

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“Inserción profesional de la Psicología en el ambiente gerontológico y la
práctica clínica con población adulta mayor en la Asociación Hogar
Carlos María Ulloa”**

Sustentante:

Bach. Carlos Andrés Mata Marín
Carné: A93694

Comité Asesor:

Directora: Dra. Mónica Salazar Villanea
Lectora: M.Sc. Teresita Ramellini Centella
Lectora: M.Sc. María Dolores Castro Rojas
Asesora técnica: Licda. Hazel Ramírez Varela

Junio, 2015

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licda. Anabelle Lépiz Acosta
Presidenta del tribunal

Licda. Tatiana Blanco Álvarez
Profesora invitada

Dra. Mónica Salazar Villanea
Directora del TFG

M.Sc. Teresita Ramellini Centella
Lectora del TFG

Bach. Carlos Andrés Mata Marín
Sustentante

RESUMEN

Ante el inminente cambio demográfico a nivel mundial, los y las profesionales de las diferentes áreas del conocimiento deben de gestar esfuerzos por reconceptualizar el tipo de abordaje que se realiza con población adulta mayor en distintos escenarios de intervención.

Es necesario que desde la disciplina psicológica se traspase el paradigma de atención centrado en el servicio, en donde la persona adulta mayor es observada desde la verticalidad e inacción; para intervenir desde un nuevo enfoque integral, que preste atención no solo en los determinantes personales del individuo (biología, psicología y espiritualidad), sino también en las variables sociales que le rodean a éste, en forma de contexto e historia.

Con lo anterior, se consideró pertinente desarrollar una propuesta de Trabajo Final de Graduación en modalidad de Práctica Dirigida en la institución de larga estancia para población adulta mayor con mayor trayectoria a nivel nacional, el Hogar Carlos María Ulloa.

Dicha intervención, tuvo por objetivo permitir que el sustentante desarrollara competencias asociadas a la práctica psicológica, en busca de la visibilización de la importancia de la participación e inserción profesional en Psicología en el trabajo con población adulta mayor institucionalizada. De forma transversal, se buscó colaborar en la atención de las necesidades de estas personas, desde el enfoque de la Psicología del Ciclo Vital y la promoción del envejecimiento satisfactorio.

Para lograr dicho acometido se desarrollaron intervenciones directas con personas residentes mediante la atención clínica y psicodiagnóstica, también se introdujo la práctica psicológica desde el plano preventivo, de promoción de la salud y de rehabilitación. Esto por

medio del trabajo transdisciplinario con el apoyo de la Gerontología y la Neuropsicología. Asimismo, se desarrollaron sesiones de trabajo con el personal técnico y otros profesionales, familiares de residentes y personas voluntarias.

En total se desarrollaron 317 intervenciones de diferentes tipos, entre las que se incluyen: valoraciones psicoterapéuticas y cognitivas, acompañamiento en la aplicación de entrevistas gerontológicas, redacción de informes clínicos, desarrollo de talleres de psicoestimulación y de rehabilitación cognitiva, realización de reuniones interdisciplinarias, apoyo en la aplicación del protocolo de selección de personal; y por último, en la ejecución de sesiones psicoeducativas con personal técnico, residentes y sus familiares.

Por medio de este acercamiento práctico, el sustentante adquirió competencias en el desarrollo de procesos de atención directa con población adulta mayor institucionalizada en la atención de casos clínicos y el cribaje cognitivo, el manejo de procesos grupales gerontológicos con técnicas de Musicoterapia y Reminiscencia. Así como el trabajo con otros agentes sociales involucrados en la dinámica institucional, mediante la confección de productos interdisciplinarios por medio del “Programa de Docencia Interna” y la implementación de éste con grupos selectos de funcionarios(as) en puestos técnicos, familiares y residentes participantes en el “Programa de Estimulación Gerontológica”.

La práctica se desarrolló durante el periodo de Abril de 2014 a Marzo de 2015, con un aproximado de mil horas prácticas ejecutadas.

Palabras clave: Psicología, Gerontología, Neuropsicología, Persona Adulta Mayor, vejez, envejecimiento satisfactorio, ciclo vital, institucionalización.

DEDICATORIA

A la flor más hermosa, mi abuela Hortensia (1914-2008), a quien debo mucho de lo que pienso y lo que soy; quien con sus abrazos, llenos de cariño, me mostró la dulzura y entrega que proyecta cada persona adulta mayor.

*A ella, por tanta sabiduría, por enseñarme el significado de la palabra **amor**.*



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, mi tía Amairis, a mi hermano Gabelo y al resto de mi familia, gracias infinitas por creer en mí; su acompañamiento, soporte y apoyo ha sido fundamental para la consecución de esta meta. Agradezco a Dios por cada uno de ustedes, espero que la vida me permita seguir compartiendo y celebrando muchos más éxitos a su lado.

A la Dra. Mónica Salazar porque ha sido un honor aprender junto a ella, no solo en las aulas como su alumno o asistente, sino fuera de ellas como profesional. Me siento honrado de contar con el apoyo de una persona tan íntegra, carismática y con tanta disposición para compartir su conocimiento. ¡Gracias infinitas también para usted profe!

A la M.Sc. Teresita Ramellini y a la M.Sc. María Dolores Castro, porque sin su asesoría y conocimiento hubiese sido imposible lograr una intervención como la realizada. Me llena de satisfacción haber contado con su participación en mi equipo asesor, sus trayectorias, experiencias y calidad humana, fueron fundamentales en esta última etapa de mi desarrollo profesional. ¡A ambas, mil gracias por todo!

A la Licda. Hazel Ramírez y la M.Sc. Katia Sevilla, porque desde el Departamento de Gerontología y fuera de él, siempre recibí su apoyo. De ambas pude aprender el significado de trabajar con personas adultas mayores desde la integralidad y la humanización del trato, porque junto a ellas pude empoderarme como profesional.

A la Licda. Sonia Valerín, administradora del Hogar Carlos María Ulloa, por abrirme las puertas de la institución y hacerme sentir parte de ella. ¡Gracias por confiar en mi trabajo!

A la Licda. Stephanie Delgado y a la Licda. Karen Guerrero, profesionales de las áreas de Terapia Ocupacional y Nutrición, quienes me brindaron muchísima colaboración y apoyo en el desarrollo de mis intervenciones en la institución.

A cada persona adulta mayor que con su sonrisa y abrazo sincero me demostró que el ejercicio profesional trasciende la visión unidireccional del profesional y el paciente. ¡Gracias por cada historia!

A Anita, porque de ella aprendí “desde el otro lado”, gracias por tanto apoyo, por marcar positivamente mi vida, por incitarme a comenzar a dar pasos en el camino del autodescubrimiento y del crecimiento personal.

A Mila, Andrés y Tatiana porque son tres de las personas más grandes que la UCR me ha puesto en el camino. Porque me han acompañado en mi desarrollo profesional y como ser humano. No tengo dudas de que seguiré aprendiendo de ustedes.

A Mary, Katy, Josué y Jimmy, porque junto a ustedes el camino se hizo menos empinado. Son uno de los premios más valiosos que me dio la carrera. Espero sigamos creciendo, cosechando éxitos y celebrando juntos. ¡Gracias por tanto!

A David, Carlos, Christian y Alberto, porque de una u otra forma estuvieron allí, en algún momento, apoyándome por cumplir este objetivo.

A la Universidad de Costa Rica, por ser mi espacio, por hacerme sentir orgulloso de pasar por sus aulas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Tribunal examinador	ii
Resumen	iii
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice de figuras	x
Índice de tablas	xi
Índice de abreviaturas.....	xii
Introducción	1
Marco de referencia.....	6
Situación problema.....	6
Antecedentes	9
Antecedentes a nivel nacional	9
Antecedentes a nivel internacional.....	15
Contextualización institucional	19
Marco conceptual	22
Envejecimiento.....	23
Envejecimiento en el escenario de un Trastorno Neurocognitivo.....	27
Gerontología.....	29
Neuropsicología	31
Rol del profesional de Psicología del Envejecimiento.....	35
Objetivos.....	39
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Objetivo externo.....	40
Metodología.....	41
Población.....	41
Actividades realizadas: descripción y frecuencias de intervenciones	42
Fase 1: Inserción al campo y preparación técnica-instrumental.....	43
Fase 2: Adquisición de competencias para la intervención gerontológica.....	45

Fase 3: Trabajo interdisciplinario e intervenciones psicoeducativas con agentes sociales involucrados	52
Fase 4: Cierre del proceso de intervención.....	56
Descripción de actividades emergentes no previstas en los objetivos	57
Participación en el proceso de selección de personal	58
Sistematización de información sobre intervenciones desarrolladas por el Departamento de Gerontología	59
Acompañamiento a familiares y personas residentes durante la comunicación de noticias sobre fallecimiento de otras personas residentes	59
Acompañamiento a nuevas personas residentes durante el proceso de adaptación al cambio de entornos	60
Contención emocional a personal de la institución vinculado a cambios en las políticas institucionales	60
Descripción de materiales e instrumentos elaborados	61
Descripción de relaciones interdisciplinarias	63
Descripción de Sistema de Supervisión	64
Resultados	66
Sistematización de alcances por objetivo específico	66
Análisis y discusión de resultados por niveles de impacto	79
Macronivel: impacto sobre la institución, el paradigma de atención y las relaciones interdisciplinarias	80
Mesonivel: impacto de la atención profesional a residentes, personal de cuidado y familiares	85
Micronivel: impacto sobre el desarrollo de habilidades, competencias y conocimiento adquiridos	91
Limitaciones	95
Conclusiones.....	97
Recomendaciones.....	101
Referencias	105
Anexos.....	115

Anexo 1: Taller de Estimulación Cognitiva por Musicoterapia y Movimiento (TMtM)	116
Anexo 2: Terapia por Reminiscencia (TR)	141
Anexo 3: Sesiones psicoeducativas dirigidas al personal técnico de la institución	147
Anexo 4: Sesión psicoeducativa dirigidas a familiares de personas residentes	152
Anexo 5: Sesión psicoeducativa con personas adultas mayores residentes	162
Anexo 6: Base de datos desarrollada para la recolección de información sobre evaluaciones desarrolladas por el Departamento de Gerontología	166
Anexo 7: Reconocimiento extendido por el Departamento Administrativo al sustentante por la intervención realizada	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Resumen de intervenciones realizadas durante la fase 2.....	51
Figura 2: Resumen de intervenciones realizadas durante la fase 3.....	55
Figura 3: Descripción de los niveles de impacto, basado de la teoría de Bronfenbrenner (1987).....	79
Figura 4: Representación gráfica del rol mediador del y la profesional en Psicología en una institución residencial de larga estancia.....	82
Figura 5: Aplicación de los mecanismos SOC (Baltes & Baltes, 1990) en la intervención realizada.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización de residentes participantes en actividades desarrolladas, clasificadas por sexo y rango de edad.....	42
Tabla 2: Sistematización de resultados por objetivo específico.....	67
Tabla 3: Funciones del y la profesional en Psicología en una institución residencial para personas adultas mayores, a partir de la experiencia práctica desarrollada.....	83
Tabla 4: Desarrollo de actividades a nivel institucional como parte del ejercicio del y la profesional en Psicología en el Hogar Carlos María Ulloa.....	86
Tabla 5: Sistematización de competencias y habilidades adquiridas y potenciadas de acuerdo a los procesos de interacción con grupos específicos.....	91

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AGECO: Asociación Gerontológica Costarricense

APA: American Psychological Association

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

HCMU / “El Hogar”: Hogar Carlos María Ulloa

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

MACP: Modelo de atención centrado en la persona

MACS: Modelo de atención centrado en el servicio

MMSE: Mini Mental State Examination

NEUROPSI: Prueba Neuropsicológica Breve en Español

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAM: Persona adulta mayor

PEG: Programa de Estimulación Gerontológica

SOC: Selección, Optimización y Compensación

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que incrementa rápidamente, conforme la tasa de natalidad de los países del orbe más bien disminuye. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012a), mencionó que para el año 2000 el 11% de la población tenía más de 60 años de edad (605 millones de personas adultas mayores), cifra que según estimaciones realizadas podría triplicarse para el año 2050, alcanzando hasta 2000 millones de personas en este grupo de edad (cantidad vinculada con el aumento poblacional general).

Este fenómeno implica retos impostergables para las políticas públicas y de planificación, para que los Estados hagan frente a los cambios demográficos derivados del aumento en la esperanza de vida (OMS, 2012a). Estas nuevas políticas deberán de implementarse con rapidez en países de recursos bajos y medios, donde se prevé que el aumento de esta población será mayor (OMS, 2012b), lo cual significaría un impacto en los sistemas de pensiones, de seguridad social, de atención primaria en salud, entre otros. Esto requerirá del ajuste y especialización del personal de atención directa de la población adulta mayor, tanto en cantidad y como en calidad del mismo, vinculado además, con el aumento de la necesidad de asistencia de las personas a largo plazo.

Tomando en cuenta estas estimaciones, la Organización Mundial de la Salud ha promovido desde el año 2000 un cambio en el paradigma de acción sobre el proceso de envejecimiento, haciendo un acercamiento al fenómeno desde la perspectiva del ciclo vital, el cual propone: prestar la misma atención e importancia a todas las fases de la vida, reconociendo el contexto intergeneracional; reconocer las dimensiones temporales y contextuales de la salud y el envejecimiento; concentrar la atención en la salud tomando en

cuenta los planos preventivo, curativo, de promoción y de rehabilitación de la enfermedad; promover el trabajo interdisciplinario en particular en los temas psicosociales; formar especialistas en la atención de la persona adulta mayor; y por último, instar la generación de conocimiento por medio de la investigación novedosa y objetiva (OMS, 2000).

En Costa Rica, de acuerdo con la Ley N° 7935 (1999), la persona adulta mayor es aquella que tiene una edad cronológica igual o mayor que 65 años. Vinculado a lo anterior, los datos demográficos del censo poblacional realizado en el año 2011 (INEC, 2011), indican que en el país habitan 4.301.712 personas, de los cuales 311.712 son personas adultas mayores (aproximadamente un 7,25% del total de la población). Se estima que la cantidad se duplicará para el año 2035, alcanzando un 15,9% de personas adultas mayores para ese año en el país (CONAPAM, 2013a).

Este aumento en la cifra de personas adultas mayores, refleja a Costa Rica como un país en vías de desarrollo que ha alcanzado niveles sin precedentes en torno a la esperanza de vida; pero también demanda el necesario ajuste y fortalecimiento de las políticas y estructuras sociales, político-económicas, culturales, familiares, comunitarias, entre otras, para cubrir satisfactoriamente las diversas necesidades de la población adulta mayor (CONAPAM, 2013a).

En vista de este incremento poblacional, el Estado costarricense propuso la Política Nacional del Envejecimiento y la Vejez 2011-2012 (CONAPAM, 2013b), en la que se promovieron acciones estatales para el trabajo con la población adulta mayor y se delimitó ese accionar en cinco diferentes áreas: protección social, ingreso y prevención de la pobreza;

abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores; participación social e integración intergeneracional; consolidación de derecho; y salud integral.

Surgió entonces la necesidad de que diferentes instancias políticas, gubernamentales y de la sociedad civil, sumaran esfuerzos por alcanzar y concretar las acciones expuestas con anterioridad. Ese trabajo conjunto es también un deber de las entidades educativas de formación superior que, han de promover la inserción profesional responsable y propositiva para transformar de forma crítica y creativa la realidad nacional, en vista del envejecimiento poblacional.

Es en este sentido que para la Psicología, como una disciplina que tiene la capacidad de intervenir de diferentes maneras en una amplia y diversa gama de sectores de la sociedad, supone un reto injerir en la modificación positiva de las concepciones tradicionales y discriminatorias sobre la persona adulta mayor, y proponer a nivel macrosocial, desde un posicionamiento crítico y contextualizado, un nuevo concepto de adultez mayor que rescate su potencial para el envejecimiento satisfactorio, el desarrollo con bienestar y la participación activa (Salazar-Villanea, 2006).

Para ello es necesario trascender los mitos y estereotipos acerca de la edad cronológica como un indicador intrínseco de la condición de vejez, para lo que será necesario el diálogo y trabajo conjunto con otras disciplinas, logrando transformar las ideas colectivas distorsionadas en torno al proceso de envejecimiento, cuya concepción se centra en el declive de funciones físicas o cognitivas, así como en la desatención de factores históricos, culturales y de cohorte (Salazar-Villanea, 2006), en la influencia de un envejecimiento satisfactorio.

Con esto Salazar-Villanea (2006) sugiere que cada profesional en Psicología, debe prepararse para desarrollar las competencias necesarias en el trabajo con la población adulta mayor, en programas y servicios gerontológicos; generando nueva información por medio de trabajo multidisciplinar en investigación y de forma aplicada en distintos campos relacionados con el proceso de envejecimiento.

En relación con esta concepción del accionar psicológico durante el periodo de envejecimiento, se perfiló el presente proyecto, tomando en cuenta la perspectiva del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990), como insumo para una propuesta metodológica de atención utilizando la Psicología como base de acción y promoviendo la inclusión de otras disciplinas como la Gerontología y la Neuropsicología. Instando el trabajo multidisciplinario, que sirviera como punto de partida, para que se realizaran futuras intervenciones en este campo aplicado.

Por lo tanto, mediante el desarrollo de esta Práctica Dirigida, se resaltó la importancia de la incursión profesional de la Psicología en el trabajo con población adulta mayor en un contexto institucionalizado, esto por medio del esclarecimiento el rol profesional en una institución residencial de larga estancia. Además, se visualizó la necesidad de adquirir y perfeccionar destrezas y competencias para el abordaje de casos con esta población, tanto a nivel individual como grupal, y por medio de la intervención directa de personas adultas mayores residentes, como con personal técnico, profesional y familiares.

Adicionalmente, se hizo indispensable visualizar la importancia de la conformación de puentes de trabajo conjunto, entre dos instituciones, la Escuela de Psicología de la

Universidad de Costa Rica y una de las organizaciones más importantes y con más trayectoria en la atención de personas adultas mayores en el país, el Hogar Carlos María Ulloa.

En los siguientes apartados se hace un acercamiento a la situación problema que motivó la realización de esta práctica dirigida; los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional, relacionados con la temática de abordaje; así como los conceptos y las principales teorías que sirvieron de base para la propuesta. Además, se exponen los objetivos desarrollados durante la práctica, así como la metodología utilizada.

En la última parte, se exponen los resultados obtenidos a partir de las actividades realizadas, los cuales se analizan posteriormente por niveles de impacto, desde un macronivel que incluye la reflexión sobre el rol psicológico en el abordaje de población adulta mayor institucionalizada; pasando por un mesonivel donde se analiza la vinculación de instancias involucradas en el proceso; llegando a un análisis más específico de micronivel, en donde se puntualizan las competencias requeridas y adquiridas en el campo de acción de la disciplina.

Finalmente, se genera una serie de conclusiones y recomendaciones derivadas de las acciones desarrolladas y de los aprendizajes obtenidos, así como la exposición de las limitaciones y obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de la Práctica Dirigida. Se puede consultar el material generado durante la intervención en la sección de anexos.

MARCO DE REFERENCIA

Situación problema

La propuesta de este proyecto se desarrolló en atención a los intereses y las necesidades observadas desde el Departamento de Gerontología de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa al implementar y evaluar el Programa de Estimulación Cognitiva desde agosto de 2012, donde se observó la relevancia y necesidad que tiene la integración de profesionales en el área de la Psicología, para el fortalecimiento del programa mencionado y para proporcionar apoyo y acompañamiento en procesos que implicaran la intervención clínica psicológica desde un enfoque integral.

A partir de lo mencionado, se planteó una experiencia profesional en el área clínico-gerontológica, tomando en cuenta los aportes de la Neuropsicología Clínica por su relación directa con el trabajo diario de atención en el Hogar, sobre los temas de la compensación del deterioro cognitivo y la promoción del bienestar funcional de la persona adulta mayor. Además, la práctica dirigida permitió el desarrollo de competencias profesionales en el trabajo con personas adultas mayores (por ejemplo, planificación y organización, desarrollo de criterio técnico, mediación y facilitación de procesos, manejo de la frustración, trabajo en equipos interdisciplinarios, negociación, entre otras), beneficiando a los diversos actores involucrados (al practicante, residentes, sus familiares, personal de la institución, comunidad, entre otras).

Un proyecto de este tipo, buscó brindar además un mejor acercamiento de la disciplina psicológica a la intervención con personas adultas mayores institucionalizadas, promoviendo

utilizar y mejorar las competencias adquiridas durante el desarrollo de la carrera universitaria. Permitiendo también la integración de los conocimientos obtenidos de las diferentes áreas de la Psicología (clínica, de grupos, laboral, educativa, del desarrollo, etc.), así como al trabajo que realiza la Psicología junto a disciplinas complementarias, en este caso la Neuropsicología y la Gerontología.

Con esto, se ha pretendido proseguir con la vinculación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, con diferentes instituciones públicas y privadas del país, en este caso con el Hogar Carlos María Ulloa, entidad con gran tradición y relevancia nacional en la atención de la persona adulta mayor. Cuestión que permite la especialización de un mayor número de profesionales en Psicología interesados en el trabajo con este grupo etario y en este tipo de contextos.

En los últimos diez años, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, se han realizado únicamente tres prácticas dirigidas enfocadas en el trabajo con personas adultas mayores (Facio, 2007; Umaña, 2008; Ramírez, 2011); situación que resalta la importancia y pertinencia de continuar con la promoción e implementación de espacios de trabajo e intervención desde la disciplina psicológica con esta población.

En este caso, se contribuyó en la generación y aplicación de herramientas de evaluación y métodos de intervención con las personas residentes en el Hogar, así como en el acompañamiento emocional e instruccional de familiares y al trabajo conjunto con profesionales de otras disciplinas y con el personal técnico que interviene en la atención directa de las personas adultas mayores.

De esta manera, surgió el interés por realizar esta práctica dirigida, y de esa forma colaborar con la apertura de espacios hasta el momento poco explorados desde la Psicología Aplicada; promoviendo a la vez, la ejecución de experiencias prácticas multidisciplinares, las cuales han sido limitadas desde el ejercicio profesional de la Psicología (en este caso se utilizaron insumos teórico-prácticos de la Gerontología y la Neuropsicología Clínica).

La práctica contribuyó específicamente a nivel de la institución, al fortalecimiento del campo de actuación de la Gerontología, apoyando la realización de intervenciones en estimulación y rehabilitación cognitiva de las personas residentes en el Hogar. Adicionalmente, atendió la necesidad del quehacer neuropsicológico, específicamente en la evaluación de los procesos cognitivos y en el planteamiento de estrategias de compensación de los déficits, afinando así los modelos de intervención, promoviendo que fueran más eficaces.

Para esto, se propuso además del trabajo directo con las personas residentes en el Hogar, sus familiares y cuidadores(as), garantizando de esa forma un abordaje más eficaz e integral, al brindarles instrumentos para afrontar la etapa de la vejez, valorizando el significado de ser una persona adulta mayor.

Tomando en cuenta lo expuesto con anterioridad, a continuación se detallan los principales antecedentes a nivel nacional e internacional que muestran el estado de la investigación y del trabajo aplicado en Psicología y disciplinas afines, con personas adultas mayores.

Antecedentes

Antecedentes a nivel nacional

Como ya se mencionó, en la última década, desde la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, se han realizado solamente tres intervenciones prácticas relacionadas con el trabajo con personas adultas mayores, dos de éstas se acercan a la presente propuesta y se describen a continuación:

Facio (2007) desarrolló sesiones clínicas haciendo uso de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con Personas Adultas Mayores que presentaban trastornos depresivos, de ansiedad o irritabilidad, en un Centro Diurno de San José.

Para ello, realizó una primera parte de evaluaciones haciendo uso de diferentes estrategias instrumentales, un test cognoscitivo, inventarios de depresión, ansiedad e irritabilidad y un cuestionario de antecedentes, conductas y consecuencias. A partir de esta información, se diseñó de forma personalizada un programa de atención siguiendo una modalidad de terapia breve.

Adicional a lo anterior, se realizaron sesiones con las familias, en casos específicos que fueron identificados en el proceso de evaluación, y talleres que buscaban capacitar al personal técnico y voluntario de la institución receptora.

Por otro lado, Umaña (2008), desarrolló una práctica dirigida con Personas Adultas Mayores diagnosticadas con depresión, en dos EBAIS de la zona metropolitana. Desarrolló sesiones grupales e individuales de intervención clínica psicoterapéutica desde un enfoque Cognitivo Conductual Emocional y talleres psicoeducativos para familiares.

En este proyecto, se diseñó e implementó un programa de atención psicoterapéutica grupal, donde se evaluó a las personas previamente identificadas en los centros de salud y posteriormente desarrolló una intervención desde la terapia cognitiva para generar una reestructuración de cogniciones disfuncionales. Adicionalmente, desarrolló sesiones individuales, para reforzar los temas trabajados grupalmente. Por último, formuló talleres psicoeducativos para las familias de las personas adultas mayores, así como con el personal de las instituciones sobre temáticas relacionadas con esta población y la depresión.

Las dos prácticas dirigidas descritas demuestran la efectividad y pertinencia de las terapias y técnicas cognitivo conductuales, para la intervención clínica con Personas Adultas Mayores, ya que de acuerdo con las autoras (Facio, 2007; Umaña, 2008), este enfoque es de fácil comprensión para las personas involucradas (terapeutas, consultantes, familias, etc.), es muy preciso y efectivo porque los cambios son evidenciados a corto plazo.

Por otra parte, desde el quehacer de la Enfermería, Arias y Barrantes (1996) diseñaron y ejecutaron un programa de capacitación permanente para el personal del Hogar Carlos María Ulloa. A partir de un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de esta institución, plantearon un programa de capacitación en comunicación, autoestima, trabajo cooperativo y resolución de conflictos. Además de actividades dirigidas a la alimentación de la persona adulta mayor, la actividad física, la espiritualidad y el autocuidado.

Se realizó una medición de los diferentes temas y conceptos antes y después de la aplicación de los talleres instructivos, para concluir que se observó una notable mejoría en

las actitudes hacia las personas adultas mayores por parte del personal de todas las áreas de la institución. Además, plantearon un plan de inducción para el personal de nuevo ingreso.

Por otro lado, Madrigal y Ramírez (1998) desarrollaron un programa de capacitación enfocado en la estimulación mental y física de la persona adulta mayor en un Hogar para personas adultas mayores de una zona rural, éste se desarrolló en tres fases: diagnóstico, implementación y evaluación del programa.

Se trabajó el tema de la comunicación con el personal del Hogar hacia las personas adultas mayores, evidenciando cambios en las actitudes hacia éstas; se logró una nueva conceptualización del término “anciano” dándole una concepción más positiva. Además se promovió la integración de servicios de salud en la institución y la realización de actividades que favorecieran la salud física y mental de las personas usuarias.

Las autoras (Madrigal & Ramírez, 1998), mencionan que es necesario avanzar en la capacitación del personal del Hogar, desde un enfoque integral de la salud física y mental; recomiendan el uso de metodología lúdica para la realización de talleres; continuar con la desmitificación del proceso de envejecimiento, la promoción de la vinculación entre cuidadores(as) y usuarios(as); y por último, el desarrollo de programas de estimulación mental y recreativos para las personas cuidadoras.

Estas propuestas justifican la necesidad ya documentada para implementar programas que se enfoquen en estimular cognitivamente a las Personas Adultas Mayores, con o sin deterioro, para potenciar su bienestar mental, por medio de actividades y técnicas validadas científicamente. Así como la importancia de la psicoeducación en materia de vejez y envejecimiento para las personas que están encargadas de los cuidados de éstas.

Por otro lado, Gamboa, Mora, Murillo, Rodríguez y Trejos (2002), también realizaron un programa de capacitación y acompañamiento para los y las cuidadoras de personas adultas mayores de varios hogares en zonas urbanas y rurales del país. Este programa estaba conformado por cuatro unidades de aprendizaje: las necesidades básicas de las Personas Adultas Mayores; actividades ocupacionales, recreativas y físicas para ocupar el tiempo libre; las enfermedades comunes de la persona adulta mayor; y sobre el “Síndrome del Cuidador”. Se realizó un diagnóstico antes y después de aplicar el programa.

En las conclusiones estos autores (Gamboa et al., 2002) mencionan que las actividades relacionadas con la salud mental y física, recaen sobre personal voluntario, quien en la mayoría de casos no contaba con la preparación adecuada. Las necesidades educativas se relacionan con conocimiento básico sobre la vejez, el autocuidado, el uso del tiempo libre, y las consecuencias de la sobrecarga de trabajo para la persona cuidadora.

Cabe resaltar que la participación de profesionales en Psicología en estas intervenciones fue nula (fueron desarrolladas por profesionales en Enfermería), lo que se convierte en un llamado de atención sobre las tareas que no se están ejecutando y son espacios de acción fundamentales en el ejercicio de la Psicología.

Como se ha observado, estos antecedentes se han realizado enfocados en la intervención del personal que trabaja con personas adultas mayores en su mayoría (cuidadores y cuidadoras) y no en el trabajo directo con las personas residentes en instituciones de larga estancia. Por ello se complementa esta información con otros proyectos específicos realizados con población adulta mayor.

En torno al trabajo de Acción Social, la Universidad de Costa Rica cuenta desde el año 2011 (Vargas, 2012), con el Trabajo Comunal Universitario enfocado en el trabajo con personas adultas mayores y la promoción de un envejecimiento satisfactorio. Desde una perspectiva multidisciplinaria se insta a la reconceptualización del término envejecimiento y a partir de esto facilita a esta población estrategias o herramientas que les permitan una vivencia exitosa de su propio proceso de envejecimiento.

Complementando lo anterior, Blanco-Molina, Castro-Rojas, y Salazar-Villanea (2013), se refieren a la investigación realizada en años recientes, vinculada con el enfoque del envejecimiento satisfactorio, y en donde se resaltan tres trabajos realizados en esta línea.

1) El uso de la reminiscencia como estrategia de estimulación cognitiva (de lenguaje y memoria) ante el deterioro cognitivo y en personas con Enfermedad de Alzheimer, permitiendo una mayor apertura a las relaciones interpersonales y reforzando los valores personales de estas personas.

2) Definición de los perfiles cognitivos (de rendimiento), de estados de ánimo y de participación en Personas Adultas Mayores, para obtener una caracterización de las personas que asistieron y participaron en diferentes programas de AGECO.

3) Identificación y análisis de las características de las Personas Adultas Mayores que poseían altos niveles de actividad y participación social, esto con el fin de obtener información sobre los predictores del fenómeno de envejecimiento satisfactorio.

Por otra parte, Salazar-Villanea y Coto-Yglesias (2013), expusieron un proyecto de investigación centrado en diseñar una estrategia para la evaluación de las variables orgánicas

y ambientales involucradas en el envejecimiento saludable de Personas Adultas Mayores en contextos urbanos y rurales.

Los objetivos específicos del proyecto se centraron en construir infraestructura para la investigación clínica en procesos de envejecimiento saludable y para la detección temprana de trastornos neurocognitivos.

La intención del proyecto fue el desarrollo de una investigación longitudinal sobre salud y envejecimiento en Costa Rica. Dicha investigación, marcó un precedente en el interés institucional por cambiar la concepción del envejecimiento, basándose en experiencias internacionales exitosas, y en donde se desarrollan programas de investigación basados en el envejecimiento saludable y desde la perspectiva del ciclo vital.

