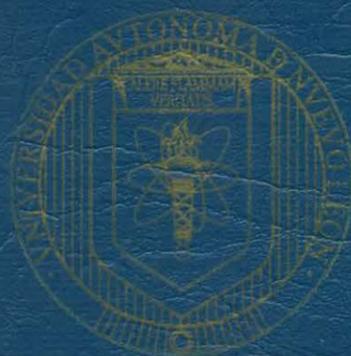


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE LA REMINISCENCIA
EN LA AUTOESTIMA DEL ANCIANO

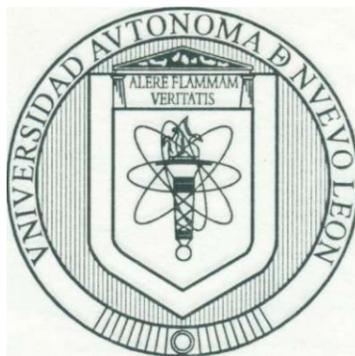
POR
HELENA CARRILLO HERNÁNDEZ
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
DURANGO, DGO. 1985

OMNÍ REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

MCS-TERREY, S. J.

JUNIO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERÍA



APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE LA REMINISCENCIA
EN LA AUTOESTIMA DEL ANCIANO

POR
HILDA CARRILLO HERNÁNDEZ
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
DURANGO, DGO. 1985

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

MONTERREY, N.L.

JUNIO DE 1995

ÍNDICE GENERAL

	Hoja
Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
índice General	iv
Lista de Tablas	v
 Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Hipótesis	6
1.3 Objetivos	7
1.4 Importancia del Estudio	7
1.5 Limitaciones del Estudio	9
1.6 Definición de Términos	9
 Capítulo II	
Marco Teórico Conceptual	11
2.1 Proceso de Envejecimiento.	11
2.2 Autoestima	11
2.3 Reminiscencia y Terapia de la Reminiscencia	13
2.4 Participación de Enfermería	16

Capítulo III

Metodología	20
3.1 Diseño de la Investigación	20
3.2 Sujetos	20
3.3 Material	21
3.4 Procedimiento.	22

Capítulo IV

Resultados.	27
4.1 Presentación de Datos	27
4.2 Tablas	28

Capítulo V

• Discusión.	33
5.1 Conclusiones	39
5.2 Recomendaciones	41

Referencias Bibliográficas.	42.
------------------------------------	------------

Apéndices	45
Apéndice A: Formato para Evaluar la Capacidad Cognitiva del Paciente. (Mini Mental State)	46
Apéndice B: Cuestionario de Autoestima.	49
Apéndice C: Descripción de las Características Generales de los Ancianos.	52

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento, no es sinónimo de enfermedad, sin embargo en esta etapa de la vida el organismo tiene una respuesta adaptativa menor a las modificaciones del medio interno y externo, lo que hace que las personas de edad avanzada se tornen más frágiles, y por lo tanto, tengan mayor riesgo de enfermar, pero gracias a los adelantos de la ciencia y tecnología, la esperanza de vida se ha alargado.

Por ejemplo en México, en el año de 1930, la esperanza de vida era de 36.9 años y a través del tiempo ha ido aumentando, para 1990 fue de 69.0 años proyectándose para el año 2000 ha 70.8 (Cuadro N° 1 de Benitez Cabrera 1978). Esto habla de que la población de ancianos está creciendo cada año y que la sociedad, aunque prolonga la vida, no se hace cargo de modificar su estructura para promover un anciano sano y productivo.

En México, el Censo de 1990, arrojó datos de una población total de 81,249,645, personas de la cual, el 4.2 por ciento pertenece al grupo de edad de 65 y más años, siendo los estados de Zacatecas y Tabasco donde hay mayor concentración de ancianos. En el estado de Durango, la población total es de 1,349,378 habitantes y solamente el 4.3 por ciento tiene 65 años y más XI Censo General de Población y Vivienda, INEGI. (1990).

Cuadro Número 1

Esperanza de Vida al Nacimiento en México Durante 1930-1980 y Proyectada para el Período 1985 - 2000

Año	Esperanza de Vida	Año	Esperanza de Vida
1930	36.9	1980	66.6
1940	41.5	1985	67.8
1950	49.7	1990	69.0
1960	58.9	1995	70.0
1970	61.9	2000	70.8
1975	64.7		

Fuente: Para 1930-1970 Benitez Z. Raúl y Cabrera A. Gustavo, C.E.E.D., El Colegio de México.

Para 1980-2000, Coordinación General Del Sistema Nacional De Información. "Evaluación- y Análisis, Proyecciones de la Población Mexicana 1970-2000" (Nivel Nacional), Serie III n° 8, abril de 1978, México, pag. 24.

Con estos datos estadísticos es factible estimar la posible tendencia que va a seguir la población mexicana mayor de 60 años: un proceso de envejecimiento de la población total que avanza en su edad, sin remedio. Pero lo importante es reconocer que estos individuos requerirán de atención especial y que la sociedad deberá preocuparse por ofrecerles, a la vez que les motive para que participen activamente, con sus conocimientos y experiencias, con las nuevas generaciones. El incentivo que reciba este grupo de edad redundará en una vida exitosa durante los últimos años.

Una vida plena y satisfactoria se basa en relaciones humanas positivas y en la conducta adecuada y amorosa que tienen las personas con fuertes sentimientos de autoestima. Una persona con autoestima alta es aquella que siente que tiene importancia, que el mundo es un lugar mejor porque él está ahí. Tiene fe en su propia competencia. Solicita la ayuda de los demás porque confía en sus propias decisiones y en que el mismo significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valor, está dispuesto a aquilatar y respetar el valor de los demás. Satir, (1991).

Un proceso que estimula la elevación de la autoestima es la reminiscencia, considerada como una característica de la vejez y su prevalencia sugiere que conduce a una situación adaptativa. Igualmente enriquece las relaciones sociales, promoviendo una comprensión intergeneracional que ayuda a mantener un firme y buen concepto de sí mismo. La reminiscencia contribuye a establecer un sentido de continuidad, crea y preserva la significancia personal.

Un recurso terapéutico utilizado en la conservación de la autoestima del anciano, es la Terapia de la Reminiscencia, que además se puede aplicar también para: elaborar diagnósticos, establecer relaciones interpersonales, resolver problemas emocionales y para establecer una trascendencia personal a través de un legado. Wilson, (1988)

Para las personas ancianas, que están confinadas en un hogar de ancianos, es sumamente benéfico e importante facilitar y apoyar el proceso de reminiscencia, ya que le permite al anciano examinar eventos de su vida dolorosos y desilusionantes, así como valorar logros y éxitos alcanzados, favoreciendo su adaptación intra, inter y extrapersonal.

La intervención de enfermería, en estos casos, reviste suma importancia, ya que al asistir a este grupo de personas, presentándoles otras alternativas para valorar esas diversas situaciones, se les ayuda a lograr un sentido de integridad y aceptación de su vida, como la hayan vivido.

En las diferentes instituciones de la Ciudad de Durango, donde se brinda atención a los ancianos, no se explota suficiente y sistemáticamente el recurso de la Terapia de la Reminiscencia, implementada por Butler (1963), por lo que es el interés personal de la investigadora, contribuir en la difusión de esta alternativa terapéutica y los beneficios que en sí conlleva.

Así pues, el propósito de la investigación es señalar la importancia de la Terapia de la Reminiscencia en el fomento de la Autoestima del Anciano.

Se pretende responder a dicho propósito mediante la aplicación de la Terapia de la Reminiscencia, por la enfermera, al grupo de estudio seleccionado y comparar los resultados antes y después de la Terapia.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica profesional de enfermería, al estar atendiendo ancianos, se ha observado que ya sea que estén hospitalizados, o en un asilo, es frecuente que el anciano verbalice sentimientos de minusvalía personal, reflejándose además en su aspecto físico y comportamiento. La edad avanzada se acompaña de alteraciones estructurales que afectan negativamente el funcionamiento y aspecto exterior del organismo; aunado a estos cambios, que no están bajo el control del anciano, se agregan algunas actitudes negativas de la sociedad para con ellos. Carnevali, (1989).

Por otro lado, uno de los aspectos que contribuyen para que el anciano lleve una vida exitosa, es una autoestima fuerte, que permita al individuo ser más saludable, feliz, creador, conservador de relaciones satisfactorias, capaz de responder adecuadamente a diferentes situaciones. Si no se tiene autoestima, puede desarrollarse. Satir (1991).

Un recurso terapéutico utilizado en la conservación de la autoestima del anciano, es la Terapia de Reminiscencia, definida está última como el acto o proceso de retomar el pasado significativo, lo cual sirve de base para que, a través de entrevistas programadas, se propicien sentimientos de seguridad y sentido de pertenencia . Butler (1963) . El anciano

con frecuencia recuerda y pondera experiencias pasadas, lo que le da a su vida significancia y actualidad.

La enfermera desempeña un papel muy importante en este proceso, ya que al asistir al anciano, puede fomentar la reflexión sobre el pasado, donde el anciano tiene la oportunidad de resolver viejos conflictos, reafirmar experiencias positivas y transportarlas al presente, para ayudar a solucionar problemas y mejorar la adaptación.

La enfermera en salud mental, es la profesional idónea para aplicar dicha terapia, ya que al identificarse con cada uno de los ancianos valorará cual es la ayuda que de ella requieren.

Sin embargo, este recurso terapéutico no ha sido suficientemente utilizado en el cuidado de los ancianos, por lo que el problema que se planteó, fue el siguiente:

**¿La Terapia de la Reminiscencia, aplicada por la Enfermera,
fomenta la autoestima del anciano ?**

1.2 HIPÓTESIS

Hi. La Terapia de la Reminiscencia tiene relación con el aumento del nivel de Autoestima del Anciano.

Ho La Terapia de la Reminiscencia no tiene relación con el aumento del nivel de Autoestima del Anciano.

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si la Terapia de la Reminiscencia, aplicada por la Enfermera, aumenta la autoestima del anciano.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Describir el nivel de autoestima del anciano, antes y después de recibir la Terapia de la Reminiscencia.
- Identificar el impacto de la Terapia de la Reminiscencia en Relación con la Autoestima del Anciano.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

- La realización de este estudio pone de manifiesto el rol ampliado de la enfermera, y en este caso, en especial, de la Enfermera en Salud Mental, ya que su preparación profesional le permite comprender los procesos del pensamiento del individuo anciano,

realizar juicios clínicos y comprometerse en actividades terapéuticas en el campo de la enfermería con la finalidad de conservar la calidad de vida del anciano, la adaptación a esta nueva etapa, la integridad del Yo, Erickson (1989), y fomentar el interés por la vida que aún continúa.

Esta Filosofía está basada en la creencia de que toda persona necesita de los demás y que la vida de un individuo se enriquece cuando participa en la planeación e implementación de actividades que ayudan a los demás. Crawford y Curry (1987).

