TRONCO

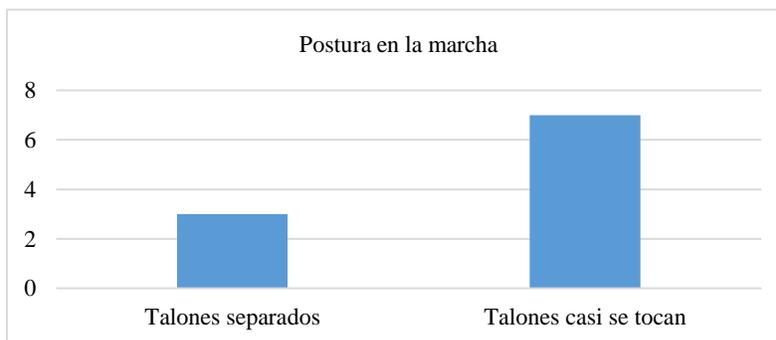


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En los resultados se observa que el 70% de adultos mayores no se balancean ni flexionan el tronco y el 30% sí debido al movimiento que realizan al desplazarse.

Gráfica No. 53

POSTURA EN LA MARCHA



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, el 70% los talones casi se tocan al encontrarse en marcha y el 30% no lo puede evidenciar porque están en silla de ruedas.

Escala de autoestima de Rosenberg

Casa Hogar Plus Ultra

Gráfica No. 54

ME SIENTO UNA PERSONA TAN VALIOSA COMO LAS OTRAS



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 62.5% está de acuerdo, el 31.25% está muy de acuerdo y el 6.25% está en desacuerdo en sentirse tan valiosas como las otras. El último porcentaje es porque tiene una semana de vivir en el hogar.

Gráfica No. 55

GENERALMENTE ME INCLINO A PENSAR QUE SOY UN FRACASO



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el resultado se aprecia que el 37.5% está muy en desacuerdo, el 37.5% está en desacuerdo, el 12.5% está de acuerdo y el otro 12.5% está muy de acuerdo en inclinarse a pensar que son un fracaso, este pensamiento es ocasionado por las enfermedades físicas que presentan.

Gráfica No. 56

CREO QUE TENGO ALGUNAS CUALIDADES BUENAS



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 56.25% de personas mayores está de acuerdo en pensar que tienen cualidades buenas, el 37.5% está muy de acuerdo y el 6.25% está en desacuerdo. Sentirse bien consigo mismo es indispensable para la satisfacción personal.

Gráfica No. 57

SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LOS DEMÁS



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 50% de las personas está de acuerdo pensando que las cosas las hacen tan bien como los demás, el 37.5% opina que está muy de acuerdo con la pregunta realizada y el 12.5% está en desacuerdo.

Gráfica No. 58

CREO QUE NO TENGO MUCHO DE LO QUE ESTAR ORGULLOSO



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se observa que el 50% de adultos mayores están de acuerdo en pensar que tienen mucho de lo que estar orgullosos, el 37.5% está muy de acuerdo, el 6.25% está en desacuerdo y el otro 6.25% está muy en desacuerdo pensando de esa manera.

Gráfica No. 59

TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MÍ



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 50% está de acuerdo en tener actitud hacia ellos mismos, el 43.75% está muy de acuerdo diciendo que tienen actitud positiva y el 6.25% está en desacuerdo.

Gráfica No. 60

EN GENERAL ME SIENTO SATISFECHO CONMIGO



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después de analizar los resultados se observa que el 50% está de acuerdo y el otro 50% está muy de acuerdo en pensar que de forma general se sienten satisfechos con ellos mismos, ya que son conscientes que lo realizado en su juventud lo disfrutaron y que el presente es una etapa más.

Gráfica No. 61

ME GUSTARÍA TENER RESPETO POR MÍ

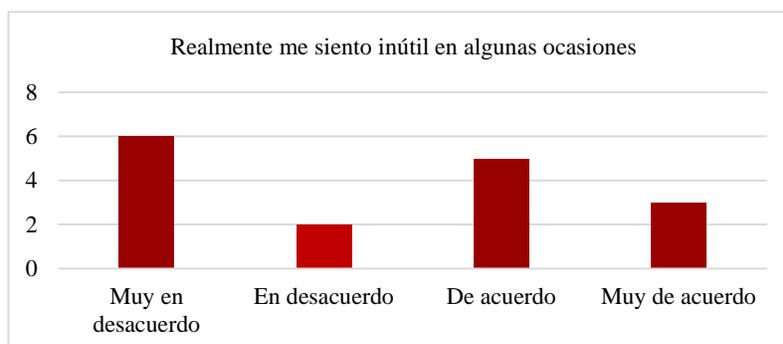


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se aprecia que el 56.25% de personas adultas mayores de la Casa Hogar Plus Ultra está muy de acuerdo en tener respeto por sí mismo, el 25% está de acuerdo, el 12.5% está muy de acuerdo y el 6.25% no tiene respeto por sí mismo.

Gráfica No. 62

REALMENTE ME SIENTO INÚTIL EN ALGUNAS OCASIONES



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 37.5% de adultos mayores no se ha sentido inútil en algunas ocasiones, el 31.25% está de acuerdo en que se han sentido así, el 18.75% está muy de acuerdo y el 12.5% está en desacuerdo.

Gráfica No. 63

A VECES PIENSO QUE NO SIRVO PARA NADA



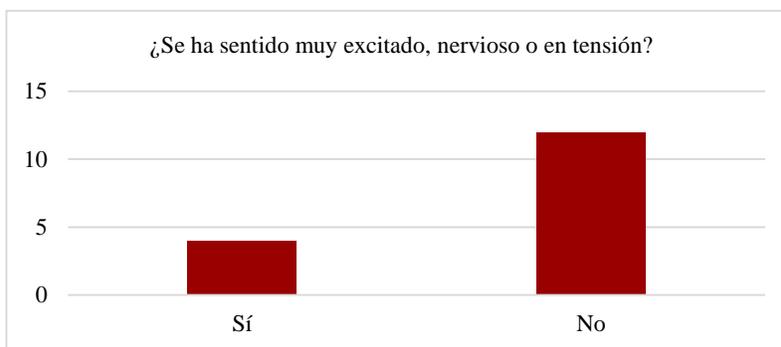
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 37.5% de adultos mayores está muy en desacuerdo pensando que a veces no sirven para nada, el 25% está en desacuerdo, el otro 25% está de acuerdo y el 12.5% está muy de acuerdo.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg – Ansiedad - Casa hogar plus ultra

Gráfica No. 64

¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?