Finalmente, Castro-Rojas y Salazar-Villanea (2014), desarrollaron un estudio en donde describieron y analizaron el rendimiento cognitivo de 110 personas adultas mayores que participaban en grupos organizados (de AGEKO) en la provincia de San José. Esto se realizó posterior a la selección de las personas participantes y a la recolección de la información demográfica, en concordancia con los resultados obtenidos a partir de las diferentes pruebas de cribaje cognitivo implementadas.

Las autoras observaron que, a pesar de que las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas, se relacionan con medias globales y criterios normativos esperados; existen particularidades vinculadas con el contexto y rasgos específicos de la muestra, siendo el nivel de ingreso y educativo, así como el rendimiento cognitivo de la persona evaluada, condiciones no preponderantes para la independencia y autonomía de ésta. Situación que

hace necesaria la implementación de intervenciones diferenciadas que contemplen la variabilidad interindividual de las personas participantes.

En especial este último estudio mencionado, sirvió de base en la práctica dirigida desarrollada por cuanto, destaca la importancia de la evaluación cognitiva en forma de cribaje y no como diagnóstico inequívoco de la condición de la persona. Además, sobre la importancia de formular intervenciones intrínsecamente vinculadas al contexto donde se ejecutan y por último, la necesidad de reconocer la variabilidad interindividual entre las personas que conforman distintos grupos de trabajo.

Antecedentes a nivel internacional

A nivel internacional se han desarrollado múltiples intervenciones prácticas y de investigación, relacionadas con la rehabilitación o la estimulación cognitiva en la vejez. A continuación se reseñan algunas de ellas.

En España, Martínez (2002) propuso una guía de estimulación cognitiva aplicada e integral que abarcaba diferentes dimensiones de la Persona Adulta Mayor (social, cognitiva, psicológica, entre otras), en donde se sugirió desarrollar una evaluación individualizada de la persona, así como la elaboración de una intervención a partir de ésta. La guía constaba de 115 ejercicios o tareas, donde se describían las actividades y el área o función cognitiva que estimulaba cada una de ellas, además se sugirió si la aplicación debía desarrollarse de forma estrictamente individual o si podía aplicarse de forma grupal.

De forma similar, Maroto (2003) planteó un programa de estimulación y mantenimiento cognitivo para Personas Adultas Mayores, enfocado en la memoria. La

autora, después de exponer los aspectos teóricos vinculados con el programa, describió los ejercicios prácticos para desarrollar durante 10 sesiones de entre 90 y 120 minutos de duración cada una.

Durante cada sesión se debía explicar y practicar una técnica de memoria, o bien, un ejercicio de estimulación cognitiva (material expuesto en la guía de trabajo del autor); además, era necesario revisar de forma grupal la tarea asignada en la sesión anterior y explicar la tarea para la semana siguiente. Este programa podía utilizarse con grupos de Personas Adultas Mayores en diferentes contextos, siempre y cuando mantuvieran sus habilidades cognitivas preservadas para desarrollar cabalmente los diferentes ejercicios.

Adicionalmente, Calero y Navarro-González (2006), desarrollaron una investigación para analizar el efecto del entrenamiento memorístico para el mantenimiento y desempeño cognitivo de Personas Adultas Mayores que tienen o no, deterioro cognitivo. Se evaluaron 98 personas con diferentes pruebas de funcionamiento cognitivo, en dos grupos (tratamiento y control), durante tres periodos de tiempo: pre-test, post-test y seguimiento a los nueve meses. El grupo de tratamiento participó durante 14 sesiones en un programa de entrenamiento en memoria.

Las autoras expusieron en los resultados, que se comprobó que las Personas Adultas Mayores que participaron en el entrenamiento en memoria obtuvieron mejores puntuaciones (o las mantuvieron) en las pruebas realizadas, observando una notable mejoría en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo control, quienes más bien tuvieron un declive en sus funciones cognitivas.

Por otra parte, Retureta, Rodríguez, López y Travieso (2012), mencionan que la aplicación de un “Entrenador Mental” (consistió en el uso de técnicas de agrupamiento y categorización, de relato, de referencias espaciales, de iniciales, de asociación de rostros y nombres, de pares asociados y de dominó), durante dos meses en sesiones dos veces por semana, demostró ser efectivo mejorando los procesos cognitivos y por ende, la calidad de vida de personas adultas mayores con un deterioro cognitivo leve o con un trastorno neurocognitivo en sus estados iniciales.

Siguiendo con lo anterior, una nueva tendencia en la rehabilitación de capacidades mentales en el caso del deterioro cognitivo leve, es la “ciber-rehabilitación” (Arroyo-Anlló, Poveda, & Chamorro, 2012). Los autores de esta investigación mencionan en primera instancia la utilidad de las “técnicas clásicas” para la rehabilitación cognitiva, como por ejemplo la Terapia de Orientación a la Realidad y la Terapia de Reminiscencia, las técnicas de Facilitación de la Recodificación, de Acondicionamiento del Entorno, de Recuperación Espaciada, de Difuminación de los Indicios de Recuperación, Aprendizaje sin Errores, y Procedimentalización de Tareas.

Posteriormente, enfatizan sobre el uso de nuevas tecnologías para desarrollar una Ciber-Rehabilitación Neuropsicológica, la cual retoma elementos de las técnicas mencionadas con anterioridad, pero acoplándolas al uso de programas computacionales, esto por medio del uso de test de evaluación computarizados, recreando escenarios por medio de realidad virtual, utilizando tecnologías computarizadas para la colaboración a las personas adultas mayores en la gestión de tareas personales, o bien, el uso de la televisión interactiva como fuente de actividades multitarea para el tratamiento, la comunicación, la formación o la gestión de información.

Por otra parte, en el marco de la promoción del envejecimiento activo para la prevención de la discapacidad y la dependencia en población adulta mayor, Ojeda (2013) desarrolló una investigación en tres residencias para personas adultas mayores. El programa se utilizó inicialmente para la rehabilitación cognitiva de personas que presentaban psicosis, pero posteriormente fue adaptado para probar la efectividad de población geriátrica.

El proyecto, se llamó “Programa Rehacop” y trató de demostrar la eficacia de un programa de rehabilitación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve o sin deterioro. El programa constaba de tres partes: una evaluación antes del tratamiento; la intervención con el Programa Rehacop, la cual consistió en realizar actividades de estimulación grupal durante tres meses (tres sesiones semanales de 90 minutos cada una). Y por último, realizar una evaluación después del tratamiento, para comprobar los resultados.

A pesar de que no se detalla el procedimiento utilizado para la rehabilitación cognitiva, los resultados de estas investigaciones revelan las diferencias significativas entre las personas que ejecutan ejercicios de estimulación y las que no, en cuanto al rendimiento cognitivo. Esta información sirvió como punto de partida, destacando el éxito de los programas, guías o ejercicios de estimulación neuropsicológica para la Persona Adulta Mayor.

Estas intervenciones dotaron de instrumentación técnica a profesionales en Psicología y disciplinas asociadas, para la estimulación cognitiva por medio de ejercicios prácticos y adaptados a la población adulta mayor. A pesar de lo anterior, cabe resaltar la importancia del avance no solo técnico, sino también tecnológico, esto porque las nuevas perspectivas de estimulación se dirigen al uso de equipo de computación y la internet, para alcanzar resultados terapéuticos en torno al deterioro cognitivo.

Sin duda, en la actual ‘Era Tecnológica’, es importante valorar los aportes de las Tecnologías de Información y Comunicación, pero antes de implementar cualquiera de estas tecnologías, es imprescindible, conocer el grupo de trabajo, indagando si poseen o no conocimientos en uso de equipo informático, o si las personas tienen la disposición para aprender a utilizarlo.

Todos estos recursos, presentan una serie de técnicas implementadas en diferentes contextos que resultaron de utilidad en la Práctica Dirigida desarrollada, para ello fue importante identificar las necesidades y recursos con los que contaba la institución receptora. Asimismo identificando los rasgos, habilidades y destrezas que poseían los grupos de trabajo, seleccionando las técnicas e instrumentos que mejor se adaptaron a la población con la que se desarrolló la intervención.

En ese sentido, fue valioso implementar un acercamiento directo con la población adulta mayor, haciendo uso de técnicas de orientación a la realidad, de estimulación cognitiva utilizando recursos virtuales y actividades manuales, el uso de la música y el movimiento a nivel terapéutico y la terapia por reminiscencia como técnica de rehabilitación cognitiva; las actividades fueron desarrolladas previo cribaje neuropsicológico y de acuerdo a la conformación de grupos homogéneos de intervención.

Contextualización institucional

La Asociación Hogar Carlos María Ulloa es una institución sin fines de lucro creada en 1877 para la atención de personas en condición de abandono (catalogadas en ese momento como “incurables”), desde 1960 su foco de atención se ha centrado en la atención de población adulta mayor. Entre sus pilares fundamentales de acción se encuentran: la acogida

de la persona adulta mayor, el respeto de su individualidad y la propiciación de una mejor calidad de vida (Hogar Carlos María Ulloa [HCMU], 2014).

Esta institución inició actividades en 1877 con el nombre de “Asilo de Ancianos, Mendigos e Inválidos”, propulsado por el presbítero Dr. Carlos María Ulloa, un año después, el 24 de diciembre de 1878 se fundó oficialmente con el apoyo del ministro Dr. José María Castro Madriz, modificando su nombre a “Hospicio de Incurables”.

En el año 1943, en honor a su fundador, mediante un Decreto Ejecutivo firmado el 20 de enero de 1944 se modificó su nombre a Asilo Carlos María Ulloa; para 1989, su junta directiva creó la Asociación Hogar Carlos María Ulloa. El 21 de noviembre de 2003 la Ley N° 8393 decretó al Hogar como una Institución Benemérita de la Patria.

Se fijan como objetivos del Hogar (HCMU, 2014):

1. Desarrollar todo tipo de actividades que permitan al adulto mayor permanecer en la medida de sus posibilidades, en actividad física y mental, mediante el establecimiento de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia recreativa y actividades culturales.

2. Promover ante la familia y la comunidad una actitud de reconocimiento, atención, respeto y comprensión para las personas que se encuentran dentro de la Tercera Edad.

De acuerdo con cifras del Departamento de Gerontología de la institución (H. Ramírez, comunicación personal, 19 de marzo de 2015) para el mes de marzo de 2015, la institución

contaba con una población de 177 personas adultas mayores, todas residentes en la institución, de las cuales 100 eran mujeres y 77 eran hombres.

Las personas residen en dos modalidades de atención: bienestar social y paga. En el caso de la primera modalidad, la institución cuenta con cuatro salones generales (salones 2 y 3 para mujeres, y salones 4 y 5 para varones), en donde conviven personas enviadas previa valoración social por parte del CONAPAM u otras instancias como hospitales. En el caso de la segunda modalidad, se cuenta con cinco complejos residenciales (Pensiones Corazón de Jesús, San José y Reina de los Ángeles para mujeres, Pensión Solís para varones y Pensión Madre Rafols de carácter mixto), la institución fija una tarifa mensual de manutención de acuerdo a los servicios ofertados en cada residencia.

Adicionalmente, la institución cuenta con profesionales en enfermería, medicina, terapia física, terapia ocupacional, gerontología (trabajo social y psicología) y nutrición.

MARCO CONCEPTUAL

Frente al panorama internacional y nacional de creciente envejecimiento demográfico, fue de principal interés en el desarrollo de esta práctica dirigida, fomentar la comprensión de los procesos de cambio y desarrollo en la vejez, desde una perspectiva psicológica del ciclo vital que buscara la promoción del envejecimiento satisfactorio. En este sentido, la visión del envejecimiento se aleja de la percepción generalizada de la vejez como un período de detrimento y de cambios vinculados intrínsecamente con el aumento en la edad, trascendiendo la concepción dicotómica crecimiento-declinación.

Ya desde la segunda mitad del siglo XX, teóricos relevantes del desarrollo humano han llamado “el Noveno Estadio” al periodo de la vejez (Erikson, 2000; Brown & Lewis, 2003), concibiendo la adultez mayor como una etapa en donde las personas luego de afrontar una serie de disputas entre la integridad y la desesperanza, logran reflexionar en torno a sus experiencias de vida, permitiéndoles de manera resiliente avanzar hacia la gero-trascendencia por medio del crecimiento y la fortaleza generadas.

Erikson menciona que “un ciclo vital individual no puede comprenderse satisfactoriamente fuera del contexto social en el que se realiza.” (2000, p. 117). Éste se convierte en un determinante clave para el desarrollo diferenciado de cada etapa, en concordancia con los estímulos y recursos ambientales disponibles para la persona.

Esto posibilitaría una ejecución satisfactoria para otras etapas ya iniciadas, algunos autores (Urrutia, Cornachione, Moisset, Ferragut, & Guzmán, 2009; Schoklisch & Baumann, 2012), hacen referencia desde la Psicología del Ciclo Vital, a que las diferentes etapas propuestas por Erikson, no se desarrollan precisamente de forma secuencial (una tras otra),

sino que podrían desarrollarse de forma paralela, por ejemplo la generatividad (séptimo estadio de Erikson: generatividad versus estancamiento), puede seguirse expresando y desarrollando en la adultez mayor, valorando la experiencia de la persona, permitiéndole ver sus logros, los cuales le servirán como sostén para el yo y como una fuente de bienestar psicológico.

A continuación se realiza un abordaje de cinco conceptos imprescindibles para el sustento teórico de la intervención desarrollada: la definición global de envejecimiento, así como del envejecimiento en el escenario de un Trastorno Neurocognitivo, el planteamiento del campo de acción de otras disciplinas como la Gerontología y la Neuropsicología, y la especificación del rol profesional en Psicología en el trabajo con Población Adulta Mayor.

Envejecimiento

De acuerdo con Salazar-Villanea y Blanco-Molina (2010), el envejecimiento, tradicionalmente se le ha concebido como una relación entre edad – deterioro – discapacidad, lo que ha conllevado que socialmente se le hayan atribuido una gran cantidad de cualidades negativas a esta etapa de la vida. Bernis (2004) menciona que existen múltiples factores que intervienen en esta etapa y que se caracteriza particularmente por “la disminución progresiva de la capacidad funcional en todos los tejidos y órganos del cuerpo, y de la consiguiente habilidad de ajustarse a estímulos ambientales.” (p.1).

Esto puede visualizarse desde las perspectivas meramente biológicas que se centran en los cambios orgánicos que se dan en el cuerpo a partir de un momento específico, cuando las células son incapaces de reproducirse, a esto se le conoce como el “reloj biológico”

(Hayflick, 1979; Harley, 1991; Allevato & Gaviria, 2008), en donde luego de un número determinado de divisiones, las células mueren ocasionando que el cuerpo comience a envejecer; este proceso se verá influenciado por las condiciones ambientales como el estrés, el consumo de sustancias o la mala alimentación.

Muñoz (2006) hace énfasis en que la vejez no debe concebirse como un estado, sino “como un proceso diferencial de degradación” (p. 50), que si bien presenta cambios físicos observables, se desarrolla de diferentes formas en cada individuo, por lo que hace imposible generalizar que en esta etapa todas las personas envejecerán de la misma forma y presentarán los mismos cambios en el mismo momento.

Esta perspectiva del proceso de envejecimiento es insuficiente si no es complementada con la visión psicosocial del envejecimiento, en donde los cambios individuales están sujetos a las variables ambientales que rodean el desarrollo de la persona y, en donde, no se pueden valorar los cambios biológicos lejos de la realidad contextual e histórica del individuo.

Por lo tanto, tal como lo mencionan Dulcey-Ruiz y Uribe (2002) fue necesario hacer una reconceptualización del envejecimiento, sobrepasando las perspectivas biológicas e incluyendo los factores culturales que harían del envejecimiento una etapa multidimensional, dinámica y con los límites menos claros. Para estos autores la edad cronológica pasó a ser irrelevante pues quedó claro que no habían relaciones causales entre edad y vejez, pues “es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo.” (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002, p. 20). Por lo tanto, los acontecimientos personales toman fundamental importancia en el ciclo vital y el ejercicio de todas las etapas del ser humano (sin centrarse solamente en la vejez).

Lo anterior se complementa con la propuesta desarrollada por Baltes y Baltes (1990) en torno a tres estrategias de organización y adaptación para las personas en su ciclo vital, se trata de la Selección, la Optimización y la Compensación, caracterizando los elementos con tres funciones específicas (Baltes, Staudinger, & Linderberger, 1999; Boker, 2013): el primero, la Selección, se concibe como un proceso de escogencia de una meta o varias, las cuales dependerán del contexto en el que se encuentra la persona, la selección puede darse por categorías según las alternativas que la persona posea; el segundo elemento, la Optimización, responde a la capacidad de aplicar diferentes métodos para mejorar las metas seleccionadas, para esto puede ser necesario el aprendizaje y la aplicación de nuevas habilidades para alcanzar el objetivo; por último, la Compensación, se refiere a identificar y utilizar nuevos métodos cuando los ya implementados mostraron no tener éxito, los cuales pueden complementarse para alcanzar el objetivo.

La importancia de estos mecanismos de acuerdo con Salazar-Villanea y Blanco-Molina (2010), radica en que además de funcionar como formas de organización y adaptación ante las demandas ambientales, reconocen que el ser humano se ve implicado en diferentes acontecimientos que le van a exigir formular estrategias para acoplarse y solventar las situaciones que se desarrollan durante el transcurso de la vida, permitiéndole a las personas mantener un rol activo y eliminar la percepción de dependencia durante la vejez.

Estos mecanismos de Selección, Optimización y Compensación, fueron fundamentales en el desarrollo de la práctica dirigida, ya que el enfoque de intervención desde el Ciclo Vital, buscó mejorar la selección de las metas y objetivos de trabajo, acordes a los recursos que ofrecía la institución de trabajo, buscando la optimización de habilidades de las personas participantes al desarrollar una lectura individual y grupal que se adaptara mejor a cada caso

particular, logrando así generar adaptaciones en las técnicas planteadas a modo de compensación del déficit.

A pesar de que la perspectiva del envejecimiento satisfactorio hace énfasis en la necesidad de trascender la vinculación inherente que se ha hecho a lo largo de los años entre vejez y enfermedad, es imposible pasar desapercibidos los cambios orgánicos (procesos de envejecimiento primario) que se dan con el paso de los años. Como lo señalan Salazar-Villanea y Blanco-Molina (2010) no es sencillo diferenciar un proceso satisfactorio, activo o saludable de uno patológico, pues en el envejecimiento natural, el ser humano se hace más susceptible a padecer de alguna enfermedad, personas de la misma edad pueden tener distintos estados de salud o enfermedad y percepciones distintas sobre su propio bienestar.

Fue fundamental la consideración de esta perspectiva, en el desarrollo de la práctica dirigida, en tanto el envejecimiento se valoró como un proceso en el ciclo vital, que posee un carácter inclusivo porque contempla la participación de personas aun y cuando presenten alguna condición de enfermedad o deterioro (físico, sensorial, cognitivo, etc.), pues fue posible promoverse su bienestar.

Es preciso señalar que, la propuesta de Baltes y Baltes (1990), expuesta con anterioridad sobre los mecanismos de Selección, Optimización y Compensación, otorga una perspectiva positiva en torno al envejecimiento, como un proceso de cambios, que aun cuando las personas cuenten con alguna discapacidad, enfermedad o condición de deterioro cognitivo, tienen la posibilidad (así como el derecho) de tener un envejecimiento satisfactorio (Salazar-Villanea y Blanco-Molina, 2010), siendo posible la inclusión de cualquier persona aunque presentara alguna de esas condiciones, facilitándole los instrumentos (a manera de

compensación) para que participaran en las diferentes actividades de la forma más autónoma posible.

Distintos autores (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñíguez, & Zamarrón 1999; Schaie & Willis, 2003; Muñoz, 2006) mencionan que en la edad adulta mayor, se generan diferentes cambios a nivel biológico en el organismo de la persona, por ejemplo, citan los cambios estructurales anatómicos en relación con la disminución en el tamaño y peso del cerebro; cambios bioquímicos en la producción de neurotransmisores y de hormonas por la afectación del sistema endocrino; cambios funcionales sobre el enlentecimiento de la respuesta de las conexiones interneurales que desencadena un incremento en el tiempo de reacción; una disminución de las capacidades sensoriales, principalmente la visión y la audición; y, en algunos casos, el inicio de padecimientos progresivos como enfermedades cardiovasculares, cáncer o trastornos neurocognitivos.

La comprensión de las afectaciones orgánicas y/o trastornos neurocognitivos durante el proceso de envejecimiento resulta muy importante, por cuanto en la intervención práctica se trabajó con personas que presentaban algunas de esas condiciones.

Envejecimiento en el escenario de un Trastorno Neurocognitivo

La OMS (2012c), define la demencia como un síndrome de naturaleza crónica y progresiva que afecta diversas funciones cognitivas (principalmente la memoria), el comportamiento, y la capacidad para realizar tareas cotidianas; afecta principalmente a las personas adultas mayores, pero no hay una relación causal directa entre ésta y el

envejecimiento. La Enfermedad de Alzheimer constituye el tipo más común de demencia (entre un 70% y un 75% de los casos).

La demencia es catalogada por la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (OMS, 2010), como un trastorno mental orgánico dividido en cuatro subtipos: demencia tipo Alzheimer, demencias vasculares, demencias propias de otras enfermedades, y la demencia no clasificada. Las principales funciones cognitivas afectadas en mayor o menor medida en los diferentes Trastornos Neurocognitivos son: la memoria, el pensamiento, la orientación espacial, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Para realizar un diagnóstico de demencia, deben de seguirse dos pasos, primero detectar el síndrome demencial y luego clasificarlo. Para esto es importante obtener información de las personas cuidadoras y realizar diversos exámenes neuropsicológicos que aporten pruebas objetivas del desempeño de la persona. De acuerdo con Knopman, DeKosky, Cummings, Chui, Corey-Bloom, Relkin, Small, Miller, y Stevens (2001), es necesario realizar una evaluación del historial clínico, una evaluación del estado cognitivo, un examen físico, una revisión de los medicamentos consumidos, estudios de neuroimagen y si es posible la examinación de los marcadores moleculares.

En vista de lo expuesto, para un análisis y abordaje integral de las personas adultas mayores, es necesaria la intervención de diferentes disciplinas, en este caso fue necesario el diálogo directo entre la Psicología y otras áreas del conocimiento como la Gerontología que proveyó al practicante los insumos para desarrollar un abordaje integral y positivo de la vejez desde la perspectiva del envejecimiento satisfactorio (desde una intervención bio-psico-

socio-espiritual); además, la Neuropsicología, que brindó al practicante las herramientas necesarias para la evaluación e intervención de aquellos casos que presentaron alguna anomalía funcional a nivel cerebral.

Gerontología

La Gerontología, de acuerdo con Aristizábal-Vallejo (2001), es la disciplina que “estudia el envejecimiento humano enfatizado en la vejez, mediante un abordaje biopsicosocial, donde el factor genético, la personalidad, los contextos histórico-cultural, ambiental y socioeconómico, así como los hábitos y estilo de vida durante el ciclo vital, juegan un papel primordial.” (p.1). Con esto se reafirma la importancia de la valoración de las variables contextuales, históricas y sociales, en suma de las condiciones biológicas y psicológicas que poseen las personas durante su ciclo vital.

Con lo anterior, para Aristizábal-Vallejo (2001), la Psicología puede intervenir desde diferentes áreas y con una amplitud de enfoques, por ejemplo, argumenta que desde la Psicología Social y Comunitaria, es posible acercarse al trabajo con familiares, la conformación y preparación de redes de apoyo y de voluntariado, y la conformación de políticas; desde el área organizacional, es posible participar desde el empleo de la persona adulta mayor, la preparación al retiro, y la promoción de bancos de expertos. Desde el área educativa, se pueden desarrollar programas generales de Gerontología, diseños de programas universitarios de pregrado y posgrado; desde el área clínica la injerencia puede darse por medio del tratamiento de enfermedades y trastornos y su rehabilitación; y por último, desde la Psicología de la Salud, se puede participar desde la promulgación e injerencia política, la promoción y la prevención de la salud.

Por otro lado, Fernández-Ballesteros (2007) expone que la Gerontología desde el eje psico, tiene dos objetos de estudio primordiales, primero, la estimulación de la plasticidad cerebral, valorando las capacidades del ser humano para aprender durante todas las etapas de la vida, haciendo totalmente posible, la intervención desde lo físico, cognitivo o emocional de la persona. Y segundo, la variabilidad interindividual, concibiendo los procesos de envejecimiento de forma diferenciada, tratando de reducir los casos de envejecimiento patológico e incrementar los casos de envejecimiento óptimo y satisfactorio.

De lo anterior, surge una limitación de la Gerontología actual, expuesta por Salazar-Villanea y Blanco-Molina (2010), es que se desarrolla únicamente desde un enfoque centrado en la intervención con personas que poseen un envejecimiento saludable, dejando de lado a aquellas personas con alguna discapacidad o trastorno que comprometa de alguna forma sus niveles de autonomía o funcionalidad. Esto por cuanto los programas implementados a nivel nacional, al combinar abordajes físicos y cognitivos, implícitamente excluyen a aquellas personas que por su condición no pueden participar de actividades de este tipo.

Complementando lo anterior, Sevilla (2010), comenta que también es necesario incluir en las intervenciones gerontológicas la adecuación particular de los programas de tratamiento o intervención a las necesidades particulares de la persona que lo demande, reconociendo que es imprescindible tomar en cuenta el trabajo con las personas cuidadoras de las personas adultas mayores, valorando el factor de la multigeneracionalidad.

Adicionalmente, Sevilla (2010), trae a colación, la necesidad de incluir en la comprensión bio-psico-social del ser humano, el componente espiritual, el cual resulta preponderante en las intervenciones gerontológicas. Componente que no debe de ser

relacionado de forma directa con la adhesión religiosa de la persona, sino con aspectos existenciales, de introspección y de necesidad de trascendencia.

Esta perspectiva gerontológica fue esencial en la intervención realizada con personas adultas mayores, debido a que permitió un acercamiento integral entre la disciplina y este grupo etario. Además porque desde ella, se promovió la ejecución de un rol activo de todas las personas involucradas en el proceso, trascendiendo la perspectiva unidireccional y verticalizada de tratamiento, y por lo tanto, permitiendo la ejecución de un rol de facilitación y acompañamiento, de promoción de la autonomía de la persona adulta mayor y de su envejecimiento satisfactorio.

Neuropsicología

La Neuropsicología es una subárea de la Psicobiología que se encarga del “estudio de los efectos psicológicos del daño cerebral en pacientes humanos.” (Pinel, 2007, p. 9). Este concepto es complementado por Beaumont (2000) quien argumenta que, a la Neuropsicología Clínica debe encargarse de básicamente de tres cuestiones: la evaluación, el manejo y la rehabilitación del daño neurológico.

La intervención psicológica con las personas adultas mayores no puede dejar de lado las herramientas aportadas por la Neuropsicología, tanto para la evaluación, diagnóstico y el tratamiento de personas con alguna patología, o bien, para la estimulación de las personas sanas. La APA (2001 como se citó en Salazar-Villanea, 2012, p. 124), hace referencia a los objetivos de la intervención neuropsicológica, los cuales son:

- a) Realizar valoraciones integrales de las destrezas humanas para perfilar el patrón de rendimiento de una persona en particular.
- b) Aportar a la atención y el cuidado de la salud física y mental tras un diagnóstico, preciso y temprano, que oriente la planificación del tratamiento según las necesidades específicas.

Con lo anterior se constata la importancia de la evaluación neuropsicológica, como se mencionó antes, no sólo en la evaluación y el diagnóstico, sino en el importante aporte que extiende en el tratamiento, rehabilitación y/o estimulación de diferentes áreas cerebrales por medio de los mecanismos de neuroplasticidad. Salazar-Villanea (2012) comenta que las intervenciones al ser centradas en el individuo, son de corte cualitativo, formulando y comprobando hipótesis clínicas que permiten una mejor comprensión del problema, beneficiando a las personas desde sus contextos, e identificando y potenciando los recursos internos y externos que estas poseen.

La rehabilitación cognitiva, juega entonces un papel fundamental en la intervención neuropsicológica, Hermann y Parente (1994 como se citó en Portellano, 2005) describen que el objetivo de ésta es “mejorar las funciones mentales que han resultado afectadas como consecuencia del daño cerebral, específicamente: funciones ejecutivas y pensamientos, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional.”

Una adecuada evaluación neuropsicológica, en donde el campo de actuación, claramente delimitado y que se centre no solo en el problema sino en variables personales y del entorno (Palacios & Morales, 2011) como la edad de la persona, o el nivel de deterioro

cognitivo (si existiese), el nivel educativo y cultural, la actividad mental que posea, entre otros; permite que la intervención posea mayor impacto y efectividad al ser implementada.

Palacios y Morales (2011) exponen que la evaluación cognitiva general (de *screening* o cribaje) se realiza utilizando instrumentos como el *Clinical Dementia Rating* (CDR) o el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), que son utilizados para la medición de funciones cognitivas y conductuales (como memoria, orientación espacio-temporal, juicio, lenguaje, lecto-escritura, comprensión, autocuidado, relaciones sociales, entre otras). El inconveniente, mencionan Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings, y Chertkow (2005), es que estas pruebas se centran en personas con un deterioro en fases avanzadas, por lo que recomiendan el uso del *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) que además de evaluar funciones ejecutivas, puede utilizarse con personas que tengan un deterioro cognitivo leve.

Portellano (2005) argumenta que tras una correcta evaluación, toda persona que haya tenido un daño cerebral puede beneficiarse de la rehabilitación cognitiva, que tiene como meta proporcionarle a la persona un mayor rendimiento en actividades de índole intelectual, buscando su integración al contexto sociolaboral sea más satisfactorio.

Dos procedimientos de rehabilitación neuropsicológica son expuestos por Fernández-Ballesteros et al. (1999): Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), en el que se agrupa a las personas según sus funciones afectadas y el grado de severidad, se realiza una evaluación cada dos meses y se realizan talleres de estimulación cognitiva, ocupacionales y terapias físicas. La Terapia de Reminiscencia, la cual tiene como objetivo mejorar la memoria de evocación y la comunicación entre pacientes y demás personas involucradas.

Díaz y Sosa (2010), complementan esta lista con las técnicas de Orientación a la Realidad, Terapia de Reminiscencia, Psicoterapia Específica, Adaptación del Entorno Físico, Técnicas de Comunicación y Validación, Análisis de Rupturas Conversacionales, Talleres de Entrenamiento de Memoria, Recuperación Espaciada, y la Terapia Ocupacional promoviendo la psicoestimulación a través de las artes.

Se destaca la perspectiva expuesta por Salazar-Villanea (2012), quien menciona que la reminiscencia es un buen ejemplo que provee de un beneficio potencial para las personas que reciben estimulación cognitiva, debido al impacto de una técnica no farmacológica y de injerencia psicosocial, por medio de la potenciación de la memoria autobiográfica que sirve como base de la identidad personal y que se encuentra mantenida en personas con demencias, inclusive quienes padecen la Enfermedad de Alzheimer.

