



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY  
ALFARO DE MANABÍ**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Secuelas emocionales por institucionalización en  
adultos mayores de 65 a 80 años del Centro  
Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”, 2012**

**AUTORAS:**

**Bello Cevallos Lissette Alexandra  
Macías Zambrano Roxana Elizabeth**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**Lic. Mónica Palau Guillen**

Manta – Ecuador  
2012-2013

## **CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Lic. Mónica Palau

.

### **CERTIFICA:**

Haber dirigido, orientado y revisado en todas sus partes el desarrollo del trabajo de investigación cuyo informe se reporta.

El presente informe reúne a satisfacción los requisitos de fondo y forma que debe tener un trabajo de investigación científica de acuerdo a los lineamientos reglamentarios de la institución y, por consiguiente, está listo para su presentación, sustentación y defensa.

Manta, Agosto del 2013

Lic. Mónica Palau Guillen  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.**

## **RECONOCIMIENTO DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Los conceptos, ideas y contenidos generales del presente trabajo de titulación son de exclusividad y responsabilidad de las autoras, se han reproducido ideas de trabajos autorizados, exclusivamente para refrescar la misma investigación, sin fines especulativos.

Para constancia de nuestras afirmaciones, las firmas de responsabilidad.

Bello Cevallos Lissette Alexandra    Macías Zambrano Roxana Elizabeth

## APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Previo el cumplimiento de los requisitos de ley, el tribunal otorga la calificación:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	_____	_____
	Calificación	Firma
MIEMBRO DEL JURADO	_____	_____
	Calificación	Firma
MIEMBRO DEL JURADO	_____	_____
	Calificación	Firma
Dra. Mónica Palau Guillen	_____	_____
TUTOR DEL TRABAJO	Calificación	Firma
SUMA TOTAL DE LA DEFENSA	_____	

SECRETARIA DE LA ESCUELA

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el proceso de estudio.

A mi abuela Mariana, la inspiración de este trabajo quien me acompaña desde el cielo con su amor y con sus bendiciones.

A mis padres, Maryori y Nexar por su apoyo, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Gracias a sus ejemplos dignos de superación y entrega he podido culminar esta etapa.

A mis hermanos por permitirme ser un ejemplo de superación para ellos.

A mis tías y tíos que me han apoyado desde siempre

A Víctor, por haberme acompañado en este proceso de forma incondicional, motivándome y acompañándome ante las adversidades.

Lisette Bello

## DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desvanecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres, porque me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por creer en mí y estar siempre presentes, ayudándome con los recursos necesarios, acompañándome para poderme realizar.

A mi cuñada por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. A todos ellos quienes han sido en mi vida, motivación, inspiración y felicidad.

*“La dicha de la vida consiste  
en tener siempre algo que hacer,  
alguien a quien amar  
y alguna cosa que esperar”.*  
Thomas Chalmers

Roxana Macías

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo investigativo no sería posible sin la valiosa colaboración de personas e instituciones a las cuales rendimos nuestro agradecimiento:

A la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” por darnos la oportunidad de obtener una profesión.

A la Facultad de Trabajo Social y Escuela Psicología, por acompañarnos y orientarnos en nuestra profesionalización.

A la Decana de la Facultad de Trabajo Social, Lic. Olga Vélez de Mendoza M. Sc., mujer de temple y de lucha a quien admiramos mucho y Director de Escuela Dr. Oswaldo Zambrano Quinde

Y mi más profundos agradecimiento a la Lic. Mónica Palau Guillen., Directora de nuestra tesis, quien nos acompañó y guió hasta llegar a la feliz culminación de la misma.

Bello Cevallos Lissette Alexandra    Macías Zambrano Roxana Elizabeth

## INDICE

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VII
INTRODUCCIÓN	X
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>MARCO REFERENCIAL</b>	
1.1. Tema	1
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.1.a. Macrocontexto	2
1.2.1.b. Mesocontexto	3
1.2.1.c. Microcontexto	3
1.2.1.d. Análisis crítico	7
1.2.2. Preguntas directrices	8
1.2.3. Formulación del problema	9
1.2.4. Delimitación	9
1.2.4.a. Delimitación de contenidos	9
1.2.4.b. Delimitación Espacial	9
1.2.4.c. Delimitación Temporal	9
1.3. Objetivos	9
1.3.1.- Objetivo General	9
1.3.2.- Objetivos Específicos	10
1.4. Justificación	10
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	12
2.2. Fundamentación Teórica	12
2.3. Fundamentación legal	38
2.4.- Hipótesis	41
2.5.- Variables	41
2.5.1. Variables Independientes	42
2.5.2. Variable dependiente	42
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	
3.1. Nivel o tipo de investigación	43
3.2. Modalidades Básicas de la investigación	43
3.3 Métodos y técnicas	44

3.3.1. Métodos	44
3.3.2. Técnicas	44
3.4. Población y muestra	45
3.4.1. Población	45
3.4.2. Muestra	45
3.5. Técnicas e instrumentos	46
3.6. Recolección y procesamiento de la información	46

#### **CAPÍTULO IV INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1. . Resultados de test emocional aplicado a los usuarios del centro gerontológico	48
4.2 Encuesta realizada a los profesionales del centro	49
4.3.- Comprobación de hipótesis y logro de objetivos	60
4.3.1.- Comprobación de hipótesis	60
4.3.2. Logro de objetivos	60

#### **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones	63
5.2. Recomendaciones	64

#### **CAPÍTULO VI PROPUESTA**

6.1. Título	65
6.2. Antecedentes de la propuesta	66
6.3. Objetivos	67
6.3.1 Objetivo General	67
6.3.2 Objetivos Específicos	67
6.4. Justificación	67
6.5. Desarrollo de la propuesta	69

#### **BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

Bibliografía	84
Anexos	85

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se la realizó con el propósito de conocer sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”.