La aplicación de la Terapia de la Reminiscencia, aplicada exclusivamente por la enfermera, puede ser una conquista gradual de nuevos espacios de trabajo profesional, que no están suficientemente cubiertos y que podrán funcionar de forma independiente, y reforzar así la identidad de enfermería de manera individual y su integración como parte de un grupo.

Con los conocimientos que genere esta investigación sobre la aplicación de la Terapia de la Reminiscencia, por la enfermera, para fomentar y evaluar la autoestima del anciano, se contribuye a concientizar al personal de enfermería sobre el rol de liderazgo que debe de ejercer en el proceso de cambio, así como la reestructuración de modelos de atención directa y sistemas educativos de enfermería, igualmente la instrucción y supervisión de otros profesionales de la salud en la Terapia de la Reminiscencia, con lo que se logrará una mayor cobertura de atención a la población anciana, al colaborar con ellos en la resolución de conflictos del pasado, que le permitan vivir plenamente en el presente.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Estando el presente estudio enfocado al aspecto psicológico, la interpretación de los datos están expuestos a la subjetividad por ser la Psicología una área de la ciencia blanda, que aborda el estudio de las emociones, percepciones y sentimientos; asimismo es sumamente complicado medirlos y traducirlos a cifras, además del difícil acceso a los instrumentos adecuados para valorarlos.

Otra restricción del estudio es que la posibilidad de generalización es muy limitada. Polit, (1985).

1.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ANCIANO: Persona mayor de 60 años.
- AUTOCONCEPTO: Lo que una persona piensa de sí misma ya sea en términos positivos o negativos, respecto a sus características físicas y psicológicas.
- AUTOESTIMA: Aceptación total de sí mismo como ser humano, con disposición a respetar y aquilatar el valor de los demás.
- PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: etapa de la vida del hombre que se caracteriza por una regresión funcional orgánica.

- **SALUD MENTAL:** Disposición de una persona para superar las crisis, sin mayor ayuda que el apoyo familiar o de amistades y cuya escala de valor comprende, el respeto y la confianza en sí mismo y en las demás.

- **SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO:** Alteración mental orgánica de la que se conoce o se presume su etiología. Es una anormalidad física que afecta las facultades psicológicas o del pensamiento.

- **TERAPEUTA:** Profesional del área de la salud, que a través de diferentes tratamientos pretende lograr el bienestar físico, emocional y social del individuo.

- **TERAPIA DE LA REMINISCENCIA:** Es un proceso que mediante entrevistas programadas, provocan en el paciente recuerdos significativos de su vida con la finalidad de favorecer en la persona, sentimientos de seguridad, sentido de pertenencia e incremento en la autoestima.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es un proceso natural de la vida del hombre, el cual transcurre en forma diferente en cada persona y que además puede estar influido por múltiples factores internos y externos. Conforme el hombre se desarrolla pasa por épocas críticas cada vez que experimenta triunfos y fracasos. Ser capaz de triunfar ante los problemas de la vida diaria ayuda al ajuste de adaptación para las condiciones del futuro.

De acuerdo a la teoría de Erikson (1953), sobre el desarrollo psicosocial del hombre, la vejez, considerada de los 65 años en adelante, es la etapa final en la vida de la persona, y la tarea de desarrollo en esta etapa es crear la integridad del *yo*, que se alcanza cuando el anciano continúa adaptándose a constantes cambios personales y ambientales, esforzándose por alcanzar la realización personal.

2.2 AUTOESTIMA.

Los cambios que implica este proceso afectan las áreas fisiológica, psicológica y social de la persona. Dentro del aspecto psicológico, el emocional en especial, se encuentra

la autoestima que Hirst (1984), la define como una aceptación total de sí mismo, como ser humano, con disposición de respetar y aquilatar el valor de los demás.

La autoestima es el fundamento sobre el cual se edifica la capacidad de cualquier individuo para resolver problemas. Si no se tiene autoestima, puede desarrollarse.

Al respecto, Satir (1991), psicoterapeuta de la línea psicodinámica, en la narración de algunas de sus observaciones clínicas, se refiere a que el aprendizaje o la posesión de una elevada autoestima permite al hombre resolver problemas y el descubrimiento continuo de recursos no revelados hasta ahora y que no tienen por qué esperar hasta los últimos años para aquilatar su valor interior. Sin embargo, mantener el nivel de autoestima del anciano, depende de diversos aspectos como son: aceptación de sí mismo, poder y control del medio ambiente, sentirse útil y productivo, bastarse a sí mismo, mantener relaciones humanas positivas, ser capaz de tomar decisiones, seguridad en sí mismo y ser feliz.

Por su parte, De Pablo (1991), enfermera geriatra, ha constatado que los beneficios de la recreación y el ejercicio físico, hacen que la persona se siente mejor física, social y espiritualmente consigo misma, encontrando nuevas y renovadas energías que mejoran su autoestima y reciclan su capacidad para dar y recibir al medio social a que pertenece.

La autoestima constituye una estructura versátil, en constante cambio, sometidas a nuevas definiciones. Aceptarse como realmente se es y no como se quisiera ser, es señal de salud mental; tal es la posición teórica de Rogers (1969), agregando que el individuo sitúa a la autoestima como el más alto valor para sí mismo.

Complementando lo anterior, Maslow (1970) define la autoestima como el punto central interior de la naturaleza innata del individuo, sus propios gustos, metas y valores.

2.3 REMINISCENCIA Y TERAPIA DE LA REMINISCENCIA.

Al brindar cuidados de enfermería a los ancianos de diferentes niveles socioeconómicos y culturales, que viven ya sea en su hogar, en un asilo o en un período de hospitalización, llama la atención la peculiaridad que presenta el anciano de recordar constantemente el pasado, lo que fue considerado por los psicólogos sólo como un síntoma de vejez, y fue hasta 1961 que Butler, basado en sus experiencias de geropsiquiatría y en estudios realizados en hogares de ancianos, establece que la reminiscencia es una de las tareas normales y necesarias de la vejez y forma parte de lo que él llama "revisión de la vida".

Este es un proceso de preparar al anciano a entender la muerte como parte de un proceso normal de la vida. Butler (1961), opina que la reminiscencia contribuye a una adaptación exitosa a la ancianidad ya que estimula el mantenimiento de la autoestima, reafirmando el sentimiento de identidad, la satisfacción de vivir así, como un sentido de valor personal y significancia en el presente.

Butler, (1961) describe la reminiscencia como un proceso mental universal de la vejez que se caracteriza por un retorno progresivo de la conciencia de las experiencias pasadas y el resurgir de conflictos no resueltos, que pueden verse con otro punto de vista,

en la vejez, mirar atrás y reconciliarse con la vida, parece ser el valor real de adoptar este hecho. Esta revisión proporciona la satisfacción de sentirse orgulloso y llegar a una integridad plena.

El acto de la reminiscencia también enlaza los eventos pasados de la persona y hace que la información sea mas accesible para la adaptación del presente y del futuro. La reminiscencia ofrece beneficios de reorganización de la personalidad y aumenta la autoestima debido que dibuja aquellos aspectos de la memoria que han sido rehabilitados y puedan contener material aprovechable para resolver problemas del presente Merrian (1980).

Estas afirmaciones tienen afinidad con los trabajos presentados por Erikson (1953), donde explica que el conflicto principal del anciano es confirmar la integridad del yo contra la desesperación, y el anciano al integrar las experiencias pasadas al presente favorece la reorganización de su personalidad. También concede importancia a la sensación de satisfacción que se crea en individuos viejos al integrar las experiencias pasadas al presente. Integrar es enriquecerse regresando al pasado y determinar si ha sido satisfactorio o no.

Meachan, McMahon y Rhudick, (1967), coinciden en los anteriores conceptos y al realizar estudios similares, han identificado otros aspectos de la Reminiscencia, clasificándola en tres tipos:

1. La reminiscencia que glorifica el pasado y se pone en contra del presente.

2. La que es solamente de tipo histórico y no ataca ni defiende ni el pasado ni el presente.

3. La de tipo analítico, que comprende una revisión de la vida.

Destacando, en dicho estudio que aquellas personas que recuerdan poco, generalmente presentan mayor depresión y que la reminiscencia se correlaciona positivamente con la adaptación efectiva a aceptar mejor el proceso normal de envejecer.

Otros aspectos coincidentes sobre la conducta y la reminiscencia la presentan Havegurst y Glasser (1972), en un estudio descriptivo que realizaron con personas ancianas para conocer la frecuencia y calidad afectiva, demostrando que: "Hay una alta frecuencia de reminiscencia asociada positivamente con afectos placenteros pasados".

También Lewis y Butler (1982), insisten en los beneficios potencialmente terapéuticos de la reminiscencia, especificando que ancianos que tiene bajo nivel de autoestima, les ofrece la oportunidad de identificar y reintegrar esas opiniones de sí mismo, en forma positiva. La persona vieja, tiene también la oportunidad de resolver pasadas experiencias y ponerse en paz consigo mismo.

La Terapia de la Reminiscencia se describe como un proceso, que mediante entrevistas programadas, provocan en el paciente recuerdos significativos con la finalidad de favorecer, en la persona, sentimientos de seguridad, un sentido de pertenencia e incremento en la autoestima. Butler, (1961).

Se puede aplicar la terapia en forma individual o grupal, pudiendo adaptarse al manejo de los mismos, diversas formas, tales como: organizar un grupo de pacientes, que se exploren individualmente y posteriormente, compartan sus recuerdos; otras alternativas son: involucrar movimientos, visualización, comidas, música, tareas planeadas y actividades de la vida diaria.

Todos estos eventos proveen de muchas oportunidades, no solo para la reminiscencia sino también para el crecimiento y adaptación en todas las áreas del desarrollo humano: física, sensorial, cognoscitiva, emocional y social. Butler, (1961).

2.4 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.

Wilson (1988), enfermera psiquiatra, se refiere a la reminiscencia como un proceso que puede ser usado para: diagnosticar, crear una relación, determinar estrategias de remate, mantener la autoestima, resolver problemas emocionales y para establecer significado o importancia a través de un legado.

También propone cinco puntos guía para la aplicación de la terapia de la reminiscencia:

1. Orientar a las personas ancianas hacia el proceso de revisión de la vida.
2. Proporcionar oportunidad para que los ancianos recapitulen los eventos significativos en sus vidas.

3. Auxiliar a las personas ancianas a visualizar sus vidas y experiencias en un contexto más amplio o diferente.
4. Facilitar enlaces entre esperanzas pasadas, eventos actuales y futuras expectativas.
5. Estar consciente de que el proceso puede realizarse esporádicamente, en varios meses. Es, en ocasiones un examen doloroso y algunas veces se evade.

Puesto que la reminiscencia es un componente crítico de ajuste y satisfacción, de cumplimiento de la vida pasada, es conveniente que la enfermera en salud mental estimule y apoye dicho proceso.