Estas técnicas buscan potenciar la capacidad de neuroplasticidad del cerebro que de acuerdo con Yuste, Rubio y Alexandre (2004), se logra por medio de la estimulación individualizada para estabilizar las funciones instrumentales básicas, y mejorar las capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Teniendo como objetivo proporcionarle a la persona instrumentos que le brinden una mejor calidad de vida y condiciones ambientales más adecuadas para un desenvolvimiento satisfactorio.

En este sentido, fue fundamental en el ejercicio profesional de la Psicología, los aportes de diferentes disciplinas como la Gerontología, la Neuropsicología, la Psicología Clínica, y otras; esto debido a que, para alcanzar un abordaje integral del fenómeno multidimensional del envejecimiento, fue necesario valorar el aporte de estas áreas de estudio y otras profesiones de forma transdisciplinaria.

Rol del profesional de Psicología del Envejecimiento

Para el trabajo con personas adultas mayores, en 1992 la *American Psychological Association* creó las “Directrices para la Práctica Psicológica con Adultos Mayores” (APA, 2004), con la finalidad de brindar recomendaciones a las diferentes áreas de la Psicología sobre el conocimiento y habilidades clínicas necesarias para aplicar en el trabajo con personas adultas mayores desde una perspectiva psicogerontológica.

Las directrices, que sirvieron como parámetro de actuación profesional de la Psicología en el trabajo con personas adultas mayores, se dividen en seis secciones que se resumen a continuación (APA, 2004):

1. Actitudes: se le solicita a los y las profesionales trabajar con Personas Adultas Mayores si poseen las competencias para ello, sino hacer las referencias apropiadas de ser necesario; además, que se reconozcan sus creencias sobre la población adulta mayor y cómo éstas pueden influir en la evaluación y el tratamiento psicológico (afinidad de intervención).
2. Conocimiento general sobre el desarrollo de la persona adulta, el envejecimiento y las Personas Adultas Mayores: es necesaria la capacitación en torno a los temas relacionados con el envejecimiento (los factores psicosociales que influyen en la experiencia y la expresión de la salud), consultando la información más actualizada disponible.
3. Problemas clínicos: es importante poseer información actualizada sobre cambios cognitivos, problemas cotidianos y la psicopatología en el envejecimiento (prevalencia y naturaleza de la patología).

4. Valoración: es necesario el conocimiento teórico y práctico en temáticas sobre evaluación de Personas Adultas Mayores (instrumentos psicométricos más adecuados para este fin). Teniendo en cuenta la validez, confiabilidad y las posibilidades de adaptación de los mismos; permitiéndole al o a la profesional, desarrollar habilidades de reconocimiento de cambios cognitivos y conductuales en esta población.

5. Intervención, consulta y provisión de otros servicios: es importante el conocimiento de los procedimientos de intervención más adecuados para personas adultas mayores, los cuales deben de estar científicamente probados. Para esto será necesaria la preparación para la intervención clínica y para las modificaciones ambientales entre Personas Adultas Mayores y sus familias; conocer los servicios específicos de prevención, intervención y promoción que se le ofrece a esta población; la importancia del trabajo interdisciplinario según sea necesario y las normativas éticas y legales que conlleva el trabajo con este grupo etario.

6. Educación: por último, es fundamental la preparación, por medio de la capacitación continua, la supervisión y consulta con otros especialistas, para aumentar el conocimiento, la comprensión y la obtención de habilidades para el trabajo con Personas Adultas Mayores.

Estas seis grandes directrices de la APA (2004), dieron cabida a una serie de divisiones desarrolladas para delimitar el ámbito de actuación de los(as) profesionales en Psicología que trabajan con personas adultas mayores. Para las cuales, otros autores como López (2008), exponen con mayor especificidad de acuerdo a las funciones que pueden tomarse en cuenta desde tres diferentes áreas de la Psicología:

Desde la Psicología Clínica y de la Salud, la promoción del envejecimiento activo, resaltando las prácticas de riesgo y trasmisión del conocimiento y las habilidades conductuales para el manejo de los mismos.

Desde la Psicología Educativa, enfatizando las intervenciones de carácter socioeducativo a través de la participación de planes de intervención en el ámbito comunitario. Recobrando la importancia esencial del concepto de formación continua durante toda la vida, la implementación de programas educativos en la población adulta mayor para la estimulación de habilidades intelectuales e interacción social.

Desde la Psicología de Intervención Social, centrándose en la faceta preventiva, a través de las actuaciones para la mejora de la calidad de vida, el desarrollo de habilidades y competencias que permitan el adecuado desenvolvimiento del colectivo de las personas adultas mayores en una realidad cambiante. Y contribuyendo a consolidar una nueva imagen de la persona mayor vinculada a la ocupación activa, lejos de la visión de dependencia e invalidez más generalizada.

Estas funciones, desde diferentes áreas de la Psicología, han evidenciado la importancia de abordar el fenómeno del envejecimiento desde múltiples enfoques, complementando el campo de acción con las perspectivas neuropsicológica y gerontológica, expuestas anteriormente; las cuales son esenciales para desarrollar una comprensión integral de esta etapa del ciclo vital, y por lo tanto, fueron imprescindibles en el desarrollo de la esta Práctica Dirigida.

Finalmente, Santamaría (2004), hace mención a tres ámbitos de actuación del y de la profesional en Psicología del Envejecimiento, que son pertinentes para lograr esta

integralidad: en primera instancia, la evaluación (cognitiva, afectiva, funcional, apoyo social, etc.), el diagnóstico y el tratamiento; como segundo elemento, a nivel preventivo, las funciones de consejo, asesoría y consulta destinados al colectivo de mayores, familiares y servicios sociosanitarios; y por último, la investigación y la docencia en la materia, para así generar conocimiento a partir de los contextos de trabajo.

Con lo anterior, se puede vislumbrar cómo la injerencia del y de la profesional en Psicología se debe hacer desde una óptica multidimensional, aprovechando los insumos que ofrecen las diferentes áreas de la disciplina, permitiéndole a estos(as) profesionales, fungir como gestores(as) de recursos, intermediarios(as) entre los diferentes elementos que intervienen en el proceso y dotando de la instrumentalización (destrezas, competencias, habilidades, etc.) necesaria a las personas involucradas, para así actuar no solo desde lo paliativo, sino también desde lo preventivo y la promoción de un envejecimiento satisfactorio.

Lo anterior funcionó como la base de actuación en esta Práctica Dirigida, concibiendo el envejecimiento como un proceso de cambio, que puede desarrollarse de forma exitosa y activa, visión que se refleja en los objetivos de intervención propuestos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Desarrollar competencias asociadas a la práctica psicológica, visibilizando la importancia de la participación e inserción profesional en el trabajo con población adulta mayor en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.

Objetivos específicos:

- Adquirir competencias asociadas a la entrevista, evaluación, diagnóstico, atención clínica psicológica y manejo gerontológico de personas adultas mayores usuarias de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.
- Participar del proceso de diseño e implementación de un protocolo integral de evaluación cognoscitiva para las personas adultas mayores usuarias de los servicios de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.
- Realizar actividades y talleres de estimulación y rehabilitación cognoscitiva con personas adultas mayores usuarias de los servicios de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.
- Participar y colaborar con el trabajo multidisciplinario del Departamento de Gerontología de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa, aportando en el proceso de acompañamiento emocional de las personas usuarias de los servicios de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa, así como de sus familiares.

- Desarrollar una intervención psicoeducativa sobre el proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital, con las personas adultas mayores usuarias de los servicios de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa y sus familiares y/o cuidadores.
- Participar en el desarrollo de un programa de sensibilización para el trabajo con personas adultas mayores, en conjunto con el personal que labora en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.

Objetivo externo:

Colaborar, desde la Psicología del Ciclo Vital y la promoción del envejecimiento exitoso, en la atención de las necesidades de la población adulta mayor de los servicios de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.

METODOLOGÍA

Población

En vista de la variedad de actividades propuestas en los objetivos de la práctica dirigida, se destacan dos grandes grupos de trabajo:

1. Beneficiarios directos: compuesto por las personas adultas mayores residentes en la institución quienes de acuerdo a datos del Departamento de Gerontología (H. Ramírez, comunicación personal, 19 de marzo de 2015) sumaban 177 personas a la fecha de la entrevista; este grupo se encontraba conformado por 100 mujeres y 77 hombres, en un rango de edad que iba desde los 65 hasta los 106 años de vida.

2. Beneficiarios indirectos: conformado por las personas colaboradoras en la institución en puestos técnicos y profesionales, así como a los familiares de las personas residentes.

En el caso del primer grupo, se desarrollaron intervenciones con aproximadamente el 80% de las personas adultas mayores residentes en la institución, sea en los procesos de evaluación cognitiva o intervenciones directas en el ámbito de la estimulación cognitiva, intervención clínica o psicoeducación. El rango de edad promedio de la población adulta mayor participante versaba entre los 80 y 89 años. En la Tabla 1 se desarrolla una caracterización de las personas participantes en las diferentes intervenciones desarrolladas:

Tabla 1

Caracterización de residentes participantes en actividades desarrolladas, clasificadas por sexo y rango de edad

Actividad	Sexo		Rango de edad					Total de personas
	Mujeres	Hombres	65-69	70-79	80-89	90-99	>100	
Evaluaciones cognitivas	66	52	6	19	62	26	5	118
Estimulación cognitiva	23	3	1	7	13	5	0	26
Rehabilitación cognitiva	3	0	0	0	2	1	0	3
Intervenciones clínicas / crisis	6	8	2	2	7	3	0	14
Intervenciones psicoeducativas	17	1	1	5	7	4	0	18

En torno al segundo grupo de trabajo conformado por las personas colaboradoras en la institución, se beneficiaron de forma indirecta con la ejecución de la práctica dirigida, por un lado las profesionales que forman parte del Departamento de Gerontología con la ejecución de tareas propias del departamento (evaluaciones cognitivas, atención clínica, entrevistas gerontológicas, entrevistas laborales, etc.), por otro lado el personal técnico encargado de las labores de cuidado y atención de la persona residente por medio de talleres psicoeducativos y de actualización en materia de vejez y envejecimiento.

Actividades realizadas: descripción y frecuencias de intervenciones

En este apartado se realiza una descripción de las diferentes actividades, funciones y tareas desarrolladas en la Práctica Dirigida para cumplir con los objetivos planteados, durante el periodo de abril de 2014 a marzo de 2015.

Las actividades planteadas tuvieron como objetivo brindar un acercamiento integral de los agentes involucrados al proceso de envejecimiento en contextos institucionalizados desde

un modelo de atención centrado en la persona y desde el enfoque de la Psicología del Ciclo Vital, mediante un enfoque bio-psico-socio-espiritual.

La intervención se desarrolló mediante la ejecución de cuatro fases de trabajo (las cuales engloban los objetivos específicos planteados), a continuación se realiza una descripción de cada una de ellas, así como de las competencias metodológicas (saber hacer) implementadas o potenciadas para la consecución de cada etapa:

Fase 1: Inserción al campo y preparación técnica-instrumental

Durante este periodo se ingresó al espacio de trabajo y se recibió una preparación siguiendo el “Protocolo de Inducción para estudiantes” del Departamento de Gerontología, esto previo al trabajo directo con las personas adultas mayores residentes, se desarrollaron visitas guiadas por las instalaciones del Hogar, así como un reconocimiento de los espacios de trabajo, adicionalmente se obtuvo una capacitación en la normativa institucional.

Las actividades durante la primera fase sirvieron como forma de introducción en la dinámica institucional, vinculación con el personal de diferentes áreas y con las personas residentes, paso esencial para sentar las bases y profundizar en la efectividad del impacto de las intervenciones que se desarrollarían posteriormente (receptividad de las actividades y la realización adecuada de los objetivos propuestos).

Cabe resaltar que esta fase dio inicio tres meses antes (Enero de 2014) de la inclusión formal en el espacio de trabajo, por medio de visitas semanales a la institución y en la participación como observador participante en las actividades desarrolladas para diferentes

grupos o programas de la institución a cargo del Departamento de Gerontología, principalmente las personas que participaban en el Programa de Estimulación Cognitiva.

Durante el primer mes de Práctica Dirigida (Abril, 2014), se recibió entrenamiento en:

1. La aplicación y puntuación de la prueba *Mini Mental State Examination*¹ (MMSE);
2. La aplicación, revisión, puntuación y confección de gráficas del Test Neuropsicológico Breve en Español² (NEUROPSI), en los protocolos para personas con escolaridad nula, e instrucción baja-media-alta;
3. La aplicación, puntuación e interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage³ en su versión resumida (constituida por 15 ítems).
4. Además se contó con una preparación en el desarrollo de entrevista gerontológica (para residentes y familiares) y en la realización de informes clínicos psicológicos desde una perspectiva gerontológica.

¹ El Mini Mental State Examination (MMSE), es una prueba de cribaje cognitivo creada por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, mide mediante 11 preguntas cinco funciones cognitivas básicas: orientación, consolidación de la información, atención y cálculo, evocación de la información, y lenguaje (Kurlowicz & Wallace, 1999).

² La Prueba Neuropsicológica Breve en Español, es una batería para el cribaje cognitivo global desarrollada por Ostrosky-Solís, Ardilla y Rosselli en 1998. Permite evaluar personas con instrucción nula, baja, media y alta, se enfoca en la evaluación de las siguientes ocho áreas cognitivas: orientación, atención, concentración, memoria, visuoespacialidad, visio-percepción y funciones ejecutivas (Querejeta et al., 2012).

³ Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es un instrumento creado por Yesavage et al. en 1986, para la valoración de estados depresivos en personas adultas mayores, la versión corta posee 15 preguntas y puede aplicarse a individuos con buena salud, enfermedad médica o con presencia de deterioro cognitivo de leve a moderado (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

Competencias metodológicas ejecutadas durante la fase 1:

1. Inclusión sistemática en el entorno de trabajo, por medio de las visitas progresivas a la institución y la interacción con personas residentes, personal y familiares.
2. Observación y lectura de la dinámica institucional, en relación con el modelo de atención ejecutado y con la nueva perspectiva de intervención propuesta.
3. Preparación técnica para la evaluación de la población adulta mayor mediante el conocimiento e implementación de técnicas e instrumentos de valoración utilizados por el personal del Departamento de Gerontología (de acuerdo al grupo de edad, escolaridad y nivel de autonomía funcional).
4. Capacitación en la confección del informe psicológico desde una perspectiva gerontológica integral, siguiendo los lineamientos institucionales.

Fase 2: Adquisición de competencias para la intervención gerontológica

En esta etapa se busca cumplir con los objetivos específicos 1, 2 y 3; la misma se extendió durante los siguientes 11 meses de intervención (desde Mayo de 2014 hasta Marzo de 2015). Se continuó con el entrenamiento para el abordaje desde la psicología, la neuropsicología y la gerontología, con población adulta mayor institucionalizada.

Esta etapa se enfocó en la especialización técnica e instrumental en torno a la evaluación, diagnóstico e intervención psicológica y neuropsicológica, y de acompañamiento de los y las familiares de las personas adultas mayores residentes de los servicios del Hogar.

Desarrollo de entrevistas

Se inició con la observación no participante, y posteriormente con la aplicación supervisada de los protocolos de entrevista, siguiendo los criterios de aplicación del Departamento de Gerontología.

Inicialmente, se acompañó a la M.Sc. Kattia Sevilla, gerontóloga institucional, en el desarrollo de entrevistas gerontológicas con personas adultas mayores en situación de pre-ingreso⁴ a la institución, así como a sus familiares. Posteriormente, se asistió a la Licda. Hazel Ramírez, psicóloga institucional, en el desarrollo de entrevistas clínicas y gerontológicas a personas adultas mayores residentes en la institución.

Se realizaron cinco sesiones de entrevista como observador no participante y se colaboró en la realización de cinco entrevistas a familiares. Además se apoyó en la realización de 20 sesiones supervisadas de entrevista clínica psicológica con residentes de la institución, de acuerdo a referencia del Departamento Médico y siguiendo el protocolo de atención del Departamento de Gerontología.

Ejecución de sesiones clínicas psicológicas individuales

Se acompañó también a 14 personas adultas mayores residentes mediante sesiones de clínicas psicológicas, en procesos de adaptación al entorno, duelo por muerte o separación, atención en crisis y/o contención emocional. La cantidad de sesiones desarrolladas por cada por persona (rango entre una y ocho), dependió de criterio profesional vinculado a la

⁴ La condición de pre-ingreso hace referencia a las personas adultas mayores que se encontraban inmersos en el proceso de evaluación interdisciplinaria, la cual definiría si presentaba la aptitud de ingreso a la institución y si ésta a su vez poseía las condiciones básicas para proveerle a la persona un servicio de calidad.

situación, estabilidad observada o demanda directa de la persona adulta mayor. En total se desarrollaron 32 sesiones de atención clínica.

Evaluación cognitiva y confección de informes gerontológicos de residentes

Por otra parte, posterior a la preparación instrumental, se colaboró en la ejecución de pruebas neuropsicológicas de acuerdo al estado funcional y de autonomía de las personas adultas mayores residentes y en condición de pre-ingreso.

Se acompaña en la evaluación cualitativa⁵ de 104 personas adultas mayores residentes, de las cuales, siguiendo el protocolo institucional se profundiza en la evaluación cognitiva estandarizada de 49 personas adultas mayores, de las cuales cinco fueron evaluadas haciendo uso de la prueba MMSE y 44 con la prueba NEUROPSI.

Para cada evaluación realizada, se colaboró con la calificación y la confección de gráficas de resultados (en el caso del NEUROPSI) de las puntuaciones obtenidas en las diferentes subpruebas. Con esta información se apoya en la organización y el diseño supervisado de 76 informes de evaluación, de acuerdo a cada caso particular.

Coordinación de sesiones de estimulación y rehabilitación cognitiva de residentes

Por último para esta fase, a partir de las evaluaciones cognitivas realizadas, se coordinaron dos grupos homogéneos de atención en relación con las funciones cognitivas preservadas y la etiología de las personas seleccionadas. Se desarrollaron dos talleres de

⁵ La evaluación cualitativa hace referencia al primer acercamiento del profesional en Psicología para determinar el estado funcional básico de la persona, o bien, el nivel de autonomía para desenvolverse en el desarrollo de actividades más complejas (propias de los test neuropsicológicos utilizados). Esta evaluación se acompaña de la revisión del expediente respectivo, en relación con posibles patologías médicas y fármacos que consume.

estimulación y rehabilitación cognitiva, durante los meses de Agosto de 2014 y Febrero de 2015, cumplimentando un total de 32 sesiones grupales distribuidas de la siguiente manera:

a) *Taller de Musicoterapia y Movimiento (TMtM)*: Se desarrollaron 12 sesiones de estimulación cognitiva con un grupo de ocho personas adultas mayores, quienes posterior a la aplicación del protocolo de evaluación cognitiva, se agruparon en categorías de trabajo de acuerdo con el nivel de funcionalidad cognitiva preservada.

El criterio de inclusión para la conformación de los grupos fue mantener un funcionamiento óptimo de las funciones cognitivas (sin deterioro cognitivo) o bien poseer un deterioro cognitivo leve, esta información fue obtenida por medio de las evaluaciones cualitativas y al cribaje neuropsicológico desarrollado.

Para este taller, la música fue utilizada como recurso básico y esencial de estimulación, por medio de diferentes actividades que buscaban la intervención gerontológica desde los ejes bio-psico-socio-espiritual (ver descripción detallada en el Anexo 1):

-Eje bio, se ejecutaron ejercicios de respiración para la regulación de la ansiedad así como la promoción de la oxigenación del organismo; se desarrollaron actividades lúdicas que favorecieran en la movilización de los miembros superiores e inferiores.

-Eje psico, se estimularon funciones cognitivas superiores, principalmente memoria operativa, atención, concentración, lenguaje y funciones ejecutivas; así como la orientación temporo-espacial. Además se trabajó el plano emocional, por medio del empoderamiento de la persona para la realización de actividades instrumentales de forma autónoma.

-Eje socio, se desarrollaron ejercicios de interacción, por medio de actividades de trabajo en equipo, así como la socialización por medio de la conversación y discusión grupal.

-Eje espiritual, se realizaron ejercicios de introspección y revisión intrapersonal, actividades de vinculación entre experiencias y expectativas personales en el “aquí y ahora”. Además del acceso al componente religioso, de acuerdo a las creencias de cada persona participante.

b) Terapia por Reminiscencia (TR): Se desarrollaron 8 sesiones de rehabilitación cognitiva entre Setiembre y Noviembre de 2014, con tres personas adultas mayores diagnosticadas (según epicrisis presente en el expediente clínico), con Enfermedad de Alzheimer.

Se utilizó como recurso técnico el manual “Recordando Experiencias” (Salazar-Villanea, 2010), del cual se siguieron las sesiones propuestas y se realizaron adaptaciones según las necesidades y particularidades del grupo de trabajo (ver descripción detallada en el Anexo 2).

Se siguieron las recomendaciones presentes en el manual, en torno a la ejecución de la secuencia de actividades: bienvenida y presentación de la sesión, ejercicios de relajación por medio de la imaginación emotiva, reminiscencia por claves semánticas y por claves visuales, agradecimiento y cierre. Promoviendo la constitución y el seguimiento de rutinas como un factor clave para la consolidación y el impacto de la modalidad terapéutica.

c) Programa de Estimulación Gerontológica (PEG): Se colaboró en la planificación de actividades y en la coordinación de sesiones de este programa de atención directa

(inicialmente conocido como Programa de Estimulación Cognitiva [PEC]), el cual se desarrolla semanalmente en la institución desde Abril de 2013.

Se asumió la coordinación de 12 sesiones de este programa, el cual atiende a un grupo permanente de 18 residentes con diferentes niveles de deterioro cognitivo. Las tareas desarrolladas versaban la ejecución de la sesión planificada (cumplimiento de cronograma y preparación de materiales a utilizar), solicitud de merienda a media mañana al Departamento de Nutrición, gestión de la movilización de las personas participantes desde sus residencias hasta el salón destino al Departamento de Enfermería, supervisión de personas voluntarias durante la sesión, entre otras.

Este programa utilizó como recurso de trabajo para la estimulación gerontológica, la conmemoración de fechas y eventos especiales (tradiciones costarricenses) para el trabajo sobre los ejes bio-psico-socio-espirituales de las personas participantes.

Por medio de trabajo manual, video-foros, charlas, actividades lúdicas, entre otros, se promovía la socialización, el trabajo en equipo, la introspección, la reminiscencia, el empoderamiento y la estimulación cognitiva de siete procesos mentales superiores (orientación, atención, concentración, lenguaje, lecto-escritura, memoria operativa, y funciones ejecutivas).

Cabe resaltar que este programa es el único que permanece vigente tras la finalización de la Práctica Dirigida, siendo dirigido por la M.Sc. Kattia Sevilla.

En la figura 1 se resumen las intervenciones desarrolladas durante la segunda fase de acción en el campo:

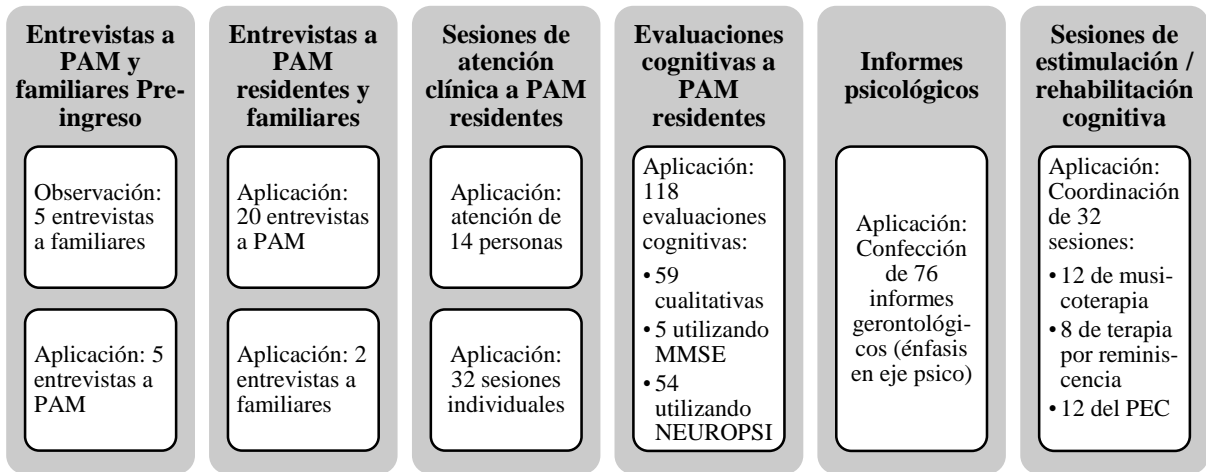


Figura 1. Resumen de intervenciones realizadas durante la fase 2

Competencias metodológicas ejecutadas durante la fase 2:

1. Entrenamiento y aplicación de entrevistas gerontológicas con personas adultas mayores (en condición de pre-ingreso y residentes) y con familiares.
2. Evaluación e intervención clínica psicológica con personas residentes en la institución (diferenciando límites de acción, necesidad de implicación de institución y las familias, idoneidad de enfoque psicológico de abordaje según cada caso, injerencia de patología médica en terapia, entre otros).
3. Implementación de evaluaciones cognitivas, desarrollo de perfiles funcionales a partir de evaluaciones particulares (cribaje de funciones neuropsicológicas), constitución de grupos terapéuticos homogenizados según nivel funcional.
4. Planificación, ejecución y evaluación de sesiones grupales de estimulación y rehabilitación cognitiva de personas adultas mayores con diferentes niveles de deterioro cognitivo.

Fase 3: Trabajo interdisciplinario e intervenciones psicoeducativas con agentes sociales involucrados

En esta fase se desarrollaron intervenciones de atención directa e indirecta con personas adultas mayores residentes en la institución, así como los agentes sociales involucrados en la dinámica institucional (personal profesional y técnico, así como familiares), con la finalidad de atender los objetivos específicos 4, 5 y 6. Esta etapa se desarrolló en paralelo con la fase anterior, aunque la mayoría de actividades se desarrollaron entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2015.

Alianzas interdepartamentales

Se generaron alianzas interdepartamentales para la suplantación del modelo de atención vigente en la institución⁶ por un modelo de atención centrado en la persona, para ello se trabajó en conjunto con el Departamento de Gerontología para generar espacios de discusión (presenciales y virtuales) para la constitución de estrategias de cambio institucional. Para ello se participó en un foro de discusión interdisciplinario del cual se gesta la propuesta del “Programa Institucional de Docencia Interna”.

Por medio de este programa se buscaba promover la reconcepción del modelo de atención institucional, hacia uno centrado en la persona, para de esa forma instar la autonomía de la persona residente y buscar un nuevo concepto de vejez y envejecimiento (desde la teoría del Ciclo Vital). Lo anterior, se lograría por medio de la capacitación de los diferentes agentes

⁶ De acuerdo con datos del Departamento de Gerontología, la institución desarrolla sus acciones desde un modelo de atención centrado en el servicio, el cual desde una lógica “verticalizada” se le brinda a la persona residente un servicio de calidad según criterio profesional y administrativo. La persona adulta mayor pocas veces interviene en la toma de sus propias decisiones.

sociales involucrados en la atención de la persona adulta mayor (personal administrativo, profesional y técnico, personal de cuidado externo, familiares, estudiantes practicantes y de trabajo comunal, residentes, entre otros).

Por otra parte, se colaboró en la planificación y desarrollo de actividades de socialización y reconocimiento de las personas que realizan trabajo voluntario en la institución por medio de grupos organizados. Esto con la finalidad de estrechar alianzas de colaboración, brindar estímulos e incentivos por el trabajo aportado y promover el trabajo en equipo. La planificación y ejecución de la actividad de reconocimiento para personas voluntarias, se desarrolló en Diciembre de 2014, con una asistencia de 30 personas.

Actividades psicoeducativas

Se planificaron y ejecutaron como parte de la Práctica Dirigida, cuatro sesiones psicoeducativas dirigidas a públicos diversos de la institución en el marco del Programa Institucional de Docencia Interna:

a) Inicialmente, se desarrollaron dos sesiones de 60 minutos cada una (una por semana) con 15 funcionarios que formaban parte del personal de cuidado y atención directa en diferentes residencias de la institución.

Se desarrollaron sesiones de sensibilización enfocadas en la comprensión de la vejez y el envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital y bajo el modelo de atención centrado en la persona, además sobre el conocimiento y diferenciación entre patologías presentes en población adulta mayor (principalmente Trastornos Neurocognitivos), promoción de la autonomía y el envejecimiento saludable, así como técnicas de autoexploración y

autocuidado para identificar y/o evitar padecer el “Síndrome del Cuidador”, esta información puede observarse en el Anexo 3.

b) Se desarrolló una sesión de intervención con familias, con la finalidad de reflexionar sobre la importancia de la actitud co-responsable en la labor del cuidado y el acompañamiento de la persona adulta mayor institucionalizada. Se realizó una intervención de 150 minutos, con la participación de los Departamentos de Gerontología, Nutrición y Administrativo.

Como parte de esta intervención, se desarrolló un cuestionario de frases incompletas (ver Anexo 4) para conocer la percepción de los y las familiares de personas residentes, sobre las responsabilidades que poseen al mantener a sus familiares en la institución. Este instrumento permitió la recolección de datos relevantes para el Departamento de Gerontología, que posibilitaran el desarrollo de intervenciones futuras.

En el Anexo 4 se presenta la información utilizada y una sistematización de la información recolectada durante la intervención. En la actividad, participaron nueve personas, de las cuales cuatro eran residentes de la institución y cinco familiares (la participación fue muy reducida, a pesar de que para el día antes de la actividad habían confirmado 21 familiares de los 49 convocados).

c) Por último, se planificó y desarrolló una sesión de 90 minutos con un grupo de 17 personas adultas mayores residentes de la institución (y una familiar adulta mayor) sobre el tema de autoestima, autonomía y empoderamiento; el taller se dividió en tres partes (ver Anexo 5).

En la primera parte, se observó el cortometraje titulado “El Circo de la Mariposa” por medio del cual se generó una discusión sobre la temática abordada en el video (vinculada con la resiliencia y el empoderamiento); en la segunda parte, se desarrolló una exposición sobre el tema de autoestima y motivación; y durante la tercera parte se trabajó en una actividad lúdica titulada “El árbol de espejos”, mediante el cual las personas participantes colocarían “espejos” en un árbol conteniendo percepciones positivas y habilidades sobre sí mismos, el objetivo de este ejercicio era reflexionar sobre las habilidades y destrezas preservadas en busca de la potenciación de las mismas.