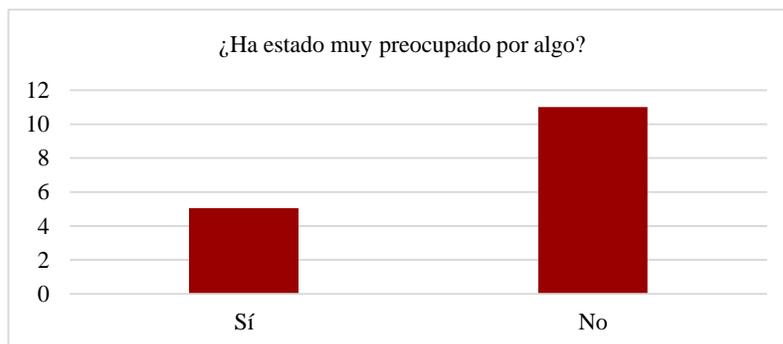


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado, en la última semana el 75% no se ha sentido nervioso, excitado o en tensión y el 25% sí. El último porcentaje se debe a la desesperación que les causa estar enfermos físicamente.

Gráfica No. 65

¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?

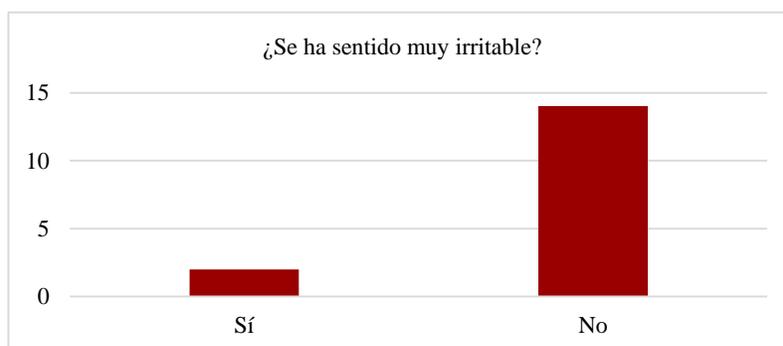


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 68.75% de personas mayores no se preocupan por algo y el 31.25% respondió que sí. Las personas que respondieron de forma positiva argumentan que es porque se encuentra alejada de sus familiares y desean que se encuentren bien.

Gráfica No. 66

¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?

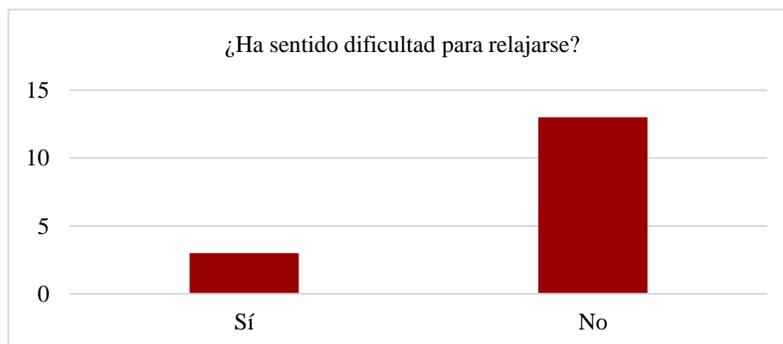


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 87.5% no se siente irritable y el 12.5% se siente molesto por situaciones desagradables de los compañeros que se encuentran a su alrededor realizan.

Gráfica No. 67

¿HA SENTIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?

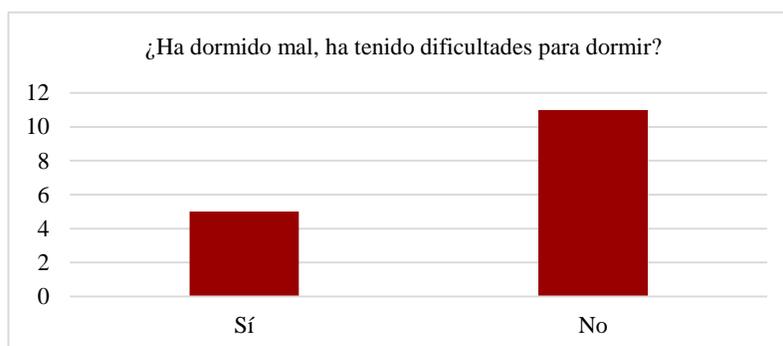


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según resultados de la escala, se observa que el 81.25% de adultos mayores no han sentido dificultad para relajarse en la noche y al 18.75% se les ha complicado. La relajación es indispensable para la salud física y emocional de cada persona.

Gráfica No. 68

¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?

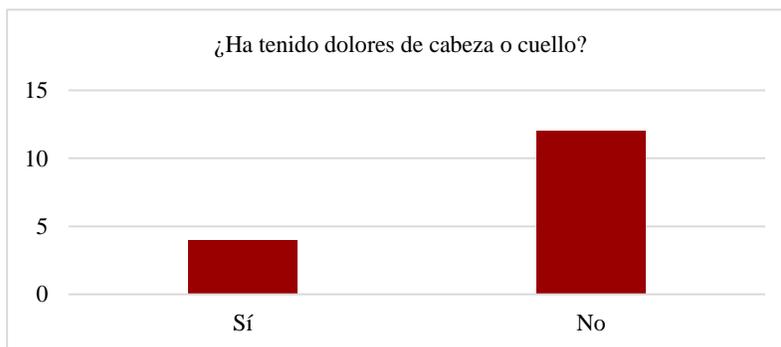


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 68.75% no tiene dificultades para dormir y el 31.25% sí debido a la ansiedad que presentan.

Gráfica No. 69

¿HA TENIDO DOLORES DE CABEZA O CUELLO?

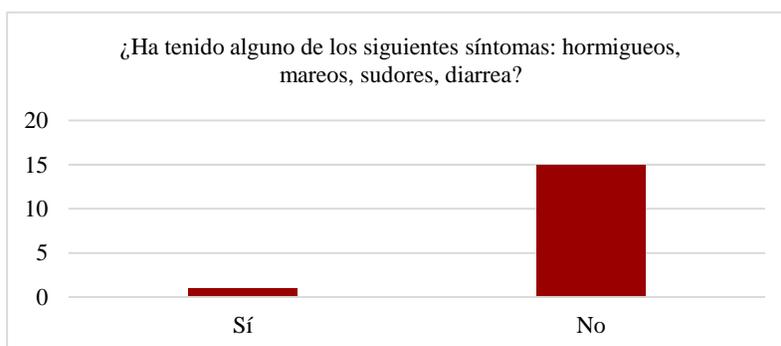


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según estudio realizado el 75% no ha tenido dolores de cabeza o cuello y el 25% sí. Estos dolores son causados por las enfermedades físicas que tienen.