En el Capítulo I, se plantea el Problema, con los objetivos planteados en esta investigación, tanto el general como los específicos, los mismos que han servido de pauta para realizar tal estudio investigativo y verificar la validez del tema propuesto.

En el Capítulo II está el Marco Teórico en el cual se fundamenta el proceso investigativo, que abarca la variable independiente “institucionalización”. Y la variable dependiente “Secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años de edad”.

La metodología se encuentra en el Capítulo III de esta investigación y es:

Documental, porque se basa en el estudio que se realiza a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas o documentales.

De Campo, porque fue realizada en el lugar donde se encontraban los sujetos y la situación de estudio, con un diseño de investigación no experimental.

Bibliográfica, para dar un mejor fundamento científico al presente proyecto.

Para realizar este trabajo fueron utilizados además, métodos como el inductivo, deductivo, bibliográfico y estadístico con técnicas como la encuesta y la aplicación de un test.

La población comprende el número total de 60 adultos mayores en edades entre 65 y 80 años de edad, 10 personas que atienden a los usuarios y 2 autoridades institucionales.

En el Capítulo IV se encuentran las tabulaciones y los análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos como encuestas, entrevistas y test.

Las Conclusiones y Recomendaciones a las que se llega en el proceso investigativo se señalan en el Capítulo V.

El Capítulo VI muestra la propuesta para resolver el problema encontrado como producto de la investigación. La propuesta consta del respectivo tema: Programa de atención personalizada y actividades de recreación del adulto mayor para minimizar los efectos de la institucionalización, los objetivos tanto general como específicos, la respectiva justificación y fundamentación incluyendo el cronograma de aplicación y evaluación de la propuesta.

En los anexos se podrán encontrar toda la documentación que sustenta formalmente el presente trabajo investigativo.

Se pone a disposición de futuros investigadores la presente tesis para su información.

**CAPÍTULO I**  
**EL PROBLEMA**

**1.1.-TEMA**

**Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” 2012**

## **1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1.- Contextualización**

#### **1.2.1.a.- Macrocontexto**

La GERONTOLOGÍA en el siglo XXI se desarrollará probablemente en un escenario donde el aumento de la esperanza de vida, autonomía y bienestar de los mayores, tendrán que convivir con una mayor presencia de problemas de dependencia y soledad, unido a graves dificultades familiares para prestarles cuidados.

En un futuro próximo las previsiones demográficas de envejecimiento se situarán en torno a los siete millones y medio de personas frente a los seis millones setecientos mil actuales. En un futuro inmediato, entre los próximos ocho o diez años, se producirá además un fuerte proceso de envejecimiento interno entre personas de 70-80 años, y en consecuencia, mayor incremento de deterioro y dependencias.

Tendríamos que reflexionar respecto a la heterogeneidad de este colectivo, diferenciando entre vejez autónoma, relativamente satisfecha con su salud, colchón y soporte familiar y económico de los suyos, con representación activa en la sociedad, y lo que estamos denominando cuarta edad ( mayores entre 65-85 años), con graves problemas físicos, psíquicos y sociales cuyos cuidados se hacen indispensables.

Es indudable que los cambios sociales, y sus efectos en los estilos de vida, vienen afectando de una manera especialmente significativa a las personas mayores y a su entorno. Otro proceso que también se viene observando es que

los Centros Residenciales, en cualquiera de sus modalidades, se están convirtiendo progresivamente en una alternativa que quiere responder a las nuevas necesidades de este amplio grupo de edad, a través de la adecuación de sus servicios y la cualificación de sus profesionales.

Por ese motivo, la prevención y la promoción de una vida saludable en los mayores alcanza hoy la necesidad de contemplar el ámbito residencial como un espacio idóneo para la intervención.

#### **1.2.1.b. Mesocontexto**

En el Ecuador, el aumento de la esperanza de vida es un signo de desarrollo social y económico, aunque más importante que este incremento es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitan a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa es el aumento de los años vividos en condiciones de morbilidad y discapacidad (Naciones Unidas, 2007).

En contextos de envejecimiento, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes puede dar lugar a un largo período de mala salud, y tener una repercusión notable sobre la calidad de vida y los costos de la atención en salud de las personas de edad, afectando con ello los sistemas socio-sanitarios de los países de la región, tanto el tipo de necesidades que deberán atender como los sectores de la población afectados y las respuestas de políticas que tendrán que generar.

#### **1.2.1.c. Microcontexto**

Es verdad que mucho se ha dicho sobre los adultos mayores, a quienes llamaremos nuestros abuelos, pero no tenemos en cuenta sus opiniones frente

a las decisiones que se toman en la sociedad, ya que todos creen saber de su vida pero en realidad no se dan cuenta de los sentimientos que ellos expresan. De forma injusta y con tristeza muchos de nuestros abuelos son discriminados y olvidados por sus familias, quedando solos en la vida y tal vez sin ninguna esperanza de volver a ser felices. Por otro lado el envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades y, a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos. Además los adultos mayores se han esforzado toda una vida por brindarnos sus conocimientos y enseñanzas para formar una sociedad amena; por todo esto merecen reconocimiento, afecto, respeto y protección para que exista una igualdad de derechos.