La labor terapéutica presupone que la enfermera se involucre en esta dinámica, participando de la pena y limitación del anciano, lo que no es fácil y requiere una dedicación de largo tiempo, constituyendo una de las más eficaces interacciones personales. La aceptación de la enfermera ayuda a reconocer la bondad de aquellos que se juzgan a sí mismos con demasiada severidad. La enfermera a través de la atención y retroalimentación puede reafirmar el coraje y valentía de las personas que se lamentan de la pérdida de oportunidades, renunciando a ellas sin haber luchado.

La labor de la enfermera abarca a aquellos que con ira no resuelta sobre las injusticias de la vida, pueden volver a tener un sentido de control al darse cuenta de sus éxitos y aceptar la responsabilidad personal. La enfermera puede explorar la complejidad de los eventos y presentar otras alternativas de una situación, ayudando así al anciano a lograr un sentido de integridad y aceptación de su vida, como la haya vivido.

La enfermera necesita escuchar, valorar, explorar y proporcionar retroalimentación, y en este proceso, tanto ella como el anciano se vuelven más humanos y aceptan las fuerzas y flaquezas del género humano.

Siendo el hombre un ser integrado por un sistema biopsicosocial, requiere de una atención de enfermería holística. Bajo esta concepción a la enfermera le será de gran apoyo en su práctica con los ancianos el modelo de sistemas de cuidados de la salud de Betty Neuman denominado "*Enfoque Personal Total a los Problemas del Paciente*". (1972).

Este modelo está basado en la Teoría de Sistemas y en los conceptos de Stress y la reacción al stress tomando a la comunidad como cliente.

Marca tres tipos de estructura que protegen la estructura central del paciente:

1. Línea Flexible de Defensa: previene la invasión de estresores actuando como sistema amortiguador, protegiendo el estado de normalidad del paciente y es la parte externa del sistema.
2. Línea Normal de Defensa: representa el nivel de bienestar que el paciente ha desarrollado a lo largo de su vida y constituye la frontera que rodea las líneas internas de resistencia.
3. Línea de Resistencia: son las líneas internas activadas cuando el estresor ha traspasado la línea normal de defensa.

Los estresores pueden ser intra, inter y extra-personales:

- Intrapersonales: Son fuerzas que interactúan al interior del sistema del paciente.
- Interpersonales: Fuerzas que actúan en el medio inmediato del paciente pero fuera del sistema interno.
- Extrapersonales: Fuerzas que interactúan en el medio ambiente. Sisea (1992).

Este modelo es aplicable en la Terapia de la Reminiscencia, ya que tienen varios puntos coincidentes y de mutuo apoyo.

Por ejemplo, en el proceso de recordar, intervienen los órganos de los sentidos, la mente y el sentimiento, o sea el sistema biopsicológico del individuo, que a su vez es influenciado por factores intra, inter y extrapersonales, o sea lo que Neuman considera como sistema humano, estrés y tipos de estresores.

Siendo el recuerdo el centro de los juicios, aprendizaje y resolución de problemas, Goldford (1975), resulta que la estimulación del mismo, favorece los sentimientos de seguridad, pues ofrece otra perspectiva para resolver conflictos pasados, y permiten la adaptación en todas las áreas del desarrollo humano: físico, cognoscitivo, social y emocional, conceptos a los que se refiere la Terapia de la Reminiscencia. Butler (1963).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo fue realizado bajo el diseño de estudio de caso, con acercamiento prospectivo, que permite la valoración de factores antecedentes y resultados múltiples, con aplicación de procedimientos no paramétricos. Polivka (1992), Polit (1985). Se realizó en la Ciudad de Durango, Dgo., en un período comprendido del 1º de Noviembre de 1992, al 30 de Junio de 1993.

3.2 SUJETOS.

El universo de trabajo fueron diez ancianos que viven en un hogar de ancianos de la mencionada ciudad.

Los criterios de inclusión fueron: personas ancianas de ambos sexos, con edades de 60 a 75 y más, que vivieran en el hogar de ancianos, con capacidad cognitiva conservada, capacidad de comunicación verbal y con deseo de participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión comprendieron: ancianos menores de 60 años, con capacidad cognitiva deteriorada o deficiente y con defectos en la comunicación.

3.3 MATERIAL.

Los datos se obtuvieron a través de entrevista directa, aplicando un cuestionario al inicio del estudio y otro similar al finalizar el mismo.

El Instrumento elegido para medir la capacidad cognitiva fue el MINI MENTAL STATE modificado, versión en español, de Folstein (1975). Está estructurado para valorar la presencia o ausencia de síndrome cerebral orgánico. Consta de 11 ítems que estudian: áreas de orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje, ejecución psicomotriz, lectura, escritura, y copia de un diseño. El tiempo utilizado para responder, fue el de 30 minutos. La puntuación total indicó: 0-12 puntos, síndrome cerebral muy probable. 13-24 puntos: síndrome cerebral orgánico dudoso y 25 o más puntos, síndrome cerebral orgánico improbable.

Para la valoración de la autoestima, se aplicó un formato de inventario de autoestima, tomando en cuenta los criterios que sobre el tópico manejan Rogers (1969), Taft, Hirsrt y Metcalf (1985) y Satir (1991), resultando cinco grupos de indicadores de Autoestima afines:

- Relaciones Humanas Positivas.
- Seguridad en sí Mismo, alto concepto de sí mismo y aceptarse a sí mismo.
- Ser productivo, ser responsable, toma de decisiones y ser feliz.
- Aquilatar el valor de los demás.
- Poder y Control del medio ambiente.

Dichos indicadores se valoraron a través de 40 ítems con escala de CASI SIEMPRE, A VECES, Y CASI NUNCA. Las primeras veinte preguntas se consideraron primarias y las siguientes veinte, complementarias a las anteriores, para asegurar un control de consistencia de las respuestas proporcionadas.

3.4 PROCEDIMIENTO.

Se estableció la comunicación con los ancianos, a través del personal del Hogar quienes canalizaron a la investigadora veinte ancianos con edades de 60 a 75 años. Se les aplicó a cada uno el MINI MENTAL STATE DE FOLSTEIN y solo diez de ellos cumplieron con los requisitos establecidos para participar en el estudio. Uno de los integrantes murió en el transcurso de la investigación. Se hizo una modificación al Mini Mental con respecto al ítem de cálculo, utilizando la operación de resta a partir de 50 y en secuencia descendente de cinco en cinco, debido al nivel escolar elemental, de la mayoría de los entrevistados.

Se realizaron 18 sesiones de Terapia de la Reminiscencia con cada persona, con duración de 40 minutos cada una. Las entrevistas se llevaron a cabo en una sala que reunía condiciones de privacidad y comodidad. La Terapia de la Reminiscencia fue aplicada en la totalidad por la enfermera.

La enfermera participó en la aplicación del proceso de la reminiscencia, que en ocasiones fue doloroso para el anciano, pero al involucrarse en esa dinámica, estableció una

interacción eficaz y con el hecho de escuchar, valorar, explorar y retroalimentar dicho proceso, enfermera y anciano pudieron conocer las fuerzas y flaquezas de la humanidad.

En esta dinámica la Enfermera enfrentó su propia percepción de la vejez y le fue útil para comprender y aceptar el proceso de envejecimiento, el cual vivirá ella misma, en un futuro.

Se resaltó la importancia de las respuestas satisfactorias que la Enfermera debe proporcionar al anciano sobre inquietudes en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, ubicando y motivando a la persona, para que con sus propios recursos resolviera sus problemas.

También le ayudó a la enfermera a conocer como ha manejado el anciano las crisis y los problemas en el pasado y conocer los recursos usados le proporcionó una base para planear estrategias actuales de apoyo. Wilson (1988).

**SE UTILIZÓ LA SIGUIENTE TÉCNICA
DE LA TERAPIA DE LA REMINISCENCIA.**

OBJETIVO:

- Provocar en el paciente recuerdos significativos de su vida con la finalidad de favorecer sentimientos de seguridad, sentido de pertenencia e incremento en la autoestima, reorganización de la personalidad y reafirmación de la identidad.

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- Seleccionar una área física cómoda y de ambiente tranquilo para celebrar las sesiones, cuidando de que sea siempre el mismo lugar a fin de que el paciente se sienta seguro y confiado.

- Realizar un período de ambientación con las personas con las que se va a trabajar (Rapport). Esto se refiere a momentos de plática informal para estimular la confianza del paciente.

- Siendo la Reminiscencia el acto o proceso de recordar el pasado, el terapeuta puede sugerir el tema del recuerdo o bien dejarlo a voluntad del paciente.

- El terapeuta buscará el "enganche" emocional con la persona, que consiste en aquella situación que permite la identificación con el paciente, sea a través del pensamiento o sentimiento con el propósito de lograr la confianza y verbalización del recuerdo.

- Verbalización propiamente dicha de la Reminiscencia: se refiere a que el paciente manifieste sus sentimientos para que no queden solo en la fantasía. Es importante considerar que en este momento los hechos del pasado pueden concluirse, reconsiderarse y/o cerrarse.

- El terapeuta solo intervendrá para clarificar o profundizar sobre las experiencias compartidas por el paciente.

- El cierre de la sesión lo hace el terapeuta, relatando al paciente una síntesis del desarrollo de la misma para ir enfrentando el pasado con el paciente, así como para identificar elementos positivos de sus experiencias.

OBSERVACIONES DURANTE LA TERAPIA:

- Efectuar sesiones de cuarenta minutos de duración, pues es el tiempo conveniente para que el anciano participe física y emocionalmente en la Terapia. Se emplearán los últimos diez minutos para hacer la síntesis de la sesión.

- El período de la terapia será por lo menos de seis semanas con tres sesiones por semana, para poder detectar cambios de conducta en el paciente.

- El terapeuta deberá observar una actitud de interés, interviniendo sólo cuando sea necesario aclarar u orientar.

- Apoyarse en otras alternativas para motivar la Reminiscencia como son: lectura, música, vista de fotografías y actividades manuales, (estructura de apoyo).

- En caso de que el paciente presente una crisis, durante la sesión, se aplicará una intervención en crisis. Butler (1961).

Cabe mencionar que el personal del Hogar proporcionó a la investigadora las facilidades para efectuar el trabajo pero en ningún momento se involucró en el proceso, solo hicieron comentarios de que los ancianos participantes se notaban más activos e interesados en estar bien presentados y puntuales para asistir a su sesión de terapia, inclusive algunos llegaban con anticipación a la sala para esperar a la enfermera.

De cada anciano se elaboró un reporte con sus características generales (Apéndice C).

Para analizar los datos obtenidos se tomaron en cuenta los cinco indicadores de autoestima: relaciones humanas positivas, que comprendieron las preguntas 1/21, 2/22 y 16/36. Seguridad en si mismo con las preguntas 9/29 y 10/30, alto concepto de si mismo contemplo las preguntas 3/23, 13/33, 15/35 y 18/38, aceptarse a si mismo con las preguntas 2/24, 12/32.