Gráfica No. 70

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 93.75% de adultos mayores del Casa Hogar Plus Ultra no ha sentido hormigueos, mareos, sudores o diarrea y el 5.25% ha sentido solamente hormigueos y mareos. Síntomas que se encuentran presentes por la inmovilidad de piernas.

Gráfica No. 71

¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?

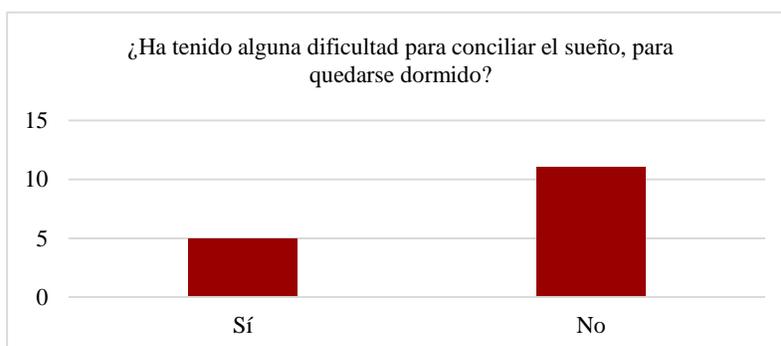


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 68.75% de adultos mayores no se preocupa por su salud y el 31.25% sí debido a las enfermedades que están afrontando.

Gráfica No. 72

¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PARA QUEDARSE DORMIDO?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 68.75% de adultos mayores no tiene dificultades para conciliar el sueño y el 31.25% dice que tiene problemas para hacerlo.

Depresión

Gráfica No. 73

¿SE HA SENTIDO CON POCA ENERGÍA?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En el estudio realizado el 87.5% se ha sentido con energía para realizar las actividades asignadas y el 12.5% se ha sentido con poca energía porque no desean hacer nada por la preocupación de las enfermedades físicas.

Gráfica No. 74

¿HA PERDIDO INTERÉS POR LAS COSAS?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio evidencia que el 81.25% de personas mayores siente interés por las cosas que realizan diariamente, mientras el 18.75% ha perdido el interés, porque su mayor preocupación es la enfermedad física que presentan. Una de ella es inmovilidad en las piernas.

Gráfica No. 75

¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SÍ MISMO?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 87.5% de las personas tiene confianza en sí mismo y el 12.5% no, mencionando que confían en sí mismos, pero no desean realizar las actividades requeridas por el personal que les atiende.

Gráfica No. 76

¿SE HA SENTIDO DESESPERADO, SIN ESPERANZAS?

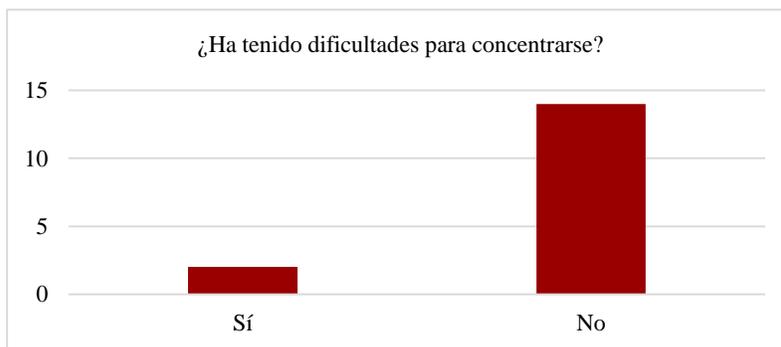


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se aprecia que el 75% de personas adultas mayores se ha sentido con esperanzas y el 25% no ha sentido esperanzas para continuar.

Gráfica No. 77

¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?

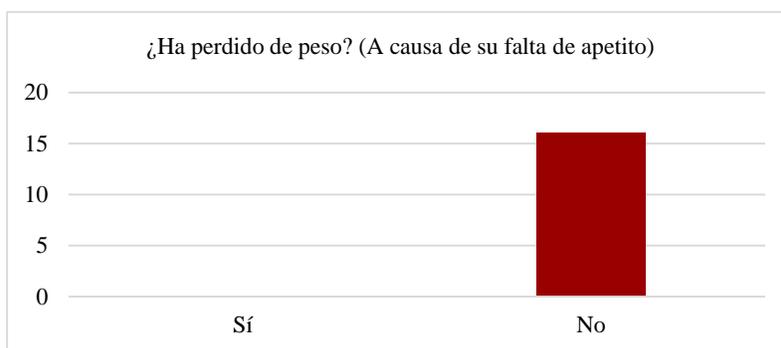


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 87.5% no tiene dificultad para concentrarse, mientras el 12.5% tiene dificultad para hacerlo. Este último porcentaje sucede porque desean regresar a casa con sus familiares.

Gráfica No. 78

¿HA PERDIDO DE PESO? (A CAUSA DE SU FALTA DE APETITO)

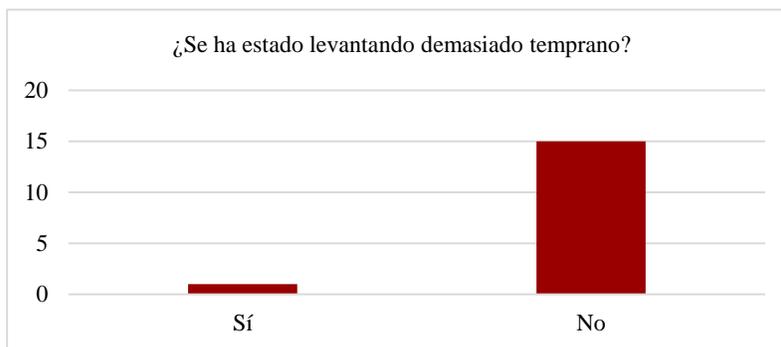


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados se observa que el 100% no ha perdido peso por falta de apetito. Aspecto muy importante porque el alimento es indispensable para la salud de todo ser humano.

Gráfica No. 79

¿SE HA ESTADO LEVANTANDO DEMASIADO TEMPRANO?