Existen diferentes factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población, así como otros que están directamente relacionados con su desarrollo. Entre los aspectos socioeconómicos se incluyen diferentes factores relacionados con el peso que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su seno familiar y otros indicadores que persiguen ubicar su situación en los momentos actuales de la sociedad. La sociedad tiene la responsabilidad de preocuparse desde el punto de vista preventivo, terapéutico y de rehabilitación de la persona de edad avanzada y de tratar de romper el estereotipo de considerar al Adulto Mayor desamparado e inútil. Sin embargo, llegará el momento en que los jóvenes del hoy sean los viejos del mañana

Desde el 15 de marzo del 2012 el asilo se hizo centro directo del MIESS. Anteriormente el asilo era administrado por diferentes instituciones públicas y privadas. En la actualidad el director del Centro es el: Lcdo. Pedro Antonio Toro Chinga quien lleva un mes en el cargo y se cuenta con la asistente administrativa del asilo Srta. Yaromi Intriago.

La institución cuenta con un personal médico de planta en las siguientes áreas:

Terapeuta Ocupacional: Lcda. Miriam Peñafiel

Terapeuta físico: Lcda. Belinda Rezabala

Lcdo. En enfermería: Roberto España

Estos son los profesionales que el MIESS facilita a la institución.

Existiendo otro de colaboradores que trabajan para empresas privadas, entre ellas:

4 auxiliares en enfermería

1 persona en la cocina

1 persona en la lavandería.

Y también se tiene la colaboración de una pasante en el área de Trabajo social, debido a la falta de recursos no se cuenta con un especialista en el área de Psicología, manifestando las Autoridades que esta profesión es fundamental y necesario en la Institución.

Sesenta y cuatro ancianos viven en condiciones de pobreza en el asilo Guillermina Llor de Moreno, de Portoviejo, hombres y mujeres de entre 65 y 94 años.

Los abuelos escuchan música, ven televisión y reciben el amor de los empleados que colaboran en su cuidado. Ellos hacen milagros -según dijeron- para darles alimentación a los mayores pues al momento viven una realidad mucho más difícil por situaciones presupuestarias.

El lugar cuenta con muchas áreas y espacios para realizar diferentes actividades pero antes no se los aprovechaba, ahora lo que se busca es, a más de darles un uso, mantener a los ancianos ocupados al tiempo que se les descubre las habilidades que cada uno posee.

Existe el área de terapia ocupacional, donde los adultos mayores realizan manualidades.

También hay una sala de juegos en la que tiene un billar y un futbolín, esta sala es poco utilizada debido a que la mayoría de los adultos son parapléjicos o tiene dificultades en sus movimientos motrices.

Según las habilidades de cada uno se le asignan las diferentes actividades.

Desde las 08:00 los adultos mayores empiezan sus tareas, son distribuidos por grupos a las diferentes áreas, mientras unos van a la terapia ocupacional otros se dirigen a la fisioterapia y luego rotan, hasta que sean las 11:00, momento en que reciben la colación, posteriormente a las 12:30 el almuerzo y en la tarde se concentran en el arbolito donde muestran sus dotes en el canto y baile.

La población del asilo es en la actualidad de 64 adultos mayores desde los 65 años hasta 94 años que tiene la adulta mayor de la institución, de los cuales 60 se encuentran en el rango estipulado para la presente investigación.

Hay 58 ancianos permanentes y 6 adultos mayores a los cuales se les brinda atención diurna, pero la mayor parte de la población son indigentes que no han tenido ni siquiera nombre y los bautizan con nombres sustitutos.

La mayoría de los adultos presentan alteraciones psicológicas, entre las más frecuentes desarrollan depresión, agresividad y demencia.

En el asilo existen muchas necesidades en cuanto a personal se refiere y en cuanto a necesidades básicas, por ejemplo alimentos, pañales, medicinas las cuales son brindadas por el mies pero esto no es suficiente ni duran para el mes. Por este motivo esta entidad sobrevive de ayudas sociales y donaciones que les ofrecen otras instituciones o personas privadas.

#### **1.2.1.d. Análisis Crítico**

Los adultos mayores hoy en día juegan un papel en la sociedad muy importante, aunque no se los reconozca como se deba. El rol de los adultos mayores es un tema a investigar, para los profesionales de medicina, psicología o trabajo social, y analizar el tema desde su óptica, dependiendo del punto de partida que se empiece. Por un lado, se puede considerar al adulto mayor como una carga social, entonces las políticas públicas que a todos nos compete, las acciones pueden estar orientadas a atender una necesidad determinada, a curar, a proteger, a aquellas personas que necesitan de la atención del estado o de instituciones privadas que complementan el accionar del estado. En cambio, si se considera al adulto mayor como un valor, como una persona que puede ofrecer todavía a la sociedad sea cual sea el grupo humano que la compone, sea niño, joven o mayores en actividad, entonces las tareas que se organicen en función del adulto mayor, tiene otro sentido. Se recupera ese tiempo, que casi siempre tiene el adulto mayor. Con eso se recupera la experiencia de vida, ya que mucho tiempo han tenido por su actividad múltiples tareas.