Ser productivo con la pregunta 3/23. ser responsable abarcó las preguntas 8/28 toma decisiones con las 6/26, 9/29 y 10/30 y ser feliz con las preguntas 7/27, 12/32 y 13/33. Aquilatar el valor de los demás comprendido en las preguntas 15/35. Poder y control de medio ambiente contenido en las preguntas 7/27, 14/34, 17/37, 19/39 y 20/40. Las primeras 20 preguntas se consideraron primarias del 21 al 40 fueron complementarias.

La interpretación de los datos se realizó a través de análisis descriptivo, haciéndolo individualmente de los resultados obtenidos en cada pregunta con el propósito-de conocer la tendencia del aspecto detectado a través de la misma. Posteriormente se conjugaron las respuestas positivas, que tratan de un mismo factor, en las opciones de casi siempre y a veces.

Se utilizó escala de medición ordinal para asignar categorías y ordenar observaciones y se aplicó la prueba no paramétrica de la mediana para comparar los resultados y la primera medición con respecto a la segunda.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS

Se estudiaron nueve ancianos residentes en un Hogar de Ancianos, cuyas edades fluctuaron entre los 60 y los 75 años, con promedio de edad de 72 años (D.E=4.8).

El grupo de estudio estuvo constituido por cuatro hombres con promedio de edad de 70.2 (D.E=6.9) y cinco mujeres, con promedio de edad de 74.4 (D.E=0.9).

Respecto al nivel de escolaridad de los ancianos, se encontraron: dos personas con estudios superiores y dos más con educación elemental. De las mujeres, dos de ellas reportan haber cursado estudios de secundaria y tres de ellas refieren solo nivel de segundo y tercer grados de educación elemental.

En lo referente al estado civil de los participantes tres hombres mencionaron ser viudos y uno soltero; de las mujeres tres son viudas y dos solteras, conformando el 67 por ciento los viudos y 33 por ciento los solteros.

El 45 por ciento de los ancianos recibe visitas de familiares y/o amigos y el 55 por ciento restante no recibe ninguna visita particular refiriendo como causa de ello el no tener familiares ni amigos, o porque aun teniéndolos no se ocupan de ellos.

El tiempo de estancia en el hogar de ancianos fluctuó entre los cuatro meses y los siete años, observándose una media de 2.5 años. (Tabla 1).

4.2 TABLAS.

Tabla 1

Características generales de los ancianos residentes en el hogar de ancianos, 1993.

Característica	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60-64	1	12%
	65-69	-	-
	70-74	4	44%
	75-79	4	44%
Sexo	Masculino	4	44%
	Femenino	5	56%
Escolaridad	Primaria incompleta	4	44%
	Primaria completa	2	22%
	Secundaria incompleta	1	11%
	Profesional	2	22%
Estado Civil	Soltero	3	33%
	Viudo	6	67%
Recibe visitas	Si	4	44%
	No	5	56%
Tiempo de estancia	<1 año	2	22%
	1-4 años	5	56%
	>5 años	2	22%

Fuente: Entrevista Directa..

El indicador de autoestima sobre Relaciones Humanas Positivas reportó en la primera medición una mediana de 6.5 y 4 en la opción de casi nunca. En la segunda medición, los resultados presentaron una mediana de 8 y en casi nunca 2. (Tabla 2).

El segundo indicador se refirió a: seguridad en si mismo, alto concepto de si mismo y aceptarse a si mismo, resultando la primera medición una mediana de 6.5 y en casi nunca 1.5. En la segunda medición las cifras de la mediana fueron 7 y en casi nunca 1. (Tabla 3).

El tercer indicador de autoestima considero ser productivo, responsable, toma de decisiones y ser feliz, con las siguientes cifras, en la primera medición una mediana de 8 y en casi nunca 1. En la segunda medición la mediana fue de 8 y en la opción de casi nunca no se observó valor. (Tabla 4).

El cuarto indicador solamente mencionó: Aquilatar el valor de los demás, arrojando los resultados siguientes en la primera medición una mediana de 7.5 y en casi nunca 1.5. En la segunda medición fue la mediana de 9.5 y en casi nunca 1. (Tabla 5).

El quinto indicador de autoestima contuvo lo referente al poder y control del medio ambiente presentando una mediana de 5 y 4 en casi nunca. En la segunda medición la mediana fue de 4.5 y en casi nunca 3.5. (Tabla 6).

Se detectó que las respuestas de las primeras veinte preguntas del instrumento tuvieron similitud y concordancia con las siguientes 20 preguntas complementarias, teniendo, por consecuencia, un control en la consistencia de las respuestas proporcionadas.

Tabla 2:

Indicadores de Autoestima sobre Relaciones Humanas Positivas

Número de Pregunta	Primera Medición			Segunda Medición.		
	*CS	AV	CN	CS	AV	CN
1	5	1	3	5	4	0
21	5	1	3	6	3	0
2	6	1	2	3	4	2
22	5	1	3	3	4	2
16	6	.	3	4	3	2
36	7	.	2	4	3	2
Total	34	4	16	25	21.	8

Tabla 3:

Indicador de Autoestima sobre Seguridad, Alto Concepto de Sí Mismo y Aceptarse a sí mismo.

Número de Pregunta	Primera Medición			Segunda Medición.		
	CS	AV	CN	CS	AV	CN
3'	7	2	0	6	1	2
23	6	1	2	6	1	2
4	5	2	2	3	5	1
24	1	4	4	3	3	3
9	7	1	1	9	.	.
29	7	1	1	8	.	1
10	6	2	1	6	3	.
30	7	.	2	6	2	1
12	2	1	6	3	1	5
32	8	.	1	9	.	.
13	8	1	.	8	1	.
33	8	.	1	8	1	.
15	5	2	2	7	2	.
35	6	2	1	8	.	1
18	4	2	3	2	2	5
38	5	2	2	4	3	2
Total	92	23	29	96	25	23

Fuente: Entrevista Directa.

* CS = Casi Siempre

AV = A veces

CN = Casi Nunca.

Tabla 2:

Indicador de Autoestima sobre Ser Productivo, Responsable, Bastarse a sí mismo, Toma de Decisiones, Ser Eficaz y Feliz.

Número de Pregunta	Primera Medición			Segunda Medición.		
	*CS	AV	CN	CS	AV	CN
3	7	2	.	6	1	2
23	6	1	2	6	1	2
6	5	4	.	5	4	.
26	5	2	2	7	2	.
7	8	.	1	7	1	1
27	7	1	1	7	1	1
8	8	.	1	9	.	.
28	8	.	1	9	.	.
9	7	1	1	9	.	.
29	7	1	1	8	.	1
10	6	2	1	6	3	.
30	7	.	2	6	2	1
12	2	1	6	3	4	5
32	8	.	1	9	.	.
13	8	1	.	8	1	.
33	8	.	1	8	1	.
Total	107	16	21	113	21	13

Tabla 5:

Indicadores de Autoestima sobre Aquilatar el Valor de los Demás

Número de Pregunta	Primera Medición			Segunda Medición.		
	CS	AV	CN	CS	AV	CN
15	5	2	2	7	2	.
35	6	2	1	8	.	1
Total	11	4	3	15	2	1

Fuente: Entrevista Directa.

* CS = Casi Siempre

AV = A veces

CN = Casi Nunca.

Tabla 2:

Indicador de Autoestima sobre Poder y Control del Medio Ambiente.

Número de Pregunta	Primera Medición			Segunda Medición.		
	*CS	AV	CN	CS	AV	CN
7	8	.	1	7	1	1
27	7	1	1	7	1	1
14	2	1	6	2	4	3
34	2	.	7	.	2	7
17	3	.	6	3	2	4
37	2	2	5	1	2	6
18	4	2	3	2	2	5
38	5	2	2	4	3	2
19	.	2	7	.	2	7
39	.	2	7	.	3	6
20	5	2	2	7	.	2
40	6	1	2	6	2	1
Total	44	15	49	39	24	45

Fuente: Entrevista Directa.

* CS = Casi Siempre

AV = A veces

CN = Casi Nunca.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados relacionados con la edad muestran una media de 71 años y de acuerdo a las etapas de desarrollo descritas por Erikson (1953), se apreció que los participantes del estudio estaban en la etapa de adultez mayor o tardía, donde el individuo enfrenta una angustia ontológica total, su necesidad primaria es la adquisición de un sentido de integridad y superación de la desesperanza, así como la realización de la sabiduría.

En relación al último grado de estudios se encontró que las mujeres cursaron secundaria y educación elemental incompleta. Las entrevistadas narraron que lo anterior fue debido a que vivieron su niñez y juventud en el medio rural y por razón de su sexo, estuvieron dedicadas a las labores domésticas y la educación escolarizada pasó a segundo término.

Los varones lograron el más alto nivel de estudios de estudios como fueron : profesional y educación elemental. Esta diferencia se explica porque, según las respuestas de los entrevistados, por su condición de hombres, posición social y de trabajo, su acceso a la educación fue más fácil.

Al respecto, Molina (1991), menciona que es innegable que el grado de educación influye en el nivel y perspectivas de la vida, por la que la percepción de las ancianas, será diferente a la de los ancianos. Estos conceptos constituyen lo que Neuman (1982), en su modelo denomina estructura básica o recursos de energía, de donde derivaron las líneas normales de la defensa y las líneas de resistencia del individuo.

El estado civil predominante tanto en hombres como en mujeres es el de viudez, con un 78 por ciento. Tal situación es comprensible porque a partir de los 60 años según lo expresado por San Martín (1990), se acentúa el proceso de envejecimiento del organismo ocasionando no sólo problemas específicos, sino también psicológicos y sociales que a su vez pueden desencadenar incapacidad o muerte del cónyuge, dejando frecuentemente a la pareja sobreviviente en crisis emocional, familiar y económica.

El 55 por ciento de los ancianos que viven en el hogar no reciben visitas personales de amigos o familiares, ya sea porque estos están incapacitados o fallecidos. O bien porque aún existiendo no muestran interés en atenderlos. Expresaron los ancianos que tal situación ocasiona alteración en su área emocional traducida en tristeza y soledad.

Tal situación coincide con la opinión de Carnevali (1989), al referirse a los amigos como un factor muy significativo en el estado de salud de los individuos, y en el caso especial de los ancianos representan un recurso fundamental de su atención física y mental. Igualmente las mencionadas ideas convergen con los conceptos que maneja Neuman (1982) sobre el sistema-persona que al sufrir alteraciones en los aspectos social y emocional

provocan la pérdida de su armonía y balance entre ambiente interno (el propio anciano) y el ambiente externo (familiares y/o amigos).

El tiempo de permanencia de los ancianos en el hogar abarca de los 4 meses a los 7 años. Las personas que tienen menos tiempo residiendo en este lugar manifiestan mayor dificultad para adaptarse al medio ambiente. Expresaron que un factor que contribuye a esta desadaptación es la norma de la institución de restringir las salidas a la calle y eso les hace sentirse tristes y solos.

Estas opiniones concuerdan con Carnevali (1989), respecto a que cualquier factor ambiental o interno del individuo que restrinja la capacidad para salir del hogar, predispone a la soledad. Neuman considera que la soledad se constituye en un estresor, ya que el anciano experimenta pérdida y privación de su libertad y sus líneas de resistencia son reducidas.