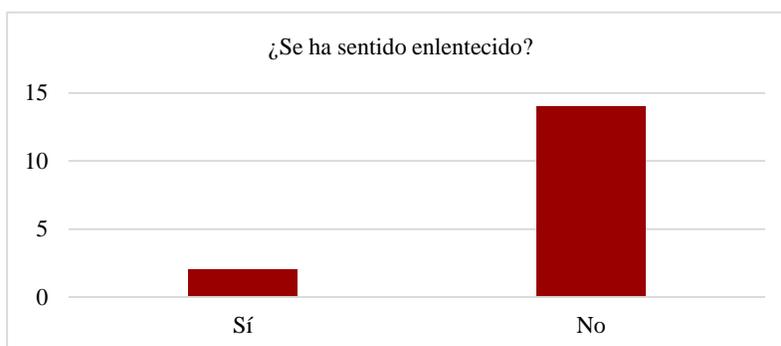


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 93.75% de adultos mayores de la Casa Hogar Plus Ultra no ha estado despertando demasiado temprano y el 6.25% sí presenta dificultad para quedarse dormido y no despertar temprano.

Gráfica No. 80

¿SE HA SENTIDO ENLENTECIDO?

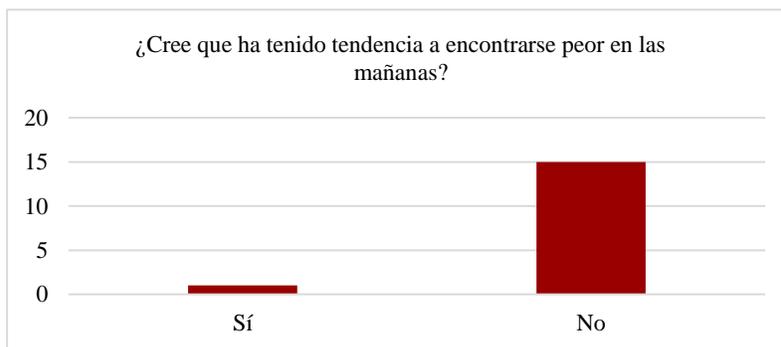


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 87.5% de adultos mayores no se ha sentido enlentecido en las actividades que realizan, siempre sienten animados y el 12.5% sí menciona que sí por su falta de interés.

Gráfica No. 81

¿CREE QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR EN LAS MAÑANAS?



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

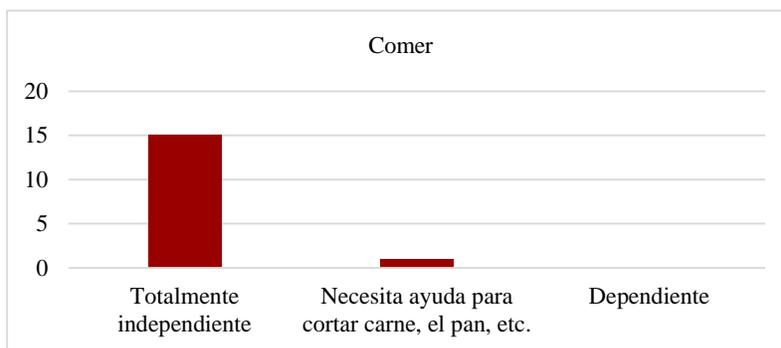
Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 93.75% de adultos mayores se siente bien en las mañanas, mientras el 6.25% no.

Escala de Barthel

Casa Hogar Plus Ultra

Gráfica No. 82

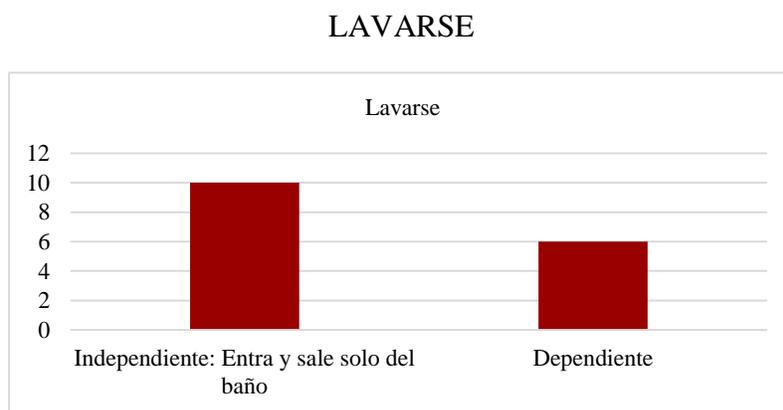
COMER



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después de analizar los resultados se observa que el 93.75% es totalmente independiente al momento de comer y el 6.25% necesita ayuda porque se le olvida que está alimentándose.

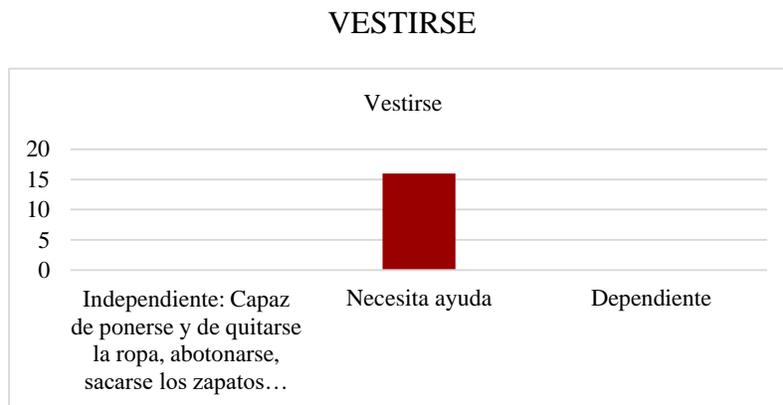
Gráfica No. 83



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El estudio refleja que el 62.5% de personas mayores son independientes al momento de salir y entrar al baño y el 37.5% es dependiente porque usan bastón o silla de ruedas.

Gráfica No. 84

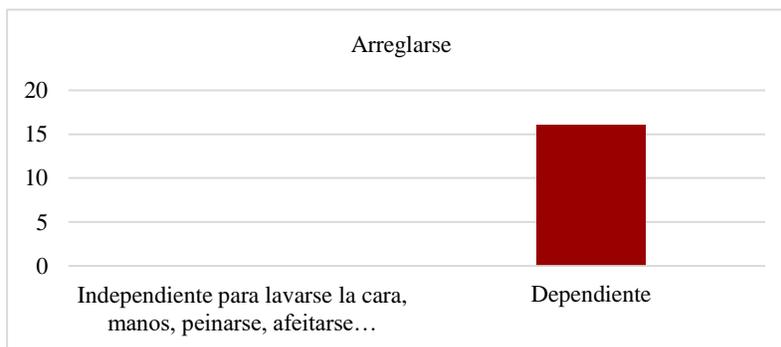


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 100% de las personas necesita ayuda para vestirse. Algunos están en silla de ruedas, utilizan bastón o se les olvida que se están vistiendo.