En la actualidad aún nos encontramos con creencias que ubican la depresión, la vulnerabilidad y la dependencia como aspectos normales y generalizados de la vejez, posicionando a los adultos mayores como seres limitados, pasivos y objetos de caridad y asistencia social y en muchos casos como seres invisibles.

Es innegable que en la vejez se presentan una serie de cambios y/o pérdidas en varios aspectos de la vida; sin embargo la inutilidad, dependencia, depresión no son condiciones generales. Muchos al llegar a esta etapa siguen conservando su independencia y se encuentran disfrutando sus logros personales, familiares y laborales.

Además de las citadas particularidades de la evaluación del anciano en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, el paciente anciano esta expuesto a múltiples problemáticas consustanciales con el envejecimiento que van a condicionar en gran manera su independencia o autovalimiento y que obligatoriamente tendremos que conocer. Estos problemas a los que hay que conceder la misma importancia que a los puramente biomédicos derivan de los aspectos cognitivos, emocional, funcional y social que deberán ser identificados y evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de toda su problemática, sopesando asimismo los posibles efectos potenciadores de la interacción de las citadas carencias que magnificarán frecuentemente sus consecuencias.

### **1.2.2- Preguntas Directrices**

Con los antecedentes expuestos, se plantean las siguientes preguntas que se resolverán con la investigación:

- ¿La institucionalización del adulto mayor de 65-80 años de edad, incide en el aspecto emocional del mismo?
- Verificar las consecuencias de las secuelas emocionales por institucionalización
- ¿Qué tipo de estrategias aplica la institución para minimizar los efectos de la institucionalización?
- ¿Se pueden plantear alternativas de solución a los problemas que se encuentren?

### **1.2.3. Formulación del Problema**

¿La institucionalización deja secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años de edad?

### **1.2.4.- DELIMITACION**

#### **1.2.4.a. Delimitación de contenidos**

- **Campo:** Gerontología
- **Área:** Institucionalización
- **Aspecto:** Institucionalización y secuelas emocionales en el adulto mayor.
- **Tema:** Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”, 2012.
- **Problema:** Las secuelas emocionales por institucionalización en el adulto mayor de 65-80 años de edad

#### **1.2.4.b. Delimitación Espacial**

El trabajo de titulación se realizó en el Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de la ciudad de Portoviejo

#### **1.2.4.c. Delimitación Temporal**

Este problema se estudió durante el período 2012.

### **1.3.- OBJETIVOS**

#### **1.3.1.- Objetivo General**

Determinar las secuelas emocionales que produce la institucionalización en los adultos mayores de 65-80 años de edad.

### **1.3.2.- Objetivos Específicos**

- Indagar las secuelas emocionales que causa la institucionalización
- Verificar las consecuencias de las secuelas emocionales por institucionalización
- Constatar las estrategias que aplica la institución para minimizar los efectos de la institucionalización
- Plantear una alternativa de solución a los problemas que se encuentren

### **1.4.- JUSTIFICACIÓN**

El problema a investigarse tiene su importancia por cuanto ayudará a analizar acerca las secuelas emocionales por institucionalización del adulto mayor de 65-80 años de edad.

Además este estudio servirá de guía a los futuros profesionales en el área de Psicología.

Desde el punto de vista social este trabajo investigativo beneficiara a los adultos mayores y sus familiares.

La utilidad práctica de la investigación radica en que sus resultados, las conclusiones, las recomendaciones pueden ser aplicados para el mejoramiento de la salud emocional de los interesados.

Esta investigación permitirá que los familiares de adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Llor de Moreno puedan acceder a alternativas de tratamiento de las consecuencias de la institucionalización.

**Factibilidad.-** El proceso de investigación es factible ya que se cuenta con la información necesaria y la predisposición de la comunidad a participar en el proceso.

**Relevancia.-** La relevancia del proyecto, se fundamenta en la importancia que tiene el ayudar a las personas con stress post-traumático.

**Concreto.-** La investigación estará redactada de una forma concreta y concisa.

**Beneficiarios.-** Los adultos mayores, familiares y tesistas

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En lo referente a estudios previos realizados sobre este tema, se ha podido constatar que se han realizado investigaciones acerca la gerontología, y de otros aspectos pero en lo relativo a las secuelas emocionales por institucionalización del adulto mayor, no se encuentran estudios acerca del mismo.

#### **2.2.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

“Con el crepúsculo y la puesta del sol,  
el día y la vida envejecen  
y abre espacios para todo aquello  
que a uno le ha alegrado un día o una vida entera”.  
Dahlke.

##### **2.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES.- El adulto mayor.- Definición**

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son *aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo* (CTSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (2005); esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en Ecuador hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 60 años. Existe también el significado sociocultural, que en este momento acá en Colombia se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40

años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y sólo espera la muerte.

*El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 2005)* Estos cambios no sólo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.

Los cambios en el desarrollo cognoscitivo y emocional a lo largo de toda la vida expresan la diversidad del carácter individual de lo psíquico y el envejecimiento no escapa a esta condición. Cada persona como protagonista de su historia de vida, dispone de recursos con los cuales autodirige y participa en su propio desarrollo; pero el envejecimiento es también una creación y un fenómeno sociocultural, la determinación social atraviesa lo individualidad donde es reelaborada al tomar un sentido personal, convirtiéndose entonces en factor de desarrollo.