La dinámica de las relaciones humanas positivas de los ancianos, mostraron un incremento, lo que indica que estas personas han establecido y mantenido relaciones humanas con los residentes del hogar, quienes constituyen su mundo actual.

Al respecto Maslow (1943), considera a las relaciones humanas positivas y al efecto que de ellas puede derivarse como una necesidad fundamental y las sitúa en la base de las necesidades de mayor jerarquía, indispensables al realizar las tareas para el desarrollo (autoestima y actualización).

Carnevali (1989) complementa tales aseveraciones, al explicar que la necesidad de relaciones con los demás, de dar y recibir afecto, son tareas que se realizan durante toda la existencia y no disminuyen con el paso de los años. Igualmente las relaciones humanas positivas tienen reciprocidad con el concepto de línea normal de defensa, representada por un estado de bienestar y adaptación del ser humano. Neuman (1982).

Los ancianos participantes reportaron en los indicadores sobre seguridad en sí mismo, alto concepto y aceptarse a sí mismo un fomento en la segunda medición con respecto en la primera, poniéndole de manifiesto la influencia de la terapia de la reminiscencia en la conservación de la autoestima.

De Pablo (1991), asevera que en su experiencia profesional con ancianos ha constatado que la persona que tiene un alto concepto de sí mismo, que se siente satisfecha consigo misma, encuentra nuevas y renovadas energías que mejoraran su autoestima, reciclando su capacidad al medio ambiente social a que pertenecen, generando así una autoimagen positiva de la vejez.

Transpolando este conocimiento al modelo de Neuman, el alto concepto de sí mismo se convierte en línea de resistencia, considerando a la autoestima como un factor que intenta estabilizar al individuo, o en su caso, regresarlo a la línea normal de defensa.

En cuanto al indicador de autoestima, de ser productivo, ser responsable, bastarse a si mismo, ser eficaz y ser feliz, se observó igualdad en las cifras de la primera medición en relación con la segunda.

Los ancianos se mostraron contentos y satisfechos con las actividades que realizan en el hogar colaborando en las rutinas domésticas, ayudando a atender compañeros incapacitados y aplicando su experiencia anterior en trabajos manuales (corte y tejido), en beneficio propio y del resto de los residentes.

En este aspecto se detectó en los ancianos un balance entre el medio interno (su autopercepción, que se constituye en la línea normal de defensa) y el ambiente externo (actividades del hogar, que se constituyen en una línea flexible de defensa), resultando así un proceso de intercambio y ajuste. Neuman, (1982).

Después de la terapia se manifestó una autopercepción positiva de la valía del anciano, quien a pesar de tener algunas limitaciones físicas es capaz de atenderse a sí mismo, y esta visualización de capacidades y logros se hizo a través de la terapia de la reminiscencia.

Estas apreciaciones tienen relación con un estudio realizado en Chile en 1984, donde se demuestra que el 66 por ciento de los ancianos encuestados se ubicaron como personas autovalentes, que no requerían de ayuda, o sólo de alguna en actividades

específicas, descartando así la premisa generalizada que la mayoría de los ancianos están incapacitados para realizar sus actividades diarias. Domínguez, (1984).

El significado de ser feliz es muy variado, ya que cada persona tiene sus propios conceptos de acuerdo a la situación particular y medio ambiente que le rodea. Los ancianos externaron a la investigadora, que se sentían felices por tener un lugar donde vivir, vestido, comida y quien les ayude a sobrellevar sus limitaciones. Así pues satisfechas sus necesidades básicas se sienten contentos y seguros.

Estas percepciones tienen correspondencia con la teoría sobre el desarrollo psicosocial de Maslow (1943), donde propone una jerarquía de necesidades básicas, colocando en primer nivel las necesidades fisiológicas esenciales para la supervivencia (alimento, aire, agua, sueño), enseguida menciona las necesidades de seguridad, que incluyen protección, cierto grado de rutina y predicción de la vida diaria, y siendo la felicidad un estado de ánimo que se complace en la posesión de un bien y en la satisfacción de una necesidad, se comprende lo expresado por los ancianos.

El ascenso en el indicador de aquilatar el valor de los demás pone de relieve la influencia de la terapia de la reminiscencia. Al respecto Butler y Lewis (1982), al trabajar con grupos de ancianos, declaran que los beneficios terapéuticos de la reminiscencia incluyen oportunidades para socializarse y de identificar y reintegrar opiniones de sí mismo y de otros en forma positiva.

El indicador de poder y control del medio ambiente, mostró un descenso en la segunda medición. Se observó durante la primera medición que el anciano deseaba aparentar que todo marchaba bien en el medio ambiente que lo rodeaba, tal vez por el temor a perder la seguridad que le brinda el hogar. A medida que se avanzó en la terapia se estableció más confianza con la investigadora y manifestaron que realmente es poco el poder y control en el medio ambiente, ya que deben cumplir metódicamente con las normas institucionales.

Dowd (1985), determina que la disminución de poder y control asociada a la vejez ocurre a un micro nivel dentro de las relaciones familiares, o cuando el anciano está recluido en un hospital y a un macro nivel dentro la sociedad. Igualmente señala que los ancianos pueden verse forzados a usar la obediencia como recurso de poder porque las otras fuentes de poder y control están agotadas.

Todo lo anterior se relaciona con lo que Neuman (1982), maneja bajo el concepto de reconstitución, que es una readaptación del individuo para mantener la estabilidad, interviniendo factores intra, inter y extrapersonales, lo cual se refiere a recursos del propio anciano, personas que le rodean y medio ambiente en el que vive.

5.1 CONCLUSIONES.

- Los resultados de este estudio de investigación sobre la Terapia de la Reminiscencia, aplicada por la enfermera, constituye una perspectiva general sobre los

cinco indicadores de autoestima de los ancianos, manejados en la investigación, datos que pueden ser útiles para planear e implantar programas dirigidos a este grupo de población.

- El presente estudio señala la importancia de la reminiscencia como un proceso mental universal del hombre que coadyuva a mantener el nivel de autoestima así como aceptar positivamente el proceso normal de envejecimiento.

- El personal de enfermería es un excelente conducto para administrar la terapia de la reminiscencia ya que generalmente es el primer contacto que tiene el paciente, además que es el personal de salud que más tiempo permanece a su lado.

- Después de la aplicación de la Terapia de la Reminiscencia, se detectó en los ancianos una elevación en los indicadores de autoestima sobre relaciones humanas positivas, seguridad, alto concepto y aceptarse a sí mismo, así como en aquilatar el valor de los demás.

- Se determinó la relación positiva que ejerce la Terapia de la Reminiscencia en el aumento de la autoestima del anciano.

5.2 RECOMENDACIONES.

- Considerando que la población de ancianos aumenta año con año, es conveniente que el personal del Sector Salud reciba preparación adecuada para atender integralmente a este grupo de población.
- Realizar un período de ambientación con los participantes antes de aplicar la Terapia de la Reminiscencia a fin de obtener un clima de confianza mutua, que propicie mejores resultados de la terapia.
- Se propone que la Enfermera en Salud Mental imparta capacitación sobre el manejo de la Terapia de la Reminiscencia, a la enfermera general y a otros profesionales de la salud, que atienden a grupos de ancianos en las instituciones de salud y asilo de ancianos.
- Contemplar, por parte del personal de salud, la factibilidad de la aplicación de la Terapia de la Reminiscencia, en grupos de pacientes con patologías crónico degenerativas, SIDA y adicciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Benítez, Cabrera (1978). Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Evaluación y Análisis de la Población Mexicana. 1970 -2000. 3(8) 24.
- Satir, V. (1991) Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. Pax. 87-92.
- Wilson, H. (1988) Terapia de la Reminiscencia. Psychiatric Nursing. California. A. Wesley Publishing Company. 43-47.
- Butler, Robert (1963) Una Interpretación de las Reminiscencias en los Ancianos. La Relación de la Psicoterapia en las Personas Ancianas. Washington, D.C. 1-10
- Carnevali, D.L. Patrick M. (1989) Tratado de Enfermería Geriátrica (2ª Edición) México, Interamericana.
- Erikson, E. (1989) Crecimiento y Crisis de la Personalidad. Identidad y Ciclo de Vida. Monografía. Nueva York.
- Crawford L., Curry K (1987). Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. México. El Manual Moderno. 132-140.
- Polit D., (1985) Investigación Científica en Ciencias de la Salud 2ª Edición. México. Interamericana. 186-189. 473-475.
- Erikson, E. (1953) Teoría del Desarrollo. Etapas de Madurez y de Vejez. Nueva York. 135-150.
- Hirst, Metcalf (1934) Promoviendo la Autoestima. Nurse Eider. 3 (2) 19-21.

De Pablo, M. (1991) El Movimiento es Vida. Educación para el Autocuidado de la Salud. 8 (4)24-26.

Rogers (1969) Autoestima: Trascendencia en la Salud Mental de Adultos Viejos. Nurs. Rev. 40(1)5-10.

Maslow, A. (1970) Teoría del Desarrollo Psicosocial. México. Interamericana.

Merriam (1980) Relative Efficacy of Ufe review and Reminiscence. Journal Announcement. 51 (6) 31-39.

Meachan, et.al. (1967) Reminiscing, Dying and Counselig. Reminiscing Therapy. Capítulo 23. 273-285.

Havighurst, R. Glasser, R. (1974) Estudio Descriptivo de Conducta y Reminiscencia en Personas Ancianas.

Lewis. Butler (1982) El Proceso Mental de Recordar la Vida para Adaptarse a la Edad Madura. Journal of Gerontological Nursing. 14 (2) 10-14.

Neuman, B. (1972) The Neuman System Model. Nursing Research. Vol. 21 (3) 265-270.

Sisea, R. (1992) Modelos Conceptuales de Enfermería. España. Doyma. 20-26.

Goldford (1975) Grupos de Reminiscencia en Hogares de Ancianos. Consult. Clin. Psychol. 59(5) 739-742.

- Polivka, B. (1992) Diseño de Control de Caso. Una Estrategia Apropriada para Investigación de Enfermería. Rincón de la Metodología. Nursing Research. 41 (4) 250-253.
- Folstein, M. (1975) Mini Mental State. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinicians. Journal Psychology. 12, 189-198.
- Taft, L. (1985) La Autoestima hacia el Final de la Vida: Una Perspectiva de Enfermería. Avances en la Ciencia de Enfermería.. 10, 77-84.
- Molina R. (1991) Valoración Gerontológica de Enfermería. Educación para el Autocuidado de la Salud. 8 (4), 6-13.
- San Martín, H.; (1990) Epidemiología de la Vejez. España, Interamericana. 488-494.
- Maslow. A. (1943) The Farther Reaches of Human Nature. Nueva York. 318-319.
- Domínguez, O. (1984) Estudios de las Necesidades de la Población Mayor de 60 años en Chile. Educación para el Autocuidado de la Salud. 8 (4) 24-26.
- Dowd, L. (1985) Enciclopedia de Psicología. La Edad Adulta. España. Editorial Océano, S.A. Tomo 4 207-209.

