

FACTORES EMOCIONALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE DOS  
ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LOMAS DE GRANADA COMUNA NUEVE DEL  
MUNICIPIO DE POPAYÁN

ANGIE KARINA HOYOS BOLAÑOS

CLAUDIA LORENA MEDINA CHAMIZO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
TRABAJO SOCIAL  
POPAYÁN “CAUCA”  
2021

FACTORES EMOCIONALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE DOS  
ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LOMAS DE GRANADA COMUNA NUEVE DEL  
MUNICIPIO DE POPAYÁN

ANGIE KARINA HOYOS BOLAÑOS

CLAUDIA LORENA MEDINA CHAMIZO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

TRABAJO SOCIAL SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN y – NOCTURNO A

POPAYÁN “CAUCA”

2021

INTRODUCCIÓN.....	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. MARCOS DE REFERENCIA.....	10
5.1 ANTECEDENTES.....	10
5.2. LA EMOCIÓN EN LA VEJEZ. REVISIÓN DE DATOS EMPÍRICOS.....	13
5.2.1 LA PROPIA EXPERIENCIA O RESPUESTA EMOCIONAL.....	14
5.2.2 ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA EMOCIÓN.....	14
5.2.3. CONTROL EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES.....	14
5.2.3.1 ESTUDIOS SOBRE FRECUENCIA DE ESTADOS EMOCIONALES:.....	16
5.2.3.2 ESTUDIOS SOBRE INTENSIDAD DEL AFECTO.....	17
5.2.4 NATURALEZA DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL RESPECTO ASPECTOS CUALITATIVOS.....	18
5.2.5 EXPERIENCIA EMOCIONAL: CONTROL Y REGULACIÓN EMOCIONAL.....	21
5.2.5.1 TEORÍAS DEL DESARROLLO EMOCIONAL A LO LARGO DEL CICLO VITAL.....	22
5.2.5.2 EMOCIÓN Y CALIDAD DE VIDA: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN.....	26
5.2.5.3 EL MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO.....	32
5.2.5.4 COMPRENSIÓN DEL FACTOR DE INDEPENDENCIA.....	33
5.2.5.5 COMPRENSIÓN DEL FACTOR PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	35
5.2.5.6 COMPRENSIÓN DEL FACTOR BIENESTAR: EMOCIONAL, FÍSICO Y MATERIAL.....	39
5.2.5.7 COMENTARIOS FINALES.....	43
6. MARCO CONTEXTUAL.....	48
7. MARCO TEÓRICO.....	50
7.1 EVA MARIA GARCÉS TRULLENQUE, EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE DÓNDE VENIMOS.....	59
7.2. DÓNDE ESTAMOS: LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	62
7.4 LO PROPIO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL: DEFINIENDO LA ESPECIFICIDAD.....	67

7.4.1 EL PUNTO DE PARTIDA: LA INTERDISCIPLINARIEDAD .....	70
7.4.2 LA ESPECIFICIDAD COMO TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE SU EQUIPO .....	72
7.4.3 LA ESPECIFICIDAD DE SU ÁMBITO EN RELACIÓN A OTROS ÁMBITOS DONDE INTERVIENEN TRABAJADORES SOCIALES .....	76
7.4.4 EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ..	77
7.4.5 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE CURSO CRÓNICO O TRASTORNO MENTAL GRAVE ....	78
7.4.6 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA REHABILITACIÓN .....	79
7.4.7 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: INTEGRACIÓN SOCIAL O REINSERCIÓN. ....	80
7.4.8 POR LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN.....	82
7.4.9 HACIA DÓNDE VAMOS: EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL .....	83
7.4.9.1 LA ESPECIALIZACIÓN .....	84
7.4.9.2 FORMACIÓN CONTINUADA .....	86
7.4.9.3 NECESIDAD DE DEFINICIÓN PROFESIONAL: HACIA UN PERFIL PROFESIONAL .....	87
8. MARCO CONCEPTUAL.....	90
8.1 DEFINICIÓN – CONCEPTOS.....	90
8.1.2 ADULTO MAYOR.....	91
8.1.3 SALUD MENTAL .....	91
8.1.3 FACTORES .....	91
8.1.5 EMOCIONES.....	92
9.METODOLOGÍA .....	92
9.1 MODELO DE INTERVENCIÓN .....	93
9.2 ENFOQUE CUALITATIVO.....	94
10.TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION:.....	94
10.1 INSTRUMENTOS .....	94
11. POBLACIÓN – MUESTRA .....	96
12. RESULTADOS.....	97
13. ANALISIS .....	100
14. ANEXOS .....	107
15. RECOMENDACIONES.....	111
16. CONCLUSIONES .....	112
17. BIBLIOGRAFIA.....	114

## INTRODUCCIÓN

Hablar de la salud mental es un desafío aún más en el adulto mayor, la esperanza de vida de estos debería ser de al menos 20 años más; sin embargo, en consecuencia, se ha ido reduciendo debido a que el ejercicio de sus derechos a lo largo de su vida aún no es camino fácil, por temas de violencia y también por la falta de reconocimiento de su participación activa en la familia, la comunidad y la sociedad en general.

El presente trabajo de investigación denominado factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán el cual se desarrolló en el segundo periodo del 2020, tuvo como propósito general analizar factores emocionales que afectan la salud mental.

Se abarcó una investigación desde el enfoque cualitativo, que utilizó la observación participante, entrevista semiestructurada, así mismo se implementó las técnicas y los instrumentos para la recolección de información, se concluyó con un análisis de las categorías estipuladas a partir del cumplimiento de los objetivos.

Evidenciando así que las características de la tercera edad o vejez dependen de la personalidad de cada cual, de las condiciones del ambiente y del modo de vida que se lleve, y no tanto de la edad, si se mantiene el individuo sano.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Población: Adultos Mayores del Barrio Lomas de Granada, comuna 9 de Popayán – Cauca (2 Adultos Mayores)

La problemática encontrada se centra los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán, esto atribuido al quebranto de las relaciones sociales, separaciones, o en el mayor de los casos el abandono por parte de los familiares, según el ministro de Servicios de Salud del Reino Unido, Paul Burstow, dice que la sociedad necesita enfrentar este problema para evitar grandes daños. Debemos entender que la vida es un proceso de desarrollo y que el concepto de envejecimiento visto desde una perspectiva del ciclo de vida es un proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, a través de todo el trayecto de la vida, abarcando todas las dimensiones del ser humano desde lo biológico, ecológico, social, psicológico y espiritual, como también muchos factores externos que se encargan de complementar para bien o para mal este importante proceso. Por tanto para construir sociedades donde hayan verdaderos procesos de integración y cambio social se deben considerar y mejorar todos los aspectos que rodean y dignifican la vida, empezando desde los más cercanos como los grupos familiares extendiéndose y complementándose a cada uno de los siguientes ( la escuela, el barrio, la comunidad ) que también hacen parte del proceso de desarrollo en la vida, resaltando además la necesidad de construir, mantener y conservar los contextos sociales, educativos, políticos, ambientales y económicos por nombrar los más relevantes.

Para el caso de Popayán existe un estudio de la Secretaría de Salud Municipal (2016) (Popayán, 2016) que involucra variables sociodemográficas, dirigido a la población adulta mayor, urbana y rural, de la ciudad donde se evidencian elementos importantes que se han venido visualizando a nivel general en estudios nacionales sobre envejecimiento.

¿Cuáles son los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán?

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán

.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán
- Describir los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán
- Explicar los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán



#### 4.JUSTIFICACIÓN

Para la realización de este proyecto, se plantea objetivos que contribuyen al logro del ideal propuesto, con base en la necesidad identificada. Es importante recordar la labor del trabajador social la cual tiene como objetivo incluir al adulto mayor dentro de la sociedad, restituir los derechos que se le han sido vulnerados los cuales se hallan estipulados en la Ley 1251 de 2008, este proyecto está adaptado a la realidad que se vive hoy en día en el Barrio Lomas de Granda, comuna 9 de la ciudad de Popayán, para lo cual es de vital importancia identificar los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores, para así contribuir y propiciar cambios que promuevan bienestar social, el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y la aceptación de ellos como persona natural y normal en los diferentes espacios sociales, familiares.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se encuentran todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente de dificultades de movilidad, valor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan ayuda a largo plazo teniendo en cuenta que el adulto mayor será más vulnerables a esto.

En la comuna 9 en el municipio de Popayán se evidencia una creciente necesidad de la presencia de personal de trabajo social en las familias en especial esta presencia la requiere el adulto mayor ya que muchos no cuentan

con el apoyo de sus familiares y son aislados de la sociedad, como parte fundamental de una familia debido que en su trayectoria de vida han tenido muchas las experiencias que han vivido y muchos los aportes y conocimiento que pueden transmitir a las nuevas generaciones.

## 5.MARCOS DE REFERENCIA

### 5.1. ANTECEDENTES

Para la elaboración de los antecedentes se tiene en cuenta los estudios realizados con relación a nuestro tema a tratar recolectando así trabajos escritos o artículos producto de las investigaciones realizadas a nivel local, nacional e internacional .

A nivel internacional en la Ciudad Madrid España, las autoras M. Marquez - Gonzales, M.lzal, I.Montorio, G. Perez - Rojo, realizaron una investigación denominada, "Emoción en la Vejez, Cuando se habla de emoción se hace referencia a uno de los grandes pilares de la personalidad de los individuos, siendo los otros grandes bloques la cognición, la conducta y la motivación. Tras el gran período de hipercognitvismo, caracterizado por un exceso de énfasis en lo cognitivo, que ha dominado durante las últimas décadas la investigación en psicología, en general, y en Gerontología, en particular, actualmente se asume cada vez más el papel central de los estados afectivos en los procesos de adaptación. En concreto, se conciben las emociones como factores en continua interacción con la cognición, que colorean procesos como la toma de decisiones, los juicios y atribuciones o el propio proceso de aprendizaje. En el área de la investigación gerontológica, la preponderancia del paradigma cognitivo ha dado como resultado que actualmente se conocen bastante mejor los cambios asociados al envejecimiento en procesos cognitivos como la atención, la memoria, el lenguaje, la solución de problemas o la inteligencia que los que

tienen lugar en el ámbito de las emociones. Durante años se ha considerado la emoción como un dominio de estudio separado de otros constructos relevantes para entender el envejecimiento y, cuando se analizaban las emociones, éstas eran conceptualizadas como variables que debían ser controladas, es decir, como un ruido que en potencia contamina los resultados de tareas supuestamente capaces de medir procesos cognitivos puros. Sin embargo, los factores emocionales no se limitan a esta función. Pueden apuntarse al menos tres razones que avalan la importancia de estudiar las emociones en Gerontología:

1. El papel de las emociones en los procesos de adaptación: para la psicología general, hoy día resulta bastante aceptado el hecho de que las complejas conductas implicadas en los procesos básicos de adaptación, como la capacidad para solucionar problemas, la forma en que se afrontan las enfermedades o de toma de decisiones en el ámbito de las relaciones sociales no dependen únicamente de mecanismos cognitivos básicos como la percepción, la atención o el razonamiento lógico, sino también, y de manera fundamental, de la historia de los procesos de naturaleza afectiva y motivacional, que tienen un papel protagonista en la formación de las estructuras de conocimiento construidas a lo largo de la historia de interacciones entre el individuo y su entorno social. Así, por extensión hacia el envejecimiento, los procesos emocionales tienen un papel central en los procesos de adaptación de las personas a los cambios asociados en esta fase de la vida, tanto en los organismos biológicos como en el entorno físico y social

2. El papel de las emociones en la salud: por su influencia sobre los sistemas autónomo e inmunológico, las emociones negativas y la inhibición de su expresión se consideran aspectos básicos del funcionamiento psicológico que influyen de forma importante en el origen, mantenimiento y exacerbación de problemas de salud (p. ej., efectos de la hostilidad y la ira en la enfermedad coronaria cardíaca; o la inhibición de las emociones en la predisposición al cáncer). Además, cada vez atrae más la atención el estudio de las posibles consecuencias beneficiosas para la salud de las emociones positivas. Estas relaciones entre emociones, activación fisiológica y resultados de salud podrían adquirir mayor relevancia a medida que los individuos envejecen, debido a que con el envejecimiento disminuye la cantidad de recursos somáticos para tolerar niveles elevados de activación fisiológica. Así, una activación emocional anormalmente elevada y de carácter crónico podría ser más perjudicial para la salud de una persona mayor. De este modo, el análisis de la experiencia y la regulación emocional constituye una cuestión de máximo interés en la investigación sobre la salud y el bienestar físico de las personas mayores.

3. El papel de las emociones en los procesos cognitivos: a partir de los hallazgos de numerosos estudios inspirados por la influyente teoría de la red semántica postulada por Bower, la investigación psicológica actual asume plenamente que nuestra atención, percepción y evaluación de las personas y las situaciones sociales, así como nuestra memoria, entre otros procesos (toma de decisiones, juicios, atribuciones, aprendizaje, etc.), dependen enormemente de nuestro estado de ánimo. Una vez constatada la importancia de los procesos emocionales en el funcionamiento adaptativo de las personas, parece justificado

plantearse, desde una perspectiva evolutiva, las siguientes cuestiones: ¿cambia con el desarrollo adulto la respuesta emocional a nivel fisiológico, subjetivo o expresivo? Si se producen cambios, ¿en qué medida afectan a la adaptación de los individuos y a su calidad de vida a lo largo del ciclo vital? El interés del análisis evolutivo de las emociones aumenta a la luz de lo que se conoce como la paradoja de la vejez, nombre dado al fenómeno constatado de que, apesar de las múltiples limitaciones físicas, cognitivas y sociales que trae consigo el envejecimiento, los índices de bienestar subjetivo y la salud mental no sólo no decaen de forma significativa (según indican diversos estudios epidemiológicos, las tasas de prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad en personas mayores son de ligera a moderadamente inferiores a las de personas más jóvenes) sino que podrían incluso aumentar (p. ej., capacidad de regulación emocional), siguiendo una trayectoria evolutiva inversa a la sufrida por las capacidades biológicas y cognitivas básicas.

## 5.2. LA EMOCIÓN EN LA VEJEZ. REVISIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Se han encontrado cambios asociados a la edad en diferentes facetas de la experiencia emocional. En este apartado se presenta una revisión de los hallazgos empíricos sobre tales cambios. Concretamente, se analizan los siguientes aspectos:

### 5.2.1 LA PROPIA EXPERIENCIA O RESPUESTA EMOCIONAL

en cualquiera de sus niveles de análisis: subjetivo-experiencial o cómo la persona experimenta la emoción; expresivo-motor o cómo la persona expresa su emoción a nivel motor y conductual; y fisiológico o reacciones neurofisiológicas que acompañan a la experiencia emocional.

### 5.2.2 ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA EMOCIÓN.

tales como su naturaleza (p. ej., grado de complejidad de las emociones) y su grado de integración con los procesos cognitivos.