Gráfica No. 85

ARREGLARSE

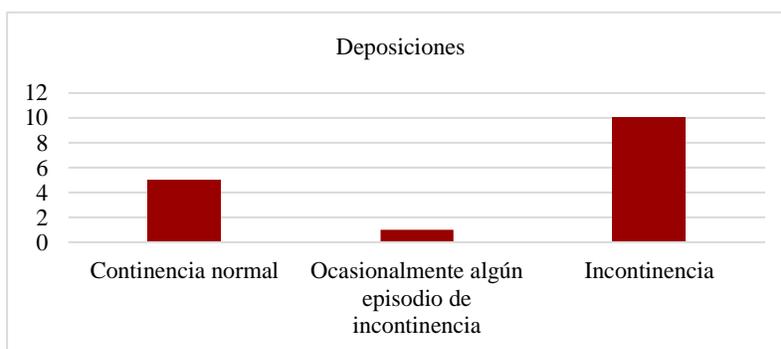


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según escala aplicada a las personas del hogar, el 100% de las personas son dependientes para lavarse la cara, manos, peinarse y afeitarse ya que en todo momento son supervisados debido al olvido o incapacidad para hacerlo.

Gráfica No. 86

DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)

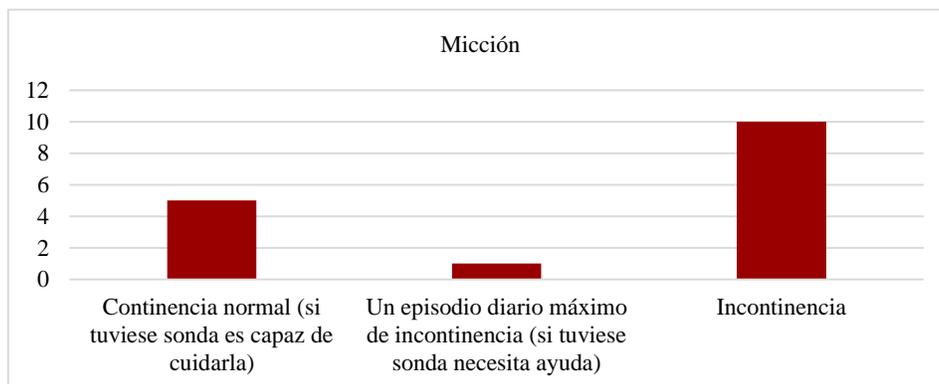


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Elaborada la gráfica se observa que el 62.5% tiene incontinencia y es por ello que utilizan pañal en todo momento, el 31.25% tiene continencia normal y el 6.25% ocasionalmente tiene algún episodio de incontinencia en las noches, es por ello que para evitar mala higiene usa pañal.

Gráfica No. 87

MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)

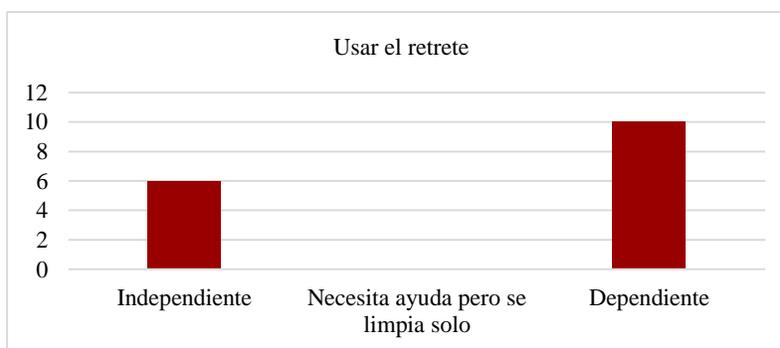


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizando los resultados, los adultos mayores responden lo siguiente: El 62.5% tiene incontinencia y es por ello que usan pañal, el 31.25% tiene continencia normal y el 6.25% tiene un episodio diario, pero para evitar mala higiene usa pañal.

Gráfica No. 88

USAR EL RETRETE

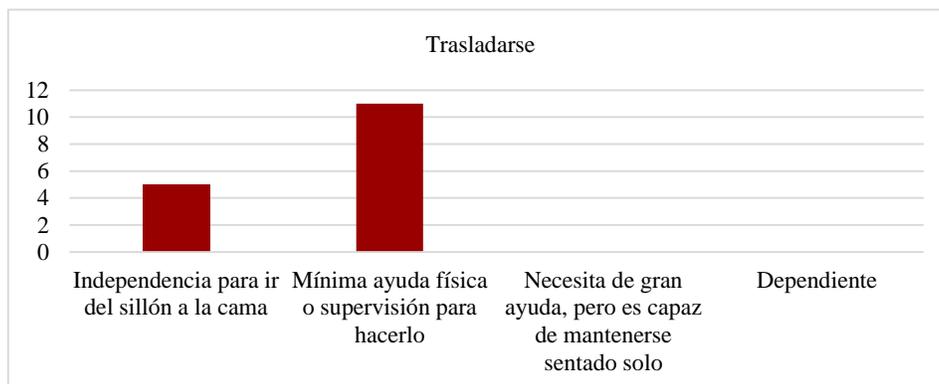


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados el 62.5% es dependiente para ir al retrete, la mayoría necesita ayuda porque está en silla de ruedas, en bastón o no comprenden que deben limpiarse y el 37.5% es independiente.

Gráfica No. 89

TRASLADARSE

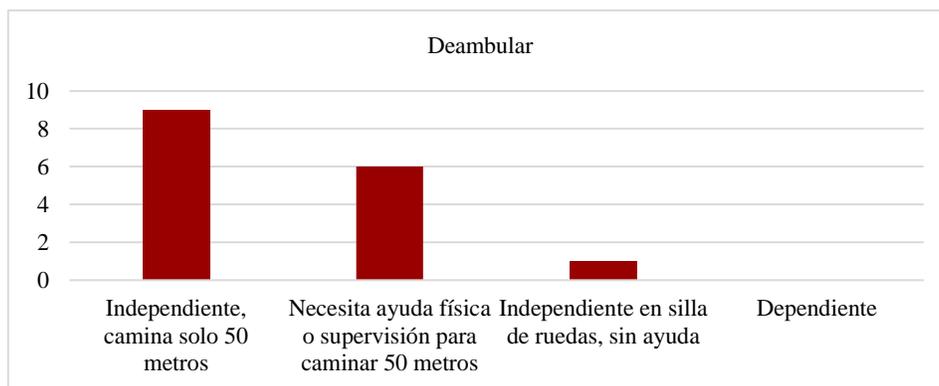


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 68.75% de personas adultas mayores de la Casa Hogar Plus Ultra necesita mínima ayuda física o supervisión para ir de la cama al sillón y el 31.25% es independiente.