1

APENDICES.

APÉNDICE A

MINI MENTAL STATE (Versión en español) DE FOLSTEIN

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Escolaridad _____ Registro _____
 Examinador _____ Fecha _____

<i>Puntaje Máximo</i>	<i>Puntaje Obtenido</i>	
5	()	¿Qué fecha es hoy? (Año, Estación, día de la semana, fecha completa)
5	()	¿En donde estamos? (Piso, hospital, ciudad, estado, país).
3	()	Nombre tres objetos (1 seg. c/u). Pida al sujeto que lo repita y aprenda
5	()	Reste Empezando del 100 de 7 en 7 (hasta 5 respuestas)
3	()	Pregunte por los tres objetos aprendidos.
2	()	Muestre una pluma y un reloj, y pida que los identifique.
1	()	Que repita la frase "Tres tristes tigres"
1	()	Que cumpla las siguiente orden verbal: Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.
1	()	Escriba una oración.
1	()	Que lea la frase "cierre los ojos".
1	()	Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados)

Puntuación _____ Nivel de conciencia _____
 Total _____ Alerta, somnolencia, estupor, coma.
 0-12 SCO muy probable
 13-24 SCO dudoso
 25 o más SCO improbable

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL MINI MENTAL STATE

Las áreas estudiadas son:

1. Orientación.

a) Pregunte la fecha, luego específicamente insista sobre las partes omitidas, por ejemplo; ¿Podría decirme en que estación del año estamos ?

Un punto por cada respuesta correcta

b) Pregunte por el lugar...¿Podría decirme el nombre del hospital (ciudad, estado, país, etc.)?

Un punto cada respuesta correcta.

2. Registro .

Pregunte al paciente si puede probar su memoria. Entonces nombre tres objetos (cortina, bata, corbata, etc.) La primera repetición determina su puntuación (0-3), insista hasta que el sujeto los haya prendido.

3. Atención y Cálculo .

Pida que reste de 100 de 7 en 7 . Deténgase después de 5 repeticiones (93, 86, 79, 72, 65). Si no puede hacerlo que deletree la palabra radio al revés.

Un punto por cada respuesta correcta o letra en orden.

4. Recuerdo.

Pregúntele al sujeto el nombre de los tres objetos que aprendió en la prueba de registro. Un punto por cada uno.

5. Lenguaje

a) Muestre una pluma y un reloj y pregunte que son (0-2).

b) Que repita la frase " Tres tristes tigres ". Permita solo una repetición (0-1).

6. Ejecución Psicomotriz.

a) Orden en tres partes. Dé una hoja de papel en blanco y que la orden la lleve a cabo.

7. **Lectura:**

En una hoja de papel en blanco escriba la oración "cierre los ojos" de forma que pueda ser vista claramente. Pida que la lea y obedezca. Un punto si el sujeto solo cierra los ojos.

8. **Escritura:**

Dé al sujeto una hoja de papel en blanco y pídale que escriba una oración. No la dicte, debe de ser espontanea. Debe tener un sujeto y un verbo. Errores gramaticales no son importantes (0-1).

9. **Copia de un Diseño.**

Dibuje en el papel en blanco dos rectángulos en intersección separados aproximadamente 2 cm. Pida al sujeto que los copie exactamente. Los diez ángulos deben estar presentes (dos cruzados) para dar un punto. El temblor y la rotación no se toman en cuenta.

- Puntuación de 0-12, Síndrome Cerebral Orgánico muy probable.

- Puntuación de 25 o más, Síndrome Cerebral Orgánico Improbable.

- Modificado de Folstein. M.F. et al.; "Mini Mental State". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. J. Psy. Res. 12: 189-198, 1975.

APÉNDICE B.

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Cuestionario de Autoestima

Ficha de Identificación:

Fecha: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Escolaridad: _____

Información para el Entrevistado:

- La información que Usted proporcione es muy importante y completamente confidencial, por lo que puede contestar con la mayor honestidad y veracidad posibles.
- Esta información será procesada científicamente, por lo que Ud. Puede tener la seguridad de que se hará un análisis de los hechos y no de las personas.

Instrucciones: Coloque una Cruz en la Casilla que Corresponda.

	A veces	Casi Siempre	Casi Nunca
1. Siento que mis amigos me aprecian			
2. Siento que mi familia me ama.			
3. Me siento una persona útil.			
4. Me siento viejo.			
5. Me siento solo.			
6. Soy capaz de tomar decisiones.			
7. Disfruto de mis actividades diarias.			
8. Soy capaz de atenderme a mí mismo.			
9. Tengo confianza en mi mismo			
10. Puedo resolver mis problemas.			

11. Siento que esta edad es la más triste de mi vida.			
12. Siento mi edad, pero no me molesta.			
13. Estoy satisfecho con lo que he hecho en mi vida.			
14. La mayor parte de las cosas que hago son aburridas y monótonas.			
15. Comparado con otra gente de mi edad, me siento con buena apariencia.			
16. Mi familia me comprende.			
17. Me siento dependiente de mi familia.			
18. Pienso que nadie podría realizar las cosas mejor que yo.			
19. Todo lo hago mal.			
20. Los problemas me deprimen.			
21. Mis amigos me quieren.			
22. Mi familia se preocupa por mí.			
23. Soy una persona productiva.			
24. Me siento acabado.			
25. Me siento apartado de los demás.			
26. Soy capaz de dar un fallo (sentencia).			
27. Me gusta lo que hago en el día.			
28. Puedo bastarme a mí mismo.			
29. Tengo seguridad en mí mismo.			
30. Puedo solucionar mis dificultades.			
31. Siento que esta edad es la más difícil de mi vida.			
32. Estoy conforme con mi edad.			
33. Estoy contento con lo que he hecho en mi vida.			
34. Las cosas que hago son fastidiosas y pesadas.			

35. Siento que mi aspecto es mejor que el de otra gente que mi edad.			
36. Mi familia me entiende.			
37. Mi familia me dice lo que debo hacer.			
38. Pienso que yo hago las cosas mejor que otros.			
39. Todo me sale mal.			
40. Los problemas me hacen sentir triste.			

90158

APENDICE C.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ANCIANOS

Paciente N° 1 (J.B.)

Sexo: M *Edad:* 60 años. *Nivel Escolar.* Educación Superior.

Tiempo de Estancia en el hogar: 4 años.

Motivo de Ingreso Por Salud: No podía caminar por padecer artritis, está en receso de sus actividades profesionales sin explicitar motivos. No le permiten (el obispo) vivir con su hermano

Familia : Hermanos y sobrinos.

Visitas. Esporádicas por parte de sus familiares.

Posición en el Hogar. Disfruta de algunos privilegios: Tiene habitación individual con baño, T.V., grabadora y libros.

Restricciones: No debe de salir a la calle solo, ni hacer llamadas telefónicas no autorizadas.
No ejerce su ministerio.

Estado Emocional. Con periodos de depresión, aburrido, con deseos de salir y trabajar en una parroquia.

Estado Físico: Presenta artritis controlada con medicamentos y ejercicios. Esta en franca mejoría, camina con mínima dificultad.

Aspecto Económico: El paciente recibe quincenalmente una cantidad por parte de sus autoridades eclesiásticas. No paga por su estancia del hogar.

Actividades que realiza : Atención personal, ver TV , asistir a misa y rosario, leer, hacerse cargo de la puerta y teléfono por las mañanas.

Ingreso a! grupo de terapia: Pidió información detallada a la investigadora sobre la terapia de la reminiscencia y manifestó su deseo en participar en ella. Y como cumplía con los criterios requeridos para el estudio, se aceptó como participante.

Observaciones de la primera medición: En el primer tercio del periodo de terapia se muestra extrovertido comentando de su familia, de su decisión de entrar al seminario, la vida en el mismo y el gusto por su trabajo en tres parroquias donde ha estado. Comenta que prefiere trabajar con grupos de jóvenes.

En el segundo tercio demuestra más confianza con la entrevistadora y le platica que hace 14 años abandonó su profesión, pues se enamoró y se casó, procreando un hijo que actualmente vive con la madre en otra ciudad. No hubo armonía en el matrimonio y se divorció, volviendo a su profesión.

Al comentar pasajes bíblicos, acerca del celibato, matrimonio, y del perdón, se hace el enganche emocional con el paciente y manifestó abiertamente su aprensión y duda por el futuro como profesional.

En el último tercio de la terapia, el paciente plantea alternativas de solución a su situación y ejecuta dos acciones para llevarlas a la práctica: entrevista personal con el Obispo y redacción de una carta que enviará al Papa.

Observaciones de la Segunda Medición: El paciente se mostró con más confianza, interés y veracidad, con deseos y esperanza de una respuesta favorable de sus autoridades eclesiásticas, a su petición.

Paciente N° 2 (J.G.)

Sexo: M **Edad:** 72 años. **Nivel Escolar:** Segundo de Primaria.

Tiempo de Estancia en el hogar: 3 años.

Motivo de Ingreso: No tiene familia, ni casa, no puede sostenerse por sí mismo.

Posición en el Hogar. Comparte un cuarto con dos ancianos mayores que él, a quienes ayuda a movilizarse.

Restricciones- No salir a la calle.

Estado Emocional. Tranquilo, adaptado al ambiente, y a problemas de salud que dice, son propios de su edad.

Estado Físico: Presenta artritis y problemas respiratorios, con ciclos agudos y de mejoría.

Aspecto Económico. El paciente recibe ocasionalmente remuneración por los trabajos realizados; no paga por su estancia en el hogar.

Actividades que realiza. Hace trabajos sencillos de electricidad, hojalatería y carpintería.

Asiste a misa y rosario.

Ingreso al grupo de terapia: Participa en la Terapia porque reunió los requisitos para pertenecer al grupo de Estudio.

Observaciones de la primera medición: El Paciente se muestra en todas las entrevistas con buen humor, extrovertido, contento de estar en el HOGAR DE ANCIANOS y satisfecho con los trabajos que realiza. Platica de su vida, de trabajo, de su esposa que murió hace diez años y de su agradecimiento por la atención que le brindan en el Hogar. Se siente preparado para aceptar su muerte.

Observaciones de la Segunda Medición- El paciente continúa con buen humor y grado de cooperación al responder por segunda vez al cuestionario, denota mejoría en sus percepciones.

Paciente N° 3 (M.)

Sexo: F **Edad:** 73 años. **Nivel Escolar:** Primero de Secundaria.

Tiempo de Estancia en el hogar. 1 años.

Motivo de Ingreso Al quedar viuda, la paciente decide irse a vivir al hogar, dice porque no quiere ser una carga para su familia.

Familia : Madre de 110 años, hermanos, una hija y dos nietos..

Visitas. Recibe vistas frecuentes de su hija, y sale con ella para ir a casa de su madre.

Posición en el Hogar. La mayor parte de las horas del día trabaja en el cuarto de costura, cortando y cosiendo batas, sábanas, cortinas y lo que se requiere en el hogar. La Señora M. Es modista y en su casa ejerció este oficio por lo que ahora lo pone al servicio del hogar.