La preocupación por los ancianos y su estilo de vida en la sociedad cambiante de hoy en día, es tema de interés de instituciones gubernamentales, universidades, y de grupos privados de distintas orientaciones. Al respecto se considera importante resaltar algunas situaciones que se encuentran caracterizando al fenómeno de la ancianidad en diferentes latitudes:

- ♣ La necesidad de prever el apoyo en la ancianidad es un factor que está influyendo en la formación de las familias. En esto intervienen los valores culturales, tenencia de bienes y herencia, así como también las diferentes expectativas hacia los hijos varones y las hijas hembras, la jubilación y el apoyo

social. En la actualidad, sin embargo, los padres reconocen que tener grandes cantidades de hijos no devuelve la inversión y el costo que éstos implican, con respecto a una posterior manutención de sus padres.

♣ Aumentan las familias de 3 generaciones. A medida que va aumentando la longevidad y se va aplazando la edad de tener hijos, las familias pueden tener a su cargo a progenitores ancianos y a niños de corta edad. Hay menos hermanos y hermanas y la familia tiende a hacerse pequeña. A la vez aumentan los divorcios y aparecen nuevas familias y otras redes de parientes, por lo cual comienzan a tener más importancia los vínculos basados en el afecto o los que se establecen de forma voluntaria. (Orosa, 2001).

♣ Y en los lugares donde ha aumentado considerablemente la esperanza de vida y disminuido la tasa de fecundidad, son mayores los cambios del curso típico de la vida. Tal es el caso de Japón, por ejemplo, donde las personas viven más tiempo antes de tener hijos y después de ser jubilados.

El proceso de envejecimiento poblacional requiere una nueva posición psicológica, sociológica y actitudinal ante la vida. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen comprender y aceptar los nuevos límites de las posibilidades físicas y dedicar el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes era frecuente relegar con la intención de lograr una mejor calidad de vida.

#### **2.2.1.1. El Envejecimiento Implica Cambios**

«En cuanto a lo Biológicos se producen cambios en la piel, con la aparición de arruga, pérdida de elasticidad, manchas, cambios en el cabello por modificación del color, aparecen las canas, cambios en la estatura por el aumento de la curvatura de la columna vertebral, etc.

A medida que las personas envejecen los sentidos se van perdiendo progresivamente parte de su funcionalidad, pudiendo llegar a afectar el estilo de vida cotidiana y las relaciones sociales. La pérdida de la visión y/o audición contribuyen al aislamiento social y a la falta de estimulación cognitiva. Por otra parte en el olfato, el gusto y el tacto.

Con el avance de los años se produce una lentitud de las funciones motrices. La pérdida de velocidad motora se acompaña de: disminución del tiempo de reacción, aumento de la fatiga muscular, dificultad en los desplazamientos fundamentalmente al sentarse y levantarse (temblores).

También mientras el hombre envejece su cerebro va progresivamente perdiendo neuronas y reduciendo el tamaño de estas provocando así problemas neurológicos»

#### **2.2.1.2. Principales características psicológicas de la tercera edad**

Sobre la vejez se han elaborado muchas leyendas, así como una diversidad de interesantes aforismos que tratan de definirla. Uno de los líderes del protestantismo, Martín Lutero, sentenció sobriamente: “La vejez es la muerte en vida”, lo que estaba en el espíritu de la época y los contemporáneos compartían. Hoy son más populares los axiomas al estilo del ligero humor francés, como el que pertenece a André Maurois: “La vejez es una mala costumbre para la que las personas activas no tienen tiempo” (Whitman, 2006). Entre estos dos puntos de vista extremos se ubican múltiples opiniones, cada una de las cuales tiene su aspecto razonable, su justificación empírica, su sentido e importancia.

Desde un punto de vista psicológico, en la Tercera Edad se aprecian cambios en las distintas esferas de la personalidad del anciano que la distinguen de otras etapas del desarrollo.

Sin la intención de abarcar todas las aristas de esta etapa de la vida, ni pretender agotar las posibles condiciones que la caracterizan, señalemos algunos elementos que permitan comprender cuáles recursos se demandan en función de los retos a enfrentar en este período.

### **2.2.1.3. Declive y deterioro cognitivo: influencias en el proceso de envejecimiento**

Al estudiar el clásico patrón de envejecimiento se hace referencia a un declive del funcionamiento cognitivo. Aunque la variabilidad interindividual es notable, existen sujetos que no sufren ningún declive, mientras que otros muestran más amplios y extensos decrementos en su funcionamiento intelectual.

La hipótesis central de Cattell y Horn (1982) es que en el proceso de envejecimiento la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de experiencias, puede notar un incremento o por lo menos se mantendría, mientras que la inteligencia fluida tiende a declinar con el paso de los años, ya que la misma depende de la capacidad de evolucionar y adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas. De este modo se explica que la memoria (por lo menos la de largo plazo) y el conocimiento experiencial se convierten en los principales recursos cognitivos al que apelan las personas a medida que envejecen para afrontar tareas que involucren sus capacidades intelectuales.

Diferentes teorías apuntan, que aunque el envejecimiento equivale a deterioro, daño o enfermedad, es posible diferenciar el envejecimiento “normal” o “sano” del envejecimiento “patológico” o envejecimiento con “deterioro o enfermedad”. Si bien es cierto que el envejecimiento se refiere a diversos cambios que se dan en el transcurso de la vida individual y que implican declives estructurales y funcionales, o sea, disminución de la vitalidad; ello no significa que tal disminución o declive equivalga forzosamente a alteraciones patológicas.