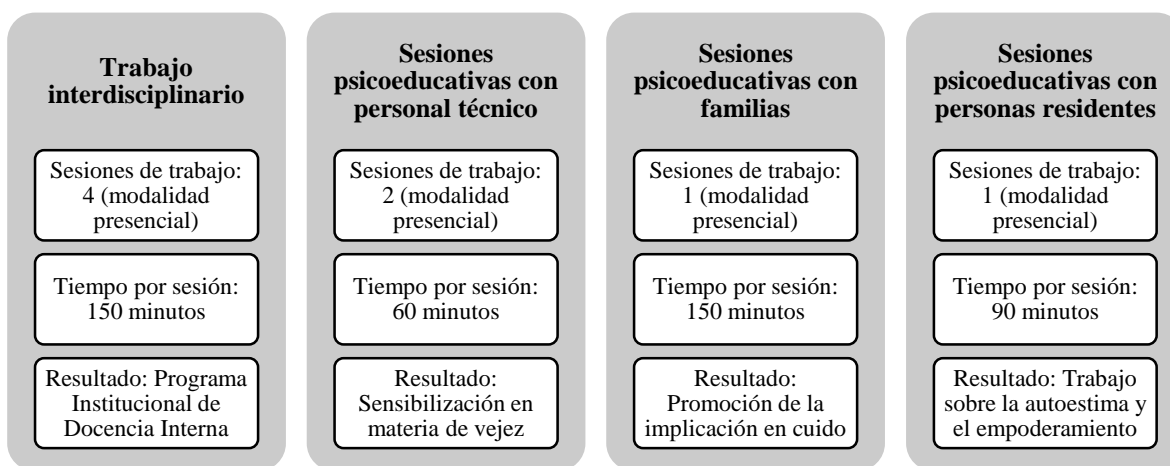


Figura 2. Resumen de intervenciones realizadas durante la fase 3

Competencias metodológicas ejecutadas durante la fase 3:

1. Implicación al trabajo interdisciplinario y colaborativo para la generación de un plan de capacitación consensuado, integral y propositivo enfocado en el cambio de modelo de atención para el mejoramiento de la calidad de vida de la persona residente.
2. Desarrollo de habilidades de planificación, ejecución-coordinación y evaluación de procesos psicoeducativos grupales con poblaciones heterogéneas (en cuanto a edad, escolaridad, rol ejecutado en la institución, etc.), sobre temáticas de vejez y envejecimiento desde la Psicología del Ciclo Vital y el envejecimiento exitoso.
3. Generación de espacios de diálogo entre agentes participantes de la dinámica institucional: residentes-personal-familias. En busca del mejoramiento de los canales de comunicación y la reflexión en torno a nuevas alternativas de atención e implicación.

Fase 4: Cierre del proceso de intervención

La última fase, se desarrolló durante la segunda quincena del mes de Marzo de 2015, en la que se desarrollaron las últimas intervenciones grupales y el cierre de procesos e intervenciones individuales con población adulta mayor residente en la institución, así como con el personal de diferentes áreas.

Entre las actividades desarrolladas se encontraban la realización de una última sesión de cierre con las personas participantes del Programa de Estimulación Gerontológica, haciendo una devolución verbal sobre la experiencia en la institución, así mismo se desarrollaron conversaciones con el personal del Departamento de Gerontología sobre la

consecución de objetivos, los materiales generados y la realimentación sobre el proceso de inserción profesional.

Al momento del desarrollo de esta cuarta fase, se ejecutaban las sesiones de cierre del proceso psicoterapéutico con una adulta mayor residente, a quien se le brindó una devolución del proceso, se coordinó la inclusión en un nuevo programa de trabajo grupal que se iba a desarrollar y la redacción de un último informe de gestión dirigido a la Licda. Ramírez, psicóloga institucional.

Competencias metodológicas ejecutadas durante la fase 4:

1. Gestión del cierre de procesos psicoterapéuticos grupales e individuales por medio de la devolución verbal o escrita de las experiencias y actividades desarrolladas con cada agente social involucrado en la dinámica institucional.
2. Coordinación de nuevos espacios de acogida para las personas que participaban de terapias grupales o individuales.
3. Sistematización de la información y comunicación del estado de los procesos psicoterapéuticos desarrollados, así como del material generado para la réplica de los mismos en sesiones futuras.

Descripción de actividades emergentes no previstas en los objetivos

Como parte de la participación cotidiana en una institución de este tipo, se hizo imprescindible la atención de situaciones que emergieron de la dinámica organizacional, para ello fue necesario asumir un rol proactivo, propositivo y de abordaje eficaz de las demandas generadas a partir de eventos específicos.

Estos eventos además de representar oportunidades para el desarrollo, afianzamiento o consolidación de competencias por parte del sustentante, fungieron como un espacio de aprendizaje y desarrollo a nivel profesional, en el marco del rol del profesional en psicología en una institución residencial de larga estancia. A continuación se especificarán cada una de estas situaciones:

Participación en el proceso de selección de personal

Como parte de las tareas asignadas al personal del Departamento de Gerontología, se confiere a la Licda. Hazel Ramírez, psicóloga institucional, la coordinación del proceso de selección de personal para plazas vacantes en diferentes puestos institucionales. Por lo anterior, y gracias a la formación polivalente ofrecida por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, se colaboró con la Licda. Ramírez, en las tareas de aplicación y revisión de pruebas psicométricas, en el proceso de aplicación de la entrevista personal y en la confección de informes de aptitudes a los puestos.

Con ello se participó en la implementación del Protocolo de Selección de Personal el cual comprendía la aplicación de las pruebas: “21 factores de personalidad”, “Prueba DISC” y “Prueba de Dominó”, así como la aplicación de la entrevista laboral formulada por el departamento. Se colaboró en la elaboración, bajo supervisión, de los informes correspondientes a cada evaluación realizada. Estas colaboraciones se desarrollaron entre Junio de 2014 y Enero de 2015, en total fueron valoradas 29 personas para la ocupación de puestos técnicos (personal de cuidado), profesionales (enfermería) y de servicios generales (cocina y seguridad).

Sistematización de información sobre intervenciones desarrolladas por el Departamento de Gerontología

Se colaboró en la sistematización de información de las evaluaciones cognitivas realizadas, desarrollando una base de datos para el Departamento de Gerontología con información sobre el proceso de evaluación cognitiva en residentes, los resultados obtenidos por cada persona adulta mayor evaluada, así como el registro de sesiones de atención psicológica desarrollada.

Dotar de este recurso fue importante, pues no se contaba con una estadística descriptiva sobre los procesos de atención desarrollados por el departamento, ni de información para la toma de decisiones basadas en evidencia, en vista de la adaptación o formulación de nuevas políticas institucionales. Con esta base de datos fue posible conocer el estado global de las personas residentes en torno al nivel de deterioro cognitivo, así como los instrumentos aplicados, profesional evaluador, y otras intervenciones desarrolladas (en el Anexo 6 se exponen imágenes representativas de este instrumento de recolección de información).

Acompañamiento a familiares y personas residentes durante la comunicación de noticias sobre fallecimiento de otras personas residentes

Durante el desarrollo de la Práctica Dirigida se produjo el fallecimiento de personas adultas mayores residentes en la institución, por ello fue necesario el acompañamiento, la escucha empática y la contención emocional de las personas involucradas en el contexto al momento de la noticia, además se brindó acompañamiento en torno al acceso a los servicios institucionales vinculados con los actos fúnebres. Estos procesos se desarrollaron “in situ” en conjunto con la Licda. Ramírez.

Acompañamiento a nuevas personas residentes durante el proceso de adaptación al cambio de entornos

Durante el desarrollo de la Práctica Dirigida, algunas personas fueron trasladadas de los complejos residenciales donde se mantenían a salones generales donde la dinámica de interacción y de convivencia se gesta de una forma diferente. Para ello fue necesario dar contención emocional, asesoría y acompañamiento a las personas adultas mayores que tuvieron que enfrentar este proceso, tanto en la transición como en la adaptación al nuevo entorno.

Contención emocional a personal de la institución vinculado a cambios en las políticas institucionales

Desde Octubre de 2013 la institución ha venido desarrollando una serie de cambios a nivel estructural y de funcionamiento, los cuales han ocasionado una readaptación de los servicios y de las funciones del personal de todas las áreas, por ello en algunos momentos fue necesaria la apertura de espacios privados, individuales y grupales, para que el personal profesional y técnico de la institución expresara su malestar, inconformidad y pensamientos en torno a las nuevas políticas de las que eran parte.

Competencias desarrolladas por el abordaje de situaciones emergentes no previstas en objetivos:

1. Aprendizaje del proceso de contratación en la institución, mediante la aplicación y revisión de pruebas psicométricas (21 factores, DISC y Dominó), el desarrollo de la entrevista laboral y la elaboración de informes de aptitudes para los puestos.
2. Planificación y desarrollo de actividades interdisciplinarias para diferentes grupos poblaciones de trabajo. Sistematización de información y colaboración en la generación de estadísticas descriptivas del estado de las personas residentes para el conocimiento y la toma de decisiones institucionales.
3. Sistematización de información y generación de estadísticas descriptivas sobre el estado de las personas residentes para la toma de decisiones institucionales.
4. Comunicación asertiva de “malas noticias” vinculadas a procesos de cambio institucional o por el fallecimiento de residentes o sus familiares.
5. Contención en crisis, escucha empática, acompañamiento y gestión de procesos ante la pérdida de personas cercanas, o bien, por la adaptación a nuevos espacios o normativas; tanto con residentes como con el personal y familiares.

Descripción de materiales e instrumentos elaborados

A continuación se realizará una descripción de los materiales psicoeducativos, instrumentos de recolección de información, así como sistemas de análisis de datos elaborados en la intervención como parte de los objetivos psicoeducativos y de colaboración

al Departamento de Gerontología. El material contó con el aval de la asesora técnica institucional y la directora del Trabajo Final de Graduación.

a) Material para la réplica de talleres de estimulación y rehabilitación cognitiva. Se desarrolló un compendio o manual con la planificación aplicada en las sesiones del Taller de Musicoterapia y Movimiento, así como en la Terapia por Reminiscencia, donde se detalla la planificación por sesión, los ejercicios o actividades a desarrollar, así como el material necesario (o los pasos para generarlo) y el tiempo destinado para cada uno (ver Anexos 1 y 2).

b) Programa Institucional de Docencia Interna. En torno a la capacitación y talleres desarrollados con residentes, personal de cuidado y familiares, se elaboró una serie de material psicoeducativo para las diferentes sesiones:

- Material gráfico y didáctico sobre temáticas vinculadas con el proceso de envejecimiento, el modelo de atención centrado en la persona, la perspectiva del ciclo vital; trastornos neurocognitivos; implicación del aprendizaje y la indefensión aprendida como condicionante de la autonomía de la persona adulta mayor. También aspectos como el Síndrome del Cuidador; autoestima y empoderamiento de la persona adulta mayor; y la importancia de la implicación de la familia y la corresponsabilidad de la labor del cuidado de la persona adulta mayor institucionalizada (ver Anexos 3 y 5).

- Cuestionario de frases incompletas para conocer la percepción de las familias sobre la vejez, el envejecimiento, la institucionalización y la labor de cuidado de personas adultas mayores. Adicionalmente sobre las tareas a desarrollar una vez que su familiar se encuentra residiendo en una institución de larga estancia (ver Anexos 4).

c) Base de datos con información sobre cribaje cognitivo y evaluaciones realizadas, se toma como base la información demográfica sobre los y las residentes de la institucional, y se incluyen variables como instrumentos utilizados, persona evaluadora, resultado de evaluación, otras intervenciones realizadas, y persona que las desarrolla. El manejo de esta nueva información, le permite al personal de diferentes áreas de la institución conocer el estado funcional de las personas evaluadas a partir de la evaluación desarrollada (Anexo 6).

Descripción de relaciones interdisciplinarias

Históricamente los diferentes departamentos de la institución habían desarrollado las intervenciones desde sus disciplinas de forma aislada, a partir de los esfuerzos del Departamento de Gerontología durante el segundo semestre del 2014 y gracias a la disposición de algunos y algunas profesionales, se realizan acercamientos progresivos hasta consolidar un equipo de trabajo colaborativo.

En vista de lo anterior, las relaciones interdisciplinarias se gestan por la preocupación del personal profesional por desarrollar sinergias de acción, a partir de la optimización del trabajo y del mejoramiento de la calidad de vida para las personas residentes en la institución. Con ello se crea un equipo de trabajo conformado por los y las profesionales del Departamento de Nutrición, de Terapia Ocupacional, Enfermería y Gerontología en vista del convencimiento de la necesidad de migrar hacia un modelo de atención que promueva la autonomía y el empoderamiento de la personas adulta mayor.

Se desarrolló, a partir de un foro de discusión interdepartamental, el “Programa Institucional de Docencia Interna”, el cual poseía como objetivo mejorar la calidad de vida

de las personas adultas mayores al implementar un nuevo paradigma de atención institucional, centrado en la persona que promoviera el uso eficaz y efectivo de los recursos, y que brindara un servicio de calidad a las personas residentes. Esto por medio de la capacitación y la homogenización del conocimiento, así como del abordaje transversal de ejes temáticos para cada uno de los grupos de trabajo: residentes, personal de la institución, familias y personas voluntarias.

Posterior a la generación del programa y a la categorización por grupos de atención, se desarrollaron tareas en equipo y se tomaron decisiones consensuadas, previo a la presentación al Departamento Administrativo y a la Junta Directiva institucional.

Los ejes temáticos de capacitación, las tareas de planificación, los instrumentos y/o materiales a utilizar en las exposiciones y talleres, la conformación de subgrupos de trabajo y la designación de responsables, se realizó según competencias o áreas de interés de los y las profesionales participantes.

Se estima que a partir del segundo semestre de 2015, se incluirá progresivamente a otros profesionales, personal administrativo y técnico, y demás agentes sociales involucrados en la dinámica institucional.

Descripción de Sistema de Supervisión

El sistema de supervisión directa en el Hogar fue brindado por la asesora técnica Licda. Hazel Ramírez, psicóloga de la institución, quien ejerció la labor de supervisión y asesoría directa diariamente y quien aprobó la realización de toda intervención. Se presentaron

informes semanales del estado de avance de las tareas asignadas así como del avance en los objetivos de la Práctica Dirigida.

Adicionalmente, se realizaron reuniones semanales con la M.Sc. Kattia Sevilla, gerontóloga institucional, para solicitar apoyo y asesoría en las intervenciones directas grupales con la población adulta mayor participante.

Las supervisiones externas a la institución, se realizaron mensualmente con la Dra. Mónica Salazar, directora del Trabajo Final de Graduación, a quien se le exponían las actividades planteadas para realizar en la institución con al menos siete días de anticipación para incorporar sus recomendaciones. Se le presentaron informes bimestrales del estado de avance en los objetivos de la Práctica Dirigida, y se desarrollaron reuniones expeditas por situaciones emergentes y de atención urgente.

La M.Sc. Teresita Ramellini y la M.Sc. María Dolores Castro, miembros del Comité Asesor, recibieron informes cuatrimestrales sobre el avance en el cumplimiento de objetivos de la Práctica Dirigida, y se siguieron las recomendaciones extendidas para el desarrollo de actividades futuras.

RESULTADOS

Sistematización de alcances por objetivo específico

En el presente apartado se expone una descripción de las actividades e intervenciones desarrolladas para el cumplimiento de los objetivos específicos planteados para este Trabajo Final de Graduación, al final de la sección se realiza un análisis de resultados por niveles de impacto (macro, meso y micronivel), el cual se expone con mayor detalle más adelante.

En la Tabla 2 se plasma cada objetivo específico junto con una sistematización de los resultados obtenidos, se menciona el grado de cumplimiento obtenido, así como las dificultades presentadas y las estrategias de resolución aplicadas. Por último, se mencionan las competencias desarrolladas a partir de las intervenciones.

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
1. Adquirir competencias asociadas a la entrevista, evaluación, diagnóstico, atención clínica psicológica y manejo gerontológico de personas adultas mayores residentes en el Hogar Carlos María Ulloa.	Se realizaron un total de 184 intervenciones individuales (30 de entrevista, 32 de atención en crisis, contención y sesiones clínicas, 118 evaluaciones cognitivas y 4 intervenciones psicoeducativas).	-Acompañamiento en ejecución de entrevista gerontológica pre-ingreso y a residentes. -Desarrollo de sesiones clínicas psicológicas, de atención en crisis y contención de personas adultas mayores residentes. -Aplicación de instrumentos y técnicas de evaluación cognitiva y del estado emocional de las personas adultas mayores residentes. -Implementación de sesiones psicoeducativas con el personal de la institución, personas adultas mayores residentes y familiares.	-Se presentaron limitaciones en cuanto al tiempo disponible para la realización de intervenciones adecuadas en espacios privados. Para solventar la situación anterior, se implementó un sistema de citas en coordinación con el personal de enfermería de las diferentes áreas de la institución, se designó un plazo de 60 minutos de atención por residente, así como la intervención individual de cada persona adulta mayor en las oficinas del Departamento de Gerontología.	-El sustentante desarrolló competencias asociadas con el manejo gerontológico a nivel individual y grupal de población adulta mayor institucionalizada, tanto en el proceso de ingreso como durante su estancia en la institución. -Por medio de las intervenciones fue posible mejorar las capacidades de adaptación, flexibilidad y de aprovechamiento del uso de recursos (tiempo, espacio y materiales). -Se potenció la habilidad de coordinación, organización y trabajo en equipo con otros departamentos.

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
2. Participar del proceso de diseño e implementación de un protocolo integral de evaluación cognitiva para las personas adultas mayores residentes en el Hogar Carlos María Ulloa.	-Se participó en la implementación de un nuevo protocolo de evaluación gerontológica integral de las personas residentes, en donde se realizó un acercamiento a la persona adulta mayor desde los ejes bio-psico-socio-espiritual.	Se acompañó al personal del Departamento de Gerontología en el proceso de entrevista inicial pre-ingreso para conocer la situación personal y familiar de la persona adulta mayor candidata a ingresar a la institución. -Se colaboró en la evaluación cognitiva de las personas residentes utilizando las pruebas neuropsicológicas MMSE y NEUROPSI como medidas de cribaje cognitivo.	-Existió poca anuencia institucional para gestionar los resultados de las evaluaciones cognitivas como medidas de tamizaje funcional de las personas residentes. -Por lo anterior, se expuso ante el Departamento de Gerontología la importancia de tomar los resultados de las pruebas como medidas de cribaje y no como diagnósticos absolutos, instando así, el diálogo interdisciplinar sobre los casos abordados.	-El sustentante adquirió habilidades en la aplicación, revisión y puntuación de las pruebas NEUROPSI y MMSE. -Además, se desarrollaron competencias en torno a la toma de decisiones basadas en criterio técnico y habilidades de adaptación al entorno, de acuerdo a las políticas institucionales.
3. Realizar actividades y talleres de estimulación y rehabilitación cognoscitiva con personas adultas mayores residentes en el	-Se planificaron y ejecutaron 12 sesiones del taller de “Musicoterapia y Movimiento” para la estimulación cognitiva y promoción del	-Musicoterapia y Movimiento. Se desarrolló una intervención gerontológica integral utilizando la música	-Dificultades para el inicio de las sesiones a la hora indicada por dificultades de coordinación con personal de la institución que	-Por medio del cumplimiento de este objetivo, el sustentante adquirió competencias profesionales en la planificación y coordinación de

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
Hogar Carlos María Ulloa.	<p>envejecimiento activo. Las actividades se realizaron con la participación de un grupo de ocho residentes durante 90 minutos, una vez por semana.</p> <p>-Se desarrollaron 8 sesiones de “Terapia por reminiscencia” haciendo uso del manual “Recordando Experiencias” (Salazar, 2010), para la rehabilitación cognitiva de personas con diagnóstico médico de Enfermedad de Alzheimer. Para ello se trabajó con un grupo de tres personas en fase intermedia de evolución de la enfermedad, durante 90 minutos una vez por semana.</p>	<p>como recurso de estimulación:</p> <p>1. Eje psicológico, implementando ejercicios de estimulación cognitiva, para la potenciación de la atención y concentración, así como la memoria operativa para la resolución de problemas. Además, trabajando sobre temáticas de autoeficacia, empoderamiento y motivación.</p> <p>2. Eje biológico, instando el movimiento y el ejercicio físico de bajo impacto, principalmente sobre los miembros superiores de las personas participantes, así como la relajación muscular</p>	<p>colaboraba con la movilización de las personas adultas mayores a la sala designada para las actividades.</p> <p>-Se desarrollan listas de registro de los diferentes programas (actividades) que fueron entregadas al personal de enfermería para que fuese colocada en lugares visibles, además se realizaban llamadas de recordatorio 30 minutos antes de que iniciara la actividad.</p> <p>-Se presentaron inconvenientes logísticos para desarrollar actividades en horas de la tarde. Por lo tanto, se optó por coordinar todas las intervenciones en horas de la mañana.</p>	<p>actividades grupales con otros departamentos (aplicación del trabajo colaborativo). Además, el mantenimiento de una actitud flexible y del manejo de la frustración ante eventos fuera de control y situaciones propias de la dinámica y la cultura institucional.</p> <p>-Se potenciaron las habilidades creativas para la realización de actividades dinámicas que promovieran la participación de las personas asistentes.</p> <p>-Además, se propició la adaptación de éstas a las necesidades (físicas o funcionales) de las personas participantes a nivel individual y grupal.</p>

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
	-Se acompañó en la ejecución de más de 40 sesiones del “Programa de Estimulación Gerontológica”, de las cuales el sustentante tuvo bajo su responsabilidad directa la ejecución de 12 de ellas. En este grupo participaron 18 residentes, una vez por semana, durante 120 minutos.	<p>por medio de ejercicios de respiración dirigida.</p> <p>3. Eje social, promoviendo la consecución de tareas y la resolución de problemas por medio del trabajo en equipo.</p> <p>4. Eje espiritual, realizando ejercicios de introspección y de conexión con el sí mismo, por medio de recursos auditivos.</p> <p>-Terapia por Reminiscencia.</p> <p>Se ejecutaron los ejercicios recomendados en el manual citado (Salazar, 2010), por medio del desarrollo de temáticas diferenciadas por sesión, en donde se presentaron estímulos verbales y visuales para estimular la memoria</p>		<p>-En torno al manejo grupal, se mejoraron habilidades vinculadas con la administración del tiempo y la promoción de la participación de las diferentes personas, por medio de preguntas generadoras de diálogo.</p> <p>-Por otra parte, se adquieren destrezas gerontológicas para el desarrollo de actividades integradoras de los ejes bio-psico-socio-espirituales de las personas adultas mayores participantes.</p> <p>-Se fortalece la habilidad de negociación, al entablar diálogos y generar consensos con diferentes instancias de la institución para la</p>

Tabla 2
Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
		autobiográfica, la atención y la concentración. Así como el reforzamiento de la identidad y la valencia percibida de la persona participante. -Programa de Estimulación Gerontológica. Por medio de la temática “Tradiciones costarricenses” se desarrollaron ejercicios de estimulación cognitiva, socialización y fortalecimiento de la espiritualidad de las personas participantes.		realización de las actividades.
4. Participar y colaborar con el trabajo multidisciplinario del Departamento de Gerontología de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa,	-En conjunto con los Departamentos de Gerontología, Nutrición, Enfermería y Terapia Ocupacional se gestaron seis sesiones de equipo interdisciplinario, una	-Se desarrollaron cuatro sesiones quincenales de 150 minutos de duración cada una para el trabajo interdisciplinario con la finalidad de planificar la actividad para	-Se presentaron dificultades para la aprobación y ejecución del “Programa Institucional de Docencia Interna” por consideraciones	-Posterior al cumplimiento de este objetivo, el sustentante desarrolló habilidades en la mediación y facilitación de procesos, en busca de la

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
aportando en el proceso de acompañamiento emocional de las personas residentes en el Hogar Carlos María Ulloa, así como de sus familiares	de ellas para la planificación de la “Actividad de reconocimiento para personal voluntario”, y las restantes en la formulación del “Programa Institucional de Docencia Interna” el cual tuvo como objetivo migrar del modelo de atención centrado en el servicio, al modelo de atención centrado en la persona. Lo anterior por medio de la capacitación con talleres, charlas o diversas actividades a todos los entes involucrados en el quehacer diario de la institución (personal administrativo, encargado de labores de cuidado, familiares, residentes, estudiantes,	personas voluntarias y para la formulación del programa mencionado. -El mismo se le presentó al Departamento Administrativo en busca del visto bueno y posteriormente a la Junta Directiva de la institución. -Se colaboró en la aplicación pruebas psicométricas (“21 factores de personalidad”, “prueba DISC”, “test de Dominó”), así como la guía de entrevista institucional para la selección de personal. Adicionalmente, se confeccionan, a partir de las evaluaciones realizadas, los informes de aptitudes para los puestos, en relación con los resultados obtenidos.	presupuestarias, expuestas por la Junta Directiva de la institución. -Para ello se negoció con el Departamento Administrativo la puesta en marcha del programa haciendo uso de los materiales y recursos ya disponibles, así como haciendo un uso austero de los mismos, en tanto se obtiene presupuesto para desarrollarlo a cabalidad. -En relación con el proceso de selección de personal, se desarrollaron inconvenientes para la verificación de la idoneidad de las personas evaluadas, ya que no existía un proceso adecuado de reclutamiento, ni un	persuasión a instancias involucradas sobre la importancia de mantener a los diferentes actores sociales capacitados y siguiendo un mismo modelo de atención. -Se adquieren conocimientos en torno a la aplicación y evaluación de las pruebas psicométricas “21 factores de personalidad”, “prueba DISC” y “test de dominó” para la contratación de personal. Además de la confección de un informe de aptitudes laborales. -Se mejoraron las competencias profesionales asociadas a la evaluación psicológica con fines de

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
	<p>personas voluntarias, entre otros.).</p> <p>-Se apoyó en el proceso de selección de personal, realizando entrevistas y aplicando pruebas psicométricas a las personas candidatas a puestos técnicos y profesionales.</p> <p>-Se colaboró en la construcción de una base de datos con información descriptiva de las intervenciones realizadas con las personas adultas mayores residentes, ya que no se contaba con información digitalizada que sirviera para las estadísticas institucionales.</p>	<p>-Se desarrolló una base de datos en el programa Microsoft Excel (según la disponibilidad de software institucional); en la que se colocó además de la información sociodemográfica de las personas residentes, el resultado del cribaje cognitivo realizado, así como la persona responsable de la evaluación, y el registro de otras intervenciones realizadas. Además, con esta información recolectada se desarrollaron gráficas descriptivas que sirvieran como fuente de información estadística para la institución, los perfiles funcionales de las personas residentes.</p>	<p>perfil de competencias necesarias para los puestos evaluados.</p> <p>-Durante conversaciones con el personal del Departamento de Gerontología, se recomendó la conformación de perfiles para los puestos técnicos y profesionales, además complementar el proceso de selección de personal desde un modelo por competencias, haciendo uso de métodos de evaluación de aptitudes como por ejemplo la entrevista "STAR".</p> <p>-Al no existir fuentes de información digitalizada que sirviera para realizar análisis estadísticos descriptivos básicos del estado funcional de las personas residentes, se</p>	<p>selección de personal apto para el trabajo con población adulta mayor.</p> <p>-Se potencia la destreza de sistematización de datos y la utilización de recursos tecnológicos para la administración de la información y la toma de decisiones.</p>

Tabla 2
Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
			propuso y se conformó la base de datos mencionada, la que proporcionó indicadores básicos al personal profesional y administrativo sobre el estado de las personas residentes.	
5. Desarrollar una intervención psicoeducativa sobre el proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital, con las personas adultas mayores residentes en el Hogar Carlos María Ulloa y sus familiares y/o cuidadores	-Se desarrollaron dos intervenciones psicoeducativas con personas adultas mayores y familiares de éstas, las sesiones se realizaron con el apoyo y la participación de otros departamentos de la institución.	-Actividad con familias: Se realizó una intervención con familias de residentes de la Pensión Madre Rafols, se seleccionó esta residencia por contar con el mayor número de residentes, así como un mayor apoyo del personal de enfermería en las tareas de organización y convocatoria. Durante la actividad se desarrollaron charlas con el apoyo de los	-Existió una resistencia institucional para desarrollar sesiones psicoeducativas con familiares debido a acontecimientos pasados insatisfactorios. Para solventar la situación, se optó por persuadir al Departamento Administrativo sobre la importancia de retomar estos espacios, para ello se le invitó a este departamento a abrir el conversatorio con un	-El sustentante adquirió competencias vinculadas con el trabajo en equipo, la generación de alianzas interdepartamentales para la consecución de objetivos comunes y la lectura del contexto para la realización de intervenciones ajustadas a la realidad institucional. -Adicionalmente se potenciaron las habilidades de planificación, ejecución

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
		<p>Departamentos Administrativo, de Nutrición y de Gerontología.</p> <p>-Actividad con residentes:</p> <p>Se desarrolló una sesión psicoeducativa con las personas adultas mayores asistentes al Programa de Estimulación Gerontológica (PEG). Se trabajó el tema de la “Autoestima y empoderamiento”, mediante un taller de 90 minutos con la presencia de 18 personas adultas mayores, en donde se utilizaron diferentes recursos didácticos para promover la reflexión y el autoanálisis, en torno a la identificación de limitaciones y potencialidades</p>	<p>tema que a su criterio fuese de relevancia institucional.</p> <p>-Otra dificultad enfrentada, versó sobre la poca participación de familiares en la actividad desarrollada. Se convocaron 49 familias, de las que se recibe la confirmación de participación de 21 de ellas, el día de la sesión solamente se presentan 4. Dicha sesión se realizó con normalidad según fue planificada, posterior a ésta se desarrolló una reunión con el Departamento de Gerontología para evaluar el proceso seguido. Se propuso replicar a futuro la actividad e invitar a familiares de otras</p>	<p>y evaluación de actividades grupales multigeneracionales.</p> <p>-Por último, se mejoraron las capacidades de gestión psicoeducativa con población adulta mayor desde una perspectiva integral (abordaje bio-psico-socio-espiritual).</p>

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
		personales, así como la promoción de espacios de autocuidado.	residencias para maximizar el impacto.	
6. Participar en el desarrollo de un programa de sensibilización para el trabajo con personas adultas mayores, dirigido al personal que labora en el Hogar Carlos María Ulloa	-Se coordinaron y ejecutaron dos sesiones de capacitación en el marco del “Programa de Docencia Interna” para personal técnico de la institución (cuidadores y cuidadoras de personas adultas mayores).	-Se desarrolló una sesión semanal de 60 minutos cada una, donde se abordaron las temáticas de “Envejecimiento, vejez y Trastornos Neurocognitivos” (sesión 1) y “Síndrome del cuidador” (sesión 2), desde la perspectiva del ciclo vital y de envejecimiento satisfactorio. Se realizan charlas magistrales con actividades lúdicas de reforzamiento temático.	-Hubo renuencia institucional para el desarrollo de actividades psicoeducativas con el personal, a pesar de que desde agosto de 2014 se solicitaron permisos para la realización de las actividades, fue hasta marzo de 2015 que pudieron ejecutarse. Para ello, se establecieron canales directos de comunicación con el Departamento Administrativo solicitando el visto bueno para la realización de las actividades con un grupo de funcionarios y	-El sustentante potenció sus habilidades en torno al trabajo en equipo para el desarrollo de actividades conjuntas que promovieran el uso eficaz del tiempo y los recursos institucionales. -Además en el desarrollo de solicitudes conjuntas de apoyo interdisciplinario propositivo para la realización de las intervenciones con un grupo meta. -Se desarrollaron competencias profesionales vinculadas con una actitud realista, proactiva y de maximización en el uso de recursos para el

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
			funcionarias. Se desarrollaron las capacitaciones en conjunto con los Departamentos de Gerontología y Nutrición, aprovechando el espacio de 150 minutos para abordar diferentes temáticas.	trabajo con grupos segmentados, debido a la imposibilidad de desarrollar las intervenciones con la totalidad de funcionarios(as) de la institución.
[Objetivo externo] Colaborar, desde la perspectiva de la psicología del ciclo vital y de la promoción del envejecimiento exitoso, en la atención de las necesidades de la población adulta mayor residente en el Hogar Carlos María Ulloa.	-Se mantuvo una vinculación constante con diferentes departamentos de la institución para la colaboración en actividades de involucramiento directo o indirecto con la población adulta mayor.	-Se colaboró en el “Bingo Anual” de la institución, ejecutado en junio de 2014. -Se contribuyó desde el Departamento de Gerontología en el tamizaje de la población adulta mayor, recolectando información sobre las patologías, medicación y otra información relevante.	-Tuvo que confrontarse la creencia institucional generalizada sobre una “cualidad altruista” del personal y colaboradores de la institución, en relación a que existía una disposición perenne de participar en todas las actividades propuestas. Por ello, fue importante colaborar en algunas de las actividades solicitadas,	- El sustentante adquirió habilidades en el trabajo colaborativo con diferentes instancias institucionales y en tareas de vinculación directa o indirecta con población adulta mayor y en pro del bienestar de éstas. -Además, por medio del ejercicio profesional se afianzaron los conocimientos sobre la perspectiva de la

Tabla 2

Sistematización de resultados por objetivo específico

Objetivo específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y respectiva resolución	Competencias desarrolladas
		<p>-Se acompañó desde el Departamento de Gerontología en la ejecución de intervenciones que promovieran el empoderamiento y la autonomía de la persona adulta mayor participante, así como la potenciación de sus habilidades.</p>	<p>manteniendo claros los límites de acción, esto por medio de una comunicación asertiva entre el sustentante y los diferentes departamentos involucrados.</p>	<p>psicología del ciclo vital y del envejecimiento satisfactorio.</p>

Análisis y discusión de resultados por niveles de impacto

La presente inserción profesional, permitió gestar un espacio de intervención psicológica en el ambiente gerontológico de una institución residencial de larga estancia para población adulta mayor, el Hogar Carlos María Ulloa, institución precursora a nivel nacional en el cuidado y atención de personas adultas mayores.