También ayuda a servir los alimentos y a recoger las mesas una vez finalizadas las comidas. Estas acciones le confieren ciertos privilegios en la alimentación y el trato. Comparte el cuarto con otra persona.

Restricciones'. No salir a la calle sola.

Estado Emocional: La Paciente se muestra contenta y adaptada al medio ambiente que le rodea; satisfecha de poder brindar sus servicios en el hogar. Preocupada por la salud de su madre.

Estado Físico: Al caminar claudica de la extremidad inferior izquierda, pues hace tres años la atropello un auto, causándole fractura de tibia, peroné y maléolo. Ella regresaba de la tienda cuando sucedió el accidente. Desde entonces no sale sola. No manifiesta ninguna otra molestia.

Aspecto Económico: Recibe pensión por viudez y ayuda de su hija. Paga cuota mínima al hogar.

Actividades que realiza : Las ya mencionadas, además también le gusta leer revistas, novelas y libros religiosos, teje y ocasionalmente elabora manualidades.

Ingreso al grupo de terapia. Porque reúne los requisitos establecidos por el estudio.

Observaciones de la primera medición. Al inicio del 1er tercio de la terapia, la paciente estuvo desconfiada, conversando sobre los temas de las situaciones dadas en el hogar y un poco de su familia. A medida que se realizaron las sesiones se manifestó más abierta, recordó su familia y origen, lo feliz que fue viviendo en un rancho. Comentó poco acerca de su matrimonio, en el que no fue feliz por el carácter de su esposo; la muerte de hijo de 4 años; el apoyo que siempre le ha brindado su hija y la felicidad de los nietos, el despojo del que fue objeto por parte de los parientes políticos ya que una vez muerto el esposo le quitaron la casa y ella, la hija y la familia se fueron a vivir a un fraccionamiento. Tales fueron los hechos que la llevaron a tomar la decisión de ingresar en el HOGAR DE ANCIANOS.

En el segundo tercio de la terapia la señora M., estuvo ya más extrovertida y critica la conducta de algunos de los ancianos asilados. Se hacen lecturas y comentarios sobre noticias actuales e interesantes, se le proporcionan libros de cocina y manualidades para que los revise y comente y con esto se hace "el enganche" con ella . A partir de esa fecha, la conversación fue más fluida y en un ambiente de más confianza.

Relata otros hecho familiares y su deseo de terminar la secundaria en sistema abierto.

Durante el último tiempo de la terapia, la señora M. Se anima, de nuevo, a confeccionar manualidades, cosa que no realizaba hace tiempo. Perdura el ambiente de confianza y hasta festivo.

Observaciones de la Segunda Medición: Es notorio el cambio emocional de la paciente, mostrándose alegre, confiada y satisfecha.

Paciente N° 4 (M.A.)

Sexo: M **Edad:** 74 años. **Nivel Escolar.** Educación Superior.

Tiempo de Estancia en el hogar: 4 meses.

Motivo de Ingreso Viudez. Ninguno de sus hijos manifestó posibilidad de que viviera con ellos.

Familia : 7 hijos y 10 nietos.

Visitas: Mensualmente por parte de dos hijos solamente.

Posición en el Hogar: Comparte la habitación con dos compañeros, recibe buen trato; solo comenta que las normas de este lugar son muy estrictas, tipo militar.

Restricciones-. No le permiten salir solo.

Estado Emocional. Deprimido, por ya no poder trabajar, pasear, leer y escribir. Le duele que sus hijos no le brinden atención. Lamenta no poder tener con él una radio grabadora y algunos libros; satisfecho por su labor profesional y como padre, ya que cinco de sus hijos son profesionistas exitosos. Consciente de que terminó su labor en la vida y lo que resta de ella, solo son calamidades.

Estado Físico: Diabetes desde hace 20 años, bajo tratamiento médico; presenta disminución visual y auditiva.

Aspecto Económico: Recibe pago de jubilación. Paga por la estancia en el hogar.

Actividades que realiza : Cuidado personal; ocasionalmente ve TV y lee. La mayor parte del tiempo lo pasa conversando con los compañeros, o sentado en el jardín. Ocasionalmente, uno de sus hijos le lleva a pasar el día en su casa.

Ingreso al grupo de terapia: Porque reúne los requisitos establecidos por el estudio.

Observaciones de la primera medición: El señor M.A. se interesó en la terapia de la reminiscencia y pidió información sobre su dinámica.

Se mostró extrovertido, en período de duelo por pérdida de un ser querido, salud disminuida, imposibilidad de tener objetos para recreación, ausencia de relaciones familiares y capacidad física para realizar un trabajo.

Recuerda con agrado su trabajo, las satisfacciones profesionales y económicas que lo proporcionó, los múltiples viajes que realizó y la diversidad de personas que trató. Platica la forma en que conoció a su esposa y lo estricto que fue con sus hijos. Comenta su afición por la música, lectura y sobre todo escribir artículos cortos sobre diferentes tópicos, actividad que no realiza desde hace tiempo, pues piensa que ya no tiene temas interesantes que expresar.

Durante el segundo tercio de la terapia conversa específicamente sobre sus actividad magisterial y al coincidir con la investigadora en este aspecto se hace el "enganche", reafirmandolo con sesiones de música y lectura, y vista de postales de diferentes lugares de la república.

En la última parte del proceso el señor M.A. cuenta anécdotas chuscas y se motiva a escribir un artículo titulado "QUE ES UN ANCIANO, VISTO POR UN ANCIANO", entregándole una copia a la investigadora.

Observaciones de la Segunda Medición: El señor M.A. se manifiesta más abiertamente y sincero, estableciendo buenas relaciones interpersonales con la terapeuta.

Su estado de ánimo mejoró al ratificar que aún fue capaz de escribir un artículo.

Paciente N° 5 (M.G.)

Sexo: F **Edad:** 74 años. **Nivel Escolar:** Segundo de Primaria .

Tiempo de Estancia en el hogar: 14 meses.

Motivo de Ingreso: Quedó sola y sin recursos económicos, al morir su única hermana.

Familia : No tiene.

Visitas: No recibe.

Posición en el Hogar: Comparte el cuarto con dos ancianas a quienes ayuda a moverse.

Restricciones: No le permiten salir.

Estado Emocional. Adaptada al medio ambiente. Se siente contenta y segura de vivir en el hogar. Indiferente a las actividades socio-culturales que se realizan en la institución.

Estado Físico: Con marcada vocación religiosa. Aparentemente sana, solo ha requerido atención dental.

Actividades que realiza : Ayuda en la cocina, lavando platos y otras labores sencillas.

Acude a los servicios religiosos.

Ingreso al grupo de terapia-. Porque reúne los requisitos marcados en el estudio.

Observaciones de la primera medición: La señora M.G. es poco comunicativa, y no muestra interés en algún tópico en especial. En primer tercio de la terapia la conversación giró sobre las actividades que realiza en el hogar.

En el segundo tercio muestra un poco de confianza y relata de su vida en común con su hermana, mayor que ella. Recuerda con alegría las actividades que realizaban juntas.

En el último tercio, comenta que sus padres murieron, siendo ella muy joven y de su marcada inclinación de ingresar como religiosa en un convento, aspiración que no pudo llevar a cabo.

Observaciones de la Segunda Medición: La situación continuó con poca variación. No se logró un "enganche" afectivo.

Paciente N° 6 (R)

Sexo: F *Edad*: 75 años. *Nivel Escolar*. Segundo de Primaria.

Tiempo de Estancia en el hogar. 5 años.

Motivo de Ingreso: No tiene familiares ni medio económicos para sostenerse.

Familia : No tiene.

Visitas: Dos personas de un grupo religioso, la visitan dos veces al mes.

Posición en el Hogar. Comparte el cuarto con dos personas. Por su carácter alegre y dicharachero y por su participación en las actividades del Hogar, es bien aceptada y goza de algunas concesiones de comida, ropa y trato.

Restricciones: No puede salir a la calle.

Estado Emocional. Su carácter es alegre, ríe con facilidad, con marcada aptitud para establecer comunicación interpersonal participativa, con alto sentido religioso. Verbaliza su gran alegría de vivir en el Hogar y con las "monjitas" a quienes considera su familia.

Aspecto Económico: Recibe pequeñas cantidades de dinero y productos de aseo personal de las dos personas que la visitan. No paga por su estancia en el hogar.

Actividades que realiza : Ayuda en la cocina, limpiando verduras y frutas, lavando platos, sirve y recoge las mesas, coopera en las actividades de costura y arregla el altar del Templo. Asiste a misas y rosarios.

Ingreso a! grupo de terapia: Porque reúne los requisitos marcados para el estudio.

Observaciones de la primera medición: La paciente se presenta a la entrevista muy limpia y sonriente, dice estar, muy complacida al recibir la visita de la entrevistadora y platicar con ella. Al contestar la encuesta, lo hace con rapidez, sin reflexionar un momento y dice que todo está muy bien en el Hogar. Platica de su vida anterior, trabajó de sirvienta, cuidó a su madre y al morir se quedó sola, sin medio de sustento, y por eso ingresó al Hogar.

Observaciones de la Segunda Medición: No hubo cambio notable en el comportamiento del paciente. Al contestar por segunda vez la entrevista, lo hizo con más cuidado y algunas respuestas variaron, mejorando en calidad y veracidad. No fue posible identificar un tema que le motivara lo suficiente por lo que no se logró un "enganche" afectivo.

Paciente N° 7 (J.R.)

Sexo: M **Edad:** 75 años. **Nivel Escolar.** Primaria Completa.

Tiempo de Estancia en el hogar. 2 años.

Motivo de Ingreso: Ninguno de sus familiares puede atenderlo.

Familia : Hermano, cuñada y sobrinos.

Visitas: De vez en cuando le visita su hermana y una sobrina.

Posición en el Hogar. Comparte la habitación con dos compañeros y uno de ellos le ayuda a moverse. Paga por su estancia.

Restricciones: No puede salir.

Estado Emocional. El paciente es retraído, habla poco, con frecuencia está deprimido, no muestra interés por ninguna actividad, se aísla de los demás. Le molesta las restricciones dietéticas que tiene en su alimentación.

Estado Físico: Diabetes hace cinco años. Siendo tratado médicamente hasta hace dos años, cuando ingresó al Hogar. Presenta ceguera unilateral izquierda y marcada

disminución visual en ojo derecho. Usa lentes y dice que aún así no mejora su visión. Sufrió amputación del miembro inferior izquierdo a nivel de rodilla, hace año y medio, consecuencia de gangrena. Se moviliza en silla de ruedas. Ha estado perdiendo piezas dentales.

Aspecto Económico: Recibe N\$ 500.00 mensuales por concepto de jubilación, por parte de la Secretaria de la Defensa Nacional, entrega las dos terceras partes de dicha cantidad al Hogar para su sostenimiento.