### **2.2.1.4. Disminución de las funciones psicológicas básicas en el adulto mayor**

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida:

1- Alerta: es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante.

2- Atención selectiva: es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.

3- Atención sostenida: es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distractibilidad. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.

4- Atención dividida: es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental.

*En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Colectivo de autores. La atención a los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica no. 546. OPS.1994

*En los procesos demenciales la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la enfermedad avanza, se vuelve mas distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza.<sup>2</sup> La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea, se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado.*

*La percepción es la capacidad mental que nos permite integrar y/o reconocer aquello que nos llega a través de nuestros sentidos. Nos permite reconocer aquellos objetos a los que prestamos atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad.<sup>3</sup>*

La percepción se encarga de la integración, del reconocimiento y de la interpretación de sensaciones que pueden venir de diferentes estímulos, y en dependencia del lugar del que provengan dichas sensaciones se clasifican en:

- Exterocepción: sensaciones que provienen del ambiente externo.
- Interocepción: sensaciones que provienen del ambiente interno.
- Propiocepción: sensaciones del propio cuerpo.

Atendiendo a los órganos de los sentidos existe una percepción para cada uno de ellos: percepción visual, auditiva, olfativa, táctil y gustativa.

Usualmente utilizamos varias modalidades a la vez para integrar y percibir la realidad, y depende también de la experiencia acumulada. Si se nutre de las sensaciones que nos llegan a través de los órganos de los sentidos, los

---

<sup>2</sup> 4. León González, M. Salud mental y comunidad. Monografía. Ciudad de La Habana; 1997.p.11-3.

<sup>3</sup> Colectivo de Autores. El baúl de los recuerdos. Manual de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en ambiente familiar. Editora AFAL. 2003.p.12-5

cambios que se producen en la tercera edad van a producir déficit en la percepción

Los déficits que se presentan en esta etapa del ciclo vital en la atención y en la percepción, relacionadas con la edad, afectarán la ejecución de las personas mayores en 2 niveles:

- 1- El tiempo requerido para procesar un estímulo.
- 2- El grado de vigilancia (atención mantenida) que es capaz de mantener una persona cuando tiene que realizar una tarea.<sup>2,3</sup>

#### **2.2.1.5. Mundo afectivo-emocional: pérdidas y ganancias**

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neoformaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una concepción del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

Con respecto a la soledad, que según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo, se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios

recursos psicológicos que posea. Entonces no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor.

Estas aristas de interés que muestran respecto al tema de la muerte y el sentimiento de soledad, reflejan dos de las principales preocupaciones que más aquejan al anciano en su cotidiano de vida, a las cuales se unen otras como los conflictos intergeneracionales, la jubilación, los problemas de salud y el empleo del tiempo libre.

#### **2.2.1.6. Nuevos roles del adulto mayor**

La jubilación también constituye un tema preocupante en este período etéreo, ya que muchas mujeres y hombres llegan a la edad establecida para la jubilación sintiéndose aún a plenitud para seguir desarrollándose dentro del ámbito laboral. Frecuentemente se encuentran personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se aprecian bien a sí mismos, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. Este sentimiento en la mayoría de las ocasiones le trasfiere al anciano una gran frustración que muchas veces suele acompañarlo en su diario vivir, entorpeciendo su eficiente desenvolvimiento posterior a la jubilación.

Algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre. En la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

#### **2.2.1.7. Síndrome del nido vacío**

Desde los años setenta se viene hablando del llamado "Síndrome del nido vacío", y se expresa así como una metáfora de los sentimientos que tiene la pareja cuando los/as hijos/as dejan el hogar para emprender una propia y nueva vida.

El "Síndrome del Nido Vacío" se refiere a sentimientos de la tristeza y / o dolor experimentado por los padres y madres y cuidadores/as de los niños cuando alcanzan la mayoría de edad y dejan sus hogares de la infancia . Los hombres pueden experimentar sentimientos similares de pérdida en relación con la partida de sus hijos. Una nueva etapa se abre en la familia que, a veces, saca a la luz distintos problemas y enfoques de la vida. Por un lado, los/as padres/madres: se quedan solos tras una dedicación a la crianza y educación de los hijos. Unos tienen sentimientos de pérdida y sentimientos depresivos, pero otros, tienen un sentimiento de mayor libertad y de una responsabilidad más relajada.

#### **2.2.1.8. La viudez**

Quedarse viuda o viudo después de muchos años de casados suele ser devastador, en una etapa donde las experiencias de pérdidas superan ampliamente al resto de las manifestaciones de esta vida.

Las mujeres son las que cuentan con mejores recursos que los hombres para sobrellevar esta circunstancia. La atención de la casa, el cuidado de los nietos, su habilidad para las artes, las amistades, el cine, el teatro y otras expresiones culturales, pueden conectarla nuevamente a la realidad para intentar una nueva vida sola.

Los hombres, por el contrario, a una edad avanzada, ya jubilados, dependen demasiado de una mujer y muchas veces carecen de intereses que no sea un trabajo, por lo tanto la soledad suele sumirlos en una profunda depresión.

De todos modos, cuando el suceso es reciente, sea hombre o mujer, el primer sentimiento que experimenta es el de despersonalización y pérdida de identidad.