A continuación, se expone un análisis de los resultados mencionados previamente, inspirado en la propuesta de la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner (1987), de modo que en la Figura 3 se despliega una descripción de los alcances por niveles de impacto de acuerdo con los objetivos cumplimentados, las actividades realizadas y la vinculación con los diferentes agentes involucrados durante el proceso.

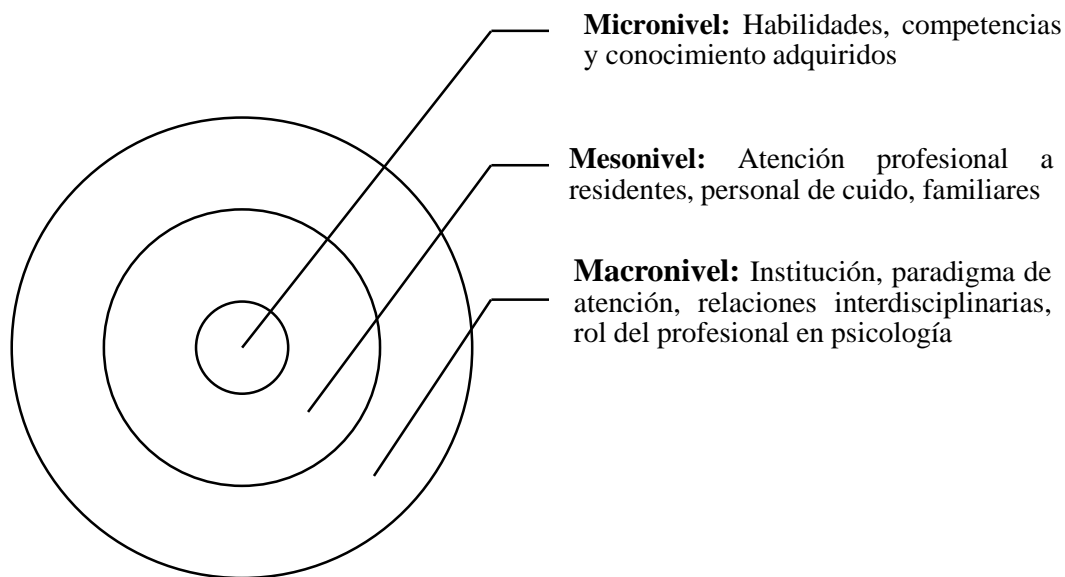


Figura 3. Descripción de los niveles de impacto, basado de la teoría de Bronfenbrenner (1987)

Macronivel: impacto sobre la institución, el paradigma de atención y las relaciones interdisciplinarias.

En un nivel macro, a partir de la intervención desarrollada en el Hogar Carlos María Ulloa, pudo observarse que la práctica psicológica recoge una serie de atribuciones y designaciones sociales, vinculadas con el altruismo y la colocación del y la profesional como una persona “dadora” de soluciones ante situaciones emergentes y “correctora” de la obstrucción de procesos. Esto en torno a la dinámica institucional propia y a la interacción de agentes políticos, económicos y sociales involucrados.

Siguiendo lo anterior, el y la profesional en psicología pasan a formar parte de una “institución total”, absorbente, que siguiendo a Goffman (2001) representa “...un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (p.13). Con esto se vislumbra que la persona que labora allí debe de acoplarse no solo a la normativa institucional explícita sino, a los símbolos y dinámicas implícitas propias de la cultura institucional, que motivan a ejercer un rol “solucionador” ante situaciones críticas.

La concepción social de la vejez como una etapa de descenso en la productividad general, promueve que las instituciones de cuidado y de larga estancia, reproduzcan una serie de representaciones sociales, al atribuirse la responsabilidad del cuidado de las Personas Adultas Mayores que por diversos motivos, no pueden ser atendidas ni protegidas por sus redes sociales de apoyo más próximo (familiares, amistades o personas cercanas).

Lo anterior, entremezcla condicionantes sociales, factores de riesgo y concepciones personales, con una ideología y un modelo de atención centrado en el servicio (Martínez, 2011), en donde la labor profesional queda resumida en la intervención de la persona desde una connotación de “paciente” o “usuario”. El cual desde una lógica verticalizada reproduce de forma paradójica, la concepción de desprotección y categorización de la persona adulta mayor, en una estructura institucional donde la dinámica general de funcionamiento, le permite sobrevivir con la cobertura de sus necesidades más básicas.

La actuación del y de la profesional, independientemente de su área, se enfoca entonces en formar parte de un engranaje institucional, el cual permite que, a nivel general, la institución funcione óptimamente en concordancia con la administración formal de los servicios de cuidado y atención que ofrece. Por ello, este o esta profesional, deben responder a la estructura de la institución y actuar en torno a la resolución eficiente de los problemas emergentes que acontecen en la cotidianidad.

Por lo anterior, fue fundamental en la Práctica Dirigida desarrollada, participar en la reconceptualización del abordaje de la vejez y el envejecimiento desde la perspectiva del Ciclo Vital y el envejecimiento satisfactorio. A fin de hacer hincapié en la importancia de la migración hacia un modelo de atención centrado en la persona, horizontal y que promoviera la autonomía del individuo a partir de sus funciones físicas, cognitivas, emocionales, sociales y espirituales preservadas.

Para lograr dicho acometido, fue necesario colaborar en la introducción, por medio de acciones concretas, de una nueva percepción y reconcepción del rol del y de la profesional en

Psicología. Por lo tanto, se realizaron actividades que trascendieron el abordaje de situaciones emergentes, esto se logró por medio del trabajo y el acercamiento personalizado hacia todos los sectores y agentes involucrados en la dinámica institucional.

Lo anterior fue posible gracias al andamiaje y mediación interdisciplinar, resaltando la importancia de cada uno de los integrantes del entramado institucional, al colaborar en la clarificación de las funciones y nuevas formas de atención, así como en el trabajo directo con las diferentes instancias y personas involucradas. En la Figura 4 se observa una representación gráfica de este rol descrito.

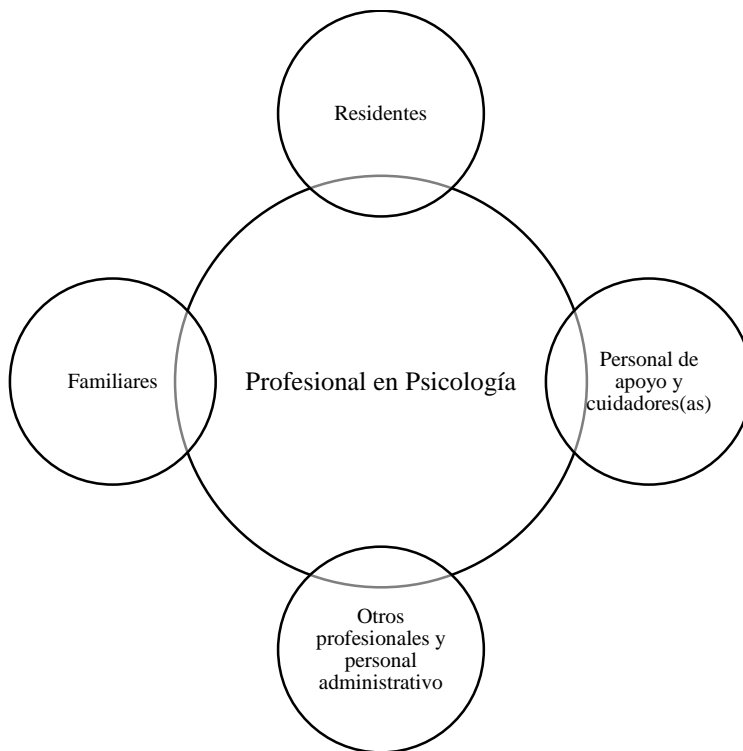


Figura 4. Representación gráfica del rol mediador del y la profesional en Psicología en una institución residencial de larga estancia.

Se destaca entonces, la intervención directa personalizada y la facilitación de procesos interdisciplinarios, como dos de las labores principales del y la profesional en Psicología en una institución total enfocada en el cuidado de personas adultas mayores.

A partir de lo anterior, en la Tabla 3 se muestra una categorización de las funciones desarrolladas por el y la profesional en Psicología en una institución residencial para personas adultas mayores. Se realiza una división de acuerdo al rol solicitado (enfocado en el paradigma de atención centrado en el servicio o MACS) y el rol requerido (enfocado en el modelo de atención centrado en la persona o MACP).

Tabla 3
Funciones del y la profesional en Psicología en una institución residencial para personas adultas mayores, a partir de la experiencia práctica desarrollada

Grupo de atención	Rol ejecutado (MACS)	Rol requerido (MACP)
Residentes	<ul style="list-style-type: none"> -Valoraciones y diagnóstico nosológico. -Intervenciones clínicas breves que solventen síntomas. -Valoraciones cognitivas bajo premisas diagnósticas y categorización. -Estimulación cognitiva con grupos heterogéneos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluaciones personalizadas integrales (bio-psico-socio-espirituales). -Intervenciones integrales que partan del contexto, y aborden los cuatro ejes mencionados. -Examinación constante del entorno y trabajo a nivel preventivo con grupos homogéneos de intervención (aquí se incluyen las actividades de estimulación cognitiva). -Promoción de la autonomía de las personas residentes.
Personal de Apoyo y Cuidadores(as)	<ul style="list-style-type: none"> -Selección de personal por medio de pruebas psicométricas. -Contención emocional en situaciones de crisis que afecten su desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> -Selección de personal por medio de perfiles de puestos y competencias. -Acompañamiento en el proceso de inserción laboral. -Contención emocional en cualquier situación que le afecte. -Capacitación constante en materia de vejez y envejecimiento.

Tabla 3

Funciones del y la profesional en Psicología en una institución residencial para personas adultas mayores, a partir de la experiencia práctica desarrollada

Grupo de atención	Rol ejecutado (MACS)	Rol requerido (MACP)
		-Promoción de la inclusión del personal en la generación de propuestas.
Otros profesionales y personal administrativo	-Comunicación de gestiones desarrolladas. -Acatamiento de solicitudes de intervención con personas adultas mayores.	-Mediación en la resolución de conflictos. -Promoción de la consolidación de metas comunes y la generación de propuestas conjuntas. -Capacitación constante en materia de vejez y envejecimiento. -Asesoría para la toma de decisiones desde una perspectiva propositiva.
Familias	-Intervención familiar ante malestar emocional de familiar residente.	-Acompañamiento y contención emocional ante inserción de familiar a la institución. -Intervención familiar ante situaciones que afecten la relación con la persona residente. -Asesoría y capacitación en materia de vejez y envejecimiento, así como en directrices institucionales. -Promoción del acompañamiento y responsabilización en la labor del cuidado de su familiar residente. -Mediación ante conflictos con otros agentes institucionales.

Nota. MACS = Modelo de Atención Centrado en el Servicio; MACP = Modelo de Atención Centrado en la Persona.

A partir de la descripción anterior, se puede visualizar cuáles son las tareas vinculadas y desarrolladas en cada modelo de atención, y por ende la importancia de migrar de un modelo a

otro. Esto con la finalidad de promover un rol de atención integral, que trascienda la injerencia paliativa para la resolución de situaciones emergentes.

Adicionalmente, debe resaltarse el papel del y de la profesional en Psicología en la gestión de procesos a nivel institucional (particularmente en el caso de las instituciones totales), esto porque fue posible vislumbrar que existe una relación inversamente proporcional entre tamaño y funcionamiento institucional contra la amplitud del campo de acción en el ejercicio de la profesión (concepción de “ejecución de funciones mínimas para el funcionamiento óptimo”).

Por lo tanto, la reconceptualización de la intervención del profesional en Psicología debe trascender una aproximación meramente clínica y desarrollar competencias gerontológicas que engloben los ejes bio-psico-socio-espirituales en cada una de sus intervenciones.

Mesonivel: impacto de la atención profesional a residentes, personal de cuidado y familiares

En un nivel intermedio, se resalta un análisis de las tareas desarrolladas en el plano institucional con los diferentes agentes sociales involucrados en la dinámica de atención a la persona adulta mayor residente (ésta inclusive). Se puntualiza sobre las intervenciones desarrolladas durante la Práctica Dirigida en el Hogar Carlos María Ulloa.

En la Tabla 4 se mencionan el tipo y la cantidad de intervenciones desarrolladas por cada objetivo específico, así como el nivel de anuencia y apoyo institucional para desarrollarlos (de acuerdo con una escala subjetiva, descrita en el pie de la tabla).

Tabla 4

Desarrollo de actividades a nivel institucional como parte del ejercicio del y la profesional en Psicología en el Hogar Carlos María Ulloa

Objetivo específico	Tipo de intervención	Cantidad desarrollada	Nivel de apoyo institucional*
1	Valoraciones clínicas psicológicas (entrevista e intervención)	32 sesiones	3
	Valoraciones cognitivas (aplicación del protocolo)	118 valoraciones	4
	Redacción de informes clínicos (según protocolo)	76 informes	1
	Acompañamiento en entrevistas gerontológicas (según protocolo)	20 entrevistas	3
3	Desarrollo de talleres de estimulación cognitiva	12 sesiones	4
	Desarrollo de talleres de rehabilitación cognitiva	8 sesiones	4
	Coordinación en sesiones de estimulación cognitiva (PEG)	12 sesiones	4
4	Reuniones de equipo interdisciplinario	6 sesiones	2
	Valoraciones de selección de personal técnico y profesional (aplicación de protocolo)	29 valoraciones	4
5	Sesiones psicoeducativas para personas adultas mayores	1 sesión	2
	Sesiones psicoeducativas para familiares de residentes	1 sesión	4
6	Sesiones psicoeducativas para personal de cuidado	2 sesiones	4

Nota: *Percepción de apoyo institucional en torno a facilitación de procesos y colaboración con recursos (económicos, humanos, materiales, etc.) en relación con la organización y el desarrollo de actividades. Escala subjetiva: 0=No existió apoyo, 1=Deficiente, 2=Poca colaboración, 3=Regular, 4=Óptimo, 5=Con apoyo total.

En la tabla anterior se puede visualizar de forma sistematizada y por categorías el total de intervenciones desarrolladas como parte de las demandas directas e indirectas para el profesional en psicología en el Hogar Carlos María Ulloa.

La interacción entre agentes sociales es una tarea fundamental en la labor de acompañamiento y atención de personas adultas mayores institucionalizadas, situación que se vio comprometida por determinantes contextuales propios de la dinámica y cultura institucional. Así como el actual paradigma de atención que la caracteriza: centrado en el servicio y en el abordaje de necesidades básicas.

A nivel institucional, fue posible experimentar por medio de la práctica, la labor del o la profesional en psicología se encauza principalmente en: 1) la atención de situaciones emergentes vinculadas con los procesos sociales de interacción y convivencia entre residentes, 2) la evaluación cognitiva de las personas adultas mayores y 3) el abordaje de otras situaciones críticas que implican al personal técnico y a familiares.

Con la intervención desarrollada, quedó evidenciada que la labor del o la profesional en Psicología en el Hogar Carlos María Ulloa, puede y debe trascender los límites referentes al modelo de atención, lo que podría cumplirse sin necesidad de realizar cambios estructurales profundos. Además es posible extender el nivel de acción profesional, al promover el bienestar de la población que se atiende, al incluir otros actores sociales que ya de por sí forman parte de la institución (por ejemplo: personal y familias).

El o la profesional en Psicología en el Hogar Carlos María Ulloa, debe mantener una actitud proactiva, intuitiva, basada en la evidencia y la lectura permanente del entorno. Con el objetivo de desarrollar procesos psicológicos integrales, con un impacto directo en la atención de la persona residente, mejorando su calidad de vida y facilitando la interacción entre las personas e instancias involucradas.

La atención hacia el residente es indispensable e ineludible, por lo que es necesario promover la inclusión, participación activa e interacción del personal que labora en todas las áreas y niveles en la institución, así como las familias, personas voluntarias. A fin de que, de forma coordinada y consensuada se unan esfuerzos en pro del mejoramiento del funcionamiento y del bienestar de la persona adulta mayor residente.

Adicionalmente, es necesario mantener una actitud realista, proactiva y negociadora con los organismos que toman decisiones, para de esa forma implementar nuevos procesos, escenarios o ideas que contribuyan en la mejora de la atención de la persona residente. Para ello la implicación de agentes, la promoción de espacios de discusión y la demostración de cambios positivos y novedosos en cualquier nivel, resaltan la importancia de la labor psicológica, como parte del rol mediador en el ejercicio profesional en una institución como el Hogar Carlos María Ulloa.

El nivel de apoyo institucional, operacionalizado en la tabla anterior, refleja la percepción del sustentante sobre la implicación real de la institución en las diferentes actividades desarrolladas, otorgándole un peso simbólico (en un rango de 0 a 5) al apoyo recibido de parte de los diferentes agentes sociales involucrados en la labor de cuidado, acompañamiento y atención de las personas residentes.

Las tareas con mayor apoyo se derivan de las solicitudes formales dentro del modelo de atención centrado en el servicio, por lo que se hace esencial, por parte del y la profesional en Psicología, el mantenimiento de una actitud propositiva, basada en la evidencia y que reflejen la necesidad de incluir nuevas tareas enfocadas en un modelo de atención integral y no parcializado.

Vinculado con lo mencionado hasta el momento, es imprescindible traer a colación el aporte del enfoque del Ciclo Vital y la propuesta de Baltes y Baltes (1990) en torno a la utilización de los mecanismos de Selección, Optimización y Compensación al como estrategias para la adaptación, organización y el desarrollo de diferentes intervenciones con la población adulta mayor institucionalizada.

Como se sabe este enfoque de atención proporciona una comprensión holista de la persona, entendiendo el envejecimiento como un proceso en el que se desarrollan consecutivamente pérdidas y ganancias, por lo que invita al y a la profesional a trabajar en busca de la comprensión global de la persona que se atiende, al acompañarla en la identificación y selección de metas, la optimización de aquellas habilidades preservadas en torno a la consecución de las mismas y la compensación de las funciones que presentan alguna alteración o déficit y así complementar con el uso de métodos que permitan alcanzar dichos objetivos. En la figura 5 se realiza una representación de la implementación de estos mecanismos en la práctica desarrollada.

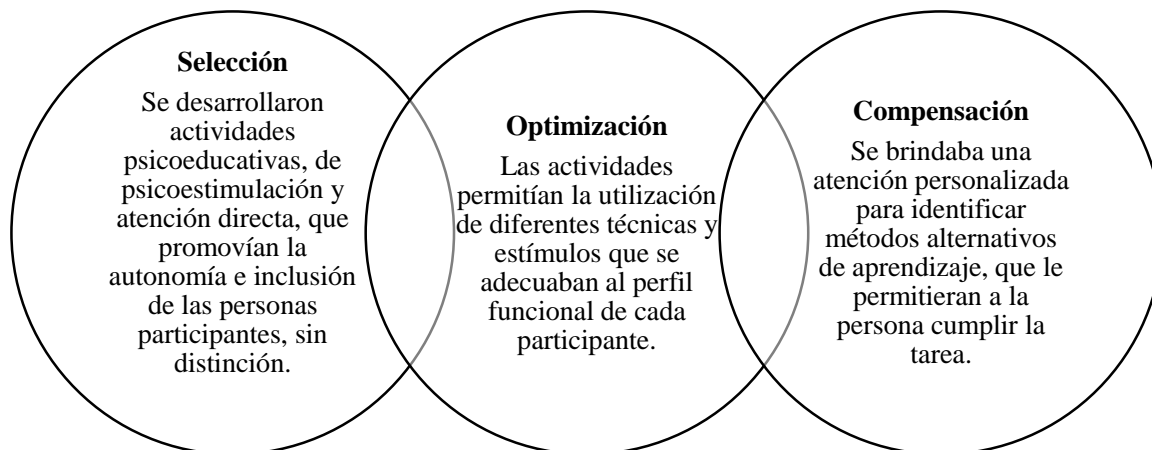


Figura 5. Aplicación de los mecanismos SOC (Baltes & Baltes, 1990) en la intervención realizada.

Según esta figura, fue posible desarrollar actividades evaluativas, sesiones de estimulación cognitiva, talleres psicoeducativos y procesos clínicos psicológicos, con perfiles heterogéneos dentro de la homogeneidad de los grupos. En otras palabras, se valoró la variabilidad interindividual en la ejecución de una misma tarea (desde la aplicación de un instrumento o cuestionario, hasta la realización de una actividad de estimulación específica) de acuerdo a las posibilidades e intereses de la persona participante.

Además, cada persona era invitada a reflexionar sobre las formas que consideraba más adecuadas para desarrollar la tarea, colaborando en la promoción de la autonomía, motivación y autoeficacia vinculada con la consecución de la misma (por ejemplo: promoviendo la participación de las personas con habilidades artísticas en actividades de este tipo, o en el desarrollo de actividades de atención y memoria a las personas con mejor rendimiento cognitivo).

Por último, se buscaba mediar en la compensación del déficit, al utilizar mecanismos alternativos para el cumplimiento de actividades, ya que en muchos casos las personas se excusaban de participar por problemas visuales o auditivos, para ello además de la utilización recursos técnicos y tecnológicos fue imprescindible. Además de la promoción del trabajo colaborativo entre personas participantes o con la ayuda de personas externas. Siendo el elemento más importante, la creación de un espacio de confianza y empatía entre participantes.

La utilización de los mecanismos de Selección, Optimización y Compensación, fue fundamental para la realización de las diferentes actividades, así como para la consolidación del enfoque de atención centrado en la persona desde una perspectiva del Ciclo Vital. Esto, por cuanto las diferentes actividades al usar como referente este modelo, invitaban al profesional a valorar a

la persona residente como sujeto único y que la persona participante, se observara como individuo capaz de realizar múltiples actividades, al valorar su condición actual.

Micronivel: impacto sobre el desarrollo de habilidades, competencias y conocimiento adquiridos

En el nivel más específico, se desarrolla una descripción de las características que confiere la labor psicológica y el ejercicio profesional con población adulta mayor institucionalizada. Asimismo, se realiza un análisis relacionado con las habilidades, competencias y conocimientos adquiridos desde los diferentes planos de acción ejecutados en la Práctica Dirigida.

En párrafos anteriores, se ha expuesto sobre el rol del y la profesional en Psicología a nivel tanto macrosocial, como inserto en una institución con características y necesidades específicas. Es mediante esa práctica donde este o esta profesional experimenta, modifica, adapta o mejora las habilidades y competencias adquiridas durante su formación profesional. Por lo anterior, se expone en la Tabla 5, un listado con estos conocimientos adquiridos y posteriormente se desarrolla un análisis de dicha información:

Tabla 5
Sistematización de competencias y habilidades adquiridas y potenciadas de acuerdo a los procesos de interacción con grupos específicos

Grupo de atención	Competencias y habilidades adquiridas	Competencias y habilidades potenciadas
Residentes	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad para la organización del tiempo, resolución de problemas y planificación. -Flexibilidad en los procesos de interacción y de atención directa -Desarrollo de criterio técnico para la toma de decisiones. -Desarrollo de un rol mediador y de facilitación de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pensamiento creativo y práctico, orientado a la resolución de problemas y adaptación de entornos. -Empatía y lectura del contexto. -Acompañamiento y escucha activa.

Tabla 5

Sistematización de competencias y habilidades adquiridas y potenciadas de acuerdo a los procesos de interacción con grupos específicos

Grupo de atención	Competencias y habilidades adquiridas	Competencias y habilidades potenciadas
Personal de Apoyo y Cuidadores(as)	-Comunicación verbal en entornos de aprendizaje. -Facilitación de procesos. -Escucha activa y promoción de la inclusión en los procesos de cambio.	-Pensamiento crítico y creativo para el trabajo con personal con diferentes niveles de escolaridad. -Comunicación verbal y asertiva.
Otros profesionales y personal administrativo	-Habilidad de gestión. -Manejo de la frustración en torno a la adaptación a cambios institucionales. -Orientación al aprendizaje. -Generación de alianzas interdepartamentales, para la implementación de procesos.	-Pensamiento creativo y deliberativo para la toma de decisiones. -Manejo de TICs. -Automotivación. -Actitud realista y propositiva orientada en soluciones.
Familias	-Negociación y persuasión para la inclusión en procesos. -Orientación al logro.	-Trabajo en equipo. -Empatía e inclusión en la toma de decisiones. -Comunicación asertiva.

Nota. Propuesta del autor basado en Orellana et al. (2007).

La experiencia práctica, en una institución de larga estancia, promueve la exploración, potenciación o adquisición cotidiana de habilidades y de recursos teórico-metodológicos para la facilitación de procesos y el trabajo efectivo con población adulta mayor y demás agentes sociales que se relacionan con ésta.

Orellana et al. (2007), hacen mención de 10 categorías de competencias generales para el y la profesional en psicología, que se relacionan con el quehacer profesional y la aplicabilidad del conocimiento en diferentes contextos. Dicha división sirve de base como modo de comprensión de las habilidades básicas que, de una u otra manera son necesarias y pertinentes para desarrollar intervenciones psicológicas eficaces y que causen impacto sobre las poblaciones meta.

Desde la experiencia desarrollada, la necesidad de implicarse en el contexto para realizar una lectura institucional que permita comprender el desenvolvimiento de su dinámica, es esencial para la toma de decisiones, la gestión de procesos, así como para la implementación de políticas y cambios posteriores. Para ello, es imprescindible aprender a diferenciar entre las situaciones concebidas institucionalmente como urgentes (emergentes), para abordarlas de forma eficiente y generar nuevos espacios que permitan identificar y asumir las situaciones invisibilizadas, que son importantes y medulares en la resolución de problemas.

La implicación del y la profesional en psicología, no solo en el trabajo administrativo, sino en el ejercicio profesional “en los pasillos”, se hizo necesaria para comprender de una forma integral la dinámica propia de la institución. Así como interactuar con los diferentes agentes sociales involucrados, formar alianzas y desarrollar intervenciones efectivas.

Además, mediante la práctica desarrollada, fue posible la generación de competencias asociadas al trabajo en equipo, la búsqueda de consensos por medio de la negociación con instancias administrativas y otros profesionales, así como la generación de espacios de discusión asertiva en donde se dote de voz a aquellas personas implicadas en los procesos de interacción (en este caso personal de cuidado, personas voluntarias, familiares y a las mismas personas residentes).

Para lograr ese acometido, fue necesario el trabajo interdisciplinario, así como la promoción de relaciones interpersonales de calidad, un pensamiento orientado a logros y la adaptación del lenguaje a cada grupo o población que se aborde. Por esto, el andamiaje, la construcción de puentes y el trabajo colaborativo, propositivo y basado en la evidencia, resulta esencial para la consecución de objetivos y para gestar cambios institucionales.

Por último, las competencias personales de actitud reflexiva y crítica, así como la revisión constante sobre el trabajo que se desarrolla, se convierten en factores clave para mantener la motivación en el trabajo, prevenir la frustración o la percepción de estancamiento. Para ello es necesaria: la revisión constante, la generación de espacios de diálogo y catarsis con personas de confianza, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la generación de objetivos en diferentes niveles de alcance que impulsen, el ejercicio profesional.

Los procesos de formación a nivel académico aportaron al sustentante, una serie de conocimientos generales que le permitieron desempeñarse en diferentes escenarios y ante situaciones diversas. En el caso del currículum de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, proporciona una formación polivalente y multiparadigmática que le otorgó al profesional, la posibilidad de adaptarse a las situaciones que acontecieron.

Sin embargo, la experiencia práctica fue imprescindible para potenciar algunas de esas habilidades y para desarrollar otras, en vista de que cada entorno de acción poseía particularidades en su definición y dinámica. Es hasta el momento de la implicación institucional, de cara a la realidad nacional, que se obtuvo una comprensión integral de las situaciones que aborda el y la profesional en Psicología y de la forma en que se concibe la profesión fuera de las aulas.

LIMITACIONES

- La principal limitación para la implementación flexible de procesos novedosos, se vinculó con los mecanismos rígidos de funcionamiento y la cultura institucional, situaciones que enlentecieron la ejecución de los mismos. En este caso, la mayoría de las decisiones se centralizaban en la Junta Directiva cuyas reuniones no siempre eran con la frecuencia deseada y en ocasiones, la prioridad de otras problemáticas postergaba la decisión sobre los asuntos académicos vinculados al proyecto.
- Aunado a la anterior, existían problemas presupuestarios que ocasionaban no poder tener un acceso expedito a materiales o a equipos tecnológicos, situación que fue un obstáculo para la realización de los talleres de psicoestimulación y las sesiones psicoeducativas.
- Por otra parte, el presupuesto institucional podía cubrir únicamente los honorarios de la Asesora Técnica durante medio tiempo laboral, situación que forzaba el desarrollo de las diferentes actividades en horario matutino entre semana, ocasionando dificultades en el desarrollo de actividades con funcionarios, familiares o personal voluntario.
- En relación con la cultura institucional y la disponibilidad de la Asesora Técnica, se enfrentaron dificultades para el cumplimiento de objetivos y en el desarrollo de actividades. Esto por cuanto, existían espacios de tiempo limitados para la planificación de las mismas, vinculado con la obligación de atención de múltiples situaciones emergentes que obstaculizaban el logro de ese acometido.