Gráfica No. 90

DEAMBULAR

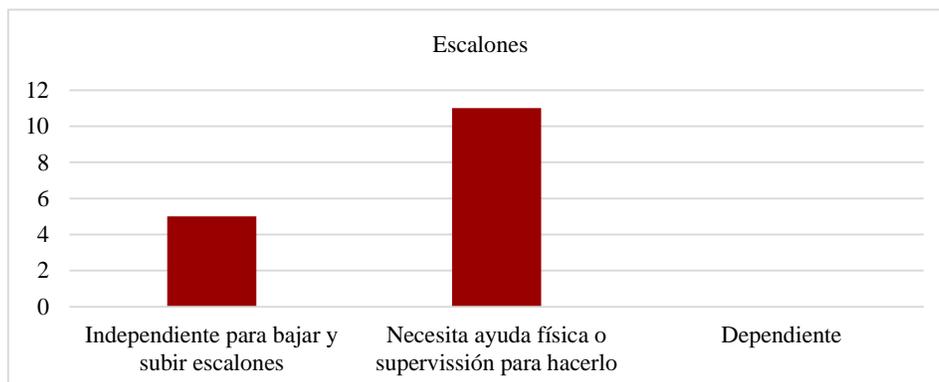


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

El gráfico representa que el 56.25% de adultos mayores es independiente y camina solo 50 metros, el 37.5% necesita ayuda física o supervisión y el 6.25% es independiente porque está en silla de ruedas.

Gráfica No. 91

ESCALONES



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

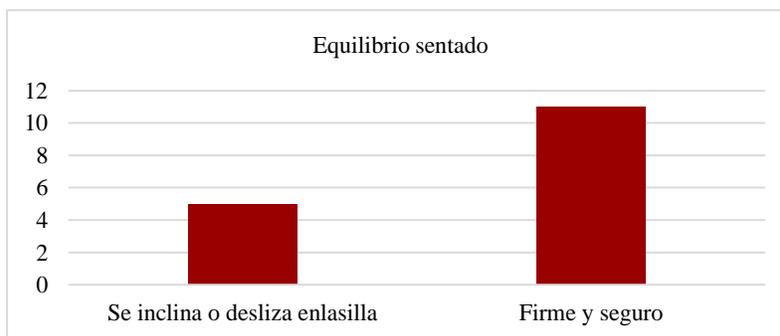
Del total de personas a las que se les aplicó la escala, se identifica que el 68.75% de adultos mayores necesitan ayuda física o supervisión y el 31.25% es independiente.

Escala de Tinetti

Parte 1: Equilibrio

Gráfica No. 92

EQUILIBRIO SENTADO

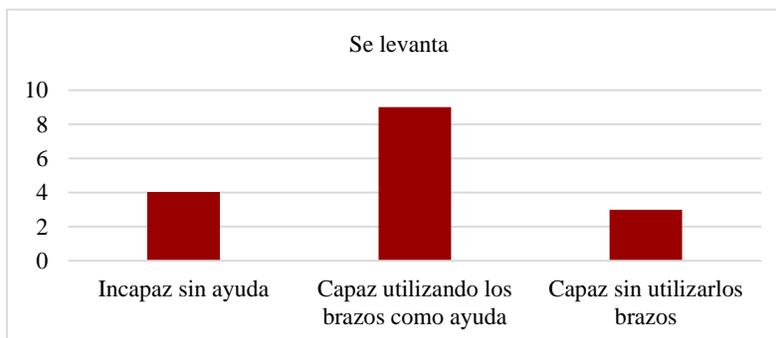


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después del estudio realizado, se observa que el 68.75% tiene equilibrio firme y seguro al estar sentado y el 31.25% se inclina en la silla. Las personas que se inclinan se encuentran en silla de ruedas.

Gráfica No. 93

SE LEVANTA

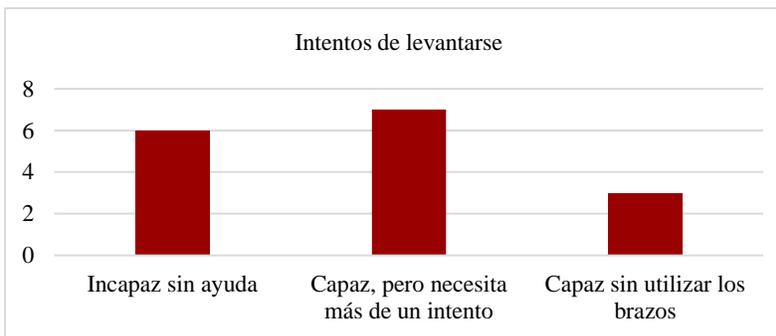


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados se observa que el 56.25% de adultos mayores se levanta de la silla utilizando los brazos como ayuda, el 25% es incapaz sin ayuda y el 18.75% es capaz sin ayuda de los brazos.

Gráfica No. 94

INTENTOS DE LEVANTARSE

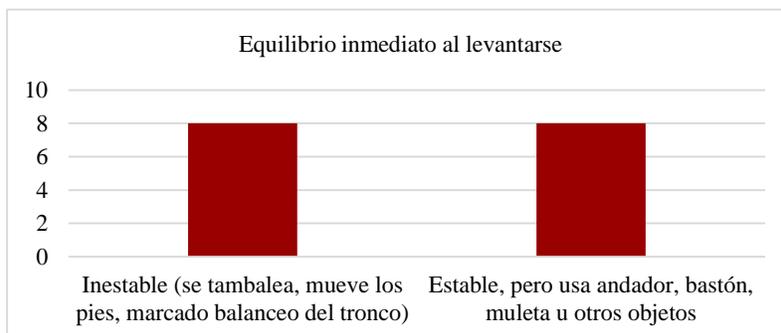


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según resultados obtenidos de la escala se observa que el 43.75% es capaz de levantarse, pero debe intentarlo más de una vez, el 37.5% es incapaz sin ayuda y el 18.75% es capaz sin utilizar los brazos.