#### **2.2.1.9. Efectos del proceso de envejecimiento sobre la actividad sexual.**

Existen un grupo de factores que se añaden a los cambios propios de la edad y se interponen en el desarrollo normal de la vida sexual en el hombre y la mujer mayor de 50 años.

La falta de estímulos sexuales provocada por una vida sexual monótona, poco variada, puede llevar progresivamente a una pérdida de interés en la actividad sexual. Una menor intensidad de relaciones sociales; la pérdida de atractivos corporales de la pareja y la creencia de que es incorrecto tener fantasías sexuales en esta época, se unen para disminuir la búsqueda del acto sexual.

Los agotamientos físicos y psíquicos propios de la etapa disminuyen el interés por el contacto sexual y crea temores por el cansancio extra que pueda producir y sus consecuencias físicas (8). Master y Johnson (7) en estas edades recomiendan posiciones no agotadoras, como es el coito en decúbito lateral.

#### **2.2.1.10. La personalidad del adulto mayor**

El estudio de la personalidad del anciano se ha concentrado tradicionalmente, en la cuestión acerca de ¿cómo afecta el envejecimiento a la personalidad? o ¿cómo afecta la personalidad al envejecimiento? Para dar solución a estas preguntas se han propuesto diversas teorías y conceptos que revelan el comportamiento del individuo.

La literatura refiere algunas tipologías de personalidad para el anciano. Un ejemplo de ellas es la ofrecida por el Kansas City Study of Adult Life (1998) en los Estados Unidos que las agrupa en 4 tipos fundamentales de personalidad:

- Las “personalidades integradas” donde se encuentran los reorganizadores.

- Las “personalidades acorazadas-defensivas” donde se encuentran los de pautas resistentes.
- Las “personalidades pasivo-dependiente” donde se encuentran los buscadores de socorro y los apáticos.
- Y las “personalidades desintegradas”

*Esta tipología, basada en la estructura personológica, enmascara en alguna medida una visión involutiva de la ancianidad, por el sesgo negativo que le confiere a los comportamientos de cada uno de los tipos que propone, obviando lo nuevo que sin lugar a dudas ocurre durante esta edad <sup>4</sup>(Orosa, 2001).*

#### **2.2.1.11. De la inteligencia académica a la inteligencia emocional**

Todas las personas añoran una vida digna donde las expectativas se cumplan y para eso se trabaja y se esfuerza, pero ¿cómo saber qué conductas conducirán a este logro? Muchos investigadores se han preocupado por dar respuesta a esta interrogante. La inteligencia ha sido la explicación más utilizada, sin embargo no es tan sencillo definirla, de hecho, aún no se cuenta con un concepto acabado de lo que significa ser una persona inteligente.

El periodista Daniel Goleman ha tenido el acierto de lograr llamar la atención sobre la importancia del tema emocional mediante la publicación de su conocido libro “La Inteligencia Emocional” (1995). Mediante este best seller ha sacado el tema del estricto claustro académico y lo ha llevado a la comprensión de la gente de la calle. Hoy sabemos que la inteligencia es mucho más que una determinada función de la mente humana medida en términos de Coeficiente Intelectual (CI); *el ser humano, a la hora de actuar de alguna manera y de tomar determinadas decisiones, no lo hace tanto guiado por su inteligencia cognitiva, sino sobre todo a impulsos de sus emociones y sentimientos que deben ser*

---

<sup>4</sup> OROSA, F. Teresa (2001) La Tercera Edad y la Familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana. Ed. Félix Varela

*guiados, orientados, controlados y expresados mediante los dictados de una sana inteligencia emocional* <sup>5</sup>.

La teoría de la inteligencia emocional ha tratado de reformular los términos a través de los cuales se describe a la persona inteligente y el comportamiento que la caracteriza, enfocando la atención hacia aquellas cualidades que permite que una persona obtenga éxito en su vida. Su visión se dirige hacia las capacidades que justifican el éxito en las personas que se destacan. Goleman afirma que el inadecuado manejo de las emociones y sus consecuencias constituye una particularidad de la sociedad, que ha desembocado en una amplia disfuncionalidad psicológica por parte de todos.

**Autoconocimiento o conciencia de sí mismo:** Se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los sentimientos, emociones y necesidades propios en un momento determinado, así como el efecto que estos ejercen sobre los demás, lo cual constituye una guía en la toma de decisiones. Además permite reconocer las propias fortalezas y debilidades a partir de una autovaloración realista y de la autoconfianza.

**Autocontrol:** Es la capacidad de manejar las emociones, se refiere al control de los estados, impulsos y recursos internos. Ser capaces de asumir la responsabilidad de la actuación personal; ser flexibles a la hora de enfrentar los cambios y sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.

El objetivo del autodomínio es el equilibrio, no la supresión emocional. Mantener bajo control nuestras emociones perturbadoras es la clave para el bienestar emocional. El arte de serenarse o tranquilizarse es una habilidad fundamental para la vida.

---

<sup>5</sup> GOLEMAN, D. (1995) La Inteligencia Emocional. Javier Vergara Editor S.A.

**Automotivación:** Se refiere a la capacidad de movilizar la conducta para aprovechar oportunidades que permitan alcanzar las metas personales y superar contratiempos con perseverancia y optimismo. Es la capacidad emocional que facilita o guía el logro de los objetivos.

**Empatía:** Es la capacidad de reconocer y comprender lo que otra persona está sintiendo, sus necesidades y puntos de vista, para ponerse en el lugar del otro, así como para aprovechar y adaptarse a la diversidad existente entre las personas.