### 5.2.3. CONTROL EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES.

¿cambia la respuesta emocional con el envejecimiento? Si bien estudios iniciales sugirieron que con la edad se producía un empobrecimiento y negativización de la experiencia emocional, limitándose el rango de afectos y la responsividad emocional, los datos actuales sobre la respuesta emocional en la vejez difieren de estas concepciones tradicionales, tal y como veremos a continuación. Nivel fisiológico El principal cambio asociado a la edad a nivel psicofisiológico que ha sido constatado es la disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo

(SNA), tanto de la actividad simpática adrenérgica general como de algunos aspectos de la actividad parasimpática (p. ej., disminución de la inervación vagal del corazón). La consecuencia de esta reducción, que resulta más relevante de cara al análisis de los cambios asociados a la edad en la respuesta emocional, es la disminución de la reactividad cardíaca ante estímulos emocionales de diversos tipos (p. ej., películas o recuerdo de situaciones emocionales). Nivel expresivo No se han encontrado diferencias importantes asociadas a la edad en los patrones de expresiones faciales ante tareas de recuerdo de situaciones, si bien las personas mayores emiten más conductas expresivas de afecto positivo y menos de afecto negativo en situaciones de discusión de conflictos en pareja. También se ha señalado que las expresiones faciales en las personas mayores podrían ser más difíciles de descodificar debido a los cambios estructurales faciales asociados a la edad. Así mismo, hay indicios de una posible reducción de la actividad muscular facial ante imágenes emocionales. Con respecto a la expresión verbal de las emociones, es factible pensar que, dada la gran influencia de circunstancias sociohistóricas y factores socioculturales en el desarrollo del léxico emocional (denominación de las emociones), es probable que existan claras diferencias asociadas a la edad. Con mucha frecuencia las personas tienden a confundir la emoción con las situaciones elicitoras de la misma (p. ej., «una emoción es cuando te toca la lotería») o bien con contenidos de pensamiento (p. ej., «pienso pena»). Su escasa familiarización con los conceptos psicológicos, posiblemente junto con una menor tendencia a la introspección, determina también que muestren una especial dificultad para distinguir verbalmente entre diferentes emociones positivas o para establecer



grados o matices en sus estados emocionales negativos, tendiendo más bien a realizar una distinción simple entre «sentirse bien» y «sentirse mal». Se precisan más estudios que analicen esta faceta de la experiencia emocional, ya que los estudios basados en el autoinforme de las personas mayores sobre su nivel de disimulo afectivo o inhibición de la expresión de las emociones encuentran resultados ambiguos. Nivel subjetivo Son dos las facetas del afecto que nos puede interesar analizar en este sentido: la frecuencia de las experiencias emocionales o la intensidad con la que la persona las experimenta.

#### 5.2.3.1 ESTUDIOS SOBRE FRECUENCIA DE ESTADOS EMOCIONALES:

con respecto al afecto positivo, se han encontrado resultados contradictorios en estudios transversales, mientras que los estudios longitudinales coinciden en encontrar un patrón de gran estabilidad en los niveles del afecto positivo, con una posible disminución de éstos en edades muy avanzadas. En cuanto a los estados emocionales negativos o afecto negativo, los estudios transversales tienden a encontrar una menor frecuencia de estados emocionales negativos entre las personas mayores, tales como depresión, ansiedad, hostilidad y timidez o afecto negativo general, disminución que parece depender de variables como el sexo o el estado civil y se atenuaría en la década de los 60 años. Los estudios longitudinales, por su parte, ofrecen un patrón de evidencias más ambiguo, si bien también sugieren un ligero decremento en la frecuencia de emociones negativas hasta la década de los 60 años, momento a partir del cual parece haber un ligero incremento, posiblemente relacionado con el aumento de la incidencia

de enfermedades y limitaciones físicas en la vejez avanzada. Cuando se pregunta a las personas por el grado de satisfacción con sus vidas, se supone que éstas realizan un juicio global de la frecuencia de estados emocionales positivos y negativos que experimentan en su vida cotidiana. No se han encontrado diferencias importantes asociadas a la edad en la satisfacción con la vida, a pesar de que el envejecimiento va asociado a declives y pérdidas en aspectos que se han encontrado relacionados de forma positiva con el bienestar subjetivo, tales como el matrimonio, los ingresos económicos o la salud. Aún más paradójico es que, cuando se han encontrado diferencias, ha sido en el sentido de una mayor satisfacción vital, un mayor bienestar general y un balance afectivo más favorable a los estados emocionales positivos en las personas mayores.

#### 5.2.3.2 ESTUDIOS SOBRE INTENSIDAD DEL AFECTO

si se evalúa la intensidad o magnitud de la experiencia emocional a través de autoinformes (p. ej. Escala de Intensidad Afectiva), las personas mayores manifiestan una menor intensidad de sus experiencias emocionales. Sin embargo, la validez de la aplicación de este método a las personas mayores es cuestionable, ya que la mayor parte de los instrumentos presentan situaciones poco relevantes para este grupo de población (p. ej., se incluyen situaciones laborales del tipo: «Cuando su jefe le da una palmadita en la espalda, usted se siente...»). Asimismo, el tiempo transcurrido entre la experiencia de la emoción y el autoinforme es un elemento a tener en cuenta en el análisis de los cambios asociados a la edad en la intensidad emocional, especialmente en relación con las emociones negativas, ya que las personas mayores tienden a minimizar la

intensidad de sus estados emocionales negativos recordados, en lo que podría constituir en sí mismo un mecanismo de regulación emocional implementado en los procesos de memoria. Los estudios que utilizan metodologías alternativas al autoinforme no han encontrado diferencias de edad en las experiencias subjetivas de intensidad emocional o incluso han encontrado niveles de intensidad subjetiva superiores en las personas mayores. Es importante señalar que se han encontrado importantes diferencias de sexo en la intensidad emocional, de manera que las mujeres manifiestan una mayor intensidad afectiva que los varones.

#### 5.2.4 NATURALEZA DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL RESPECTO ASPECTOS CUALITATIVOS

Desde las teorías modernas del desarrollo emocional en la vejez, se ha sugerido que la experiencia emocional de las personas mayores podría presentar una naturaleza distinta, siendo más compleja (más representaciones verbales para denominar el afecto, mayor diferenciación entre tipos de afectos y matices o «grados» emocionales), reflejo de una capacidad progresivamente superior para integrar emoción y cognición, más agridulce (mayor integración de aspectos emocionales positivos y negativos y más diferenciada, esto es, con más dimensiones que la de los jóvenes, rasgo este último relacionado con una mejor regulación emocional). La evidencia disponible que apunta en esta dirección es, sin embargo, insuficiente e incluso algunos de los teóricos que postulan estas

ganancias sugieren actualmente que éstas serían más propias de la mediana edad y que con posterioridad se atenuarán.

Otro de los hallazgos de la investigación gerontológica sobre cambios asociados a la edad en la interacción entre cognición y emoción ha sido el de que las personas mayores son más eficaces que los jóvenes para resolver conflictos sociales que conllevan una alta carga emocional, adaptando mejor sus estrategias de solución de problemas en función del tipo de problema concreto que se debe solucionar.

Por otro lado, los resultados de estudios de laboratorio indican que las personas mayores podrían encontrar significado emocional en estímulos definidos objetivamente como no emocionales. Una explicación posible de este fenómeno sería que las personas mayores podrían haber aprendido a dar significado emocional a cosas sencillas que antes les pasaban inadvertidas. El hallazgo de Lawton et al referente a una mayor puntuación de las personas mayores, frente a las de mediana edad, en el ítem: «En esta época de mi vida, encuentro incluso más cosas que me emocionan de las que encontraba cuando estaba en mis veinte», apunta en esta dirección. Finalmente, diversos estudios han sugerido que, a medida que envejecemos, se produce un aumento de la relevancia de la información emocional en el procesamiento cognitivo. Así, por ejemplo, cuando se pide a personas mayores a quienes se ha leído una narración con la misma proporción de información neutra y emocional, que recuerden datos del relato, éstas recuerdan, en comparación con los jóvenes, una proporción mayor de información emocional. Por otro lado, en tareas de recuerdo de eventos reales e imaginados, las personas mayores recuerdan, en comparación con los jóvenes,

más pensamientos y sentimientos generados durante en registro de los eventos, mientras que los jóvenes recuerdan más información puramente descriptiva o factual. Esto se ha interpretado como signo de una mayor vulnerabilidad por parte de las personas mayores a sufrir interferencia del material personal-afectivo en los procesos de memoria de información descriptiva. Parece, además, que el incremento de la relevancia de la información emocional podría limitarse a la información emocional positiva, ya que esta información es, proporcionalmente, la que mejor parecen recordar las personas mayores y a la que parecen atender de forma selectiva. Si se asume la función regulatoria de los procesos de memoria, una memoria que acentúe lo positivo y/o atenúe lo negativo podría funcionar como una poderosa herramienta de regulación emocional de indudable valor adaptativo para las personas mayores.

### 5.2.5 EXPERIENCIA EMOCIONAL: CONTROL Y REGULACIÓN EMOCIONAL

Estudios basados en autoinformes sobre el control y la regulación emocional sugieren que las personas mayores controlan mejor sus emociones negativas que los jóvenes. Esto podría deberse a una especial pericia de las personas mayores en el despliegue de estrategias de regulación emocional preventivas, desplegadas antes de que la emoción se desencadene, tales como la selección cuidadosa de las situaciones a las que uno va a enfrentarse o la reinterpretación de las situaciones de un modo que lleve a sentirse mejor. Estas estrategias centradas en los antecedentes de la emoción son más adaptativas, pues reducen de forma efectiva la experiencia subjetiva de las emociones negativas. Por el contrario, las estrategias centradas en la respuesta no sólo no lo consiguen sino que, además, conllevan costes psicológicos importantes (p. ej., incremento de la activación psicofisiológica). Obviamente, los cambios sufridos en el entorno y en el tipo de problemas a los que han de enfrentarse las personas a medida que envejecen (más problemas de tipo crónico e inmodificable tales como las pérdidas de seres queridos o las limitaciones físicas) contribuyen en parte a explicar este cambio en el afrontamiento hacia un estilo más preventivo y «de manejo mental» de las situaciones, más que de tipo interventivo u orientado a la solución de problema.

### 5.2.5.1 TEORÍAS DEL DESARROLLO EMOCIONAL A LO LARGO DEL CICLO VITAL

A la luz de los datos que acabamos de exponer, parece evidente que se perfila una trayectoria evolutiva para el funcionamiento emocional distinta a la curva evolutiva descendente que define otros procesos psicológicos cognitivos. Por diversas razones, que van desde cambios ambientales (cambio en el tipo de situaciones o estresores a los que las personas debemos enfrentarnos) hasta procesos de aprendizaje (experiencia acumulada, desarrollo de pericia o habituación), nuestro sistema emocional podría ir incrementando su eficacia en aspectos como la capacidad de regulación y control de las emociones. La aparente atenuación de la respuesta psicofisiológica asociada a la emoción, así como de la intensidad de las respuestas emocionales, podría facilitar el control o regulación de las emociones negativas. Además, la trayectoria evolutiva del sistema emocional se dirigiría hacia modos «conservadores de energía emocional» y optimizadores de recursos, siendo más frecuente el empleo de estrategias de regulación de tipo selectivo y preventivo y de manejo global que de afrontamiento puntual. Al mismo tiempo, lo afectivo, en general, parece ir ganando relevancia y peso relativo con la edad en el funcionamiento adaptativo de los individuos. Asimismo, parece disminuir la negatividad de las experiencias emocionales (lo cual podría ser menos cierto en las personas mayores de más edad), pudiendo producirse una orientación general, de indudable valor adaptativo, hacia lo emocionalmente positivo o una atenuación de lo que produce emociones negativas, tanto en el funcionamiento de la memoria como de la

atención. Sin embargo, el escaso número de estudios realizado hasta el momento, unido a las limitaciones relacionadas con las dificultades específicas de validez y fiabilidad del autoinforme emocional de las personas mayores y de bastantes de los instrumentos de evaluación empleados para evaluar diversas facetas de la emoción, hacen que sea aún prematuro extraer conclusiones definitivas. Las principales formulaciones teóricas que han abordado el desarrollo psico-socio-emocional a lo largo del ciclo vital ofrecen claves para entender los datos revisados. De entre estas teorías, destacan fundamentalmente la Teoría de la Selectividad Socioemocional y la Teoría del Control a lo largo del ciclo vital, desarrollado por Heckhausen y Schulz.

En claro contraste con las formulaciones teóricas iniciales, que postulaban que en la vejez se producía un progresivo aislamiento y empobrecimiento emocional, la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen propone un aumento de la relevancia de las emociones a medida que envejecemos, asociado a la percepción del tiempo como limitado. Percibir que se acaba el tiempo convierte a las metas emocionales experimentadas en el aquí y el ahora (sentirse bien, extraer significado emocional de la propia vida, disfrutar de las relaciones íntimas, etc.) en las fundamentales para las personas, en detrimento de metas relacionadas con el conocimiento y búsqueda de información, más típicas de la juventud o adultez temprana (épocas en las que la limitación del tiempo no es tan comúnmente asumida y predomina una orientación hacia logros futuros). En consecuencia, se produciría en la vejez un aumento en la selectividad de las relaciones sociales, consistente en una preferencia por relaciones sociales cercanas y satisfactorias, con preferencia centradas en la familia, ya que ésta es



una fuente más probable de experiencias emocionales satisfactorias en esta época de la vida. El aumento de la relevancia de las emociones se reflejaría en una priorización de la información emocional en el procesamiento de la información, el cual, además, parece estar especialmente implicado en la consecución de metas de regulación emocional, lo cual encuentra apoyo empírico en muchos de los estudios revisados sobre memoria y atención selectiva en las personas mayores. Las ganancias asociadas a la edad en regulación emocional son, según Carstensen et al, tan robustas y fiables que podrían ser consideradas ganancias propiamente evolutivas, explicables por el propio proceso de desarrollo ontológico de los individuos.

Por su parte, la Teoría del Control a lo largo del ciclo vital, desarrollada en el marco del modelo de la Optimización Selectiva con Compensación, propone que la motivación básica del ser humano de cualquier edad es producir contingencias conducta-consecuencias en su entorno, esto es, ejercer control primario o manipulaciones efectivas del medio externo para satisfacer las propias necesidades y optimizar su potencial de desarrollo (actividades asimilativas)<sup>68</sup>. Cuando la posibilidad de ejercer control primario es muy baja o nula (p. ej., ante un problema inmodificable, como la pérdida de una persona querida), entran en juego los procesos de control secundario, dirigidos a modificar aspectos del propio individuo (metas, creencias, expectativas o emociones), facilitando su ajuste a las situaciones y las restricciones implícitas en éstas (procesos acomodativos). El control secundario se ejercería, principalmente, cuando las oportunidades para ejercer el control primario son inexistentes o limitadas, lo cual ocurre con más probabilidad en la edad avanzada, a consecuencia de las

restricciones que las limitaciones biológicas y sociales asociadas al envejecimiento imponen para la consecución del control primario. Pero, ¿qué papel desempeñan las emociones en este proceso? Según Schulz y Heckhausen, las emociones serían el combustible del sistema descrito y actuarían como recursos motivacionales básicos y mediadores en la consecución del control moldeando las acciones o estrategias de control, tanto primario como secundario, de los individuos. Más aún, las emociones son especialmente relevantes en el modo de control secundario, ya que el objetivo de estas estrategias de control es acomodativo: cambiar esquemas, creencias o la jerarquía de metas para ajustarse a las limitaciones impuestas por el entorno. Desde esta perspectiva se comprende mejor el papel desempeñado por las ganancias asociadas a la edad en capacidad de control y regulación emocional: tales ganancias podrían estar reflejando el predominio y perfeccionamiento de un sistema de control secundario experimentado y plenamente activo en un momento temporal en el que la acomodación al fallo o pérdida, su compensación, o su prevención serían los principales medios para continuar manteniendo el control efectivo del medio. De este modo, procesos de control secundario como el reajuste de metas, mediante el que se sustituyen las inalcanzables por otras más realistas y adecuadas a los recursos disponibles, la realización de procesos de comparación social favorecedores de la propia autoestima (p. ej., para juzgar la propia salud, compararse con las personas que están en peores condiciones), el reajuste adaptativo de las explicaciones atribucionales de las pérdidas (p. ej., dejar de atribuir los fallos de la memoria al hecho inmodificable, global e interno que es el «ser mayor» y buscar factores explicativos modificables, como el

desuso) o la regulación emocional, serían ejemplos de procesos de adaptación mediados por las emociones y de importancia central en la adaptación al envejecimiento.