Gráfica No. 95

EQUILIBRIO INMEDIATO AL LEVANTARSE

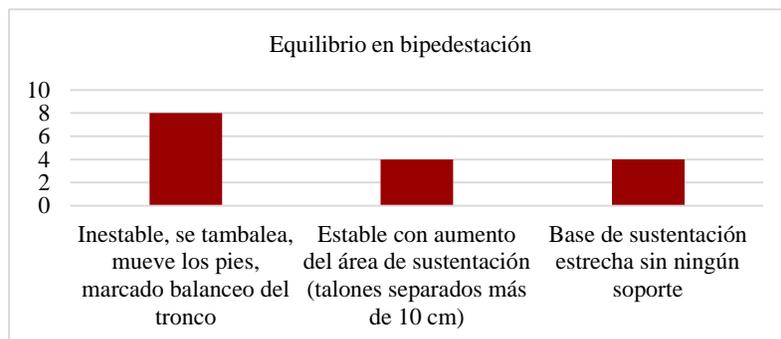


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según la escala aplicada a las personas del hogar, el 50% de adultos mayores es estable, aunque utilicen bastón y el otro 50% es inestable porque su cuerpo se balancea o no se levanta de la silla de ruedas.

Gráfica No. 96

EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN

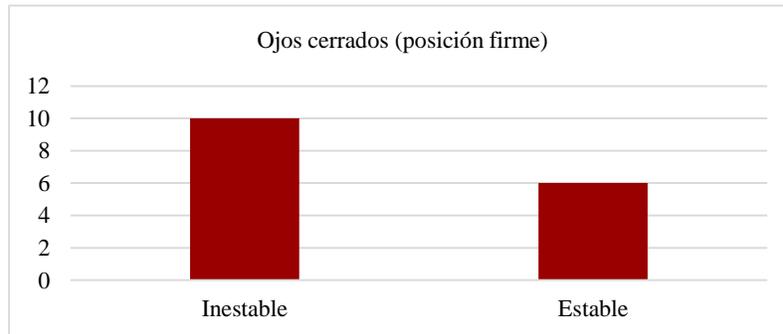


Fuente: Resultados de los estudios realizados, junio 2 021, elaboración propia.

Del total de personas a las que se les aplicó el test, el 50% es inestable y se tambalea al momento de estar de pie, un 25% mantiene sus talones separados más de 10 centímetros y el otro 50% su sustentación es estrecha y no necesita soporte.

Gráfica No. 97

OJOS CERRADOS (POSICIÓN FIRME)

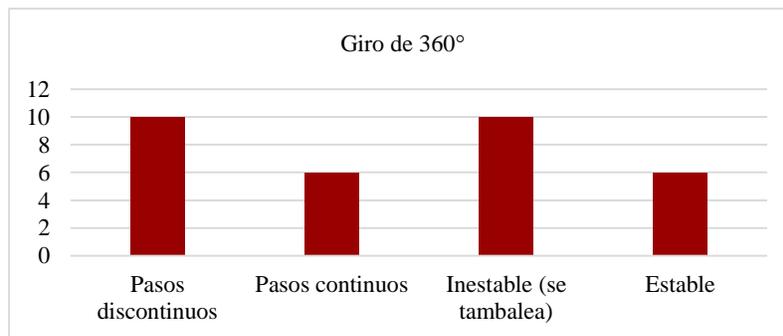


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

En la presente gráfica se observa que el 62.5% mientras cierra los ojos en una posición firme es inestable y el 37.5% es estable.

Gráfica No. 98

GIRO DE 360°

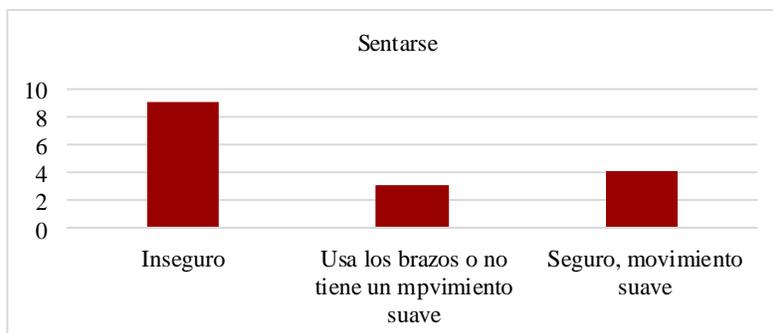


Fuente: Resultados de los estudios realizados, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados se observa que el 62.5% tienen pasos discontinuos y son inestables, mientras que el 37.5% es estable.

Gráfica No. 99

SENTARSE



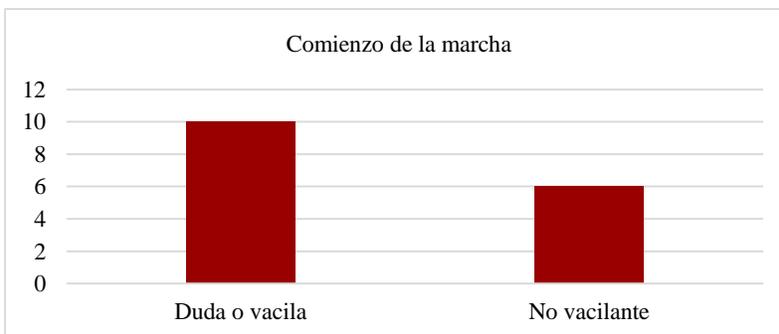
Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según resultados, el 56.25% de adultos mayores son inseguros al sentarse, el 25% lo hace de forma segura y suave y el 18.75% usa los brazos. Más de la mitad de pacientes necesita supervisión para sentarse y estar seguros que estarán bien.