- Adicionalmente, la cultura institucional demandaba mayor interés en la realización de actividades recreativas con las cuales estaban familiarizados (por ejemplo sesiones diarias de juego de bingo), lo cual ocasionaba dificultad para desarrollar actividades terapéuticas de cualquier tipo.
- El espacio físico, contaba con limitaciones importantes, en tanto no se encontraba adaptado a las necesidades de las y los profesionales (en torno a privacidad, iluminación, mobiliario, atenuación del sonido exterior, entre otras), ni a las necesidades de las personas residentes (a nivel estructural, por ejemplo en relación con el disponibilidad de espacio para la movilización de personas en silla de ruedas)
- La indisposición de algunos y algunas profesionales en colaborar con la ejecución de actividades, fue un factor limitante para iniciarlas en el tiempo destinado, o bien en desarrollarlas cabalmente. La sobrecarga de trabajo o desorganización tanto del personal técnico como profesional, dificultó el desarrollo de intervenciones grupales e individuales con las personas residentes y familiares de éstas.

CONCLUSIONES

- Mediante la ejecución de la Práctica Dirigida, se logró la inserción exitosa de la figura del profesional en Psicología, evidenciando los beneficios de intervenciones que integren los aportes de la Gerontología y la Neuropsicología en la atención clínica. Además el uso de la psicoestimulación y desarrollo de procesos psicoeducativos, dirigidos a todos los agentes sociales involucrados en la dinámica institucional del Hogar Carlos María Ulloa.
- Se demostró la importancia de sostener sesiones clínicas psicológicas con las personas que demandaron atención personalizada o que, por criterio profesional, debieron incluirse en terapias individuales. Complementando la forma de atención presente hasta el momento, vinculada con el abordaje exclusivo de personas en situaciones de crisis o de situaciones emergentes.
- Fue posible constatar que, las intervenciones más efectivas con población adulta mayor, fueron desarrolladas por el profesional en Psicología desde una perspectiva multidimensional que implicó: inclusividad (participación de todas las personas), integralidad (implicación de ejes bio-psico-socio-espirituales, el contexto y la historia) e integración (trabajo colaborativo de todos los agentes sociales implicados).
- Se posicionó una visión de la evaluación cognitiva de la persona adulta mayor como forma de cribaje del estado funcional (de manera preventiva), abandonando así una concepción psicodiagnóstica y de categorización, a partir de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas. Lo anterior, resaltó la importancia de la valoración cualitativa, personalizada y vinculada con un criterio profesional basado en evidencia.

- Con la realización de 20 sesiones de estimulación y rehabilitación cognitiva, se evidenció la importancia en el Hogar Carlos María Ulloa, de reconceptualizar el rol profesional en Psicología, como un agente activo que desarrolla su trabajo desde el plano preventivo y de promoción de un envejecimiento saludable de sus residentes.
- Por medio de la ejecución de sesiones de estimulación y rehabilitación cognitiva, se comprobó que las intervenciones más efectivas contenían: actividades con estímulos verbales, visuales y auditivos además, promovían la conversación e interacción entre las personas participantes. Cuestiones que fungieron como instigadores de procesos autoreflexivos, de examinación, reconocimiento y motivación, así como promotores del reforzamiento de la valencia personal.
- Se resaltó la importancia de implementar terapias no farmacológicas para el abordaje gerontológico de las personas residentes, esto en consonancia con la conformación de grupos homogéneos de atención, siguiendo criterios técnicos de inclusión–exclusión de acuerdo al perfil funcional de la persona preseleccionada, en vista de las evaluaciones cognitivas realizadas.
- Con el desarrollo de cuatro sesiones psicoeducativas, se reconoció al profesional en Psicología como un recurso de apoyo, acompañamiento y asesoría para las personas funcionarias en la institución, residentes y familiares. Posicionando la labor psicológica desde el plano preventivo y de gestión del conocimiento.
- Se demostraron los beneficios de la capacitación en materia de vejez y envejecimiento con el personal técnico, mediante una perspectiva constructivista, en donde las personas participantes de los procesos psicoeducativos se sensibilizaron en torno al trabajo con población adulta

mayor y equipararon sus conocimientos en la materia, promoviendo la autonomía de la persona residente y desarrollando su trabajo desde el paradigma del ciclo vital y el envejecimiento satisfactorio.

- El espacio de trabajo y psicoeducación con familiares de residentes, permitió reabrir los canales de comunicación entre estos y el personal del Departamento de Gerontología en busca del desarrollo actividades conjuntas y de instar al involucramiento en la atención de la persona que reside en la institución.
- La inserción profesional en el espacio gerontológico de institucionalización, le permitió al sustentante ampliar sus competencias y habilidades en el desarrollo de procesos de evaluación, rehabilitación y estimulación cognitiva, así como atención psicológica directa, en formato individual y grupal, con población adulta mayor heterogénea; en la planificación, ejecución y evaluación de sesiones psicoeducativas; en el trabajo interdisciplinario; en la participación de procesos de selección de personal técnico y profesional; y en la sistematización de información y gestión de procesos gerontológicos con diferentes grupos etarios.
- Se evidenció que, el trabajo con población adulta mayor institucionalizada demanda, del y la profesional en Psicología una actitud proactiva y propositiva, con orientación al logro, que promueva el trabajo interdisciplinario y que se implique con los diferentes agentes sociales involucrado en la toma de decisiones y en el desarrollo de actividades.
- La aplicación de los mecanismos de selección, optimización y compensación en el desarrollo de las diferentes actividades realizadas, permitió promover la perspectiva de que es posible envejecer bien y con calidad de vida aún en presencia de discapacidad o deterioro si esto se

compensa de forma externa. Para ello, es necesario instar al empoderamiento de la persona para que, se disponga a participar, identificar sus límites y potencialidades y a recibir ayuda si la necesita.

- Fue posible dilucidar con la práctica realizada, que es posible trascender los límites vinculados al modelo de atención de la población adulta mayor residente, sin necesidad de desarrollar cambios estructurales extensos o costosos, basta con extender el nivel de acción profesional y permitir la inclusión de otros actores sociales involucrados en la labor institucional.

RECOMENDACIONES

Al Hogar Carlos María Ulloa

- Promover la consolidación del Departamento de Gerontología, por medio de la dotación de mayor recurso humano. Esto con la finalidad de desarrollar mayores intervenciones con personas residentes y otros agentes sociales involucrados, para cubrir necesidades importantes que trascienden los acontecimientos emergentes.
- Generar espacios de escucha y acompañamiento del personal, tanto técnico como profesional, que les proporcione mayor satisfacción y calidez en el ambiente de trabajo y que de forma implícita repercuta en el modo de atención de la población residente.
- Al Departamento Administrativo y la Junta Directiva, apoyar los esfuerzos del trabajo interdisciplinario, en torno a la ejecución del Programa Institucional de Docencia Interna. Lo anterior, con la finalidad de consolidar un modelo de atención centrado en la persona, que le proporcione mayor autonomía a las personas residentes y que repercuta positivamente en la atención de las mismas al redefinir los roles de trabajo del personal de la institución.
- Promover la cooperación interinstitucional, estudiando la posibilidad de abrir mayores espacios de práctica supervisada a estudiantes universitarios en diferentes áreas, que hagan frente a las limitaciones presupuestarias de contratación de más personal. Apoyando la propuesta del Departamento de Gerontología en torno a la apertura de campos clínicos y de ejercicio profesional, en forma de “Hogar Escuela”, formalmente constituida y con protocolos y directrices claras de atención para los y las estudiantes.

- Crear y mantener espacios de diálogo interdisciplinario para la facilitación de procesos y el trabajo conjunto con vista en objetivos comunes. Promoviendo el trabajo colaborativo y el desarrollo de intervenciones integrales, con un mayor impacto sobre las poblaciones hacia las que van dirigidas.
- Propiciar el uso de nuevos canales de comunicación institucional que faciliten la transferencia de la información, impliquen a los diferentes agentes sociales involucrados y que hagan efectiva la atención de las persona residentes.

Al Departamento de Gerontología

- Desarrollar intervenciones con el personal técnico y profesional que insten la interacción, trabajo en equipo, espacios de catarsis, apoyo y acompañamiento grupal, que incidan positivamente en la motivación para el desarrollo del trabajo y repercutan en una mejor atención de las personas residentes.
- Gestionar espacios de capacitación para el personal técnico y profesional de la institución, en materia de vejez y envejecimiento, por medio de procesos psicoeducativos participativos y de alto nivel que promuevan, la equiparación del conocimiento y la ejecución de intervenciones que beneficien a las personas residentes.
- Actuar en consonancia con el nuevo Modelo de Atención Centrado en la Persona, propuesto para la implementación general en la institución, esto en torno a la evaluación del rol y las funciones ejecutadas por el o la profesional en Psicología. Siendo necesario trascender del rol solicitado al rol necesitado, el cual parte del trato personalizado de la persona residente, del

trabajo con las personas funcionarias en otros departamentos, así como con familiares y que participe de un proceso de autoevaluación y de lectura constante del contexto de intervención.

- Implementar espacios de interacción con las personas adultas mayores residentes y el personal de la institución, por medio de recorridos por los espacios físicos de la institución, así como la formulación y el mantenimiento de espacios directos de interlocución con estas personas en el plano no formal (fuera de la oficina).
- Continuar con la inclusión de familiares y personal voluntario en los espacios de interacción formal de la institución. Reformulando y/o reforzando los roles que ejecutan, en el advenimiento de una mejor calidad de vida para las personas adultas mayores residentes.
- Desarrollar bases de datos interdepartamentales que permitan conocer los perfiles gerontológicos de las personas residentes, se recomienda utilizar herramientas de edición simultánea como “Google Drive” para la introducción sincrónica de datos. Esto permitirá también, conocer estadísticas y desarrollar proyecciones sobre la situación de salud de las personas residentes.

Al Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

- Promover la formulación y promulgación de políticas orientadas al cambio paradigmático en torno al abordaje e intervención psicológica con Población Adulta Mayor en Costa Rica.

A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica

- Instar a los y las estudiantes a desarrollar Prácticas Dirigidas de Graduación, las cuales además de dotar de herramientas y competencias en el ejercicio de la profesión, les permitirán obtener experiencia laboral en el campo. También se puede complementar con la realización de pasantías u otros ejercicios de inserción profesional que evidencien la necesidad de la intervención psicológica en diferentes espacios de trabajo.
- Promover la modificación curricular y/o apertura de mayores cursos y módulos que instrumenten a los y las estudiantes en materia de vejez y envejecimiento, lo anterior por cuanto actualmente la formación en esta materia es laxa y a diferencia de la preparación para la intervención con otros grupos etarios, en el caso del trabajo con personas adultas mayores existe poca preparación teórica y práctica.
- Generar convenios de colaboración con instituciones como CONAPAM, AGEICO, instituciones de larga estancia, centros diurnos, etcétera; que promuevan el desarrollo de trabajo colaborativo por medio de inserciones en docencia, investigación y acción social.
- Promover la investigación científica y la adaptación de escalas e instrumentos dirigidos a población adulta mayor, en vista de la necesidad de obtener insumos técnicos e instrumentales que, se ajusten a las características y necesidades de nuestro país.
- Generar espacios de diálogo académico (seminarios, foros, talleres, mesas de discusión, entre otros), sobre temáticas relacionadas con nuevas perspectivas de abordaje y comprensión de la vejez y el envejecimiento, dirigidas a la comunidad universitaria y al público general.

REFERENCIAS

- Abarca, K. (2011). *Aplicabilidad de la Música en el aula para la atención de los problemas emocionales*. San José: Editorial Arboleda.
- Allevato, M.A. & Gaviria, J. (2008). Envejecimiento. *Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas*, 31, 154-162.
- Alvarado, A.I. (octubre, 2013). *Presentan manual de animación sociocultural*. Recuperado de <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2013/10/01/presentan-manual-de-animacion-sociocultural.html>
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260. doi:10.1037/0003-066X.59.4.236
- Arias, I.E. & Barrantes, T. (1996). *Programa de Capacitación Permanente para el personal del Hogar de Ancianos Carlos María Ulloa* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Aristazábal-Vallejo, N. (2001). La psicogerontología un desafío para el siglo XXI. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 1(1), 97-102.
- Arroyo-Anlló, E., Poveda, J., & Chamorro, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.

- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., Staudinger, U. & Linderberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Reviews of Psychology*, 50, 471-507.
- Beaumont, G. (2000). Clinical neuropsychology in practice. *Clinical neuropsychology*, 13(1), 16-17.
- Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, 6, 1-14.
- Blanco-Molina, M., Castro-Rojas, M.D., & Salazar-Villanea, M. (setiembre, 2013). *Línea de investigación envejecimiento, memoria y síndromes demenciales: historia, resultados y proyecciones para el futuro*. Ponencia presentada en el I Congreso Universitario sobre Envejecimiento Poblacional, San José, Costa Rica.
- Boker, S. (2013). Selection, Optimization, Compensation, and Equilibrium Dynamics. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26(1), 61-73. doi: 10.1024/1662-9647/a000081
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.

- Brown, C. & Lowis, M. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17, 415-426. doi: 10.1016/S0890-4065(03)00061-6
- Calero, M. D., & Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17(2), 187-202.
- Campos, E. (2011). Características de la musicoterapia. *Revista Eduinnova*, 28, 0-0.
- Castro-Rojas, M. D., & Salazar-Villanea, M. (2014). Rendimiento cognitivo de personas adultas mayores que participan en grupos organizados en San José. *Actualidades en Psicología*, 28(116), 41-53.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013a). *Envejecimiento Poblacional. San José: CONAPAM.* Recuperado de <http://www.conapam.go.cr/pdf/FOLLETO%20ENVEJECIMIENTO.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013b). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021. San José: CONAPAM.* Recuperado de <http://www.conapam.go.cr/pdf/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%202011-2021.pdf>
- Díaz, E. & Sosa, A.M. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN*, 14(6), 0-0. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n6/san15610.pdf>

Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Facio, T. (2007). *Uso de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la Atención de Personas Adultas Mayores con Desórdenes de Depresión, Ansiedad o Irritabilidad* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Fernández-Ballesteros, R. (octubre, 2007). *Psicogerontología: Su importancia como ámbito aplicado*. INFOCOP. Recuperado de <https://www.cop.es/infocop/pdf/1507.pdf>

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. & Zamarrón, M.D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Gamboa, A.G., Mora, D.M., Murillo, M., Rodríguez, D. & Trejos, P. (2002). *Programa de capacitación y acompañamiento dirigido a cuidadores de personas adultas mayores en el Hogar para Ancianos San Pedro Claver de Pavas, Hogar para Ancianos de Guápiles, Centro Diurno Quintín Vargas de Tacaes de Grecia* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Harley, C.B. (1991). Telomere loss: mitotic clock or genetic time bomb? *Mutation Research*, 256(2-6), 271-282.

Hayflick, L. (1979). The cell biology of Human Ageing. *Journal of Investigation Dermatology*, 73, 8-14. doi: 10.1111/1523-1747.ep12532752

Hogar Carlos María Ulloa. (2014). *Historia del Hogar Carlos María Ulloa*. Recuperado de <http://hcmu.org/historia.htm>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Censo 2011. Características Demográficas. C03. Población total, grupo edad, provincia, cantón, sexo*. San José: INEC. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>

Knopman, D.S., DeKosky, S.T., Cummings, J.L., Chui, H., Corey-Bloom, J, Relkin, N., Small, G.W., Miller, B.; & Stevens, J.C. (2001). Practice Parameter: Diagnosis of Dementia (An evidence-based review). *Neurology*, 56(9), 1143-1153. doi: 10.1212/WNL.56.9.1143

Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The Mini Mental State Examination (MMSE). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 3. Recuperado de <http://www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf>

Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 4. Recuperado de http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4_span.pdf

Ley N° 7935, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999) (legislado).

Ley N° 8393, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2003) (legislado).

López, M.D. (2008). *El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo*.

Recuperado de <http://www.morellpsicologia.com/guias/006-FOCAD-01.pdf>

Madrigal, A.L. & Ramírez, S. (1998). *Programa de capacitación con énfasis en la estimulación mental y física de la persona mayor, dirigido a residentes, personal y voluntarios del Hogar de Ancianos Miguel Moreno Arellano, Puntarenas, julio 1998* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Maroto, M.A. (2003). *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>

Martínez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. País Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

Muñoz, J. (2006). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

Nasreddine, Z., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(4), 595-599.

- Ojeda, N. (2013). *Intervenciones de promoción del envejecimiento activo como estrategia de prevención de la discapacidad y dependencia en personas mayores en Bizkaia*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia y Universidad de Deusto. Recuperado de <http://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2013/06/PROYECTO-REHACOP.pdf>
- Orellana, O., García, L., Sarria, C., Morocho, J., Herrera, E., Salazar, M., Yanac, E., Rivera, J., Sotelo, N., & Arce, F. (2007). Perfil Profesional de Competencias del Psicólogo Sanmarquino. *Revista IIPSI, 10(2)*, 111-136.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y el International Longevity Centre – UK. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010*. Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F00-F09>
- Organización Mundial de la Salud. (2012a). *Datos Interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012b). *Envejecimiento y Ciclo de Vida*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2012c). *Nota descriptiva N°362. Demencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Palacios, V. & Morales, J. C. (2011). *Memoria en el Anciano*. Bogotá: Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano y Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación, S.A.

Portellano, J.A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw Hill.

Querejeta, A., Farías, Y., Moreno, M., Crostelli, A., Stecco, J., Venier, A., Godoy, J., & Pilatti, A. (2012). Test Neuropsi: Normas según edad y nivel de instrucción en Argentina. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6(2), 48-58. doi:10.7714/cnps/6.2.204

Ramírez, M. S. (2011). *Espacios de escucha e interacción comunicacional socio-afectiva desde el modelo teórico-práctico rogeriano para las personas adultas mayores de la Asociación Centro Diurno de Atención Integral de Ancianos de Palmares, Alajuela. 2010-2011* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Retureta, B., Rodríguez B., López, Y., & Travieso, M. (2012). Terapia de rehabilitación con entrenador mental en el adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 18(2). Recuperado de http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_2_12/hab02212.html

Salazar, M. (2010). *Recordando Experiencias: Programa de intervención con reminiscencia para personas adultas mayores. Guía para Terapeutas*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.

- Salazar, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1-2), 123-146.
- Salazar-Villanea, M. & Blanco-Molina, M. (noviembre, 2010). *Envejecimiento y desarrollo personal y social: ¿La actividad como paradigma incuestionable?* Ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Gerontología, San José, Costa Rica.
- Salazar-Villanea, M. & Coto-Yglesias, F. (setiembre, 2013). *EDAD (The Epidemiology and Development of Alzheimer's Disease). Fase 1: Envejecimiento saludable en zonas urbanas y rurales*. Ponencia presentada en el I Congreso Universitario sobre Envejecimiento Poblacional, San José, Costa Rica.
- Salazar-Villanea, M. (2006). Psicología y envejecimiento: Retos pendientes en Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*, 25(38), 23-35.
- Santamaría, J.L. (2004). *El psicólogo en el proceso de envejecimiento. Vejez y calidad de vida*. Recuperado de <http://www2.copbizkaia.org/descargas/9feb04.doc>
- Schaie, K.W. & Willis, S.L. (2003). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Schoklitsch, A. & Baumann, U. (2012). Generativity and aging: A promising future research topic? *Journal of Aging Studies*, 26, 262-272. doi: 10.1016/j.jaging.2012.01.002.

Sevilla, K. (2010). La intervención gerontológica con personas cuidadoras de personas adultas mayores. *Anales en gerontología*, 6, 113-121.

Umaña, K. (2008). *Atención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Emocional a nivel Grupal, Individual y /o Familiar en Personas Adultas Mayores con Depresión en los EBAIS de Granadilla y Hacienda Vieja* (Práctica Dirigida de Licenciatura). Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Urrutia, A., Cornachione, M. A., Moisset, G., Ferragut, L., & Guzmán, E. (2009). El desarrollo cumbre de la generatividad en adultas mayores: aspectos centrales en su narrativa vital. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(3). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1180/2830>

Vargas, S. (diciembre, 2012). *TCU-602. Envejecimiento exitoso a lo largo de la vida*. Recuperado de <http://www.enfermeria.ucr.ac.cr/index.php/accion-social/tcu/10-accion/46-tcu-602>

Yuste, N., Rubio, R., & Alexandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

ANEXOS



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional*.

Anexo 1: Taller de Estimulación Cognitiva por Musicoterapia y Movimiento (TMtM)

Coordina: Bach. Carlos Mata Marín

Sesiones: 12 (1 por semana)

Duración estimada por sesión: 90 minutos

Máximo de personas participantes por grupo: 12 personas (recomendado)

Objetivo general: Potenciar las capacidades de atención, concentración y memoria operativa utilizando la música y el movimiento como recurso de impacto cognitivo.

Descripción:

De acuerdo con Campos (2011), la musicoterapia es el uso de la música o instrumentos musicales con fines terapéuticos, según este autor, esta metodología promueve “la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de atender las necesidades físicas, emocionales, mentales y cognitivas.” (Campos, 2011, p.1). Con lo anterior, es importante resaltar el potencial de esta modalidad terapéutica para el abordaje integral de las personas (ejes bio-psico-socio-espiritual).

Se propone desarrollar un espacio de estimulación, interacción e introspección por medio de la música y el movimiento corporal para un grupo de personas adultas mayores, residentes en el Hogar Carlos María Ulloa. Los resultados esperados al desarrollar las sesiones TMtM son:

-Recreación: Maximizar la utilización del tiempo libre de las personas adultas mayores participantes por medio de actividades que contribuyan con el desarrollo de un envejecimiento activo.

-Salud física: Aprovechar los beneficios de la actividad física en el funcionamiento orgánico de las personas adultas mayores participantes.

-Salud psicológica: Desarrollar una mayor autoeficacia en las personas participantes que favorezca el aumento de la autonomía y la valencia personal percibida (autoestima), como sujetos

capaces de realizar actividades y recibir reconocimiento personal y por parte de otras personas. Estimulación cognitiva centrada en la potenciación de la atención, concentración, memoria operativa y funciones ejecutivas (planeamiento, secuenciación y organización de la información).

-Socialización: Establecimiento de vínculos por medio de la interacción con otras personas, conformación de identidad grupal por medio de la cual se sientan incluidos y aceptados por otras personas.

-Espiritualidad: Utilizando la música como vehículo de introspección que le permita a cada persona mantener una conexión consigo misma y las demás personas, en busca de la trascendencia.

Criterios de inclusión: Personas adultas mayores hombres y mujeres con independencia funcional:

1. Sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve
2. Con posibilidad de movilización de extremidades superiores y/o inferiores (personas que utilizan silla de ruedas, bastón o andadera pueden participar)
3. La inscripción y participación será voluntaria.

Criterios de exclusión:

1. Personas con movilidad nula
2. Trastornos neurocognitivos o deterioro cognitivo moderado y severo
3. Personas con problemas visuales o auditivos severos
4. Personas con enfermedades respiratorias o cardíacas crónicas.

Cronograma por sesiones:

Sesión 1		
Actividad	Descripción	Materiales
1. Bienvenida y encuadre (15 min)	Se desarrolló un ejercicio de presentación grupal en el que cada participante debía decir su nombre, residencia y tipo de música preferida. Posteriormente se expuso el encuadre de realización de la actividad: número de sesiones, horario, objetivos, metodología, etc.	- Hojas para recolectar información de participantes - Bolígrafos
2. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona.	
3. Sesión psicoeducativa (30 min)	Se expuso el tema de “La importancia de la música para el ser humano”, haciendo énfasis en la vinculación de ésta con la estimulación de cuatro ejes: biológico, psicológico, social y espiritual. Se instó a las personas participantes a opinar sobre el tema.	- Papelógrafo - Pilots
4. Ejercicio discriminación auditiva (20 minutos)	Se reprodujo la canción “Que nadie” del cantautor Manuel Carrasco, posterior a la escucha de la canción se examinó la letra y se reflexionó sobre la injerencia emocional en cada participante.	- Computadora, canción previamente seleccionada - Letra de la canción
5. Cierre (15 min)	Recolección de ideas, sugerencias, agradecimiento y cierre	- Hojas para recolectar información de participantes - Bolígrafos

Sesión 2		
Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (15 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. Se utilizó la canción “Greensleeves” (la cual se repitió en las sesiones subsiguientes como estrategia de anclaje mnemotécnico).	- Música de fondo, parlantes
3. Ejercicio de atención-concentración (20 min)	Se leyó la letra de la canción “Gracias a la vida”, se repartieron tarjetas con imágenes entre los asistentes, en el momento en el que se mencionaba el objeto consignado en la tarjeta el participante debía levantarlo.	- Computadora, canción previamente seleccionada, tarjetas con imágenes impresas.
4. Merienda (15 min)		
5. Ejercicio de secuenciación y memoria operativa (20 minutos)	Cada participante implementará un movimiento siguiendo el ritmo de la canción “La bamba” a modo de círculo cada persona repetirá el movimiento formando una cadena.	- Computadora, canción previamente seleccionada.
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Estímulos visuales – Sesión 2

- Las imágenes y el texto se presentan en mayor tamaño

 <p>(Dos luceros)</p>	 <p>(Fondo estrellado)</p>
 <p>(Sonido)</p>	 <p>(Abecedario)</p>
 <p>(Pies cansado)</p>	 <p>(Playas)</p>
 <p>(Ciudades)</p>	 <p>(Charcos)</p>



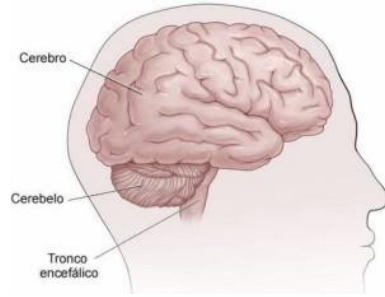
(Desiertos)



(Montañas)



(Llanos)



(Cerebro humano)



(Risa)



(Canto)



(Luz alumbrando)



(Corazón)



(Llanto)



(Ojos claros)

Gracias a la vida

Cantautora Mercedes Sossa

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio **dos luceros** que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo su **fondo estrellado**
Y en las multitudes el hombre que yo amo.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el **sonido** y el **abecedario**
Con él las palabras que pienso y declaro
Madre amigo hermano y **luz alumbrando**,
La ruta del alma del que estoy amando.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis **pies cansados**
Con ellos anduve **ciudades** y **charcos**,
Playas y **desiertos**, **montañas** y **llanos**
Y la casa tuya, tu calle y tu patio.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio el **corazón** que agita su marco
Cuando miro el fruto del **cerebro humano**,
Cuando miro al bueno tan lejos del malo,
Cuando miro al fondo de tus **ojos claros**.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la **risa** y me ha dado el **llanto**,
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi **canto**
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto.

Gracias a la vida
Gracias a la vida
Gracias a la vida
Gracias a la vida

Sesión 3

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (15 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. Se utilizó la canción “Greensleeves”, esto como estrategia para el anclaje mnemotécnico y la consolidación de la rutina.	- Música de fondo
3. Ejercicio de fluidez verbal y memoria de corto plazo (20 min)	Se hizo el juego de la “papa caliente”, cada persona tuvo que pasarle un objeto a la otra, cuando la música se detuvo la persona con el objeto debió mencionar dos palabras que iniciaran con la letra seleccionada al azar. Al final se trabajó recordando las palabras expuestas por las personas participantes. La canción utilizada como estímulo de movimiento fue “Rock in Jail”.	- Computadora, canción previamente seleccionada, un recipiente, tarjetas con letras impresas.
4. Merienda (15 min)		
5. Ejercicio de secuenciación y memoria operativa (20 minutos)	De pie (de acuerdo a las posibilidades de cada participante) y haciendo el uso de un aro, cada participante implementó un movimiento siguiendo el ritmo de una canción, cada persona reprodujo el movimiento propuesto formando una cadena. El ejercicio se repitió dos veces, la segunda vez se hizo de forma continua.	- Computadora, canción previamente seleccionada.
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Estímulos visuales – Sesión 3

A	H	O	V
B	I	P	W
C	J	Q	X
D	K	R	Y
E	L	S	Z
F	M	T	
G	N	U	

Sesión 4

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (15 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. Se utilizó la canción “Greensleeves”, esto como estrategia para el anclaje mnemotécnico y la consolidación de la rutina.	- Música de fondo
3. Merienda (15 min)		
4. Ejercicio de atención, concentración, memoria de corto plazo y secuenciación (40 min)	Durante la primera parte se utilizó como recurso auditivo una melodía formulada para la ocasión*, la cual fue escuchada y complementada por las personas adultas mayores participantes, posterior a la memorización de ésta. En una segunda parte, se interpretó la melodía diseñada en conjunto, añadiendo movimiento con maracas según el tempo.	- Guitarra, maracas, otros instrumentos musicales disponibles
5. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Nota. *La melodía fue formulada con la colaboración de Magda Obando, Rebeca Vives y Sofía Valverde, estudiantes de Educación Musical de la Universidad de Costa Rica, quienes realizaban TCU en la institución. La canción se formuló de acuerdo a las preferencias y solicitudes grupales.

Sesión 5

Instrumento	Descripción	Materiales
1. Bienvenida e introducción a la actividad del día	Se realizó una descripción de la actividad del día referente a la elaboración de instrumentos musicales para el uso en sesiones futuras. Se llevan tres opciones basados en Abarca (2011) y cada participante podía escoger el instrumento de acuerdo con su preferencia.	
2. Definición y elaboración de un sonajero con semillas	1. Introducción teórico-práctica definiendo y ejemplificando el sonajero. 2. Elaboración del sonajero: a. En una lata de bebida, se colocan las semillas o granos, la cantidad varía dependiendo del grado del sonido que se quiera producir. b. Se tapa el orificio con cinta adhesiva. Para decorarlo se forra y se decora al gusto.	-Latas de bebidas -Semillas o granos -Goma silicona fría -Masking tape -Papel de regalo -Temperas -Tijeras -Pilots
3. Definición y elaboración de un bongo	1. Introducción teórico-práctica definiendo y ejemplificando el sonajero. 2. Elaboración del bongo a. Se corta la base de una botella plástica de bebida cuidando que no queden filos. b. Se corta el cuello de un globo usado y se coloca éste cubriendo la base. c. Se amarra el globo con un elástico para evitar que se salga. d. Se pueden utilizar tarros de diferentes tamaños para producir distintos sonidos. e. Para producir un sonido metálico, colocar al revés un tarro sin tapa.	-Botellas de plástico -Globos -Ligas -Paletas
4. Definición y elaboración de una maraca	1. Introducción teórico-práctica definiendo y ejemplificando la maraca. 2. Elaboración de la maraca a. Se hace un agujero en la parte inferior de la botella de plástico. b. Se vierte el pegamento en el agujero. c. Se conecta la paleta a la botella y se deja secar. d. Repita este proceso con la segunda botella. e. Se llana cada botella con el grano o la semilla. f. Se decora a gusto.	Botellas de plástico pequeñas Semillas o granos Papeles Silicona fría Pinturas Pilots

Nota. Procedimientos tomados de Abarca, K. (2011). *Aplicabilidad de la Música en el aula para la atención de los problemas emocionales*. San José: Editorial Arboleda.