#### 5.2.5.2 EMOCIÓN Y CALIDAD DE VIDA: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN

Si bien este es un campo apenas explorado, a continuación se proponen algunas implicaciones aplicadas de lo hasta ahora expuesto y que deben ser observadas simplemente como un mero apunte para trabajos futuros.

En primer lugar, en cuanto a la evaluación de la experiencia emocional, resulta necesario tener en cuenta la comentada dificultad que pueden presentar muchas personas mayores para identificar, dar nombre y/o expresar sus emociones. Conocer su lenguaje emocional (p. ej., «estar apagado/a»), analizar otros indicadores no verbales de la experiencia emocional (p. ej., expresiones faciales, tono de voz, etc.) y fomentar el desarrollo de instrumentos de evaluación emocional, especialmente de aquellos alternativos al autoinforme, son algunas de las sugerencias. Podría incluso ser conveniente analizar la potencial utilidad de intervenciones psicoeducativas breves previas a la evaluación, cuyo objetivo fuera promover en las personas mayores una definición o identificación más precisa de las emociones, así como su familiarización con sus distintos nombres o manifestaciones de éstas.

En segundo lugar, en cuanto a la intervención, se asume que cualquier vía que ayude a la persona mayor a conseguir esa meta básica que es tener el mayor

control posible sobre su vida parece apropiada. Además de conocer los momentos o factores que suponen una mayor vulnerabilidad para la pérdida de control (p. ej., jubilación, pérdida de relaciones afectivas, cambios de residencia, enfermedades crónicas, inactividad, aislamiento o soledad, etc.), la enseñanza y/o potenciación, tanto antes como durante o después de la aparición de esa pérdida, de estrategias de control primario, cuando éste sea posible (p. ej., creando nuevas funciones valoradas socialmente, favoreciendo la creación de redes sociales significativas, promoviendo hábitos de salud, preparándose para un uso de calidad de su propio ocio y tiempo libre, potenciando la controlabilidad de su entorno físico, etc.) y de control secundario (p. ej., entrenamiento en habilidades de regulación y competencia emocional), cuando las situaciones sean en gran medida inmodificables, es un objetivo general que ha de guiar la intervención. Promover la sensación de control de las personas mayores mediante la consecución de metas con significado y valor personal y social será posible si la sociedad en su conjunto y los profesionales en particular sabemos ayudarles a elegir y poner en marcha estrategias de control primario (modificando el mundo exterior) cuando puedan hacerlo y sea conveniente, y a saber desarrollar estrategias de control secundario (modificando sus propios pensamientos, motivaciones y sentimientos) cuando las situaciones no puedan modificarse, adaptándose a ellas y compensándolas mediante reajustes de sus jerarquías de metas o cambios cognitivo-emocionales. Además, la persona debe saber diferenciar cuándo tiene que cambiar el mundo y cuándo ha de «cambiarse a sí mismo/a». En todo este proceso, las emociones son una poderosa herramienta que podemos utilizar, especialmente para hacer frente a la situación,

de particular vulnerabilidad para la pérdida de control a la que se enfrentan las personas mayores en nuestra sociedad actual debido a la destradicionalización de la vida ocasionada por los enormes y rápidos cambios socio-culturales y tecnológicos ocurridos en las sociedades occidentales, lo que pone en peligro el mantenimiento de la identidad o de continuidad biográfica de muchas personas mayores. El reconocimiento de la importancia de las emociones en el proceso cognitivo de dar coherencia a las vidas de estos mayores en riesgo, a través de la creación de sus biografías, es una cuestión clave. Por último, nos gustaría incitar a la reflexión en torno a la necesidad de implantar en la sociedad una nueva mirada hacia las personas mayores, fruto de una necesaria sustitución de actitudes exclusivamente paliativo-asistenciales (enfoque remediador o rehabilitador) por actitudes que, además, incluyan el reconocimiento y respeto de este grupo de edad. En el marco de esta revisión sobre el desarrollo emocional a lo largo de la vida sobresalen las ganancias o adquisiciones adaptativas respecto a las pérdidas ocurridas con el envejecimiento. Entonces, ¿por qué seguir manteniendo, tanto desde un plano teórico como interventivo en relación con personas mayores, una perspectiva exclusivamente asistencial hacia nuestros mayores? Es cierto que, como grupo, necesitan en buena medida la ayuda y servicios ofrecidos por la sociedad, pero también es cierto que en el envejecimiento no todo son pérdidas y necesidades de apoyo, sino también ganancias y enormes posibilidades de ayuda y servicio a generaciones más jóvenes (p. ej., el cuidado de los nietos). En este sentido, la potenciación de intervenciones como las experiencias de intercambio generacional representan excelentes ejemplos de esa actitud de «aprendices de los mayores» que sería

bueno se instalase en nuestra sociedad. Además, la experiencia de muchas personas mayores es fundamental para entender las claves de la paradójica adaptación de las personas a eso que llamamos envejecimiento y puede arrojar mucha luz sobre posibles causas y vías de tratamiento de los casos en los que no se produce esa adaptación y surgen los problemas emocionales. Para terminar, muchos de los valores que los mayores representan (p. ej., capacidad de relativizar, experiencia de vida, entrega, ausencia de prisas...) son valores en déficit en nuestras sociedades progresivamente individualistas, y cuyo rescate y reaprendizaje supondría, previsiblemente, una ganancia fruto de la edad, en este caso, para el conjunto de nuestra sociedad. En la actualidad, los autores de este trabajo se encuentra desarrollando una investigación encaminada a obtener datos que permitan clarificar muchas de las cuestiones abiertas sobre la experiencia emocional y su relación con la adaptación y el bienestar en la vejez. Concretamente, se están evaluando, en tres grupos diferentes de edad (personas jóvenes, de mediana edad y mayores de 60 años), variables relacionadas con el control y la regulación de las emociones, la intensidad de las experiencias emocionales, la frecuencia de estados afectivos positivos y negativos y los niveles de satisfacción con la vida. Se espera que, en un breve plazo de tiempo, se pueda contribuir en alguna medida a algunas de las cuestiones que aún permanecen confusas en la investigación sobre emociones en las personas mayores. ( )

Ahora a nivel nacional, los autores Elizabeth Fajardo Ramos; Leonor Córdoba Andrade; Jhon Elkin Enciso Luna, en su investigación "Calidad de vida en

adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo´´El mundo experimenta una transformación demográfica sin precedentes caracterizada por un incremento notable en el número de personas mayores de 60 años, de tal forma que a partir del año 2015 habrá un predominio en el crecimiento de la población de adultos mayores, y para el 2050 se espera un aumento entre 10% hasta 21% en el número de adultos con más de 60 años, configurándose esta situación como un fenómeno de alcance mundial, tanto para los países desarrollados, como para aquellos en desarrollo, con implicaciones en el individuo, la familia y la sociedad, de manera particular en el sistema de seguridad social y dentro de él, en aquellos sectores comprometidos con la atención integral a la adultez mayor.

En Colombia, para el año 2050, 18.7% de la población será mayor de 60 años, convirtiéndose esto en un motivo de preocupación acuciante porque este envejecimiento de la población conducirá a reducir el crecimiento económico del país, debido a que los costos derivados de la satisfacción de las necesidades de este grupo poblacional crecerá mucho más rápido que el recaudo de recursos para asegurar su sostenibilidad. Asimismo, a medida que las personas envejecen, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades físicas, mentales y cognitivas asociadas con este estado evolutivo, lo que acentúa el costo económico y social de esta situación, que impide atender de manera oportuna los requerimientos reales de este grupo poblacional.

Por estas razones, y con el agravante de las condiciones políticas, sociales y económicas que vive la región en la actualidad, como consecuencia a su vez de la crisis económica mundial, para América Latina y el Caribe, se planteó la

Estrategia regional de implementación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento en el año 2002, así como la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) en el 2007, con el objetivo de promover el mantenimiento de la funcionalidad de los adultos mayores, con una combinación de subsidios económicos y alimentarios, con formación de recurso humano en tecnologías propias de la atención de la vejez para estas poblaciones, focalizados en la atención primaria de salud.

En el caso de Colombia, desde la Constitución Política Nacional de 1991, se promueve la disminución de la vulnerabilidad y una mejor calidad de vida de los colombianos. Así, la misma Constitución establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. Desde estos presupuestos constitucionales, se expidió el Documento CONPES 2793 de 1995, sobre Envejecimiento y Vejez, que traza los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial, a las necesidades de este colectivo, que constituyó el preámbulo para la Política Pública sobre envejecimiento y vejez, la cual articula a todos los estamentos del gobierno y a la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez.

Uno de los retos que plantea esta política, tiene que ver con "la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores". Para los fines de esta revisión, el interés de los autores se centra en la calidad de vida, por cuanto todos los esfuerzos orientados a mantenerla o mejorarla, se constituye en un factor protector frente a la enfermedad, la discapacidad y la



dependencia, que conllevan a costos de diversa índole a nivel personal, familiar, social y comunitario.

#### 5.2.5.3 EL MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO

La calidad de vida es un constructo potencialmente transformador de las prácticas profesionales, que puede valorarse desde lo objetivo y lo subjetivo, constituyéndose en un eje decisivo para renovar las prácticas profesionales y los servicios dirigidos a diversas poblaciones y a posibilitar actuaciones en los niveles personal (microsistema), organizacional (mesosistema) y social (macrosistema).

Desde la investigación y la acción se asume este constructo como marco de trabajo para el cambio, por cuanto enfatiza en la equidad, la inclusión social y el empoderamiento de las personas en búsqueda de alcanzar la satisfacción en aquellos aspectos de la vida que son importantes para ellas. Se trata de un concepto multidimensional en torno al que se han realizado numerosos estudios sistemáticos en los últimos años orientados principalmente a su evaluación, por cuanto se ha adoptado como indicador de impacto de la atención integral a las personas, tanto en las prácticas profesionales, como en las organizacionales.

Son diversas las aproximaciones a la conceptualización y evaluación de la calidad de vida desde sus múltiples dimensiones; no obstante, un grupo de investigadores en el tema que han realizado estudios constantes sobre esto, a través de comparaciones interculturales e informadas en diversas fuentes de la literatura científica internacional, dan cuenta de siete dominios o dimensiones de la calidad de vida, que a su vez, con relación a la calidad de vida de los adultos

mayores, hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, por eso, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años, y en consecuencia con esto, se sabe que *"la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida"*.

Dicho esto, valiéndonos del modelo explicativo y de medición de calidad de vida desarrollada por Schalock y Verdugo, en este documento presentamos algunas reflexiones en torno a cada uno de los factores, en función de las características particulares del contexto colombiano.

#### 5.2.5.4 COMPRENSIÓN DEL FACTOR DE INDEPENDENCIA

Se observa un avance importante en los países desarrollados, particularmente, en el marco del espacio europeo de la educación superior, de la Universidad de la Experiencia, mediante la cual se *"trata de impulsar la ampliando la plenitud del ser humano a través de la educación ampliando la cobertura, y avanzar en el logro de igualdad de oportunidades en el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre"*. Sin duda, esta Universidad impacta de manera importante en la vida de los adultos mayores, la mayoría jubilados, que acuden a ella, en un intento afortunado por poner en juego su "sabiduría", pero también, como un pretexto efectivo, para mantener o generar redes de apoyo social, considerando que la idea de sabio aparece relacionada a "experto" con conocimientos y cualidades intelectuales adecuadas para la solución de problemas concretos y de tipo pragmático.

En un intento por transferir esta experiencia al contexto de Colombia, se evidencia que la sabiduría del adulto mayor está mediada por diversas variables del contexto, entre las que pueden citarse la edad de jubilación; la diversidad de los ámbitos laborales; la multiculturalidad del país, entre otras. A manera de ejemplo, podemos citar el valor que se le otorga al adulto mayor en función de las características del contexto laboral. En un ambiente académico, la sabiduría de los profesores mayores, denominados "profesores eméritos" es altamente valorada en todos los procesos curriculares administrativos, y muchos de ellos son convocados como asesores; mientras que en el contexto de un trabajo "de actividad física", la sabiduría del trabajador mayor pierde valor, frente a demandas de productividad, y se privilegia la contratación de una persona de menor edad, en correspondencia con sus características físicas y la relación proporcional de estas, con las demandas de producción.

Estos planteamientos nos interpelan respecto hasta qué punto, esta concepción de sabiduría, como característica socialmente relacionada con el adulto mayor en nuestro contexto, influye en las oportunidades de desarrollo personal que desde la familia y la comunidad se les proporciona a los adultos mayores. ¿Deberíamos retomar el modelo exitoso de la universidad de la experiencia y adoptarla como una estrategia privilegiada para favorecer el desarrollo personal de nuestros adultos mayores? o ¿Existen otras estrategias igualmente válidas para cumplir con este cometido?.

Sin duda, la respuesta principal frente a este segundo cuestionamiento se focaliza en la familia. A través de ella, se pueden generar estrategias "simples" como contribución relevante a la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

El primer y trascendental paso, es el reconocimiento de las características físicas, psicosociales y culturales de un adulto mayor, así como el valor que ellos tienen en términos de funcionamiento de la familia. Cabría entonces preguntarnos: ¿Cómo mejoraría nuestro funcionamiento familiar, si nos apoyáramos en la sabiduría de nuestros viejos, su inteligencia práctica, su capacidad de responder de manera menos emotiva frente a las situaciones problemáticas, cuando los demás no encuentran salida?.

De la mano con esto, debemos avanzar en la promoción de la autodeterminación de las personas mayores, entendida como la capacidad para tomar decisiones sobre la vida, con la menor injerencia externa posible, siendo la autonomía uno de sus principales componentes. En los adultos mayores colombianos, esta autonomía debe favorecerse desde el propio núcleo familiar, debido a que un buen número de estas personas conviven con sus familias, bien sea en su residencia de origen, o en las viviendas de sus hijos, debe garantizarles el ejercicio pleno de su autonomía a las personas mayores para tomar decisiones que son trascendentales para ellos, como aquellas relacionadas con la salud, la vida afectiva y el manejo del tiempo libre, entre otras, como contribución a su calidad de vida.

#### 5.2.5.5 COMPRENSIÓN DEL FACTOR PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las relaciones interpersonales de los adultos mayores giran en torno a conceptos como redes sociales, amistades y actividades comunitarias o de interacción social. Conviene precisar cómo estos indicadores se asocian a la salud mental y el bienestar subjetivo de este grupo etario, comprendido este en

el entramado de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez. Precisamente, una de las características del bienestar subjetivo en las personas mayores son las relaciones positivas con los demás, "la importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, y un criterio de madurez". Las relaciones interpersonales a su vez están intrínsecamente asociadas con la participación en la comunidad y el apoyo social, considerado esté como un concepto multidimensional que incluye apoyo social percibido, apoyo en términos de información, apoyo emocional, existencia de redes, entre otros.

En síntesis, la calidad de vida en el adulto mayor va a estar supeditada a las oportunidades y las formas en cómo transcurre la vida de esta persona, la cual no solo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula, cómo lo hace, a dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, y a quién frecuenta.

Entre los dominios de calidad de vida contemplados en el factor de participación social están los derechos humanos tales como respeto, dignidad e igualdad y los derechos legales. Para el grupo poblacional que aquí nos ocupa, los adultos mayores colombianos, un paso de trascendental importancia, para promover una mejor calidad de vida, lo constituyó la promulgación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez para el periodo 2007-2019, mediante la cual se expresa el compromiso del Estado para propiciar que las personas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos, en consonancia

con la Constitución Política de Colombia, específicamente en su artículo 46. No obstante, este marco normativo amplio, amparado de forma internacional, y encaminado a reconocer y respetar los derechos de las personas mayores, en la cotidianidad, resulta ilusorio. Para ilustrarlo, un dato reciente da cuenta que solo 30% de los colombianos mayores de 60 años reciben una pensión de jubilación de ellos, el mayor porcentaje, percibe un salario mínimo legal vigente (aprox. 246 \$USD) y el incremento anual es irrisorio (con el índice anual de precio al consumidor -IPC-) que para el año 2014 fue de 3.66%.