Parte II: Marcha

Gráfica No. 100

COMIENZO DE LA MARCHA

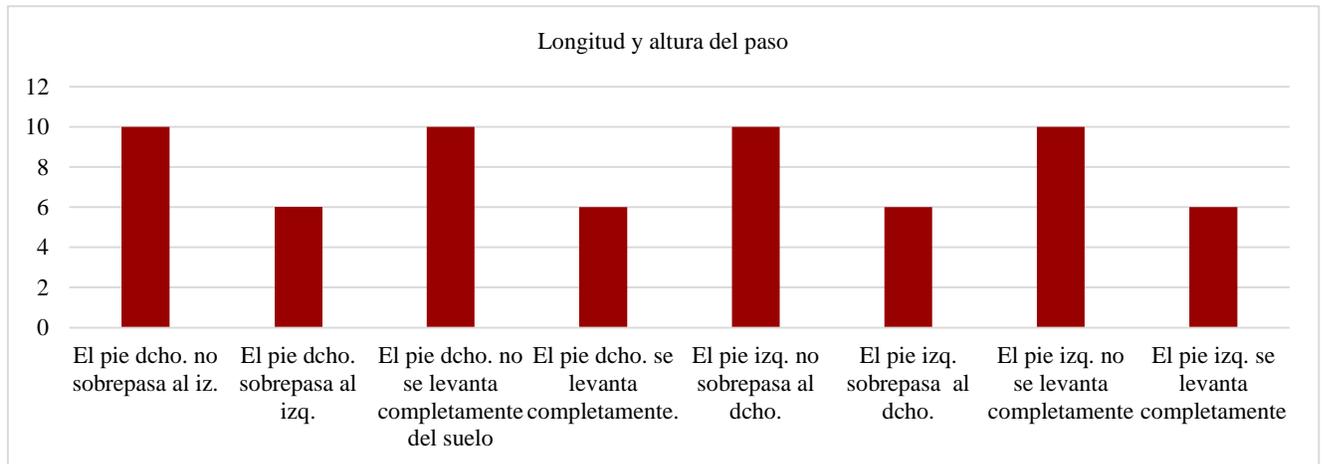


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después del estudio realizado se observa que el 62.5% duda al momento de comenzar a caminar y el 37.5% camina de forma inmediata porque es seguro el paso que dará.

Gráfica No. 101

LONGITUD Y ALTURA DEL PASO

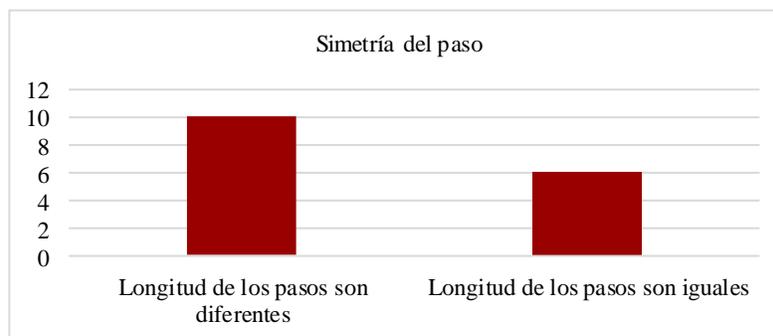


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Analizados los resultados, los adultos mayores respondieron lo siguiente: El 62.5% la longitud y altura del paso son correctos, el pie se levanta completamente del suelo, mientras que el 37.5% no tiene altura en el paso que realiza.

Gráfica No. 102

SIMETRÍA DEL PASO



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Se observa que el 62.5% de pacientes la longitud de los pasos son diferentes y el 37.5% tiene la simetría del paso igual. Este último porcentaje es ventaja para evitar caídas.

Gráfica No. 103

CONTINUIDAD DE LOS PASOS

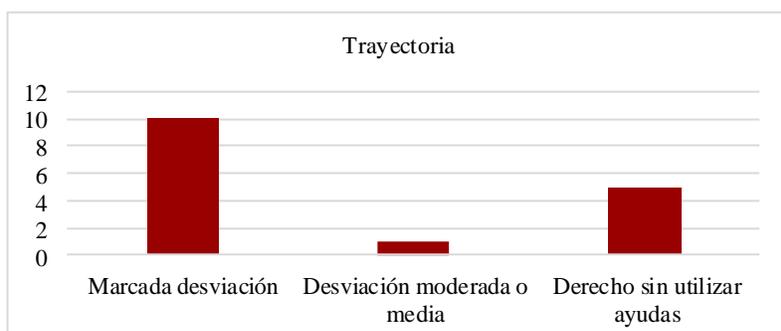


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Según la escala aplicada a las personas del hogar, el 62.5% no tiene continuidad en sus pasos y el 37.5% tiene pasos continuos.

Gráfica No. 104

TRAYECTORIA

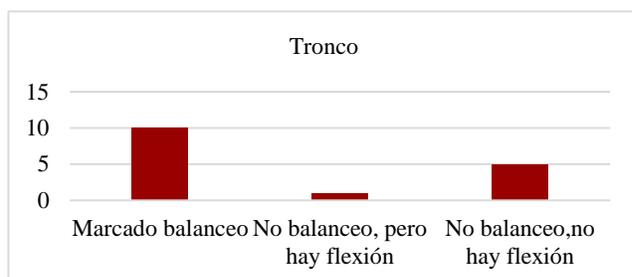


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al realizar el estudio se aprecia que el 62.5% de adultos mayores presentan marcada desviación al caminar, el 31.25% lo hace derecho y sin utilizar ayuda cuando realiza su trayectoria, mientras que el 6.25% tiene desviación moderada.

Gráfica No. 105

TRONCO

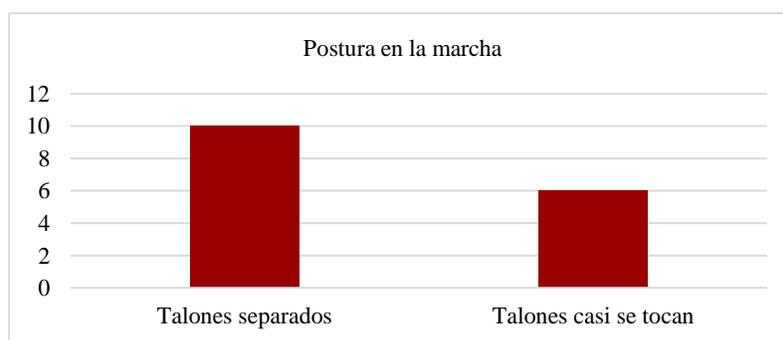


Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Al analizar los resultados se observa lo siguiente: El 62.5% de adultos mayores tiene un marcado balanceo en el tronco, el 31.25% no presenta balanceo ni flexión y el 6.25% sí.

Gráfica No. 106

POSTURA EN LA MARCHA



Fuente: Resultados del estudio realizado, junio 2 021, elaboración propia.

Después de analizar los resultados se observa que el 62.5% camina con los talones separados, algunos porque usan bastón o anda en silla de ruedas y no se observa esta parte, mientras que el 37.5% casi no se tocan los talones ya que si marcha es adecuada.