Sesión 6

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. Se utilizó la canción “Greensleeves”, esto como estrategia para el anclaje mnemotécnico y la consolidación de la rutina.	- Música de fondo
3. Ejercicio de atención, concentración, discriminación auditiva, reminiscencia (25 min)	Se dividieron las personas participantes en dos subgrupos, cada uno de ellos tuvo al alcance 5 paletas con colores diferentes. Cada subgrupo, tras escuchar 30 segundos de cada canción preseleccionada, debía identificar el género de la misma, siguiendo una categorización por colores: azul = música de película, verde = bolero, amarillo = sevillanas, morado = tango, rojo = música de otra categoría. Se sumaba 1 punto por cada paleta correcta, 1 punto adicional si adivinaba el nombre de la canción o el artista.	- Computadora, parlantes, 10 paletas de colores (azul, verde, amarillo, morado, rojo / 2 paletas de cada color).
4. Merienda (15 min)		
5. Ejercicio de atención y reflexión (20 min)	Se leyó y analizó la letra de la canción “Color Esperanza”, posteriormente se escuchó la melodía y se hizo un seguimiento con los instrumentos contruidos durante la sesión anterior.	- Computadora, parlantes, canción “Color esperanza”, instrumentos musicales contruidos (bongó, maracas, sonajeros)
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	-

Estímulos verbales – Sesión 6

Grupo 1	Grupo 2
Tango	Tango
Película	Película
Bolero	Bolero
Sevillana	Sevillana
Extraña	Extraña

COLOR ESPERANZA

Cantautor Diego Torres

Sé que hay en tus ojos con solo mirar
que estás cansado de andar y de andar
y caminar girando siempre en un lugar

Sé que las ventanas se pueden abrir
cambiar el aire depende de ti
te ayudará vale la pena una vez más

Saber que se puede querer que se pueda
quitarse los miedos sacarlos afuera
pintarse la cara color esperanza
tentar al futuro con el corazón

Es mejor perderse que nunca embarcar
mejor tentarse a dejar de intentar
aunque ya ves que no es tan fácil empezar

Sé que lo imposible se puede lograr
que la tristeza algún día se irá
y así será la vida cambia y cambiará

Sentirás que el alma vuela
por cantar una vez más

-Estribillo x dos veces-

Vale más poder brillar
que solo buscar ver el sol

Sesión 7

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. Se utilizó la canción “Greensleeves”, esto como estrategia para el anclaje mnemotécnico y la consolidación de la rutina.	- Música de fondo
3. Ejercicio de atención, concentración, discriminación auditiva y memoria de trabajo (20 min)	Se reprodujeron una serie de canciones donde se mencionaban lugares o nombres propios, las personas participantes debían identificar y seleccionar entre las opciones descritas en el papel a cuál se referían en cada canción.	- Computadora - Hojas de selección única - Marcadores
4. Merienda (10 min)		
5. Ejercicio de atención, discriminación auditiva, seguimiento de instrucciones. Autoeficacia (30 min)	Se ensayaron una serie de canciones preseleccionadas de acuerdo a la solicitud de las personas participantes (“Bésame mucho”, “Quizás, quizás quizás”, “Caña dulce”), dichas melodías se expondrían en una actividad pública a otros residentes de la institución*	- Computadora, parlantes, canción “Color esperanza”, instrumentos musicales construidos (bongó, maracas, sonajeros).
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Nota. *Esta actividad fue desarrollada con el apoyo de Magda Obando, Rebeca Vives y Sofía Valverde, estudiantes de Educación Musical de la Universidad de Costa Rica, quienes realizaban TCU en la institución.

Estímulos verbales – Sesión 7

Marque con una X la opción que considera correcta:

Macarena	Margarita	Mercedes

Cuba	México	Nicaragua

Leda	Ema	Eva

Buenos Aires	San Juan	Montevideo

M ^a Mercedes	M ^a Eugenia	M ^a Dolores

QUIZÁS, QUIZÁS, QUIZÁS

Cantautor Osvaldo Farrés

Siempre que te pregunto,
que cuándo, cómo y dónde,
tú siempre me respondes;
quizás, quizás, quizás.

Y así pasan los días,
y yo hay desesperando,
y tú, tú contestando;
quizás, quizás, quizás.

Estás perdiendo el tiempo,
pensando, pensando;
por lo que más tú quieras,
hasta cuando, hasta cuándo.

Y así pasan los días,
y yo hay desesperando,
y tú, tú contestando;
quizás, quizás, quizás.

Siempre que te pregunto,
que cuándo, cómo y dónde,
tú siempre me respondes;
quizás, quizás, quizás.

Y así pasan los días,
y yo hay desesperando,
y tú, tú contestando;
quizás, quizás, quizás.

Estas perdiendo el tiempo,
pensando, pensando;
por lo que más tú quieras,
hasta cuando, hasta cuándo.

Hay, y así pasan los días,
y yo hay desesperando,
y tú, tú contestando;
quizás, quizás, quizás.
quizás, quizás, quizás.
quizás, quizás, quizás.

CAÑA DULCE

*Letra de J. Salas Pérez
Música de J. Daniel Zúñiga*

Caña dulce pa moler
cuando tenga mi casita:
¡Oh, qué suerte tan bonita
que pa mí tendrá que ser!

Cuando apunte el verolís
y yo viva con mi nena,
no tendré ninguna pena
y seré siempre feliz.

Tendré entonces mi casita
y una milpa y buenos bueyes
y seré como esos reyes
que no envidian ya nadita.

Con mi Dios y mi morena,
caña dulce y buen amor,
esta vida noble y buena
pasaré sin un rencor.

BÉSAME MUCHO

Letra Consuelito Velázquez

Bésame, bésame mucho
Como si fuera esta noche
la última vez

Bésame, bésame mucho
que tengo miedo a tenerte
y perderte después

Quiero tenerte muy cerca
mirarme en tus ojos
estar junto a mí

Piensa que tal vez mañana
yo ya estaré lejos
muy lejos de aquí

Bésame, bésame mucho
Como si fuera esta noche
la última vez

Bésame, bésame mucho
que tengo miedo a tenerte
y perderte después.

Bésame, bésame mucho
Como si fuera esta noche
la última vez

Bésame, bésame mucho
que tengo miedo a tenerte
y perderte después

Quiero tenerte muy cerca
mirarme en tus ojos
estar junto a mí

Piensa que tal vez mañana
yo ya estaré lejos
muy lejos de aquí

Bésame, bésame mucho
Como si fuera esta noche
la última vez

Bésame, bésame mucho
que tengo miedo a tenerte
y perderte después.

Que tengo miedo a tenerte
y perderte después.

Sesión 8

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. En este caso se utilizó una canción con inspiración ambiental como forma de anclaje a escenario imaginario.	- Música de fondo
3. Ejercicio de atención, concentración, discriminación auditiva y memoria de trabajo (20 min)	Se hizo el juego de la “papa caliente”, una persona debió pasar a la otra un aro mientras que se reproducía música, cuando ésta se detuvo, la persona que queda con el aro en la mano trató de encestarlo en un cono ubicado en el centro del espacio, si fallaba debía responder una adivinanza (imagen o texto).	- Computadora - Presentación con adivinanzas - Música de fondo
4. Merienda (10 min)		
5. Ejercicio de atención, discriminación auditiva, seguimiento de instrucciones. Autoeficacia (30 min)	Se ensayaron una serie de canciones previamente seleccionadas por las personas participantes (“Bésame mucho”, “Quizás, quizás quizás”, “Caña dulce”). Debían seguirse las melodías y reproducirse según las indicaciones expuestas.	- Computadora, parlantes. - Canciones seleccionadas
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Sesión 9

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. En este caso se utilizó una canción con inspiración ambiental como forma de anclaje a escenario imaginario.	- Música de fondo
3. Ejercicio de atención, concentración, discriminación auditiva y memoria de trabajo (20 min)	Se dividió el grupo en parejas, cada una debía escuchar el sonido de un instrumentos musical particular, posteriormente tenía que levantar una paleta con la categoría de instrumentos que le correspondía (viento, percusión, cuerda, otro). Luego de identificar el grupo al que pertenecía, la pareja debió decir el nombre del instrumento que sonaba.	- Computadora - Sonidos de instrumentos musicales - Paletas con nombre de categorías
4. Merienda (10 min)		
5. Ejercicio de atención, discriminación auditiva, seguimiento de instrucciones. Autoeficacia (30 min)	Se ensayaron una serie de canciones preseleccionadas de acuerdo a la solicitud de las personas participantes (“Bésame mucho”, “Quizás, quizás quizás”, “Caña dulce”).	- Computadora, parlantes. - Canciones seleccionadas
6. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Sesión 10

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. En este caso se utilizó una canción con inspiración ambiental como forma de anclaje a escenario imaginario.	Música de fondo
3. Merienda (10 min)		
4. Ejercicio de atención, discriminación auditiva, seguimiento de instrucciones. Autoeficacia (50 min)	Se ensayaron una serie de canciones previamente seleccionadas por las personas participantes (“Bésame mucho”, “Quizás, quizás quizás”, “Caña dulce”). Debían seguirse las melodías y reproducirse según las indicaciones expuestas. [Ensayo general para la presentación pública]	- Computadora, parlantes. - Canciones seleccionadas
5. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Sesión 11

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se harán preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitará a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. En este caso se utilizó una canción con inspiración ambiental como forma de anclaje a escenario imaginario.	- Música de fondo
3. Ejercicio de atención, funciones ejecutivas, memoria (10 min)	Cada persona desarrolló un ritmo que las demás deberían imitar, podían utilizarse palmadas, zapateos, o cualquier otro sonido que la persona determine.	
4. Ejercicio de atención, memoria, trabajo en equipo (20 min)	Se dividió el grupo en dos partes, cada subgrupo debía sacar una letra al azar y decir el nombre de una canción que empezara por ella. Si fallaban o no decían la canción debían lanzar una pelota (o un aro) y encestarla. Se escuchó el fragmento de la canción mencionada y se llevó un registro de éstas. Al final se hizo un recuento de las canciones escuchadas.	- Computadora - Pelota y cesta - Letras del abecedario recortadas - Hoja para el registro de canciones por subgrupo
5. Merienda (10 min)		
6. Memoria, identificación y asociación de emociones (20 min)	Cada persona anotó en una tarjeta una emoción y debió representarla con una canción. Tuvo que comentarle al grupo por qué eligió esa canción y esa emoción. Se escuchó un fragmento de la canción seleccionada.	- Computadora - Tarjetas de colores - Marcadores
7. Cierre (10 min)	Ejercicios de estiramiento, cierre y agradecimiento.	

Sesión 12

Actividad	Descripción	Materiales
1. Orientación a la realidad (10 min)	Se realizaron preguntas básicas de orientación en tiempo y espacio para conocer el nivel de consciencia de la persona. Se invitó a las personas participantes a hacer referencia a la sesión anterior.	
2. Ejercicio de relajación (10 min)	Se realizó un ejercicio de relajación básico basado en la respiración y la imaginación emotiva. En este caso se utilizó una canción con inspiración ambiental como forma de anclaje a escenario imaginario.	- Música de fondo
3. Discusión sobre proceso experimentado (20 min)	Se desarrolló un espacio de conversación en el que las personas participantes comentaron cual fue su experiencia en el proceso desarrollado. Se consiguieron opiniones e ideas para mejorar en eventos futuros.	
4. Merienda (15 min)		
5. Ensayo (30 min)	Ensayo de música navideña	- Letra de canciones
6. Cierre (5 min)	Agradecimiento por participar en el proceso y despedida.	

Resumen de fotografías



Nota. Se cuenta con la autorización de las personas adultas mayores participantes para la presentación de fotografías.

Anexo 2: Terapia por Reminiscencia (TR)

Coordina: Bach. Carlos Mata Marín

Sesiones: 8 (1 por semana)

Duración estimada por sesión: 90 minutos

Máximo de personas participantes por grupo: 3 personas (recomendado)

Objetivo general: Desarrollar ejercicios de rehabilitación cognitiva que fortalezcan la identidad y vivencia personal de la persona adulta mayor participante por medio de la terapia de reminiscencia.

Descripción:

La técnica de reminiscencia, de acuerdo con Salazar (2010), pretende “estimular la reconstrucción y narración de recuerdos significativos del pasado persona, relatando hechos, actos o vivencias en asociación a estímulos claves verbales y visuales” (p.11). Es una técnica terapéutica no farmacológica que tiene diversos beneficios personales y sociales, por ejemplo integración del pasado al presente, continuidad, reforzamiento de la identidad, aumento de la autoestima, resignificación personal, entre otras. (Ibídem).

Díaz y Sosa (2010) mencionan que la terapia de reminiscencia promueve “la activación de la atención y el aumento del lapso de tiempo de concentración de esta en pacientes con demencia.” (p.840), en donde la estimulación no solo es cognitiva, sino también funcional y social. Adicionalmente Portellano (2005) expone que esta técnica permite “evocar situaciones del pasado a través de un estímulo que puede ser un objeto antiguo, una fotografía, una música o una situación creada a través de los propios pacientes mediante su escenificación” (p.375), con esto se hace énfasis en el reforzamiento del sentido de identidad de la persona.

En relación con las personas que pueden participar en este tipo de terapia, Salazar (2012) expone que “la reminiscencia se trata de una forma de intervención que incide y estimula específicamente aquellas funciones con menor deterioro en los adultos mayores sanos y con Enfermedad de Alzheimer, a saber, la memoria autobiográfica” (p.133). Dato relevante para tener en cuenta que es una técnica idea para trabajar con personas que presentan algún deterioro cognitivo moderado o bien sufren de algún síndrome demencial.

Criterios de inclusión: Personas adultas mayores hombres y mujeres diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer.

Criterios de exclusión: Personas con deterioro cognitivo severo con dependencia total para la realización de actividades de la vida diaria, personas con problemas auditivos severos.

Metodología: Cada sesión se hizo una réplica de la anterior, pero abordando temáticas diferentes y utilizando recursos visuales distintos. En el cronograma que se adjunta al final de este anexo se utilizó de forma estandarizada en todas las sesiones (para personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer es importante a nivel terapéutico conformar rutinas de actividades).

Los temas abordados fueron:

Semana 1: Vida en familia

Semana 2: Relaciones de pareja

Semana 3: Vida laboral

Semana 4: Vestimenta, moda de antaño

Semana 5: Actividades de ocio y tiempo libre

Semana 6: Gastronomía costarricense

Semana 7: Festividades y fechas especiales

Semana 8: Personajes, mitos y leyendas del pasado

Hubo que hacer adaptaciones a los temas propuestos en Salazar (2010) debido a que por las particularidades del grupo el desarrollo de las sesiones se desarrollaron de diferente manera. Algunos temas fueron propuestos por el sustentante de acuerdo a la lectura hecha del grupo de trabajo en cuanto a afinidades y temáticas expresadas.

Al final de cada sesión el sustentante realizó una evaluación subjetiva del desempeño grupal, siguiendo el instrumento de evaluación presente en el manual utilizado (Salazar, 2010).

Cronograma replicado durante las sesiones:

Sesión N° ____

Tema: _____

Actividad	Descripción	Materiales
1. Bienvenida (10 min)	Se realizó una presentación del espacio y una introducción al tema de la sesión	
2. Ejercicio de respiración (10 min)	Se realizó un ejercicio de respiración con la finalidad de disminuir la respuesta ansiosa de las participantes, se utilizó música de fondo. Al finalizar se les preguntó ¿Cómo se sienten?	- Música de fondo
3. Ejercicio de reconstrucción con claves verbales (20 min)	Se buscó contestar las siguientes preguntas (Salazar, 2010): 1. Cuénteme una historia suya sobre su vida en familia con tantos detalles como sea posible. 2. Dígame ¿Quiénes conformaban su familia?, ¿Cómo era su vida en familia?, ¿Dónde vivía usted?, ¿Qué costumbres tenían?, ¿Qué actividades hacía cuando era niña?, ¿Qué actividades hacía cuando era adolescente? 3. ¿Por qué es especialmente importante para usted esa experiencia? 4. ¿Qué sentimientos le provoca ahora ese recuerdo? ¿Cómo se siente ahora al contarlo?	
4. Merienda (10 min)		
5. Ejercicio de reconstrucción con claves visuales (30 min)	Se buscó contestar las siguientes preguntas (Salazar, 2010): 1. Miren esta fotografía ¿Les recuerda algo de esa etapa? 2. Cuénteme alguna historia que se relacione con esta fotografía. 3. ¿Por qué es especialmente importante para usted esa experiencia? 4. ¿Qué sentimientos le provoca ahora ese recuerdo? ¿Cómo se siente ahora al contarlo?	- Fotografías impresas
6. Despedida (10 min)	Se hizo un resumen de la sesión, se agradece a las participantes y se les invita a la próxima sesión.	- Música de fondo

Hoja de registro por sesión:

Terapia por Reminiscencia
Registro de sesión # ____

Participantes:

Fecha de sesión:

Tema:

Evaluación cualitativa: _____

Selecciones un número de 0 a 3:

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Disposición	0: Se rehúsa a participar 1: Requiere persuasión 2: Necesita constantes instrucciones e incentivos 3: Participa de manera espontánea	0: Se rehúsa a participar 1: Requiere persuasión 2: Necesita constantes instrucciones e incentivos 3: Participa de manera espontánea	0: Se rehúsa a participar 1: Requiere persuasión 2: Necesita constantes instrucciones e incentivos 3: Participa de manera espontánea
Colaboración	0: Disruptivo 1: No aporta ni colabora 2: Habla solo cuando se le pregunta 3: Responde e interacciona adecuadamente	0: Disruptivo 1: No aporta ni colabora 2: Habla solo cuando se le pregunta 3: Responde e interacciona adecuadamente	0: Disruptivo 1: No aporta ni colabora 2: Habla solo cuando se le pregunta 3: Responde e interacciona adecuadamente
Memoria	0: No evoca 1: Reconstruye incidentes confusos 2: Buen recuerdo por claves 3: Reminiscencia espontánea por claves adicionales	0: No evoca 1: Reconstruye incidentes confusos 2: Buen recuerdo por claves 3: Reminiscencia espontánea por claves adicionales	0: No evoca 1: Reconstruye incidentes confusos 2: Buen recuerdo por claves 3: Reminiscencia espontánea por claves adicionales
Disfrute / nivel de entretenimiento	0: No muestra signos de disfrute 1: Muestra escaso disfrute o placer 2: Hay algunos indicios ocasionales, gestuales o verbales, visibles de disfrute 3: Disfruta la sesión	0: No muestra signos de disfrute 1: Muestra escaso disfrute o placer 2: Hay algunos indicios ocasionales, gestuales o verbales, visibles de disfrute 3: Disfruta la sesión	0: No muestra signos de disfrute 1: Muestra escaso disfrute o placer 2: Hay algunos indicios ocasionales, gestuales o verbales, visibles de disfrute 3: Disfruta la sesión

Confusión / contribuciones inapropiadas	0: Responde inapropiadamente 1: Casi todas sus contribuciones son confusas 2: Algunas contribuciones inapropiadas 3: Responde y contribuye apropiadamente durante la sesión	0: Responde inapropiadamente 1: Casi todas sus contribuciones son confusas 2: Algunas contribuciones inapropiadas 3: Responde y contribuye apropiadamente durante la sesión	0: Responde inapropiadamente 1: Casi todas sus contribuciones son confusas 2: Algunas contribuciones inapropiadas 3: Responde y contribuye apropiadamente durante la sesión
Nivel de energía	0: Adormilado 1: Cansancio persistente 2: Adormecido intermitentemente 3: Apropiadamente calmo o nivel de energía adecuado	0: Adormilado 1: Cansancio persistente 2: Adormecido intermitentemente 3: Apropiadamente calmo o nivel de energía adecuado	0: Adormilado 1: Cansancio persistente 2: Adormecido intermitentemente 3: Apropiadamente calmo o nivel de energía adecuado
Valencia emocional de la reminiscencia	0: No reminiscencia 1: Reconstruye recuerdos neutros 2: Reconstruye recuerdos positivos 3: Reconstruye recuerdos negativos	0: No reminiscencia 1: Reconstruye recuerdos neutros 2: Reconstruye recuerdos positivos 3: Reconstruye recuerdos negativos	0: No reminiscencia 1: Reconstruye recuerdos neutros 2: Reconstruye recuerdos positivos 3: Reconstruye recuerdos negativos
Especificidad episódica	0: Ausencia de respuesta o incapacidad para reconstruir un recuerdo pertinente al tema 1: Recuerdo personal vago o respuesta basada en memoria semántica 2: Evento personal localizado en el tiempo y lugar pero no específico, o evento específico pero sin reconstrucción del tiempo y lugar 3: Reminiscencia episódica, con recuerdo de detalles sobre el tiempo y lugar específicos.	0: Ausencia de respuesta o incapacidad para reconstruir un recuerdo pertinente al tema 1: Recuerdo personal vago o respuesta basada en memoria semántica 2: Evento personal localizado en el tiempo y lugar pero no específico, o evento específico pero sin reconstrucción del tiempo y lugar 3: Reminiscencia episódica, con recuerdo de detalles sobre el tiempo y lugar específicos.	0: Ausencia de respuesta o incapacidad para reconstruir un recuerdo pertinente al tema 1: Recuerdo personal vago o respuesta basada en memoria semántica 2: Evento personal localizado en el tiempo y lugar pero no específico, o evento específico pero sin reconstrucción del tiempo y lugar 3: Reminiscencia episódica, con recuerdo de detalles sobre el tiempo y lugar específicos.
Observaciones	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Registro de fotografías de sesiones




Nota. Se cuenta con la autorización de las personas adultas mayores participantes para la presentación de fotografías.

Anexo 3: Sesiones psicoeducativas dirigidas al personal técnico de la institución

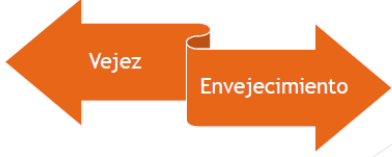
Material psicoeducativo – Sesión 1

Envejecimiento y vejez: Un recorrido por el ciclo vital



B.Ps. Carlos Mata Martín
Psicólogo
carlosmatamartin@gmail.com

Punto de partida



Envejecimiento saludable




¿Quién es una persona “demente”?


Conociendo sobre trastornos neurocognitivos

La demencia es un deterioro adquirido, crónico y generalizado de las funciones cognitivas, que afecta a dos o más áreas: memoria, capacidad para resolver problemas, realización de actividades perceptivo-motrices, utilización de habilidades de la vida diaria y control emocional.

(Portellano, 2005)



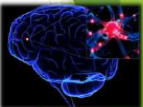
Enfermedad de Alzheimer



- ▶ Tipo de demencia más frecuente: 70% al 75% de las personas diagnosticadas
- ▶ Personas afectadas no tienen consciencia de su condición
- ▶ Deterioro progresivo e irreversible de funciones cerebrales
 - ▶ Memoria
 - ▶ Lenguaje
 - ▶ Reconocimiento de personas / objetos / lugares
 - ▶ Sintomatología depresiva (30% de los casos)
 - ▶ Ideas delirantes y alucinatorias (50% de los casos) → Compensación
 - ▶ Pasividad, baja tolerancia a la frustración, humor cambiante

Enfermedad Vascular

- ▶ Causada por enfermedad cerebrovascular (infarto cerebral)
- ▶ Segunda causa por demencia: 10% al 15% de los casos
- ▶ Factores de riesgo: Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares
- ▶ Manifestaciones:
 - ▶ Comienzo brusco
 - ▶ Trastornos del control de esfínteres
 - ▶ Trastornos de la marcha
 - ▶ Se da en forma de escalonadamente progresiva
 - ▶ Raramente olvidan acontecimientos importantes
 - ▶ Episodios depresivos y de reconocimiento pasajeros



Enfermedad por Cuerpos de Lewy


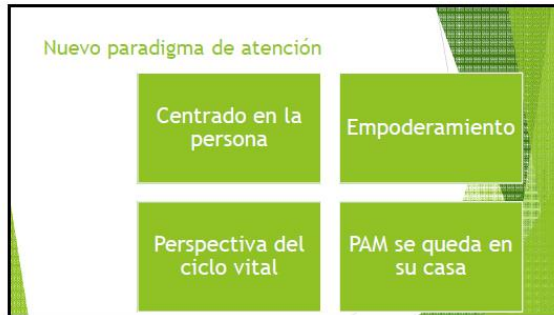
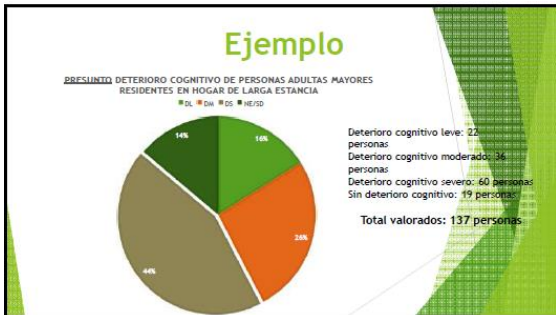
Robin Williams padecía demencia de cuerpos de Lewy



- Combinación de trastornos motores, cognitivos y psiquiátricos
- Necesaria la presencia de 2 o 3 de las siguientes manifestaciones:
 - Variaciones intensas en la atención y el nivel de consciencia → confusión
 - Alucinaciones visuales muy detalladas
 - Tembor incontrolable en las manos u otras partes del cuerpo

Otros Trastornos Neurocognitivos

- Enfermedad frontotemporal
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Por Sífilis
- Por VIH
- Por abuso de drogas o alcohol
- Entre otras

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN

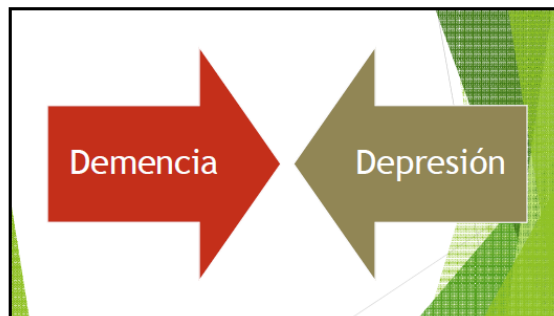
MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en capacidades y habilidades	Se centran en los déficits y necesidades
Se comparten decisiones	Las decisiones dependen de los/as profesionales
Ven a la gente dentro de su entorno habitual	Encajamos a la gente en el contexto de los servicios sociales
Esbozan un estilo de vida con un limitado número de experiencias deseables	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones
Se centran en la calidad de vida	Se centran en cubrir las plazas de un servicio
Crean equipos para solucionar los problemas	Confían en equipos interdisciplinarios
Animan a los que trabajan directamente a tomar decisiones	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente
Organizan acciones para usuarios/as, familias y trabajadores/as	Organizan reuniones para los/as profesionales
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo	Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala
Utilizan un lenguaje familiar y cálido	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos
Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas	Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.

Importancia de las redes sociales



Redes sociales de apoyo

- Si PAM no recibe o no percibe la suficiente atención de sus familiares:
 - Experimenta sensación de pérdida del rol que desempeñaba en el núcleo familiar
 - Preocupación constante que conlleva sensación de desarraigo:
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Psicomatización
 - Introversión
 - Aislamiento



Percepción de PAM sobre problemas propios de su edad

Soledad:
59% de PAM

Rechazo familiar:
33% de PAM

Vivir en un hogar de larga estancia para personas adultas mayores

- ▶ Nueva casa, nueva familia, nuevas reglas: ¿ADAPTACIÓN?
- ▶ Modelo de atención de necesidades básicas **centrado en el servicio**
 - ▶ Indefensión aprendida
- ▶ Sobrecarga de trabajo de personas cuidadoras: ¿Qué causas?



Actividad

Comprendiendo el concepto de indefensión aprendida



Bibliografía


- ▶ Agüera, E.; & Tunes, I. (2011). Demencia. *Medicine*, 10(76), 5123-5128.
- ▶ Dulcey, E.; & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- ▶ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, agencia d'informació, avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIIAQ3*. Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación de España.
- ▶ Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- ▶ Salazar-Villanea, M.; & Blanco-Molina, M. (noviembre, 2010). Envejecimiento y desarrollo personal y social: ¿la actividad como paradigma inquestionable? Ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Gerontología, San José, Costa Rica.

Material psicoeducativo – Sesión 2



CUIDÁNDOME PARA CUIDAR | B.Ps. Carlos Mañá Marín
Psicólogo

INDEFENSIÓN APRENDIDA



VIDEO

SER CUIDADOR(A) EN UNA INSTITUCIÓN

- Responsabilizarse de la P.A.M. (higiene, alimentación, vestido, etc.)
- Afrontamiento de sobrecarga física y emocional del cuidado
- Compaginar trabajo (desgaste) con situaciones personales
- Acoplarse a cambios institucionales

SÍNDROME DE BURNOUT

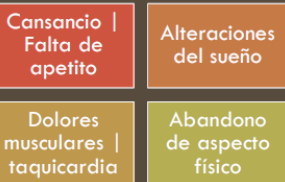
Conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y laboral.

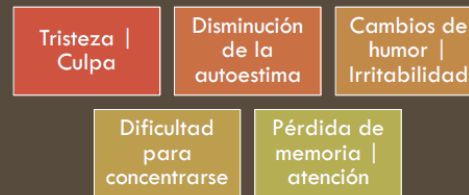
FASES



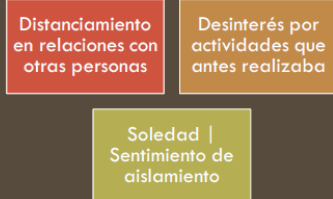
SEÑALES FÍSICAS



SEÑALES EMOCIONALES



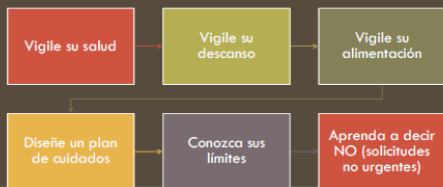
SEÑALES SOCIALES



TEST

- 1. Agotamiento emocional:** Sentimiento de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. **Problema: SI ALTO**
- 2. Despersonalización:** Respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objetos de atención. **Problema: SI ALTO**
- 3. Realización personal:** Sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia las demás personas. **Problema: SI BAJO**

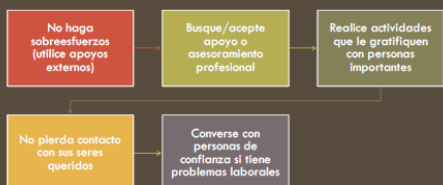
CONSEJOS PARA PREVENIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR(A)



CONSEJOS PARA PREVENIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR(A)



CONSEJOS PARA PREVENIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR(A)



CONSTRUYENDO UN PLAN DE ACCIÓN

Registro fotográfico



Anexo 4: Sesión psicoeducativa dirigida a familiares de personas residentes


Material psicoeducativo



Contribuyendo al bienestar de mi familiar



B.Ps. Carlos Mata Marín
Psicólogo - U.C.R.
Práctica Profesional H.C.M.U.
ccmatamarin@gmail.com



Agenda

- 9:00 am = Bienvenida (M.Sc. Katia Sevilla)
- 9:05 am = Recolección de información
- 9:20 am = Contextualizando el Hogar Carlos María Ulloa (Licda. Sonia Valerín)
- 9:50 am = Charla 1: Contribuyendo al bienestar de mi familiar (B.Ps. Carlos Mata)
- 10:15 am = Refrigerio
- 10:30 am = Charla 2: Nutrición y bienestar de la persona adulta mayor (Dra. Karen Guerrero)
- 11:00 am = Actividad inclusiva (M.Sc. Katia Sevilla y B.Ps. Carlos Mata)

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> Sitúan su foco en capacidades y habilidades Se comparten decisiones Ven a la gente dentro de su entorno habitual Esbozan un estilo de vida con un limitado número de experiencias deseables Se centran en la calidad de vida Crean equipos para solucionar los problemas Animan a los que trabajan directamente a tomar decisiones Organizan acciones para usuarios/as, familias y trabajadores/as Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo Utilizan un lenguaje familiar y claro Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas 	<ul style="list-style-type: none"> Se centran en los déficits y necesidades Las decisiones dependen de los/as profesionales Encierran a la gente en el contexto de los servicios sociales Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones Se centran en cubrir las plazas de un servicio Confían en equipos interdisciplinarios Delegan el trabajo en los que trabajan directamente Organizan reuniones para los/as profesionales Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala Manejan un lenguaje técnico y con tecnicismos Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.