Frente a estos datos y hechos surgen numerosas preguntas. Esbozamos aquí solo algunas: ¿puede llevar una vida digna una persona mayor que percibe unos ingresos mensuales de 246 \$USD, cuando el sistema de salud es tan precario y en muchas ocasiones debe recurrir a un servicio médico particular y comprar los medicamentos formulados en este servicio?; ¿se puede hablar de igualdad cuando hay adultos mayores que reciben mesadas pensionales de 10 millones de pesos en promedio (3000 USD), mientras que el grueso de los adultos mayores, no cuentan con una pensión de jubilación y los que la reciben, en nada se ajusta a sus necesidades reales?; ¿hasta qué punto se les está brindado un trato personal y preferencial a los adultos mayores en el sistema de seguridad social, particularmente, en los servicios de salud, cuando se evidencia cada vez más un buen número de adultos que presentan una discapacidad y consecuentemente, una pérdida de su funcionalidad?.

En consonancia con la Política Nacional, se formulan en las diversas regiones de Colombia, las políticas públicas para el envejecimiento y la vejez. Una de ellas es la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en Bogotá Distrito

Capital para el periodo 2010-2025, que muestran cómo en esta ciudad, durante los últimos 15 años, se presentó un crecimiento de 5.3% en la población de más de 60 años, casi el doble de la tasa de crecimiento de la población total en la ciudad, correspondiente a 2.7%.

Igualmente, se confirman estos datos, por medio de las cifras de la encuesta de calidad de vida realizada en Bogotá durante el 2007, que revelan la existencia de 80.597 hogares con necesidades básicas insatisfechas, entre estos 19.879 hogares con personas de más de 60 años de edad, y de ellas 46.303 personas (7.5%) están fuera del sistema de seguridad social en cuanto a salud. Así mismo, señala como el acceso a los medicamentos es un problema que requiere una atención importante, dada la tendencia a crear barreras que imposibilitan el acceso a un servicio que por derecho les corresponde, en vista de que en Bogotá solo 56.3% de los adultos mayores reciben la totalidad de los medicamentos prescritos.

En igual dirección, se identifica que 15.3% de las personas mayores (94.368) tienen al menos una limitación permanente que afecta su calidad de vida. El mayor esfuerzo del cuidado de las personas mayores recae en algún integrante del hogar (54.7%) y 8.8% de las personas mayores no tenía quien lo cuidara, aunque se supone que la Ley enfatiza en la especial protección constitucional y legal que debe dársele a las personas mayores en estado de indigencia o pobreza extrema.

#### 5.2.5.6 COMPRENSIÓN DEL FACTOR BIENESTAR: EMOCIONAL, FÍSICO Y MATERIAL

El bienestar desde el modelo de Schalock y Verdugo se concibe como un factor de calidad de vida, y hace referencia a estar bien. Coincidiendo con los planteamientos de Nussbaum y Sen, esta sensación de bienestar, de plenitud en lo físico, lo material y lo emocional está, sin duda, relacionada con derechos, e implica trascender el bienestar que se traduce como beneficencia, es decir, el que se asocia a una visión asistencialista, desde la que las personas mayores son consideradas, por lo general, como objetos de altruismo. Esta visión confronta la manera inapropiada en la que socialmente se representa la vejez y a las personas mayores, equiparándolas con pobreza y necesidad de asistencialismo y se avanza en la comprensión de los adultos mayores, *"como parte integrante de la sociedad y como sujetos de derechos"* .

Al profundizar en este Factor, los autores plantean tres dominios o componentes centrales del bienestar: emocional, físico y material. Estos dominios se interrelacionan entre sí, de tal forma, que desde la visión sistémica que soporta este modelo, el desequilibrio en alguno de ellos, de una u otra forma, tiene implicaciones en los demás.

En primer lugar, el bienestar emocional está relacionado entre otros indicadores de calidad de vida, con ausencia de niveles altos de estrés, experiencias positivas, seguridad y protección para las personas mayores. Indicadores que son incompatibles con las condiciones de vida que presentan un buen número de adultos mayores, que en Colombia, experimentan niveles excesivos de estrés



como consecuencia de diversas circunstancias, algunas ya fueron mencionadas antes, como son los limitados recursos económicos, la carencia de redes de apoyo social, las dificultades para relacionarse con el sistema de salud, provocadas principalmente, por la incapacidad de los servicios y los profesionales de entender sus necesidades reales, y el incumplimiento permanente de la normativa nacional e internacional que aboga por sus derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la salud y a la vida.

Estos componentes del bienestar subjetivo antes descritos, se amalgaman en la vejez, y en algunos adultos mayores determinan su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida, en general.

El segundo componente, corresponde al bienestar físico que está relacionado, sin duda, con el concepto de salud, asumida desde una concepción que va más allá de la ausencia de enfermedad, que se define como *"un estado completo de bienestar físico, mental y social"*, que se hace evidente en las personas a lo largo del ciclo vital, pero, de manera especial en las personas mayores, en las que el deterioro físico o si queremos verlo en sentido positivo, el bienestar físico, se encuentra vinculado con la percepción de salud que a la vez depende, en buena medida, de su capacidad funcional, en el que sentirse útil, con capacidad para realizar cualquier actividad, favorece el desarrollo de la autoestima, una mejor sensación de satisfacción con la vida y una reducción en los estados depresivos, que han demostrado tener relaciones significativas con indicadores objetivos como son la presencia de enfermedades crónicas, el tiempo con el que han convivido con la enfermedad, y la complicación de la enfermedad, entre otros.

De ahí que, el bienestar emocional y la percepción de la salud, sean utilizados como indicador de una mejor calidad de vida, y están condicionados por la autopercepción de la condición de salud de los adultos mayores y el grado de actividad física que manejan en su vida cotidiana.

Sumado a esto, se identifica una notoria presencia de problemáticas de salud mental en nuestros adultos mayores, sin hacer referencia aquí, a un deterioro cognitivo leve o patológico, sino más bien, como consecuencia de dificultades en la autoaceptación, por la falta de oportunidades en la sociedad para lograr un funcionamiento óptimo; por las barreras existentes en el contexto para que el adulto mayor construya ambientes acordes a sus propias condiciones físicas; y por los limitados apoyos brindados desde la familia, y la sociedad, en general, para que la persona mayor reconozca su propio potencial para crecer como persona, consideradas estas condiciones básicas para garantizar una óptima salud mental.

Por último, está el bienestar material, y dentro de él, la situación económica del adulto mayor, a la que ya nos hemos referido de manera transversal a lo largo de este trabajo. No obstante, conviene esbozar aquí, algunas ideas adicionales, para cerrar esta visión integral del bienestar en los adultos mayores, concernientes a los contextos en los que interactúa la persona mayor. Uno de estos contextos, es el barrio o vecindario, en el que puede compartir espacios físicos con diferentes grupos de personas. Es allí, en donde se generan dinámicas de interacción que permiten fomentar el desarrollo de redes sociales. Sin embargo, en el ámbito colombiano, aunque un buen número de adultos mayores viven aún en barrios, caracterizados por la unidad de los vecinos en

torno a causas comunitarias, que favorecen su inclusión en las diversas actividades que se realizan, otros residen en edificios o conjuntos de apartamentos, en los que contrariamente, se refuerza el aislamiento social. Por lo general, estas unidades habitacionales se caracterizan por ser espacios reducidos y presentan condiciones de habitabilidad que no corresponden con las necesidades de este grupo poblacional como son el acceso a través de escaleras, la iluminación y la ventilación limitadas, pisos desnivelados, que repercuten en sus condiciones de salud física y emocional.

En definitiva, las condiciones de vivienda han sido consideradas como uno de los principales determinantes de la salud humana, que tiene repercusiones en toda la población mundial, específicamente, en las poblaciones más vulnerables, entre los cuales se encuentran los adultos mayores, debido a que ellos permanecen durante un prolongado tiempo en su vivienda. Entre esta población, es una problemática que afecta principalmente a las mujeres y a los adultos mayores de 85 o más años de edad, ya que a medida que aumenta la edad, las condiciones de la vivienda se agravan, los recursos económicos se reducen considerablemente y las limitaciones físicas, empiezan a aparecer.

En concordancia con lo expuesto antes, es de anotar además, que el cambio de lugar de residencia en los adultos mayores, se constituye de manera especial, en un evento vital que les genera altos niveles de estrés, no solo por las redes sociales con las que cuentan en su sector de vivienda, sino por las condiciones de movilidad y seguridad que el vecindario de siempre, les proporciona.

A la par con estas barreras resultantes de las características de la vivienda, los adultos mayores en Colombia, deben someterse a la falta de accesibilidad en el transporte público, en las instituciones prestadoras de servicio de salud, en los bancos y en las calles, en las que continuamente corre peligro su vida, por cuenta de los carros, las motocicletas, las bicicletas y los propios congéneres, que no toman conciencia de su condición de adultos mayores.

#### 5.2.5.7 COMENTARIOS FINALES

El aumento en la expectativa de vida de las personas, trae como consecuencia que los adultos mayores tengan que enfrentarse a múltiples desafíos propios de su etapa evolutiva, y que en algunas ocasiones los llevan a vivir experiencias de pérdida y amenaza a su bienestar personal, deteriorando de manera notable su calidad de vida. Esto se debe a la existencia de una cultura en torno a este grupo etario dentro de la sociedad, que se caracteriza por delimitar su funcionalidad a través de imaginarios sociales, los cuales están impregnados de prejuicios y estereotipos que se toman como marcos de referencia que delimitan la forma de definir y actuar de los adultos mayores dentro de los contextos en los que se desarrollan, configurando una visión errónea acerca de este colectivo, que se puede advertir en un temor infundado hacia el envejecimiento, lo que conlleva a un total desconocimiento de este proceso natural como una experiencia única, heterogénea y rodeada de una variedad de significados que surgen de la interacción entre ellos mismos, con sus pares y con el mundo.

Por esta razón, es indispensable contribuir a la remoción de las barreras sociales y culturales que les impiden a las personas envejecer con calidad de vida, y

desempeñarse óptimamente dentro de su familia y la sociedad en general, aportando desde sus saberes, necesidades y potencialidades acumulados a lo largo de su existencia, al desarrollo de las nuevas generaciones.

El constructo calidad de vida ha tenido desarrollos teóricos y empíricos importantes en las dos últimas décadas, y en diversas áreas, por eso consideramos de interés retomarlo como eje de la presente reflexión. Desde este marco de referencia, el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo, ha demostrado un ajuste óptimo para la descripción y análisis de la vida de las personas mayores en el contexto colombiano; sin embargo, son muchos los aspectos que se dejan sin revisar, y que seguramente, serán objeto de próximas reflexiones por parte de nosotros, o de otros autores, pero, consideramos que esta mínima contribución a un tema con tanto impacto personal, familiar y comunitario, debe trascender a la realidad de los adultos mayores colombianos, y si bien, la Constitución Política Colombiana, en su artículo 46 responsabiliza del adulto mayor, al estado, la sociedad y la familia, estamos aún muy distantes, de que esto se materialice.

En esta dirección, es necesario enfatizar, el papel relevante que cumple o debería cumplir la familia, como proveedora primaria de apoyos para los adultos mayores, particularmente, en relación con la atención y protección hacia los procesos físicos y mentales que viven en esta etapa evolutiva, específicamente, cuando esta población no tiene fuentes de apoyo formal. Se ha comprobado que los adultos mayores que conviven con sus familias presentan mejores niveles de salud física, mental y emocional en contraste con las personas mayores, que viven solas. No obstante, resulta contradictorio, como, en algunos casos, al

interior de la familia se evidencia falta de atención y de compromiso con la calidad de vida de estas personas, y lo que es más preocupante se desconoce sus derechos y se los maltrata, de diferentes maneras.

Si se tiene en cuenta, que la familia es considerada como la institución base y formadora de la sociedad, se hace necesario gestar procesos de cambio que promuevan una mayor autodeterminación de las personas mayores, a partir del reconocimiento de sus sentimientos, necesidades y habilidades, para que puedan compartir su dinámica de vida con cada uno de sus miembros, y así, generar espacios de participación en los que el adulto mayor pueda tomar decisiones acerca de sus ideales y propósitos de vida de manera autónoma, además, de poder ser un miembro activo del núcleo familiar.

A partir de esta mirada, se debe generar una resignificación del envejecimiento, en la que este proceso no sea sinónimo de debilidad, sufrimiento y minusvalía, sino más bien de goce, reconocimiento y autonomía, ya que las personas pertenecientes a este grupo, buscan llenar y enriquecer sus vidas a través de las múltiples experiencias y aprendizajes realizados a lo largo de los años, los cuales los han equipado con una fuerza para irrumpir en la búsqueda y demanda de respuestas para sus necesidades más significativas dentro de los contextos en los que se desenvuelven.

#### Estudios locales

A nivel local, Rivera et al.<sup>19</sup>, realizaron un estudio denominado caracterización de la salud mental de los adultos mayores de la comuna dos de la ciudad de Popayán, pertenecientes al grupo Nuevos Horizontes que se creó hace más de

20 años en este sector de la ciudad ante la necesidad de organización y como una forma para ser visibilizados y exigir la atención requerida por los adultos mayores. Es una investigación mixta de tipo descriptivo. Los resultados mostraron que los adultos mayores del grupo nuevos horizontes se han adaptado extraordinariamente a un sistema de autoayuda, saludable durante las jornadas de reunión semanal, comparado con otros adultos mayores que pueden estar en las mismas condiciones, sumergidos en los mismos o similares entornos sociales pero no cuentan con un lugar o momento donde puedan expresarse, desahogarse de sus dolencias y sentirse felices, desarrollando un estilo de vida que permita aceptar estas condiciones y afectaciones causadas por factores psicosociales transformándolas en fortalezas como lo han hecho estas personas, demostrando 19 RIVERA S et al. Caracterización de la salud mental del adulto mayor del grupo Nuevos Horizontes de la comuna 2 de Popayán, Departamento del Cauca. [Trabajo de grado para optar el título de Psicólogo]. Universidad Abierta y a Distancia UNAD, Popayán, 2018. 13 que la especie humana evoluciona y se adapta a su medio ambiente y sobrevive a los ambientes más hostiles, el adaptarse a vivir en estas condiciones ambientales sin duda alguna ha generado un cambio en la mentalidad de estas personas, pero han sido más fuertes las ganas que tienen de seguir viviendo. Gurrute y Mesa 20 realizaron un estudio con el fin de establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con lesión medular crónica de Popayán, Colombia del año 2014. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional bivariado en 37 personas con lesión medular de Popayán,

Colombia; donde se caracterizó y se relacionó el grado de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, con variables sociodemográficas, clínicas y asociadas con la neurorehabilitación, discapacidad (SCI-DAS) y la calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF). Se encontró un promedio de edad de 42,17 años, con un tiempo de evolución lesión en promedio de 147,97 meses, en un mayor porcentaje la muestra estuvo conformada por hombres con un 83,8%, siendo solteros en un 62,2% del total de los participantes. Se encontró una media de 80,03 puntos para Adherencia global, un promedio de 27,85 puntos para Discapacidad global; mientras que para Calidad de vida general se encontró una media de 64,86 puntos. Así mismo, se observó una correlación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) para todas las variables de forma inversamente proporcional, es decir, a mayor calidad de vida, menor grado de discapacidad; excepto para calidad de vida en salud psicológica y discapacidad en factores ambientales ( $p = 0,081$ ). Se concluye que el proceso de adherencia de los participantes fue catalogado como alto y se vio influenciado por factores como el equipo y asistencia sanitaria, lo cual demostró ser un indicador determinante que afecta las esferas del individuo como la continuidad en las terapias y en su motivación en la mejoría de su condición de salud.