Actividades que realiza : Con limitaciones puede atenderse a sí mismo, manipula con dificultad la silla de ruedas para movilizarse al baño y al jardín. No realiza ninguna actividad manual ni de esparcimiento.

Ingreso a! grupo de terapia: Porque reúne los requisitos marcados para el estudio.

Observaciones de la primera medición- El Sr. J.R. es trasladado en silla de ruedas, al consultorio, por una trabajadora de la institución. Durante el primer tercio de la terapia , el paciente conversa poco, solo contesta las preguntas, está tenso.

Poco a poco se relaja y comparte sus experiencias vividas en el ejército, donde sirvió como soldado durante 30 años.

Recuerda con nostalgia, los diferentes lugares donde estuvo asignado, y platica en especial de Campeche, donde se casó y tuvo una hija, que murió pequeña y posteriormente también fallece su esposa.

En el segundo tercio conversa de su llegada a Durango, la relación con su hermana, hermano y sobrinos, de la cirugía ocular, la muerte de la hermana, del inicio de la diabetes y las complicaciones que le llevaron a la amputación. Dice llevar buenas relaciones con su hermano y sobrinos, pero por cuestiones de trabajo no pueden hacerse cargo de él y por falta de tiempo lo visitan muy poco.

Al mostrarle fotos de soldados realizando diferentes actividades, se animó y explicó los grados militares, el entrenamiento y rutinas de los soldados. Comentó películas de temas bélicos. La conversación se hizo más fluida, y fue el momento del "enganche".

Durante el último tercio de la terapia, manifiesta duelo por sus múltiples pérdidas: capacidad física muy limitada, el tipo y cantidad de alimentos, no le agradan ni satisfacen, falta de relaciones familiares, incapacidad para realizar cualquier actividad que lo hace sentirse inútil. Se siente solo y acabado, cree que ya es tiempo de morir.

Paciente N° 8 (T.Z.)

Sexo: F **Edad:** 75 años. **Nivel Escolar:** Secundaria Completa.

Tiempo de Estancia en el hogar. 4 años.

Motivo de Ingreso: Muerte de su hija.

Familia :Una hija, nuera y tres nietos.

Visitas, i res veces por semana recibe visitas de sus familiares, ocasionalmente sale con ellas.

Posición en el Hogar: Comparte el cuarto con una anciana, a la que no acepta del todo, porque dice que es muy quejumbrosa. Recibe trato preferencial, pues su hija es religiosa y está asignada a un colegio de esta ciudad. No paga por su estancia. Su hija la lleva a pasear y la nuera a que pase el día con ella y los nietos.

Estado Emocional. La Señora T.Z. se muestra desconfiada e inquieta, dice sentirse cansada y enferma. Se expresa correctamente y critica a sus compañeras. Dice que su carácter es fuerte y le gustan las cosas bien hechas. Se le dificulta establecer relaciones interpersonales con extraños. Está muy orgullosa de que su hija sea monja, y ocupe un alto puesto en el Colegio en el que esté asignada. Con marcado fervor religioso.

Estado Físico: Presenta artritis, hipertensión y problemas respiratorios que ocasionalmente le obligan a administrarse oxígeno, teniendo el tanque a la cabecera de su cama, colocándose la horquilla nasal ella misma. Usa lentes y tiene la agudeza auditiva disminuida. Al caminar se apoya en bastón, cuando requiere trasladarse de su cuarto a la capilla, requiere silla de ruedas empujada por otra persona. Le están haciendo extracción de piezas dentales, para posteriormente adaptarle placas dentales.

Aspecto Económico: Lo tiene totalmente cubierto por su hija.

Actividades que realiza : Se atiende a sí misma. A veces va a la sala para ver un programa de televisión, le gusta mucho asistir a los servicios religiosos, y platicar con las

religiosas. No participa en las actividades cotidianas del Hogar ni en actos sociales. Dice que ya no tiene fuerza para desempeñar ningún trabajo. Que lo que le agrada es rezarle a las personas que están graves, para ayudarles a bien morir. De vez en cuando, teje a ganchillo.

Ingreso al grupo de terapia: Porque reúne los requisitos marcados para el estudio.

Observaciones de la primera medición: En el primer tercio de la terapia la paciente está desconfiada, luego empieza a conversar sobre la muerte de su madre, su esposa, su hijo mayor e hijo menor. Comenta de la decisión de la hija de ser religiosa, ingresando al convento a los 14 años, y de lo feliz que sintió de "entregársela" al Señor. La señora T.Z. vivía con su hijo y familia, y al morir hubo problemas económicos, cambio de casa, donde ya no había un cuarto para ella. La nuera tuvo que trabajar, por lo que se decidió a ingresar al hogar. Dice que las religiosas son casi santas, pero que los ancianos asilados son groseros y desagradecidos.

En el segundo tercio, comenta de su tiempo de estudiante, del apego a la religión, el trabajo de maestra en un Colegio católico. Recuerda como conoció a su esposo; de la vida no muy agradable que pasó con él, del nacimiento y crianza de los hijos; la enfermedad de su madre, los trabajos que desempeñó para sostener a la familia, pues el esposo se fue trabajar a otro estado de la república. Con alegría y orgullo, comenta de su fe y de la continua convivencia con sacerdotes y monjas, así como el privilegio de tener una hija que es una magnífica religiosa.

Durante la última etapa de las entrevistas, la paciente es más comunicativa, en ocasiones sonríe y recuerda frecuentemente a sus nietos, en especial al menor de 7 años. Platica de las visitas de la hija y del trabajo de ésta y de cuando la sacaron a pasear, aunque ya se cansa. El "enganche" se hace cuando la comunicación gira alrededor de los nietos, del amor que inspiran por su espontaneidad. También por el interés compartido por el tejido de ganchillo, tejiendo juntas, la paciente y la entrevistadora, algunas prendas.

Observaciones de la Segunda Medición: Se logró establecer una buena relación interpersonal con la paciente, en un ambiente de cordialidad y confianza contestó por segunda vez el cuestionario, mostró fotografías de su familia y terminó una prenda de tejido.

Paciente N° 9 (J.H.)

Sexo: F **Edad:** 75 años. **Nivel Escolar.** Tercero de Primaria

Tiempo de Estancia en el hogar. 9 meses

Motivo de Ingreso: Porque la Madre Superiora la invito a pasar una temporada al hogar.

Familia :Una hija soltera de 50 años que siempre ha vivido con ella y también la acompaña en el hogar, hermanas y sobrinos.

Visitas: Una vez al mes la visitan hermanas y sobrinos que viven fuera de la ciudad

Posición en el Hogar. Mientras estuvo la Superiora que las invitó a venir gozaron de consideraciones, pero cuando hubo cambio de Superiora, la situación cambio

radicalmente. Ahora se sienten marginadas y tratadas sin consideraciones a pesar de que participan bastante en las actividades del hogar. Comparten la habitación con una anciana a quien ayuda la hija a moverse.

Estado Emocional: La Señora J.H. es muy cooperadora, extrovertida, y alegre; siente que es una persona importante y querida por familiares y amigos. Dice que sabe hacer múltiples quehaceres domésticos, por lo que se le deben conceder ciertos privilegios en cuanto a trato y comida.

Comenta que le gusta compartir con sus semejantes todo lo que tiene. Está adaptada al medio, es profundamente religiosa.

Estado Físico: Padece artritis que le dificulta la marcha, esta la realiza con ayuda de andadera; en ocasiones usa silla de ruedas. Es hipertensa hace diez años. Recibe tratamiento médico para ambas patologías. Esta recibiendo tratamiento odontológico.

Aspecto Económico: La paciente dice que tiene un millón y medio en un banco de esta ciudad, lo cual es producto de la venta de su casa que esta en el rancho de donde vivía.

Sus gastos personales los cubre con los intereses que cobra por ese dinero en pequeñas cantidades que le dejan sus familiares cuando van a visitarlo. Los medicamentos también los compra ella. No aporta cuota al hogar por su estancia ni por la de su hija.

Actividades que realiza : Coopera en el departamento de ropería doblando ropa y separando la que necesita algún arreglo, cose a mano pequeños desperfectos de las prendas de vestir de los ancianos. Asiste a los servicios religiosos.

Ingreso al grupo de terapia: Porque reúne los requisitos marcados para el estudio.

Observaciones de la primera medición: Desde el inicio de la entrevista, la señora J. H., se muestra muy comunicativa y contenta de compartir con otra persona ajena al hogar. Cuenta de su enfermedad (Hipertensión) refiriéndose a períodos críticos como "que le vuela la cabeza" y no está consciente de sus acciones y que fue un momento como este que vendió su casa en el rancho en donde vivía. Su hija se molestó mucho con ella por esta acción, ya que el nuevo dueño les pidió que desalojaran el inmueble. Comenta que un sobrino que es abogado les va a arreglar este asunto. Recuerda la vida matrimonial feliz que llevó durante 30 años, el nacimiento de su única hija, el deseo de la misma de ser monja, cosa que no le permitió la Iglesia, por ser hija única, y estar obligada a cuidar a su madre, relata que siempre ha participado activamente en las liturgias de la Iglesia, en los años que vivió en un asilo de ancianos en otra ciudad, cuando su esposo fue jardinero y velador. Dice que siempre ha sido compartido con toda la gente, regalándoles comida, ropa y ocasionalmente dinero. Muestra fotografías de su familia a la entrevistadora y recuerda anécdotas de algunas de ellas. Solicita se le compre rollo a una cámara fotográfica antigua, pero no se logró cumplir su encargo porque ya no fabrican ese tipo de rollos. Con esas acciones se logró el "enganche" con la paciente.

Platica de la juventud de su hija, de la diversidad de actividades domésticas y religiosas que sabe realizar y de lo mucho que ayuda en las rutinas del Hogar. En la cocina, jardín, en el cuarto de coser y doblado de ropa, en la capilla y sin recibir un peso de pago.

En el segundo tercio de la Terapia, la paciente cambia radicalmente, pues la madre superiora quien las protegía es trasladada a otro lugar distante, por lo que ya no tiene las mismas consideraciones y privilegios. Dicen sentirse no aceptadas por la nueva Superiora, ni por las mismas compañeras y ya no están cómodas en este lugar. Además están muy triste, porque sus familiares no les han visitado.

Durante el último tercio, la paciente demuestra ansiedad por no poderse comunicar con su familia que no ha acudido a visitarla. Manifiesta el deseo de salir del hogar e irse a casa de alguno de sus familiares y las monjas no le permiten hacerlo. Dice que toda la gente en ese lugar les tienen envidia y las quieren perjudicar.

Observaciones de la Segunda Medición: La Señora J.H. contesta con buena disposición el segundo cuestionario haciendo poca variación en sus respuestas. Se sigue quejando de las malas relaciones que tiene con el personal de la institución y compañeras. Insiste en su deseo de dejar el hogar y de que le entreguen sus pertenencias (ropa y dinero).

La familia no se ha reportado por lo que ella está triste y preocupada, no se puede comunicar con ellos, pues desconoce su domicilio y teléfonos.