Algunas características de distintos modelos de atención. Adaptado de Sevilla, J. (2010). *El Hogar Carlos María Ulloa*. Sevilla: Ulloa.

Punto de partida

¿Qué significa para usted que un familiar resida en una institución de larga estancia?



Importancia de las redes sociales

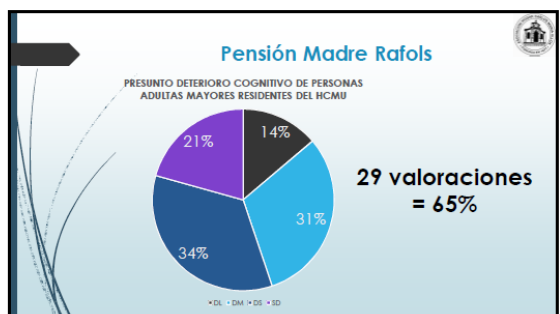
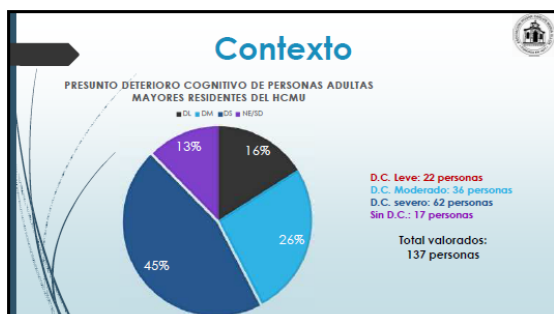


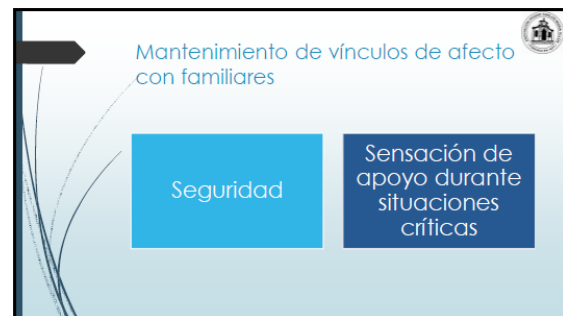
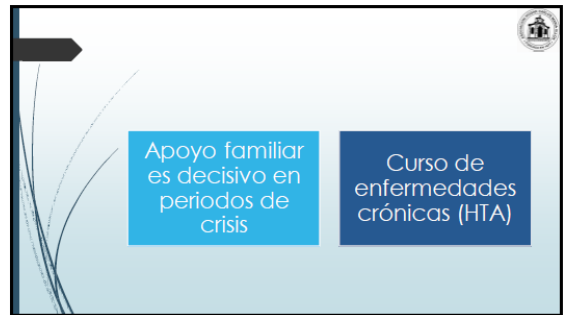
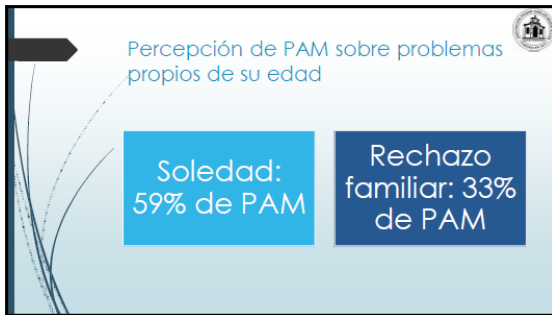
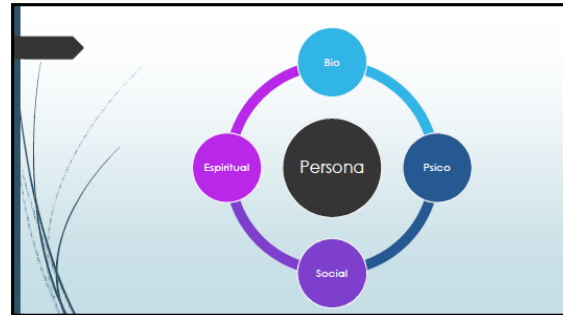
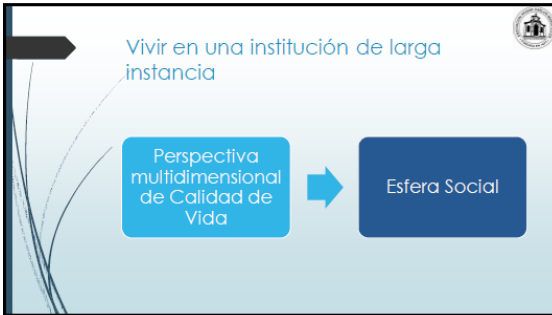

Redes sociales de apoyo

Redes Sociales de Apoyo

Optimización del estado de salud y bienestar

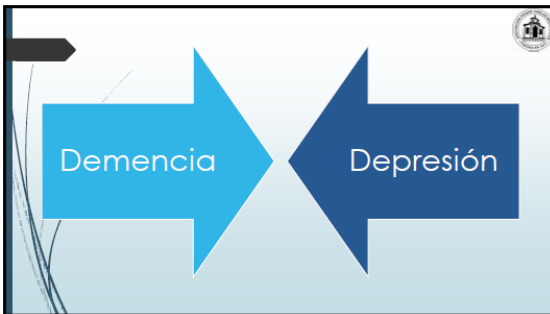
Factor restaurador si salud está comprometida







- Si PAM no recibe o no percibe la suficiente atención de sus familiares:
 - Experimenta sensación de pérdida del rol que desempeñaba en el núcleo familiar
 - Preocupación constante que conlleva sensación y percepción de desarraigo:
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Psicomatización
 - Introversión
 - Aislamiento

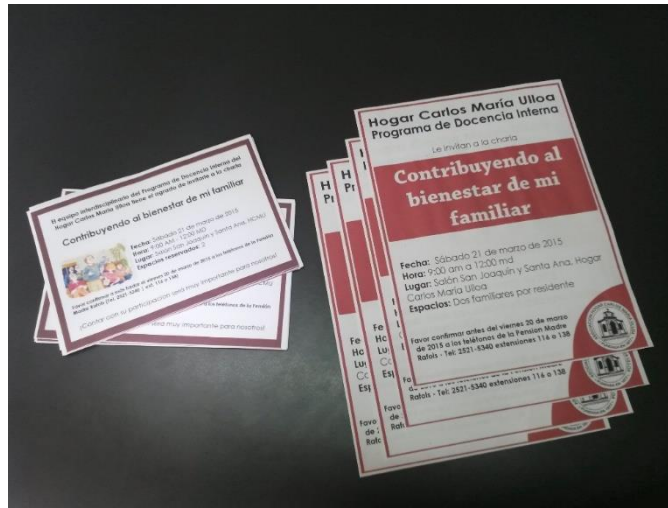


- ¿Por dónde empezar?
- Necesidad de corresponsabilidad Institución – Familia - Persona Adulta Mayor
 - Empoderamiento de P.A.M.
 - Motivación, apoyo, acompañamiento
 - Identificación de límites (de diferentes partes involucrados)
 - Potenciación de habilidades preservadas

¿Preguntas?

¡Muchas gracias!

Registro fotográfico



Cuestionario de frases incompletas formulado para conocer la percepción de las familias sobre las labores de cuidado de su familiar

**HOGAR CARLOS MARÍA ULLOA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN GERONTOLÓGICA**

Cuestionario de frases incompletas

Tenemos interés en conocer cuál es la opinión que ustedes tienen sobre el proceso de envejecimiento y el significado de residir en una institución de cuidado. Por favor conteste en cada espacio en blanco cómo podría completarse la oración que allí se presenta. Debe contestarse **una hoja por familia**. El cuestionario es anónimo, por lo que les solicitamos que sean lo más sinceros(as) posible.

Frases:

1. Una persona es adulta mayor cuando _____

2. Las políticas del gobierno para las personas adultas mayores nos parecen

3. Es necesario ingresar a una persona adulta mayor a una residencia de cuidado (“Hogar de Ancianos”) cuando _____

4. Para mi familia el proceso de ingreso de nuestro familiar al Hogar Carlos María Ulloa fue

5. La atención que recibe nuestro familiar en el Hogar Carlos María Ulloa nos parece

6. Lo positivo de no tener que asumir el cuidado de mi familiar es _____

7. Lo negativo de no tener que asumir el cuidado de mi familiar es _____

8. Seleccionamos el Hogar Carlos María Ulloa porque _____

9. Lo que hacemos como familia ahora que nuestro familiar se encuentra residiendo en el Hogar Carlos María Ulloa es _____

10. Lo que necesita nuestro familiar de parte de nuestra familia ahora que se encuentra residiendo en el Hogar Carlos María Ulloa es _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

Sistematización de resultados de la sesión psicoeducativa con familias sobre vejez, envejecimiento y corresponsabilidad en la labor de cuidado

“Contribuyendo en el bienestar de mi familiar”

Actividad dirigida a familiares de residentes en la Pensión Madre Rafols

Fecha: Sábado 21 de marzo de 2015

Duración: 135 minutos (desde las 9:30 am hasta las 11:45 am)

Participantes: Licda. Sonia Valerín, Departamento de Administración; Bach. Carlos Mata, practicante Universidad de Costa Rica; M.Sc. Katia Sevilla, Departamento de Gerontología; Dra. Karen Guerrero, Departamento de Nutrición.

Desarrollo:

Durante la semana del 16 al 20 de marzo de 2015 se desarrolla la coordinación de la actividad por parte del Departamento de Gerontología y el grupo de estudiantes de trabajo social de la Universidad Libre de Costa Rica, con el apoyo de las enfermeras de la Pensión Madre Rafols.

La convocatoria se desarrolla por medio de cuatro formas de divulgación: colocación de afiches en las pizarras informativas de la residencia Madre Rafols, entrega de volantes informativos a familiares y personal externo de cuidado de las personas residentes de la pensión, y envío de correos electrónicos y llamadas telefónicas a los familiares responsables de las personas adultas mayores residentes de la pensión.

El día 21 de marzo se inicia la actividad mencionada al ser las 9:30 de la mañana con tres familiares presentes VGH y VC, hijo y nuera de la señora BH, y CC, sobrina del señor AE. Además estuvieron presentes la señora JF, la señora MB, el señor JS y el señor AE. A media mañana se incorporan dos familiares más, GG, hija de la señora NE y MC, hija el señor AC.

Se desarrollan las actividades según el cronograma, la presentación a cargo de la M.Sc. Katia Sevilla y la Licda. Sonia Valerín, posteriormente se aborda la contextualización institucional a cargo de la Licda. Sonia Valerín, seguido la charla del Bach. Carlos Mata

sobre la importancia de la inclusión de las familias en el cuidado, atención y acompañamiento de las personas residentes en la institución. Se realizó un receso para el refrigerio y finalmente la Dra. Karen Guerrero aporta una charla sobre alimentación saludable y se realiza una recolección de información por medio de dos cuestionarios y una conversación. De lo anterior se recupera la siguiente información:

- Cuestionario de frases incompletas (síntesis de respuestas):

3. Es necesario ingresar a una persona adulta mayor a una residencia de cuidado (“Hogar de Ancianos”) cuando: la familia presenta dificultades para atender a la persona adulta mayor por pérdida de autonomía y funcionalidad.

5. La atención que recibe nuestro familiar en el Hogar Carlos María Ulloa nos parece: excelente o muy buena, se exponen inconvenientes para la adaptación a los horarios de comida y el tipo de alimentación que se les brinda.

6. Lo positivo de no tener que asumir el cuidado de mi familiar es: tranquilidad porque se encuentran atendidos por personal capacitado y profesionales.

7. Lo negativo de no tener que asumir el cuidado de mi familiar es: culpa, sensación de que se encuentran lejos de los seres queridos.

9. Lo que hacemos como familia ahora que nuestro familiar se encuentra residiendo en el Hogar Carlos María Ulloa es: mantener un contacto constante (telefónico o presencial) y comprarle lo que necesita.

10. Lo que necesita nuestro familiar de parte de nuestra familia ahora que se encuentra residiendo en el Hogar Carlos María Ulloa es: acompañamiento, cuidado y que se sientan bien.

- Cuestionario corto de preguntas abiertas (síntesis de respuestas):

1. ¿Qué acciones podría tomar la institución para potenciar la calidad de vida de las personas residentes?

Fomentar actividades que motiven a las personas adultas mayores residentes, por ejemplo paseos o charlas sobre temáticas diversas como historia del arte, noticias del día, entre otras.

2. ¿Qué podríamos hacer nosotros, como familiares, amigos y/o personas cercanas, para mejorar la calidad de vida de nuestros familiares residentes en la institución?

La integración de la familia a la institución, manteniendo un acercamiento con el equipo interdisciplinario y así coordinar en conjunto actividades recreativas. Además mostrar atención e interés y demostrar el amor que les tienen.

La actividad finalizó a las 11:45 am, posterior a la discusión que se desarrolló sobre las respuestas aportadas en los cuestionarios.

Conclusiones:

De la totalidad de familias contactadas para la actividad confirmaron 21 de ellas y acudieron a la actividad cuatro.

Se abordan temáticas sobre cambio de paradigma de atención al Modelo Centrado en la Persona, la contextualización institucional, la promoción de la inclusión de las personas familiares en las tareas del cuidado y la importancia de la alimentación saludable.

Se obtiene información relevante de parte de los familiares en torno a la relación institución – familias, se expone un deseo de implicación en futuras actividades, así como la demanda de crear más espacios de interacción entre las partes.

Se atiende el caso particular del señor VG, quien solicita desarrollar una reunión familiar para mejorar la comunicación y atención de su madre BH.

Recomendaciones:

Desarrollar actividades de interacción familia-institución en el marco del Modelo de Atención Centrado en la Persona, desarrollando conversatorios, talleres u otras actividades que promuevan la implicación de las familias en la corresponsabilidad del cuidado de las personas adultas mayores residentes.

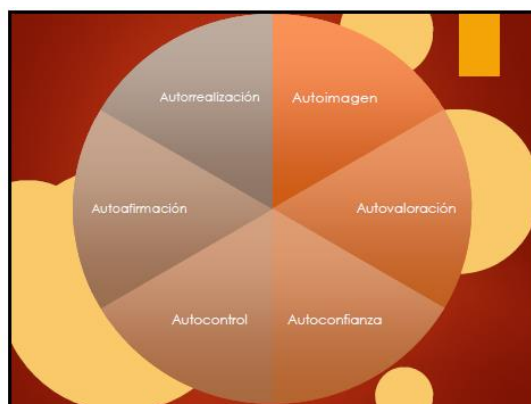
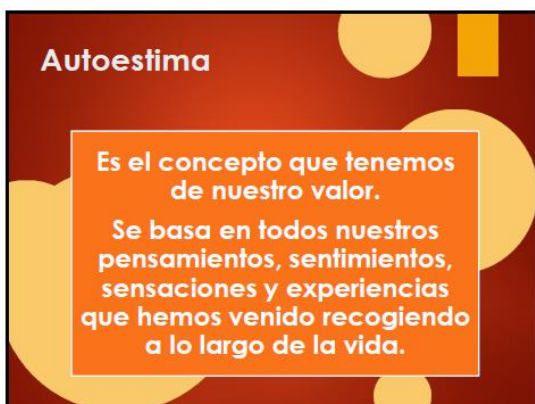
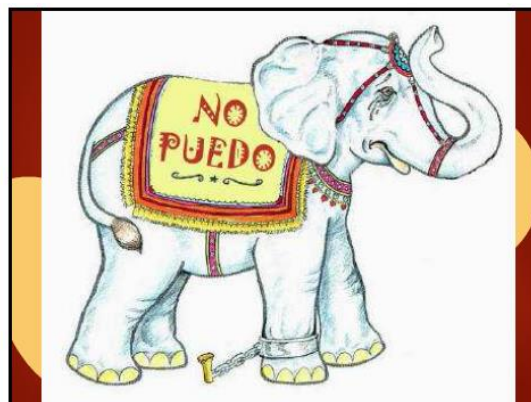
Atender, de acuerdo a las posibilidades institucionales, las recomendaciones dadas por las personas asistentes sobre el desarrollo de actividades con las personas residentes como paseos o espacios informativos para las personas que se mantienen con un funcionamiento cognitivo y funcional óptimo.

Replicar la actividad en la pensión Madre Rafols en una fecha y hora que permita a más familias asistir, previa indagación de horarios de visita; asimismo desarrollar una convocatoria con mínimo 15 días de antelación.

Desarrollar una intervención familiar con los hijos de la señora BH en coordinación con el Departamento de Gerontología.

Anexo 5: Sesión psicoeducativa con personas adultas mayores residentes

Material psicoeducativo



3. Autoconfianza

- ▶ Saber que se pueden hacer bien las cosas
- ▶ Seguridad al realizarlas
- ▶ Evitamos:
 - ▶ Sentimiento de incapacidad
 - ▶ Ansiedad
 - ▶ Duda
 - ▶ Congoja



4. Autocontrol

- ▶ Ejercicio del dominio propio
- ▶ Tomamos consciencia de lo que queremos, lo que podemos y lo que debemos
- ▶ Evitamos:
 - ▶ Descuido de uno mismo
 - ▶ Desorganización



5. Autoafirmación

- ▶ Libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía
- ▶ Si tengo razón no me siento más, si no la tengo no me siento menos
- ▶ Evitamos:
 - ▶ Autoanulación
 - ▶ Sobredependencia



6. Autorrealización

- ▶ Desarrollo y expresión adecuada de las capacidades propias, para vivir, una vida satisfactoria de provecho para uno mismo y nuestros seres queridos.
- ▶ A pesar de las circunstancias, soy feliz en donde estoy y con lo que tengo.
- ▶ Evitamos:
 - ▶ Esterilidad existencial



9 cosas para mejorar nuestra autoestima

ACEPTE(SE)

9 cosas para mejorar nuestra autoestima

PLANEE, SEA REALISTA

9 cosas para mejorar nuestra autoestima

SIENTA, EXPRESE

9 cosas para mejorar nuestra autoestima

SAQUE TIEMPO PARA USTED

9 cosas para mejorar
nuestra autoestima

DESE ÁNIMOS

9 cosas para mejorar
nuestra autoestima

RESPETE(SE)

9 cosas para mejorar
nuestra autoestima

CUIDE(SE)

9 cosas para mejorar
nuestra autoestima

APOYE(SE)

9 cosas para mejorar
nuestra autoestima

AME(SE)

SILUETA

- ▶ Límites
- ▶ Potencialidades

Árbol de espejos



VIDEO



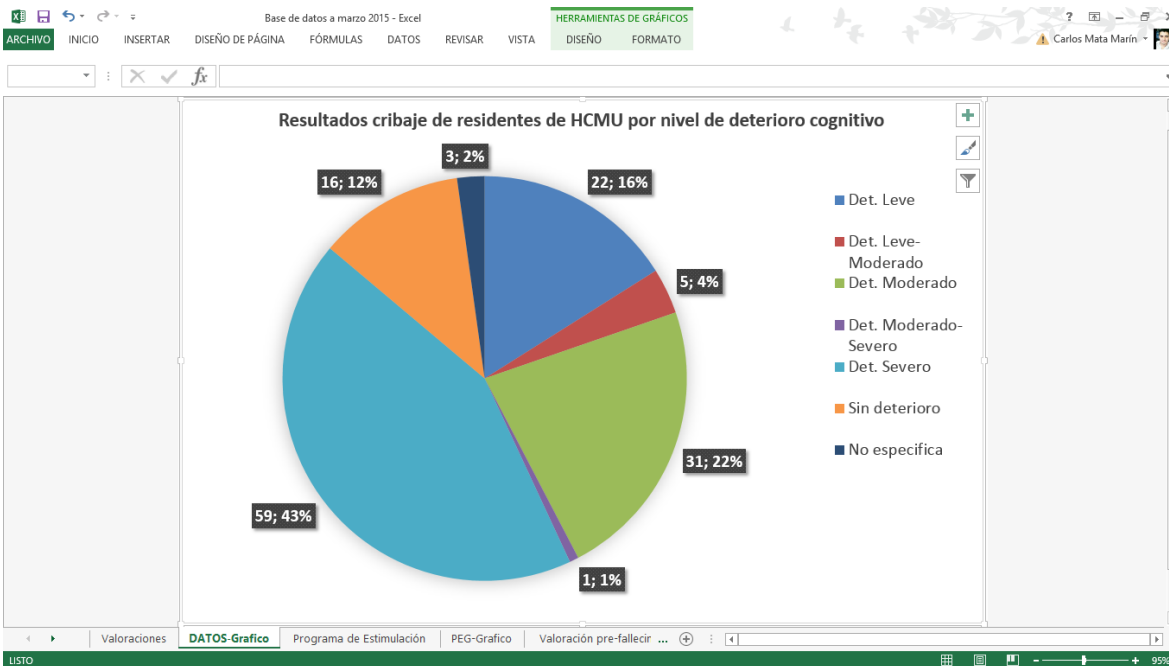
Registro fotográfico



Anexo 6: Base de datos desarrollada para la recolección de información sobre evaluaciones desarrolladas por el Departamento de Gerontología

Base de datos a marzo 2015 - Excel

	1 APELLIDO	2 APELLIDO	NOMBRE	GÉNERO	AREA	F N	RANGO EDAD	EDAD EXACTA	Valoración cognitiva	RESULTADO V.C.	Intervención psicológica
1	ACUNA	BONILLA	EDGARDO	M	PS	09/03/1946	A	69 Años con 2 meses y 8 dias.	NO	NO	1 SESION HRV/KSS
2	ACUÑA	VARGAS	ELISA	M	S3	16/09/1921	D	93 Años con 8 meses y 1 dias.	CUALITATIVA	DM	NO
3	AGUERO	SANDI	MIREYA	M	S3	02/10/1928	C	86 Años con 7 meses y 15 dias.	NEUR - CMM	DM	2 SESIONES HRV
4	AGUIRRE	GARCIA	EDUARDO	M	PMR	10/07/1926	C	88 Años con 10 meses y 7 dias.	NO	NO	NO
5	ALFARO	CASTRO	MA. EUGENIA	M	PMR	31/10/1920	D	94 Años con 6 meses y 16 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
6	ALFARO	LEITON	JUAN E.	H	S5	18/05/1945	A	69 Años con 11 meses y 29 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
7	ANCHIA	CAMPOS	CONRADA	M	S2	16/09/1933	C	81 Años con 8 meses y 1 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
8	ANCHIA	PEREZ	CARMEN	F	PMR	02/07/1938	B	76 Años con 10 meses y 15 dias.	NEUR - HRV	SD	NO
9	ARAYA	CASCANTE	ANTONIA	M	PMR	09/06/1925	C	89 Años con 11 meses y 8 dias.	NEUR - HRV	DL	4 SESIONES HRV
10	ARCE	HERNANDEZ	CONSUELO	M	S2	12/12/1917	D	97 Años con 5 meses y 5 dias.	NEUR - HRV	DM	NO
11	ARDON	MARIN	VIRGINIA	M	PCJ	17/05/1928	C	87 Años con 0 meses y 0 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
12	ARIAS	OVARES	MA ISABEL	F	PCJ	22/08/1929	C	85 Años con 8 meses y 25 dias.	NEUR - HRV	DM	2 SESIONES HRV
13	ARIAS	PAEZ	GONZALO	H	PS	07/10/1945	A	69 Años con 7 meses y 10 dias.	NEUR - CMM	DL	NO
14	ARIAS	ARIAS	LIDIA	F	PSJ	24/02/1921	D	94 Años con 2 meses y 23 dias.	NO	NO	NO
15	ARROYO	ALVAREZ	CARMEN	M	S2	23/03/1922	D	93 Años con 1 meses y 24 dias.	NEUR - CMM	DS	NO
16	ARROYO	GARCIA	ZAIRA	M	PMR	26/11/1934	C	80 Años con 5 meses y 21 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
17	AZOFEIFA	CHINCHILLA	MERCEDES	M	S3	06/09/1942	B	72 Años con 8 meses y 11 dias.	NEUR - CMM	DM	NO
18	BARRANTES	GUERRERO	MAYRA	M	PMR	30/04/1937	B	78 Años con 0 meses y 17 dias.	NEUR - HRV	SD	4 SESIONES HRV
19	BARRANTES	RIVERA	BELEN	F	PMR	30/09/1924	D	90 Años con 7 meses y 17 dias.	NO	NO	NO
20	BARRANTES	VIALES	JOSE H.	H	S5	16/03/1931	C	84 Años con 2 meses y 1 dias.	MMSE - CMM	DS	NO
21	BOLAÑOS	PALMA	LUCIA	F	PMR	11/06/1918	D	96 Años con 11 meses y 6 dias.	NO	NO	NO
22	BRALEY	SALAZAR	MA ANTONIETA	F	PMR	09/10/1921	D	93 Años con 7 meses y 8 dias.	NEUR - HRV	DM	NO
23	BURTON	GOODMAN	TERRY	H	PS	29/04/1931	C	84 Años con 0 meses y 18 dias.	CUALITATIVA	DS	NO
24	CALDERON	HERRA	MARGARITA	F	S2	25/02/1920	D	95 Años con 2 meses y 22 dias.	NO	NO	NO
25	CALDERON	HERNANDEZ	IRMA	M	S3	25/01/1931	C	84 Años con 3 meses y 22 dias.	NEUR - CMM	DS	1 SESION HRV
26	CALERO	CALERO	RAMON	M	S5	22/06/1934	C	80 Años con 10 meses y 25 dias.	NEUR - HRV	DM	NO
27	CALVO	QUEVEDA	ELIZABETH	F	S3	05/04/1934	C	81 Años con 1 meses y 13 dias.	NEUR - CMM	DL	2 SESIONES CMM



Base de datos a marzo 2015 - Excel

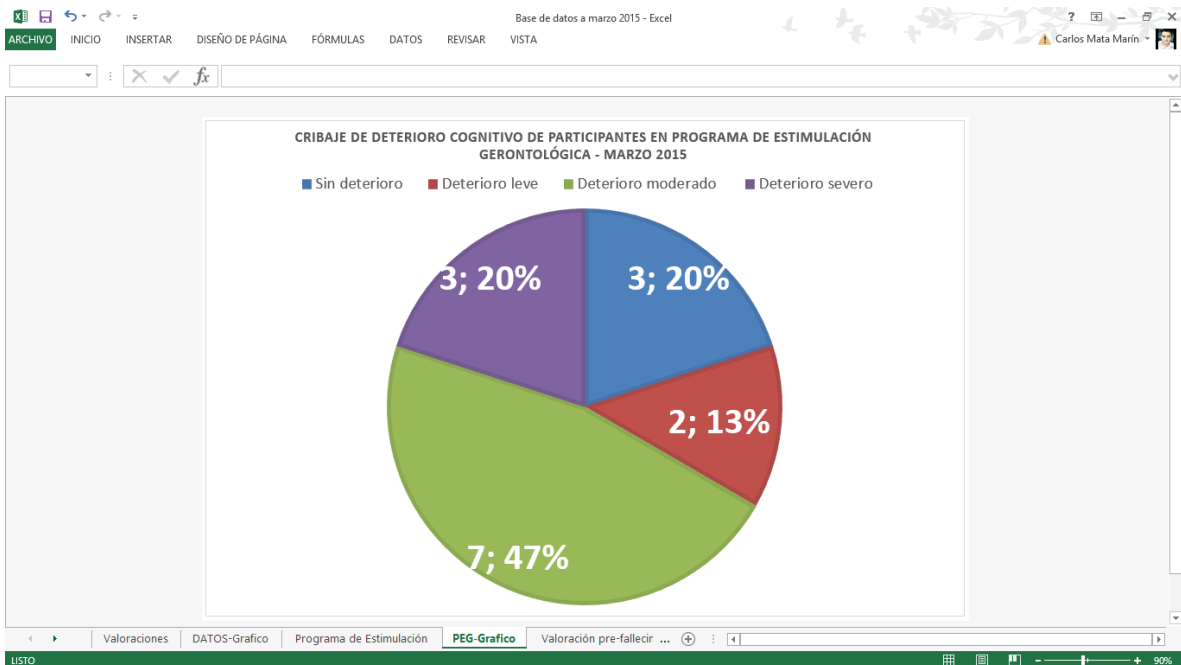
ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Carlos Mata Marín

C2 : fx NOMBRE

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Cribaje de deterioro cognitivo de participantes en PEG - Marzo 2015										
2	1 APELLIDO	2 APELLIDO	NOMBRE	AREA	Valoración cognitiva	Nivel de deterioro cognitivo	Categoría				
3	CARAZO	BRENES	JOSE ANTONIO	PMR	NEUR - CMM	SIN	0				
4	MC CORMICK	GARCIA	MAUREEN	PRA	NEUR - CMM	SIN	0				
5	MIRANDA	HERRERA	CAROLINA	PMR	NEUR - CMM	SIN	0				
6	ARAYA	CASCANTE	ANTONIA	PMR	NEUR - HRV	LEVE	1				
7	VARGAS	SANCHEZ	MA TERESA	PSJ	NEUR - CMM	LEVE	1				
8	ARCE	HERNÁNDEZ	CONSUELO	S2	NEUR - HRV	MODERADO	2				
9	CALVO	QUESADA	FLOR MARIA	S3	NEUR - CMM	MODERADO	2				
10	FONTANA	CAMPOS	JEANNETHE	PSJ	NEUR - CMM	MODERADO	2				
11	GARCIA	ZUÑIGA	DIDIER	PMR	NEUR - HRV	MODERADO	2				
12	LOPEZ	ARIAS	FRANCISCA	PCJ	NEUR - CMM	MODERADO	2				
13	MELENDEZ	CORNEJO	ELIA LUZ	S3	NEUR - CMM	MODERADO	2				
14	SEGURA	MORA	CIELO	PSJ	NEUR - CMM	MODERADO	2				
15	MORA	RODRIGUEZ	ANGELA	PSJ	NEUR - HRV	SEVERO	3				
16	SOLANO	LOAIZA	LUZ	S2	CUALITATIVA	SEVERO	3				
17	VINDAS	SALAZAR	DALILA	PRA	CUALITATIVA	SEVERO	3				
18											
19						Sin deterioro	3				
20						Deterioro leve	2				
21						Deterioro moderado	7				
22						Deterioro severo	3				
23											
24											

Valoraciones DATOS-Gráfico Programa de Estimulación PEG-Gráfico Valoración pre-fallecir ...

LISTO 120%



Anexo 7: Reconocimiento extendido por el Departamento Administrativo al sustentante por la intervención realizada