## 6. MARCO CONTEXTUAL

Popayán, oficialmente Asunción de Popayán, es un municipio colombiano, capital del departamento del Cauca. Se encuentra localizado en el valle de Pubenza, entre la Cordillera Occidental y Central al suroccidente del país. Su extensión territorial es de 512 km<sup>2</sup>, su altitud media es de 1760 m sobre el nivel del mar, su precipitación media anual de 1941 mm, su temperatura promedio de 14/19 °C y distancia aproximada de 600 km a Bogotá, capital de Colombia.

Es una de las ciudades más antiguas y mejor conservadas de América, lo que se ve reflejado en su arquitectura y tradiciones religiosas, reconocida por su arquitectura colonial y el cuidado de las fachadas. Popayán tiene uno de los centros históricos coloniales más grandes del país y América, con un total aproximado de 236 manzanas de sector histórico.

Barrio Lomas de Granada Comuna 9



Figura 1

Barrio ubicado al sur occidente de la ciudad de la ciudad de Popayán, se celebran todos los años en el mes de noviembre las tradicionales ferias gastronómicas, artesanales, culturales y deportivas de la ciudad, cuenta con un aproximado de

7 mil habitantes, barrio que tiene número de colonias del Cauca de gente trabajadora y es muy acogedor.

## 7. MARCO TEÓRICO

### Modelo humanista - existencialista

Frente al conductismo y al psicoanálisis, en Estados Unidos se originó el movimiento de psicología humanista, según el cual la persona busca autorrealizarse, siendo éste el propósito general que guía sus acciones y da sentido a su vida. Maslow (1908-1970) denominó a esta tendencia como la «tercera fuerza» (en psicología), señalando así su rechazo a un tiempo del conductismo y del psicoanálisis. Los teóricos humanistas dejan de lado las explicaciones basadas en mecanismos psicológicos y en cuestiones patológicas, señalando como elementos de interés el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Lo que pretende explicar es la vida del hombre sano, guiado por una amplia jerarquía de motivos dominados por el autodesarrollo o el cumplimiento de la vocación propia. Entre los autores de referencia encontramos a Maslow, Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber, El modelo humanista y existencial es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma (aspectos cruciales en otros modelos), una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano,

respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación.

Contenido conceptual de referencia del modelo El humanismo y el existencialismo aportan un marco de referencia teórico que subraya en primera instancia la libertad, la dignidad y el potencial de elección que poseen las personas. Personas que se conciben en constante desarrollo y evolución, en constante crecimiento. Bajo estas premisas, entienden que las personas crean su personalidad a través de las elecciones y decisiones que toman en su vida, las cuales vienen determinadas por la libertad y la conciencia. Humanismo. Aporta una visión integradora, holística, del ser humano, concibiendo a la persona como un todo en el que operan interrelaciones entre factores físicos, emocionales, ideológicos y espirituales. Modelos de intervención en trabajo Social. El humanismo no divide, no separa aspectos de la persona. identificándolos como la causa de la enfermedad, del problema. El humanismo ve en el ser humano un ser completo y tiene en cuenta cada aspecto y su influencia en el todo. El humanismo entiende al hombre como un ser equipado del conjunto de potencialidades necesarias para su completo desarrollo, frente a otras consideraciones teóricas que lo conciben como un ser incompleto, víctima de sus pulsiones, instintos y determinismo genético. El humanismo ve en el síntoma la manifestación externa de un problema o conflicto interno (potencialidades no desarrolladas). El humanismo no trata de eliminar dicho síntoma, como proponen otras teorías sociales, sino que trata de escucharlo, de entender su significado, de comprenderlo. El humanismo se niega a distinguir entre personas enfermas y personas sanas. Considera que todas las personas

necesitan apoyo a la hora de buscar o encontrar su equilibrio. El humanismo entiende que la personalidad surge como una totalidad que se encuentra sujeta a un cambio permanente y continuo, basada en la libertad de acción de las personas, en su capacidad de elección y en su intencionalidad. Los seres humanos actúan de forma intencionada, no se limitan a comportarse, determinan lo que hacen, imprimiendo significado a sus decisiones y elecciones. Existencialismo. Afirma que lo que propiamente existe es el hombre, no las cosas, que toman su ser en él o a través de él. El hombre no posee una esencia que le determine a ser o a comportarse de una determinada forma, sino que él mismo es su propio hacerse, su propio existir. Existir es para los existencialistas libertad y conciencia. Libertad porque el hombre es un modo de ser que nunca es dado de antemano, sino que el hombre puede conquistar su propia esencia, Conciencia, porque el hombre se comporta en el mundo social de forma intencionada, en torno a un objetivo que le da sentido a su existencia.

Toda conciencia es siempre dirigirse hacia algo, es «conciencia de». La conciencia es «un poder de ser lo que no se es y de no ser lo que se es», una intencionalidad. El existencialismo concibe al hombre como posibilidad abierta, libertad de hacerse esto y lo otro, le reconoce la capacidad de elección, Ahora bien, en la medida en que el hombre está arrojado al mundo, ha de contar con aquello que le es «dado», con las circunstancias que limitan y cercenan sus posibilidades y su libertad. El hombre tiene la capacidad de poder elegir libremente y no debe eludir dicha responsabilidad, ya que si no, no llevará una existencia auténtica. La angustia, a la que se refiere el existencialismo, nace de un futuro indefinido, de un horizonte vital lleno de posibilidades al que el hombre

debe de enfrentarse, asumiendo plenamente la libertad de construirse a sí mismo a cada instante. 11.2. Naturaleza de la intervención El modelo existencial y humanista ha sido un modelo que ha impactado en el Trabajo Social debido sobre todo a que utiliza una filosofía sobre la persona y las relaciones sociales que coinciden con las raíces del Trabajo Social. Filosofía en la que la consideración de las personas individualmente como un todo y en interacción con su entorno, el respeto hacia la comprensión e interpretación de sus experiencias vitales y la observación de los usuarios como el objetivo central del trabajo, entroncan con algunos de sus pilares fundamentales. El Trabajo Social humanista centra su atención en el hombre como sujeto, lo que le diferencia de otros enfoques que lo consideran un paciente (enfermo) o un cliente (asistencialismo).

Desde esta posición de partida, el trabajador social humanista dirige su atención y apoyo hacia una persona igual que él, reconociéndose como ser pensante y ente racional, capaz de dirigir su vida y de darle un sentido a la misma. Además, le reconoce su capacidad reflexiva y de análisis de las situaciones, con lo que el Trabajo Social humanista es sumamente respetuoso con los diagnósticos que la propia persona realiza respecto de su situación vital y/o de su problemática concreta. La intervención humanista no interpreta nada, no diagnostica nada, sino que favorece la reflexión de y con el otro. Así mientras el psicoanálisis o el conductismo ponían el acento en los aspectos inconscientes y emocionales, el Trabajo Social humanista deposita su atención en la dimensión pensante y reflexiva de las personas. Esta actitud y capacidad reflexiva es condición «sine qua non» para poder construir un cambio, una transformación, que no sean

impuestas (desde una autoridad profesional) y que garanticen su perdurabilidad. Al igual que en el caso del modelo psicodinámico, este modelo posee diferentes enfoques de intervención que de alguna forma se reconocen como similares en cuanto a los pilares de referencia mencionados, si bien incorpora matices teóricos innovadores y nuevas formas de práctica profesional que le hacen diferente, entre los que destacan:

a) El enfoque centrado en el cliente (Carl Rogers). Carl Rogers, a través de sus principales publicaciones, como fueron Psicoterapia centrada en el cliente (1969), El proceso de convertirse en persona (1961) y Orientación psicológica y psicoterapia (1978), plantea el siguiente postulado como eje de su concepción terapéutica: «La persona tiene capacidad suficiente como para manejar de forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia» (Rogers, 1972, 1978). La hipótesis central del enfoque de intervención rogeriano es el respeto absoluto por la capacidad de desarrollo y de actualización del ser humano siempre que disponga de las condiciones adecuadas.

De forma que la intervención no se centrará tanto en actuar sobre la persona, sobre el ser humano en dificultad, sino más bien en «acompañarle» en la experiencia, dándole las condiciones necesarias y dándole seguridad para poder crecer, para poder desarrollarse. Rogers cree que esta capacidad de que disponen todos los seres humanos puede estar en estado de latencia, debido a diversas fuerzas negativas (sociales), siendo la intervención, la terapia, la encargada de ayudar a movilizar las tendencias inherentes al entendimiento y crecimiento personales. El enfoque gestáltico.

La terapia de la Gestalt es otro enfoque humanista de intervención que fue desarrollado por el psicoanalista alemán Fritz Perls (1951). Perls, contrario a la pura tradición psico sostenía que el descubrimiento intelectual (interpretativo) de lo que le está sucediendo al paciente era insuficiente para curar el trastorno, por lo que ideó un modelo de intervención nuevo, basado en ejercicios específicos pensados para mejorar la consciencia de la persona sobre su estado físico, sus emociones y sus necesidades reprimidas. Para ello creó la Gestalt. Desde esta perspectiva, la Gestalt, no sólo apunta a tratar la patología, sino que se fija en el desarrollo integral del ser humano considerado como un todo (holísticamente), como una totalidad que implica lo mental, lo corporal, lo emocional, lo social y hasta lo espiritual. La Gestalt se centra en el «aquí y ahora», considera más importante que las personas indaguen e investiguen «cómo» experimentan un problema en el presente, a que busquen los orígenes en el pasado. Para ello es necesario estar en «contacto» con todo lo que sucede, desarrollando y abriendo la capacidad de percepción a las sensaciones corporales y a los sentimientos.

La Gestalt, antes que una terapia verbal o interpretativa, es una terapia vivencial (experiencial). Por eso la labor del profesional/terapeuta no va dirigida a la interpretación, sino que va dirigida a generar un espacio en el que trabajar, en el que poder experimentar, utilizando para ello diferentes técnicas, además de la palabra, como por ejemplo la silla vacía, la toma de conciencia, la escenificación de los sueños, el monodrama, juegos corporales, juegos teatrales, entre otras, que serán detalladas más adelante.

c) Análisis transaccional y Trabajo Social. Desarrollado por Eric Berne, el análisis transaccional analiza la persona y su comportamiento a través de un análisis que se centra en los aspectos



intrapersonales, las relaciones interpersonales, los juegos psicológicos y el argumento de vida.

Berne utiliza estos elementos para elaborar una interpretación fenomenológica de la conducta de los seres humanos y no tanto una interpretación psicoanalítica (más basada en la psicometría y en la experimentalidad). Por este motivo el modelo se ubica dentro de los psicodinámicos, pese a tener una clara influencia humanista. Este modelo ofrece diversas aportaciones que han sido muy relevantes para el crecimiento metodológico y teórico del Trabajo Social. Y lo es cuando le aporta una formación básica y sencilla en aspectos psicológicos elementales como la personalidad, la comunicación, las necesidades humanas, las emociones y los sentimientos, las actitudes, la dinámica de grupos, etc. Igualmente, es un modelo que facilita orientaciones útiles para explicar los comportamientos propios y de los otros, para poder basar de forma sólida las estrategias de relación y cambio que se dan en la intervención desde el Trabajo Social.

Es un modelo que da patrones de referencia para la observación, autoobservación y el crecimiento personal y profesional que aporta experiencias vivenciales individuales y grupales que abren nuevas perspectivas en la comunicación personal y en la solución de problemas. d) El enfoque existencialista. Con la publicación en 1978, de *Existential social work*, Krill desarrolla un modelo ecléctico de aplicación de las ideas humanistas y existenciales al Trabajo Social. Este modelo toma ideas de Rogers, de la psicología de la Gestalt, del zen y de filosofías similares. Según Krill, este enfoque fija su atención en que los usuarios se centren en la exploración de sí

mismos y de su entorno. Según este principio, las primeras entrevistas se dedicarán a la indagación de la razón de ser de las personas. La utilización del diagnóstico tal y como lo utilizan otros modelos son a su entender inadecuadas, ya que no sirven para ayudar al usuario, sino para que el trabajador social se sienta menos inseguro.

Según Krill (1978), tampoco se debe de ayudar al usuario a que busque el autoconocimiento. puesto que es una seducción para aceptar una utopía ingenua, ni tampoco presionarle a que se ajuste a unos determinados estándares puesto que es opresivo. Se debe, según Krill, utilizar la razón para refutar las ideas fijas a las que los clientes sociales se aferran para mantenerse en sus problemas; esto les concede una mayor libertad para investigar caminos existenciales alternativos. En segundo lugar, conforme avance el tratamiento, y el usuario y trabajador social tengan una relación de seguridad, se le pueden ofrecer a la persona otras vivencias (por demostración o práctica), así como asignarle tareas para hacer en casa sobre nuevas experiencias de la vida cotidiana. El trabajador social no realiza un diagnóstico, ni un pronóstico, ni una prescripción, sino que estimula al usuario para que éste busque nuevas opciones vitales (Ballester, 2004: 28-56).

Naturaleza de la relación significativa entre el trabajador social y la persona a la que ayuda El trabajador social desde la perspectiva humanista/existencial es un mero observador, una especie de espejo, que respeta la experiencia auténtica del paciente, y se espera que, a través de la transmisión del «darse cuenta») y a través del diálogo, el paciente incremente su darse cuenta, pudiendo crecer y ser más autónomo. El trabajador social ha de establecer una relación profundamente

personal con su usuario y comportarse como una persona frente a otra y no como un profesional científico de rol superior. El trabajador social en esta relación debe ayudar a clarificar las emociones del usuario, ser un facilitador en el proceso de hacerlas conscientes y, por ello, manejables y no patológicas. Debe igualmente facilitar la implicación mutua en los objetivos y tareas de la terapia, en sus elecciones y decisiones. Según este modelo, es necesaria la madurez emocional del trabajador social, la cual le ayuda a participar en la tarea de cambio de la otra persona, sin tener la tentación de modelar dicho cambio según su imagen (esto se produce con bastante frecuencia). Esta madurez implica no ser juez o modelo del usuario, sino amplificador o resonador de los esfuerzos que el usuario hace por crecer, por desarrollarse.

La manera como se concibe en el modelo a la persona que vive el problema o que lo sufre. El modelo humanista/existencial nos ha mostrado cómo sus principios de acción pasan por el apoyo a las personas para que éstas incrementen el número de posibilidades y de opciones disponibles en sus vidas. Para llevar a cabo esta concepción de la relación de apoyo, el modelo humanista/existencial propone que el profesional del Trabajo Social reconozca a las personas no como simples recipientes pasivos de servicios, sino como agentes activos que juegan un papel central en la determinación del curso de sus vidas. El usuario, para el modelo humanista/existencial, es el principal protagonista de todo el proceso. El usuario es libre, es autónomo, y siempre la solución del problema. La capacidad de hacer elecciones y la disponibilidad de una determinada serie de elecciones son factores determinantes a tener en consideración por parte del Trabajo Social. Consecuentemente, la evaluación y

la consiguiente intervención deben tener en cuenta tanto la dimensión objetiva como la dimensión subjetiva: en cuanto a la dimensión subjetiva, se trata de conocer cómo es experimentada, vivenciada, la situación en la que se encuentra el sujeto o los sujetos implicados y cuál es la trascendencia, la importancia que tiene para él/ellos; y en cuanto a la dimensión objetiva, se refiere al conocimiento de los factores que han llevado a la situación actual.)

### 7.1 EVA MARIA GARCES TRULLENQUE, EL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE DÓNDE VENIMOS.

Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social (Fernández, J., 1997). En los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales. De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental. En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como

influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales. Esta influencia que llega a España importada de los EEUU viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales. Al final de la década de los sesenta la Clínica Tavistock de Londres, con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006). Volviendo la mirada a los EEUU, hoy por hoy la salud mental sigue siendo una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda. El desarrollo de la atención psiquiátrica en España ha tenido un desarrollo similar al que se ha producido en la mayoría de los países desarrollados. Tradicionalmente la asistencia psiquiátrica dependía de las Diputaciones Provinciales y no estaba integrada en el régimen de la Seguridad Social. A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como máximo referente la reforma psiquiátrica italiana, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad. La evolución del Trabajo Social en Salud Mental, ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. La década de los 70 se caracterizó por la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo

una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial. La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas. En este

momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social. En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias. Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica si no también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

## 7.2. DÓNDE ESTAMOS: LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

En la actualidad, la atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos en territorios determinados (Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, unidades de rehabilitación, hospitales de día,...), habiendo tenido estos servicios una implantación diferente según los diferentes planes de salud mental que se han ido desarrollando las diferentes comunidades autónomas. A nivel normativo, en el año 2006 se determina la cartera de servicios comunes al

Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre (este Real Decreto sustituye al anterior 63/95 en el que la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica estaban contempladas de forma muy general). En el nuevo real decreto, en cambio, se especifican de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la Atención Especializada de la siguiente forma: — Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. — La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, donde se incluye: • Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios. • Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación. • Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías. • Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables. • Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social. • Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal. Tras esta definición de la cartera de servicios, las comunidades



autónomas en el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. En ese mismo año, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares, impulsa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ya que uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo es la mejora de la atención a la salud mental en España.

La Estrategia se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea, y que fue suscrita por España en 2005, donde se considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta Declaración insta a los sistemas sanitarios a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar. Desde este marco de referencia, la Estrategia adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos y constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de

los planes o programas de salud mental. Desde la aprobación de la Estrategia, se ha seguido con un trabajo conjunto entre las Sociedades Científicas, las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, intentando aunar esfuerzos dirigidos a la mejora de la atención en Salud Mental y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional. Esta Estrategia fue evaluada en el 2009, revisándose el grado de los objetivos alcanzados por las Comunidades Autónomas, manteniéndose para los próximos años los objetivos iniciales e introduciéndose nuevos objetivos y recomendaciones.

### 7.3. LO PROPIO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL: DEFINIENDO LA ESPECIFICIDAD

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos (Guimon, 2008). La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la

promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, L., 2006).

La Estrategia se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea, y que fue suscrita por España en 2005, donde se considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta Declaración insta a los sistemas sanitarios a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar. Desde este marco de referencia, la Estrategia adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos y constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de salud mental. Desde la aprobación de la Estrategia, se ha seguido con un trabajo conjunto entre las Sociedades Científicas, las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, intentando aunar esfuerzos dirigidos a la mejora de la atención en Salud Mental y con ello

mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional. Esta Estrategia fue evaluada en el 2009, revisándose el grado de los objetivos alcanzados por las Comunidades Autónomas, manteniéndose para los próximos años los objetivos iniciales e introduciéndose nuevos objetivos y recomendaciones.

#### 7.4 LO PROPIO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL: DEFINIENDO LA ESPECIFICIDAD

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos (Guimon, 2008). La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras,

psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, L., 2006).

Aunque el concepto y el ámbito de la Salud Mental son más extensos que los de la psiquiatría, ésta forma la base fundamental de aquella. Hasta finales del siglo pasado hablábamos de la asistencia psiquiátrica para referirnos a las actividades destinadas a prevenir y tratar las enfermedades psiquiátricas. De esta forma lo definían los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental a principios de los 90: Definiciones y conceptos generales en Salud Mental. Principios de las Naciones Unidas (U.N., 1991)

— El análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona; el tratamiento y la asistencia y la rehabilitación de un trastorno mental.

— Proporciona, como función primaria, cuidados en salud mental.

— Un médico, un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social (...). — Todas aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental.

Desde esta perspectiva, el trabajador social atenderá a toda población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblaciones establecidas, especialmente a aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada. ¿Dónde recae entonces la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros como trabajadores sociales? ¿Cuál es la expectativa de otros compañeros trabajadores sociales, que desempeñan su trabajo en otros dispositivos respecto a nuestra actividad

profesional? Si partimos de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental. Como en otros momentos hemos defendido el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la práctica del trabajo social, especialmente en los países anglosajones y, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda, M., y Garcés, E., 1998). En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares. El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona (Ituarte, A., 1992). Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son: 1. Por medio de la relación interpersonal.

2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

#### 7.4.1 EL PUNTO DE PARTIDA: LA INTERDISCIPLINARIEDAD

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinarietà hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada (García, R., 2004). Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo. El equipo no es un fin en sí mismo, sino

es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento (Díaz, E., 2002). La interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial es definida por Tizón como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social,... Pero este mismo autor plantea cómo debe definirse una remodelación de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo el intercambio de ideas entre los mismos. Cuando la unidad interna del equipo es efectiva, es normal que un miembro asuma técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que por ello se rompa la cohesión del equipo, se interfiera el rol de sus componentes y se sustituyan los objetivos del equipo. En el equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de forma coordinada. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario (Tizon, J.L., 1992). Este enfoque interprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir (Ramírez de Mingo, I., 1992). Igualmente debemos señalar como generalmente la organización y características terapéuticas del equipo son diferentes en la



psiquiatría hospitalaria respecto a la psiquiatría comunitaria: — En los centros en los que predomina el (hospital), los equipos terapéuticos tienen una estructura más vertical. Lo deseable aquí es la perfecta coordinación de los miembros en el fomento de unas habilidades técnicas precisas. — En los centros en los que predomina un modelo \$ (Hospital de DIA, CSM, módulos psicosociales, comunidades terapéuticas) el equipo es de una estructura más horizontal. El cambio de la interacción tradicional a la orientación comunitaria del equipo requiere hacer menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permitiendo unificar actitudes en la comprensión del enfermo y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Esto significa que aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 1997).

#### 7.4.2 LA ESPECIFICIDAD COMO TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE SU EQUIPO

En primer lugar es importante diferenciar lo que son funciones del trabajador social con el rol profesional que desempeña. Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional. En el caso de los roles, nos

referimos a las expectativas latentes en cuanto a funciones, tareas o comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros.

Si bien las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el Centro donde prestan sus servicios, la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo podemos partir de una serie de funciones básicas:

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
- Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
- Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
- Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
- Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.

- Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.

- Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
- Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados. — Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de:

- Los recursos normalizados.
- Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
- Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002). La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, I., 2006). En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador

social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, N., 1992). En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002). Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos socio laborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos. El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad par cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él pudieran depender, es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención. Por otra parte, cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la formación, experiencia y competencia del trabajador social (Guimon, J., 2002).

### 7.4.3 LA ESPECIFICIDAD DE SU ÁMBITO EN RELACIÓN A OTROS ÁMBITOS DONDE INTERVIENEN TRABAJADORES SOCIALES

Esta especificidad viene definida por un lado, por la población con la que trabaja y su psicopatología y por otro, por una metodología propia de intervención:

1. La población con la que trabaja y su psicopatología. El conflicto o trastorno mental es lo que diferencia a este grupo de población. Es por tanto ese conflicto o trastorno mental el que los define como usuarios de los Servicios de Salud Mental, y el que a la vez los diferencia, ya que algunas personas se convierten en usuarios de una consulta especializada en una situación de crisis y otras son usuarios «continuos» de la red de salud mental por su evolución."

— La demanda de consulta al dispositivo es objeto de la atención en salud mental porque sufren un trastorno mental: Pacientes que acuden a recibir tratamiento y cuyo problema médico fundamental es el psiquiátrico.

— El caso requiere un Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.

— El trabajo se define a medio-largo plazo.

— Intervención sobre: • La problemática socio-familiar.

• Las consecuencias sociales de la enfermedad: en el caso de las enfermedades crónicas, la prolongación en el tiempo del trastorno produce la aparición de «consecuencias» psicosociales que perturban el curso de la vida habitual.

- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).
- 0"
- La demanda de consulta a la Unidad sea objeto de la atención en salud mental.
- Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.
- El trabajo se define a corto plazo.
- La problemática social del usuario esté relacionada con el motivo de la consulta, con la demanda de salud mental.
- Intervención sobre la problemática socio-familiar, ligada al motivo de consulta.
- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

#### 7.4.4 EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Dentro de la actividad profesional del trabajador social merece especial atención el trabajo que desempeña con personas que padecen un trastorno mental grave, ya que se requiere de una especificidad que viene definida por las características

psicopatológicas y sociales de la enfermedad. El concepto de trastorno mental grave engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales. Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social. Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) van a necesitar la utilización de varios servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada, lo que requiere una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional.

#### 7.4.5 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE CURSO CRÓNICO O TRASTORNO MENTAL GRAVE

La cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales produce la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del paciente. Estas consecuencias definidas por la OMS como

deficiencias, discapacidades y minusvalías dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y por consiguiente, obstaculizan su integración social. Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma sino también sobre las consecuencias (rehabilitación). Para ello, es preciso valorar las discapacidades de la persona y sus situaciones de desventaja e intervenir además para cambiar el concepto social que la sociedad tiene acerca del enfermo mental. Como ya hemos comentado, en la enfermedad mental, y especialmente en el TMG, a veces la desaparición de la deficiencia no hace desaparecer la discapacidad o la minusvalía. Esto se debe a que pueden existir en el entorno factores perpetuadores de éstas, cronificándolas. Por ello, la intervención sobre las consecuencias del TMG suele darse en dos fases, complementarias y generalmente paralelas en su desarrollo:

#### 7.4.6 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA REHABILITACIÓN

La intervención se centra sobre el individuo principalmente, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer. En este sentido, tal y como lo define la O.M.S. (1983), la rehabilitación tiene como objetivo restablecer el nivel de funcionamiento mental, físico y sensorial óptimo, que precede a un trastorno padecido por una persona. Para esta propuesta, el diagnóstico de la enfermedad que padece la persona a través del modelo médico tradicional no es



suficiente, ya que lo relevante para rehabilitar es conocer lo que las personas no pueden hacer a causa de su enfermedad (Üstün, 1996). En la «Carta para los años 80» se establece que la Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad. Así pues, la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible.

#### 7.4.7 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD: INTEGRACIÓN SOCIAL O REINSERCIÓN.

La intervención se centra sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad. Se interviene sobre el sujeto en relación al concepto social que se tiene de él. La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación. Por ello, la recuperación del TMG se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración

social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico. Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial. Estaríamos hablando de conseguir una «equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad —tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación— se hace accesible para todos» (U.N., 1988). Tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del paciente una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos y comportamentales de características protésicas, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más normalizados posible. Para alcanzar este objetivo, la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Rodríguez, A.,1997). El trabajador social dentro del

equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con un mayor peso específico en la segunda, con el objetivo de:

— Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...) y diseñar una propuesta de intervención para mejorarla, integrada dentro del Plan Individualizado de Rehabilitación.

— Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la comunidad.

— Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que reduzcan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.

— Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

#### 7.4.8 POR LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren unas técnicas y una metodología adecuadas. Para

Intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos. Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

#### 7.4.9 HACIA DÓNDE VAMOS: EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Si entendemos por el ejercicio profesional el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención. En salud mental, este ejercicio profesional es muy diverso ya que nos encontramos trabajadores sociales incorporados en Unidades de Salud Mental de Adultos, Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Unidades de Agudos, Programas específicos para patologías concretas (anorexia, trastornos bipolares, trastornos

de personalidad,...),Centros de Día, Hospitales de Día y en Centros Residenciales,... Pese a la diversidad de dispositivos en los que trabajamos, la práctica profesional de los trabajadores sociales en salud mental pone de manifiesto en general una forma común de entender el Trabajo Social Psiquiátrico, como así se refleja en las publicaciones en relación a éste ámbito y en los foros de intercambio profesional y de formación para trabajadores sociales en salud mental. En este sentido, es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo. Desde mi experiencia como trabajadora social en el ámbito de la salud mental, entiendo que las claves para el desarrollo del Trabajo Social en Salud Mental son la especialización, la formación continuada y la definición de un Perfil Profesional.

#### 7.4.9.1 LA ESPECIALIZACIÓN

El saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir» (Trevitchich, P., 2002).

Los elementos básicos de este saber especializado en el Trabajo Social se fundamentan en:

- 1 Un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud mental, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos.
- 2 Un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definen una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención.
- 3 Un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional. La especialización en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, las adquisición de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización. No se puede separar la formación de los profesionales de la calidad de los servicios que prestan, de forma que cuanto mejor y más amplia sea la preparación de los profesionales, mayor será la calidad

asistencial de los servicios y el grado de desarrollo que puedan alcanzar (Mollejo, E, 2002). Como nos señala Guimón (2008): «en lo que se refiere a los asistentes sociales hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de «gestores de casos». En el futuro deberían asumir la realización de algunos tipos de Psicoterapias, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a lo de los psicólogos».

#### 7.4.9.2 FORMACIÓN CONTINUADA

Deberíamos partir de nuestras carencias en formación para poder definir un programa de docencia para los trabajadores sociales en salud mental. La primera dificultad en este sentido surge por la imposibilidad de encontrar una base doctrinal en la que todos nos sintamos identificados. ¿Cómo se pueden integrar todos los conocimientos y habilidades que debe tener un trabajador social? Quizá después de la experiencia práctica no desdeñemos ninguna manera de acercarnos al sufrimiento humano y basándonos en problemas específicos, nos planteemos la utilidad de distintos enfoques, de una forma más flexible y global, haciendo uso de una actitud más crítica y menos dogmática. La formación se constituye en un proceso basado en la experiencia, y por tanto en el aprendizaje. El aprendizaje de este difícil oficio se articula sobre tres elementos fundamentales: la relación trabajador social-paciente; el trabajo en equipo y la

institución. La especialización y la formación implican educarse en la autocrítica y en la heterocrítica, situarse en la posición permanente de aprender, de estar en proceso, de saber mirarse al espejo y evaluarse como parte del análisis de la situación. Se ha analizado como la variabilidad de la práctica profesional en los trabajadores sociales en el ámbito sanitario puede ser una dificultad y lo importante que sería garantizar que ante la misma patología se actúe de forma homogénea y se realicen tratamientos o intervenciones estandarizados y basados en la evidencia (Saavedra M.L., 2003) .En diferentes foros sobre Trabajo Social en Salud y en Salud Mental se está planteando la importancia de la necesidad de una puesta en común de metodología de trabajo y de procedimientos de actuación específica, ya que en la actualidad coexisten una multiplicidad de funciones e intervenciones en los diferentes servicios que se corresponden con diferentes factores, entre ellos la formación. Esta situación favorece en algunas ocasiones la no definición de nuestro trabajo diario en los equipos interdisciplinarios. En relación a esto, lo que si que ha cambiado en los últimos años es la discusión sobre el método y lo que predomina es que es el profesional el que escoge en cada momento el método más apropiado para su práctica profesional. Sólo una práctica reflexiva y eficaz permitirá que nuestras intervenciones no sólo se lleven con la competencia debida, sino que sean eficaces en el sentido de que conducen a los resultados deseados.

#### 7.4.9.3 NECESIDAD DE DEFINICIÓN PROFESIONAL: HACIA UN PERFIL PROFESIONAL



Recientemente se oyen voces a cerca de la necesidad de recuperar el reconocimiento que el Trabajo Social en Salud Mental ha tenido durante décadas, poniendo en evidencia que el espacio profesional no viene dado únicamente por un listado de funciones consensuadas y cómo debemos responder. Se plantean nuevas tareas, nuevos requerimientos profesionales, que exigen una formación sólida ya que serán nuestras competencias las que nos permitan ubicarnos en nuevos roles y desempeñar nuevas tareas profesionales. El reconocimiento nos vendrá dado por lo que seamos capaces de hacer con éxito y por la capacidad de mostrar y divulgar lo que hacemos (Ureña, A., 2006). Si analizamos la actividad profesional de los trabajadores sociales en los diferentes servicios de salud mental, la realidad es que cada uno ha ido haciendo según su iniciativa y el reconocimiento del equipo, y según su formación, pero no tenemos una cartera de servicios propia, una definición de la actividad profesional. Deberíamos preguntarnos si nos interesa tenerla. Se trataría de un documento marco, de referencia para todos los trabajadores sociales de salud mental. Un documento de partida, como fue y sigue siendo la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000). Este análisis nos obligaría a definir conceptualmente lo que hacemos. Poder poner nombre a lo que hacemos. De esta forma habría unos mínimos, prestaciones o intervenciones básicas que tendríamos que ofertar desde todos los servicios aun entendiendo que trabajamos en diferentes dispositivos. Definir esos mínimos facilita el conocimiento de nuestro rol a otros profesionales, así como permitiría a los trabajadores sociales que iniciaran su actividad en un dispositivo de salud mental un punto de partida respecto a las

intervenciones que tendrían que prestar La cartera de servicios es entendida como el instrumento que pretende sistematizar el proceso de atención y que tiene un nivel de implantación en un territorio. Para poder definir la cartera de servicios del Trabajador social en salud mental son necesarias una serie de fases:

- 1 Análisis de la cartera de servicios propuesta en los Planes Estratégicos de cada Comunidad Autónoma a través de los diferentes Programas de atención a los usuarios y de los Programas de Calidad. Si en el diseño de estos planes se ha contado con la participación de los trabajadores sociales tenemos ya un camino iniciado. Es fundamental igualmente el que se cuente con nosotros para el diseño de los diferentes programas, donde se concreta la cartera servicios como aquellas modalidades de intervención disponibles, dirigidas a atender las necesidades de salud mental de una población concreta.
- 2 Análisis de las prestaciones que está desarrollando el Trabajador Social en la actualidad.
- 3 Definición de la cartera de servicios propia.
- 4 Mejora de la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en los servicios de salud mental. Debemos responder a las nuevas necesidades de los usuarios y de los servicios: es fundamental priorizar

las intervenciones y tener rigor en las mismas. Esta priorización debe hacerse de acuerdo con las necesidades de los pacientes y con las necesidades del equipo, en cuanto a la organización de los roles profesionales y obliga a la definición de la actividad profesional. En esta priorización va a ser fundamental combinar el trabajo a demanda con el trabajo por programas. El diseño de estos programas es muy amplio y se adecuarán al tipo de servicios en el que desempeñemos nuestra actividad profesional. No es lo mismo los programas que podamos diseñar en la atención a la salud mental comunitaria que en los dispositivos de rehabilitación.

## 8. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual está compuesto de referencias o sucesos y situaciones pertinentes a resultados de investigación incluye por concepto, definiciones sobre los temas que estructura el desarrollo de la investigación y que sirven para interpretar los resultados que se obtengan del trabajo realizado en campo

### 8.1 DEFINICIÓN – CONCEPTOS

### 8.1.2 ADULTO MAYOR

En diferentes países y diferentes contextos surgen múltiples términos para designar a las personas mayores. Estas palabras pueden ser “ancianos” ,”personas mayores”, “tercera edad” , “viejo” (Walker;1996:21).

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas.

### 8.1.3 SALUD MENTAL

Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990).

### 8.1.3 FACTORES

Factores tienen un nivel de influencia sobre un hecho, pero su determinación no es absoluta. Así, por ejemplo, los hábitos poco saludable son factores negativos para la salud, pero alguien puede estar sano a pesar de tener hábitos no

recomendables. Los factores actúan como causa e inciden en algo, que se convierte en el efecto.

#### 8.1.5 EMOCIONES

Conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo cuando responden a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otros.

#### 9. METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación tiene como enfoque cualitativo, teniendo en cuenta que este representa un conjunto de procesos donde se recolecta datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación .

## 9.1 MODELO DE INTERVENCIÓN

Modelo humanista – existencialista, Frente al conductismo y al psicoanálisis, en Estados Unidos se originó el movimiento de psicología humanista, según el cual la persona busca autorrealizarse, siendo éste el propósito general que guía sus acciones y da sentido a su vida. Maslow (1908-1970) denominó a esta tendencia como la «tercera fuerza» (en psicología), señalando así su rechazo a un tiempo del conductismo y del psicoanálisis. Los teóricos humanistas dejan de lado las explicaciones basadas en mecanismos psicológicos y en cuestiones patológicas, señalando como elementos de interés el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Lo que pretende explicar es la vida del hombre sano, guiado por una amplia jerarquía de motivos dominados por el autodesarrollo o el cumplimiento de la vocación propia. Entre los autores de referencia encontramos a Maslow. Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber, El modelo humanista y existencial es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma (aspectos cruciales en otros modelos), una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano,

respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación.

## 9.2 ENFOQUE CUALITATIVO

Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones

## 10.TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION:

### 10.1 INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información, se utilizará la observación participante, dice Bautista:

“En este caso, el observador participa en la vida del grupo u organización que estudia, entrando en conversación con sus miembros y estableciendo un estrecho contacto con ellos. La observación participante es el medio para llegar profundamente a la comprensión y explicación de la realidad por la cual el investigador “participa” de la situación que requiere observar, es decir, penetra en la experiencia de los otros, dentro de un grupo o institución.

siguiendo a la misma autora, con relación a la entrevista semiestructurada, se afirma que:

“Es un procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares las cuales podría develar las categorías de interés para la investigación ya que clarifica conductas, fases críticas de la vida de las personas, logrando de esta forma identificar y clasificar los problemas los sistemas de valores, los comportamientos, los estados emocionales, de los protagonistas, ya que desempeña un rol activo porque el investigador estimula la expresión de la persona en su propio marco de referencia comprendiendo en su propio contexto y con ayuda del lenguaje verbal y no verbal”

Con relación a la población, con la cual se realizó la investigación, fueron escogidos

de manera aleatoria, teniendo en cuenta su participación voluntaria, se trata de



dos adultos mayores: un hombre de 90 años de edad y una mujer de 75 años de edad.

## 11. POBLACIÓN – MUESTRA

La población está constituida por Adultos Mayores del Barrio Lomas de Granada de la Comuna 9 de Popayán - Cauca

La muestra está constituida por 2 Adultos Mayores entre ellos 1 hombres y 1 mujeres, en un rango de edad de 65 a 80 años de edad

## 12. RESULTADOS

La propuesta de investigación que nos hemos planteado en nuestro proyecto

llamado “ FACTORES EMOCIONALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE DOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LOMAS DE GRANADA COMUNA 9 DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN”, el cual nos atrajo mucho indagar acerca de las condiciones por las que pasan los adultos mayores del Barrio, debido a que la gran mayoría de Adultos Mayores presenta cierto grado de deterioro en cuanto al bienestar de su salud mental, algunos porque han sido abandonados, maltratados o simplemente sus familiares hacen como si no existieran.

Posteriormente se procedió a realizar un encuentro con los familiares de los 2 Adultos Mayores del Barrio Lomas de Granada, comuna 9 de la Ciudad de Popayán, indagando acerca de cuáles han sido los principales factores que han logrado que la salud mental de los adultos mayores se vea en decaimiento y esto se vea reflejado en su salud, esto nos dará paso para poder realizar nuestra investigación, para el desarrollo de nuestro trabajo de campo, emplearemos la observación participante y una entrevista semi-estructurada para obtener resultados contundente.

Una vez realizada la entrevista, se procederá a realizar la transcripción, el análisis de la información obtenida.

En nuestro trabajo de campo tuvimos muchas dificultades para ejecutar las entrevistas, debido a la situación por la que atravesamos hoy en día (Pandemia Covid 19). ya que los adultos mayores son la población más vulnerable ante este virus, debido a que en los hogares se implementó el aislamiento social, restringiendo toda clase de visitas, generando en nosotras un leve retraso en cuanto a nuestra programación. Una vez controlada un poco la situación del Virus, se replanteó las estrategias para poder seguir con nuestro proceso

de investigación y acercamiento con la población objetivo, se realiza un acuerdo con los familiares logrando una comunicación a través de llamadas telefónicas, alcanzando una comunicación asertiva, logrando la programación de un encuentro para realizar la entrevista personalmente, contando así con todos los protocolos de bioseguridad

a la hora de ejecutar dicho encuentro, se procede a transcribir y en ese proceso se identifica algunas opiniones enfáticas como por ejemplo ¿Comparten tiempo con su familia?, una vez realizada esta pregunta se pudo evidenciar en su rostro un gesto de tristeza al compartirnos que la mayoría del tiempo se encuentran solos, sin una compañía con quien conversar y compartir historias de vida ya que todas las personas que conviven con ellos se encuentran laborando de 8 AM a 6 PM, y cuando llegan de terminar su labores llegan directamente a dormir y en algunas ocasiones ni siquiera los saludan sino hasta el día siguiente.

Para nosotras fue una experiencia muy gratificante debido a que hubo empatía entre parte y parte, intercambiamos conocimientos y los adultos mayores nos compartieron sus vivencias y anécdotas ocurridas a lo largo de sus vidas, también fueron muy abiertos a responder con toda la sinceridad que requiere la entrevista. Como trabajadoras sociales nos sentimos satisfechas al comprender la importancia del cuidado de su salud mental para así evitar repercusiones a nivel personal y a nivel familiar, así mismo identificamos la percepción que tienen acerca del cuidado de su salud mental y que les gustaría profundizar en el diario vivir de sus hijos y sus nietos.

### 13. ANALISIS

Atendiendo a las estructuraciones de las entrevistas aplicados a 2 adultos mayores habitantes del barrio lomas de granada, comuna 9 del municipio de Popayán Cauca, se puede decir que 1 Adulto Mayor pertenece al género masculino en una edad que oscila entre los rangos (75 - 90 años de edad), y 1 Adulto Mayor al género femenino en una edad que oscila entre los rangos (60-75 años de edad) ubicados en la etapa Adultez Tardía, podemos inferir que las variables sociodemográficas evidencian que no cuentan con una pensión que les permiten de alguna manera solventar sus necesidades, además se determinó que la ocupación de ellos están entre las actividades de trabajador independiente y ama de casa. De la misma forma se determinó que de la muestra analizada, la más alta proporción se encuentra afiliada en el régimen subsidiado. Se puede señalar que los adultos mayores tienen una vivienda propia y viven con sus hijos. Por otra parte, cabe destacar que los adultos mayores no presentan ningún tipo de discapacidad. Al realizar estas entrevistas unos de los ítems más importantes hacen referencia a la participación: donde un grupo comunitario o recreacional en el barrio donde habitan los adultos mayores los acogían.

Dando respuesta a nuestros objetivos los cuales se llevaron a cabalidad mediante la observación participante y la aplicación de una entrevista semiestructurada la cual nos permitió identificar los factores emocionales que

afectan la salud mental del adulto mayor destacando así entre ellos soledad, tristeza y depresión, ejemplo “ Sigue disfrutando de las cosas igual que antes”  
a-R/pz hija ,yo me la paso sola en la casa a veces me siento triste porque me pongo a pensar

si ,porque casi siempre permanezco sola,porque mis hijos se van a trabajar,me quedo con mi nieto pero él se encierra en su habitación entonces es como si estuviera sola.

b-R/Si ,porque casi no puedo salir ,mis hijas no me dejan ya que dicen que me tengo que cuidar

Describiendo así la soledad como:

*"Álvarez define el síndrome de la soledad como un "estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida".Evidenciado en el momento de nosotras realizar la entrevista ya que al ingresar a las viviendas el adulto mayor se encontraba solamente acompañado de su nieto de 12 años de edad, quien prefiere pasar más tiempo en el Móvil y con los video juegos, que escuchar anécdotas y aprender de las experiencias de sus mayores, generando así una repercusión negativa y contribuyendo al quebranto y deterioro de la Salud Mental del Adulto Mayor.*

Tristeza:

*"Una reacción ante una pérdida o situación adversa por la que nos vemos superados. La tristeza también puede aparecer tras grandes alegrías cuya dimensión resulta excesiva para que la persona que la experimenta pueda gestionar emocionalmente con eficacia".* Este concepto haciendo referencia a un sentimiento de una de las personas encuestadas al momento de compartirnos que la llegada de cada etapa del ciclo vital del ser humano trae consigo sus consecuencias y con ellas sus limitaciones y cambios de humor, ya que la pasión por vivir la vida no va a ser la misma que cuando se tiene 15 años.

Depresión:

*"La OMS define depresión como un "trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración".*

Teniendo en cuenta lo anterior se observa que la población de muestra, han tenido un gran alto de afectación a su salud mental debido a los factores que se han mencionado anteriormente, como el pasar de los años hace que estas emociones deterioren la salud mental, ya que ellos demuestran una afectación cuando se les realiza la pregunta y se percibe nostalgia en su tono de voz y aun queriendo cambiar el presente que están viviendo, los tipos de familia encontrados al realizar la entrevista fueron extensas debido a que ellos buscan una compañía para vivir sus últimos años pero esta termina siendo ignorada ya que los hijos y familiares que conviven están casi todo el tiempo fuera de la casa

y dejando los oficios a cargo de los adultos mayores y aun así dejando cargas como es el cuidado de los nietos así

mismo generando un cambio de roles como es el de abuelo a madre.

Explicando desde el concepto que emite La OMS, *entre los adultos mayores son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia que los recuerdos nostálgicos nos permiten viajar atrás en el tiempo, mirar hacia el futuro y afectar a cómo nos sentimos en el presente, y también nos llevan a conectar con nosotros mismos a lo largo del tiempo, el aferrarnos a los buenos recuerdos -dejando atrás los malos- nos ayuda a lidiar con situaciones desagradables.*

Como proceso que alberga cambios en el curso de la vida del individuo, durante las diferentes etapas que atraviesa a lo largo de su vida desde el nacimiento hasta la muerte y al evidenciar el desarrollo humano en la calidad de proceso, esta ciencia está atenta a las condiciones que capacitan a la persona para adaptarse a su hábitat de manera más efectiva, observando la relación entre el crecimiento del organismo y los contextos cambiantes, en los que él vive, crece y se desarrolla, como sujeto activo y participativo de su propio desarrollo.

(Papalia, 2009)

Según el modelo humanista existencialista son modos de mirar la vida según Payne que aunque tienen significados propios y específicos presentan características similares para la práctica del trabajador social siendo asociadas bajo el epígrafe de humanistas, Ambos modelos proponen ideas tales como que



los seres humanos intentan darle sentido en el que viven, los trabajadores sociales intentan con el objeto de que consigan la capacidad necesaria para comprender así mismos y poder analizar la significación personal que ellos mismos le imprimen al mundo que perciben y que viven teniendo especial respeto por las interpretaciones dadas de las personas (Payne ,1995 :219).

Ahora con relación a la información suministrada por los adultos mayores el autor nos habla que el hombre es el único dueño de su ser y de sus acciones a lo que hace referencia a que en este caso el adulto mayor es el único responsable del bienestar o decaimiento de su salud mental dentro del ambiente social y familiar dejando ver una similitud ya que el entorno pueden tener repercusiones según en la manera de actuar del individuo sea de manera negativa o positiva.

En relación con el existencialismo indagamos los aspectos relacionados con las experiencias y situaciones ya que el hombre es posibilidad abierta, libertad de hacerse esto y lo otro. Como la respuesta de un adulto mayor cuando hizo referencia al gusto y al deseo de compartir todo el tiempo libre en familia dejando de lado otros aspectos. Es importante, también, resaltar un poco más el valor de la relación sujeto/contexto, como un fenómeno no sólo adaptativo a lo que es impuesto por el ambiente, sino también en el hecho de que el individuo es un ser capaz de alcanzar conciencia intelectual y emocional, convirtiéndose en un protagonista influyente en su medio social, con un carácter activo en relación con el mismo, su propio desarrollo y, al mismo tiempo, producto y productor de desarrollo, reconociendo la mutua influencia que existe entre unos y otros y como

la misma logra modificar los diferentes ambientes y contextos en los cuales está inmerso el individuo.

1-Ha sentido depresión (aburrimiento) en los últimos días?

a-R/pz hija ,yo me la paso sola en la casa a veces me siento triste porque me pongo a pensar

si ,porque casi siempre permanezco sola,porque mis hijos se van a trabajar,me quedo con mi nieto pero él se encierra en su habitación entonces es como si estuviera sola

Uno de los primeros en destacar al ser humano como una entidad que tiende hacia el desarrollo de sus potencialidades es el enfoque humanista-existencial (Cornelius-White, Motschnig-Pitrik & Lux, 2013), donde se otorga importancia a la libertad y la responsabilidad de la naturaleza humana, junto con la búsqueda de significado de la existencia, siendo éste el núcleo del individuo (Sarason, I. & Sarason, B., 2006). El movimiento humanista-existencial permite profundizar en los significados acerca de la existencia humana (Sarason, I. & Sarason, B., 2006), lo que favorece la integración del individuo a partir de su vida. Al enfocarse en el adulto mayor, el movimiento considera la comprensión de los procesos de cambio que vive durante su vida, desde las cualidades potenciadoras que conllevan hacia el crecimiento personal y la autorrealización, donde se ve al adulto mayor como un todo organizado, el cual funciona como una totalidad (Schaie y Willis, 2003). En este ámbito, Suri (2010) plantea su experiencia psicoterapéutica al respecto, donde señala tres ideas claves para trabajar con adultos mayores. Estas ideas estarían dadas por el concepto de presencia,

espiritualidad y la importancia del sentido para el crecimiento personal en el adulto mayor.

## 14. ANEXOS

1 -Ha sentido depresión (aburrimiento) en los últimos días?

a-R/pz hija ,yo me la paso sola en la casa a veces me siento triste porque me pongo a pensar

si ,porque casi siempre permanezco sola,porque mis hijos se van a trabajar,me quedo con mi nieto pero él se encierra en su habitación entonces es como si estuviera sola

b-R/Si ,porque casi no puedo salir ,mis hijas no me dejan ya que dicen que me tengo que cuidar

2 Sigues disfrutando igual de las cosas que antes?

a-R/no,no,no porque antes podía salir iba los viernes a asopisca a reuniones entonces ahora no estoy participando en nada eso tambien me gustaba ir a la vereda de torres al planchón con mis amigas

b-R/no porque antes tenia mas libertad podía salir cuantas veces quisiera,ir a misa pero ya ni eso.

3 Le gusta compartir tiempo con la gente?

a-R/ ni si me gusta estar rodeada de gente,no me gusta estar sola pero asi me ha tocado porque cuando estoy con personas olvido de todo y me río y pasó momentos agradables.

b-R/si claro aunque mis hijos casi no me visitan ni mis nietos mantengo sola porque todos salen a trabajar y me dejan cuidando la casa.

4 Se ha sentido solo en algún momento de su vida ?

a-R/si a veces como ya le dije vivo con mi yerno ,la hija y el nieto ellos se van a trabajar y el nieto se encierra y me quedo sola,la otra hija vive a dos casas de la mía y se la pasa trabajando y la nieta estudia no tengo con quien hablar,toda mi familia mantiene muy ocupada y la otra hija vive lejos de acá , a mi gustaria salir a visitarlas pero como trabajan no puedo ir ellas mantienen muy ocupadas.

b-R/Si me siento sola desde que mi compañera falleció ya que era mi mas bonita compañia siempre estaba a mi lado ayudando trabajamos juntos.desde que ella partió la soledad ha sido muy grande

5 ¿Ha sentido o sufrido formas de interés o de placer que le provoca realizar ciertas actividades?

a-R/si,aunque las fiestas ya casi no ,jugar bingo siquiera una vez a la semana o los fines de la semana así algo pero todo es lo mismo y lo mismo .

b-R/Sí claro que mis hijos vinieran a visitarme,que saliéramos como antes

6Cuál ha sido su experiencia más bonita a lo largo de su vida?

a-R/experiencia más bonita alo largo de mi vida cuando me canse,porque fue feliz muy poquito tiempo pero lo fue con mi esposo porque el tiempo que compartí con mi esposo me fue bien,fui feliz pero muy poquito tiempo pero lo fue

b-R/Cuando conocí a mi esposa y cuando nacieron mis hijos.

- 7 Cuando asiste a algún evento de tipo social: disfruta del evento, prefiere ser normal y no llamar la atención o se siente mal porque pasa desapercibido?

a-R/normal,si normal no me gusta llamar la atención me gusta estar tranquila ,si me saludan pues saludo y si no pues no

b-R/No sabría responderle porque no asisto a ningún evento eso era cuando estaba joven por ahora no siempre me acuesto temprano me levanto temprano ayudar con los oficios de la casa ya que todos salen a trabajar y me quedo solo bueno con mis dos nietas pero ellas mantiene en esos computadores y no le colocan cuidado a nada solo a esos aparatos

- 8 Cuando conversa con alguien le cuesta iniciar y mantener la conversación porque no tiene nada interesante que contar, conversa de forma relajada y sacando temas de conforme van surgiendo en la plática o simplemente prefiere seguir la conversación de la otra persona?

a-R/seguir la conversación a la otra persona y ser relajada

b-R/Pues a mi gusta hablar mucho con la gente porque les cuento mis historias todo lo que yo he vivido donde he estado ,donde he vivido y como soy del campo me gusta comentar todo lo que he vivido.

- 9 Qué tan importante le parece compartir tiempo con la familia?

a-R/qué tan importante le parece compartir en familia

es muy importante porque se ríe ,se olvida de las cosas cotidianas que todos los días hay que hacer no se a mi me gusta estar en reuniones pero con la familia b-R/Es muy especial porque es el único momento que uno no se siente solo aunque casi no lo hago por lo mismo que le contaba mantengo solo y mis hijos no viene a visitarme.

10 ¿Tiene alguna preocupación?

a-R/Sí pues a veces las deudas me preocupa ,me da mucho miedo el virus que me vuelva contagiar otra vez porque donde me coja asi me manda a las cama,tambien me preocupa mi hija porque ella trabaja en un almacén y allí entra mucha gente y se puede contagiar

b-R/no pues a estas alturas de la vida no ya que uno lo que espera es que diosito se acuerde de uno,y la preocupación es que con las únicas dos hijas que vivo me dejen solo

solo sería eso.

## 15. RECOMENDACIONES

- Proponer programas o espacios que velen por el bienestar del Adulto Mayor fortalezcan la inclusión de ellos en la sociedad
- Documentar e informar a las familias de los Adultos Mayores del Barrio Lomas de Granada para que asuman el proceso de aceptación de la etapa de la Adulterz Tardía con todos los miembros que la integren.
- Constituir una red de apoyo entre los miembros de la familia, en la cual, de manera pedagógica, puedan reunirse para integrar, incluir y reflexionar sobre cómo están llevando a cabo el proceso de preservación de la salud mental del adulto Mayor.
- Se debe contemplar la capacitación permanente de la mano de profesionales como el Trabajador Social, que en el ámbito familiar tiene una relación directa con los adultos mayores y su entorno.
- Incitar a los estudiantes de trabajo social, a proponer investigaciones que estén dirigidas a la preservación del cuidado y la calidad de vida del adulto mayor, para así ofrecer soluciones a las repercusiones que un descuido puede traer.



## 16. CONCLUSIONES

Como resultado del proceso de investigación, y como lo presentamos desde el análisis de los factores emocionales que afectan la salud mental de dos adultos mayores del Barrio Lomas de Granada comuna 9 del municipio de Popayán, existe una invitación, a pensar en, cómo en la época actual se llevan a cabo esos procesos de adaptación y aceptación para con los adultos mayores, que desde siempre han sido mediados por los tabúes que de manera general no desaparecen, pero que, con el trabajo adelantado, muestran una perspectiva que podría decirse fortalecimiento y así mejorar la salud mental de los adultos mayores

En la etapa de la adultez tardía se necesita el cuidado, la protección y calor humano de parte de la familia y de las personas que atienden a los adultos mayores en el hogar, fortaleciendo los canales de comunicación, aumentando los niveles de autoestima y la inclusión activa dentro de la sociedad.

En ese sentido, ha de reconocerse que la experiencia de los hijos y familiares se constituyen en un factor relevante a la hora de abordar el tema de la salud mental de los adultos mayores, que hay una formación personal, familiar y profesional que puede en cierto sentido ayudar a reconocer de forma directa los factores de riesgo que pueden surgir en la afrontación de la etapa de la adultez, como de igual manera reconocen que la importancia de las redes de apoyo profesionales para mejorar las condiciones de la calidad de vida.

De tal manera es importante analizar al adulto mayor desde una perspectiva amplia incluyendo el entorno que habita y las características que lo rodean, ha

de reconocerse como un proceso de formación integral en todos los seres humanos, y en ese mismo sentido, cuando más pronto empecemos el proceso asumiendo que no hay una edad propicia para empezar, dará como resultado una mejor forma de asumir esta etapa de la vida como algo propio, por ende, digno de ser respetado en todo sentido y comprendido ya que esta etapa cada ser humano la debe atravesar.

La observación participante y demás instrumentos utilizados durante la investigación permitieron percibir que los adultos no son totalmente saludables emocionalmente ya que han ocurrido cambios que afectan la memoria, la atención, el aprendizaje, la orientación y la agilidad mental lo cual acentúa la vulnerabilidad en el ámbito emocional y tiene trascendencia en el ámbito social.

Para finalizar, se puede ver como resultado, que unos canales de comunicación sólidos, se convierte en el factor protector, para el manejo de las situaciones cotidianas que se dan en cualquiera de los ámbitos por los que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida (personal, familiar, social, escolar-laboral).

## 17. BIBLIOGRAFIA

- ©2020 SafetYA®. Descripción sociodemográfica de los trabajadores. Enero 31, 2017 actualizado: febrero 2, 2017, <https://safetya.co/descripcion-sociodemografica-de-los-trabajadores/>
- KENIA MIRANDA, Asesor académico en subsecretaría de educación básica guerrero. Publicado el 12 de mayo de 2017 <https://es.slideshare.net/KeniaMiranda2/encuestas-entrevistas-familia>
- J.MIQUEL. Universidad de Alicante. Alicante. España. Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Enero 2006, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-integracion-teorias-del-envejecimiento-parte-13084824> FRANCISCO MEJIA viceministro de empleo y seguridad social.
- ALEJANDRA MARIA ALVARADO GARCIA Y ANGELA MARIA SALAZAR MAYA Análisis del concepto de envejecimiento Publicado 02 junio. 2014, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
- HERNAN ZAPATA FARIAS Psicólogo universidad de chile ADULTO MAYOR PARTICIPACION E IDENTIDAD septiembre 1999,

file:///C:/Users/pvdpopayan/Downloads/18562-1-55829-1-10-20120326.pdf

- AVIERI.ROSADO, la relación entre salud mental y salud mental y salud física,  
[www.migrantclinician.org/files/\\_pdfs/ECHO%20Session%205%20-](http://www.migrantclinician.org/files/_pdfs/ECHO%20Session%205%20-)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.2020,  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/)
- Concepto Factores: <https://definicion.mx/factores/>
- Concepto Deterioro: <https://www.ecured.cu/Deterioro>
- Concepto Variable: <https://definicion.de/variable/>
- Concepto Geronto: <http://etimologias.dechile.net/?geronto>
- Erich Fromm (1980), <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797021.pdf>  
Henry Ey (1975) y como Mayer W. Gross (1971),  
[https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42253/OrtizVargasCris  
tabell.pdf ?sequence=1&isAllowed=y](https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42253/OrtizVargasCris%20tabell.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Diane E. Papalia, Desarrollo psicosocial en la vejez, Emotion-in-old-age-  
Review-of-the-ingfluence-of-emotional-factors-on-qu

## ANEXOS

- ENCUESTA

ENCUESTA N-\_\_\_\_

HORA:\_\_\_\_\_

FECHA:\_\_\_\_\_

Se solicita su valiosa colaboración diligenciando este formato y/o apartando información de la manera más sincera posible la información recogida será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines investigativos

### 1. INFORMACIÓN PERSONAL

A. GENERO

- Masculino:\_\_\_\_ Femenino:\_\_\_\_

B. Edad:

- 60-70:\_\_\_\_\_
- 80:\_\_\_\_\_

C. Estrato de la Vivienda: 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_

D. Último nivel de educación que usted alcanzó:

- Primaria\_\_\_\_\_
- Secundaria \_\_\_\_\_
- Técnico \_\_\_\_\_
- Tecnólogo \_\_\_\_\_
- Universitario\_\_\_\_\_
- Postgrado \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_

E. Estado civil:

- Casado(a)\_\_\_\_
- Separado(a)\_\_\_
- Soltero(a)\_\_\_\_
- Unión libre\_\_\_\_

- Viudo(a)\_\_\_\_\_

F. Lugar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nacimiento

---

G. Ocupación principal

- Trabajador:\_\_\_\_\_
- Pensionado:\_\_\_\_\_
- Desempleado:\_\_\_\_\_
- OTRO\_\_\_\_\_

H. Está afiliado a algún sistema de seguridad:

- Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_

I. Sufre de alguna enfermedad:

- Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_

J. Consume algún medicamento?

- Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

A. Cuántos integrantes tiene su familia?\_\_\_\_\_

B. Cuántas \_\_\_\_\_ personas \_\_\_\_\_ habitan \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ la vivienda?\_\_\_\_\_

C. Cuántas familias viven en la casa?\_\_\_\_\_



D. Qué parentesco hay entre las personas que habitan la casa con usted?

- Madre:\_\_\_
- Padre:\_\_\_
- Hermano:\_\_\_
- Hijo:\_\_\_
- Otro:\_\_\_\_\_ Cual?:\_\_\_\_\_

E. Cuantas personas que viven en esta vivienda actualmente trabajan?

- \_\_\_\_\_ en qué?\_\_\_\_\_

F. Sumando todos los aportes de las personas que laboran ¿Cuáles son los ingresos económicos mensuales?

- Menos de un Salario Mínimo:\_\_\_
- Un salario Mínimo:\_\_\_
- Entre dos o más Salarios mínimos:\_\_\_

### 3. PARTICIPACION

A. Pertenece a algún grupo Comunitario o recreacional en su barrio?

- Si:\_\_\_ No:\_\_\_
- Le gustaría pertenecer a alguno? Si:\_\_\_ No:\_\_\_

Porque?\_\_\_\_\_

B. Considera importante lo que ha hecho hasta ahora la JAC para la organización y mejoramiento de su barrio? Si:\_\_\_ No:\_\_\_

Le es indiferente:\_\_\_\_\_ Porque:\_\_\_\_\_

C. Considera usted que es importante la inclusión del Adulto Mayor en las actividades realizadas por parte de la JAC? Si:\_\_\_\_\_ No:\_\_\_\_\_

• Porque:\_\_\_\_\_

ENTREVISTA