La empatía se construye sobre la conciencia de uno mismo; cuanto más abierto se es ante las propias emociones más hábil se deberá ser para interpretar los sentimientos del otro.

**Habilidades sociales:** se refiere a la capacidad para conducir o saber manejar emociones en las relaciones con los demás, influir sobre ellos, inspirarlos, dirigirlos y negociar. Es la capacidad emocional que permite inducir respuestas deseables en los demás, utilizar técnicas de persuasión eficaces, emitir mensajes claros y convincentes, inspirar y dirigir los cambios, negociar y resolver conflictos, ser capaz de colaborar con los demás en la consecución de una meta común y formar equipo.

Diversas investigaciones en diferentes ámbitos de la vida cotidiana constituyen pruebas fehacientes de la importancia y los beneficios de carácter personalógico, e incluso de carácter económico que reporta el entrenamiento de la inteligencia emocional en las personas.

#### **2.2.1.12. La inteligencia emocional en el adulto mayor**

Son todavía pocos los estudios sobre las características del desarrollo emocional en las personas mayores. En las investigaciones sobre los cambios

en la emoción y motivación de las personas con el paso de los años, se ha analizado la intensidad de la experiencia emocional con resultados contradictorios. Existen investigaciones que apoyan la idea de una menor activación del sistema nervioso aunque algunos estudios argumentan lo contrario debido a un decremento en la eficiencia de los mecanismos homeostáticos de restauración del equilibrio <sup>6</sup>(Fernández-Ballesteros, 1999). Por lo que se refiere a la capacidad de expresar las emociones, las personas mayores no diferirían de las más jóvenes.

Un recorrido por las distintas dimensiones de la inteligencia emocional sugiere un conjunto de capacidades emocionales que resultan pertinentes y necesarias para una ancianidad que le apueste a la felicidad.

#### **2.2.1.13. Reconocer el envejecimiento. Aceptar la vejez**

La vejez hay que aceptarla y disfrutarla como cualquier otra etapa del desarrollo humano. No se trata de negar la llegada de la ancianidad y pretender seguir funcionando con esquemas que resultaron útiles en etapas anteriores, ni tampoco de esperarla como una tragedia ante la cual no hay nada que hacer.

Resulta indispensable reconocer las vivencias emocionales, sobre todo las negativas que provoca la evidencia de la vejez. Las limitaciones físicas y a veces intelectuales deben ser reconocidas para poder ser compensadas o corregidas. La pérdida de ciertos atributos relacionados con la belleza corporal, por ejemplo, debe ser aceptada como inevitable. No se espera por supuesto, que se reciban las arrugas con alegría, ni que se celebre la disminución de la virilidad, lo cual en nuestra cultura es algo lamentable, pero se debe tener en cuenta que todas las etapas de la vida llevan consigo pérdidas y ganancias. Se exige entonces desarrollar la capacidad de reelaborar el concepto de belleza, reajustar el ritmo de la actividad, así como el abandono o reemplazo de ciertas actividades por otras que pueden ser igualmente placenteras y fuentes de emociones positivas.

---

<sup>6</sup> FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. D. (2009) ¿Qué es la Psicología de la vejez?. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva

Cuando se ha vivido mucho, existe la posibilidad de haber sufrido y vivido situaciones desagradables, que provocan fuertes sentimientos de ira, rabia y hasta desesperación. Identificar estas emociones, las situaciones en que aparecieron y las consecuencias que tuvieron en la conducta, resulta una habilidad emocional de gran utilidad para el adulto mayor.

#### **2.2.1.14. La deseada autorregulación**

*A veces lo que más se desea en la vida es poder controlar las emociones negativas como la tristeza, la ira, el miedo, etc. Sin embargo, es interesante plantearse si la adultez mayor se caracteriza por el desbordamiento afectivo, o por el contrario, por el adecuado equilibrio de las vivencias emocionales.<sup>7</sup>*

Una de las tareas centrales del anciano es cuidar de su salud y una condición para ello es el adecuado manejo de las situaciones conflictivas con las cuales suele tropezar. No se trata de “reprimir el sentimiento” o “dejar de sentir”, sino ser capaces de reorientar las emociones negativas de forma tal que logren expresarse con el menor daño posible.

#### **2.2.1.15. Mantener las riendas de la propia vida**

Desde una perspectiva cognitivo-motivacional, los investigadores consideran las metas y los proyectos personales como unidades mediadoras que proporcionan información no sólo de lo que la persona “es o tiene”, sino también de lo que “hace y espera lograr”<sup>8</sup> (Cstikszentmihalyi, 2005). De esta forma, todo lo que la persona desea alcanzar, y la actividad que realiza para lograrlo, se convierten en el punto de partida para la comprensión del bienestar subjetivo. Es por ello que la felicidad va a depender de la distancia que la persona sienta con

---

<sup>7</sup> FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. D. (2009) ¿Qué es la Psicología de la vejez?. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva

<sup>8</sup> CTSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (2005) Fluir. Una Psicología de la felicidad. 11ma Edición. Barcelona, España. Ed. Kairós

respecto a sus metas, de donde se desprende que el logro de las metas se vincula a distintos grados de satisfacción.

El optimismo es una capacidad emocional de importancia crucial en esta edad. Teniendo en cuenta las dificultades o limitaciones reales de la ancianidad, una actitud optimista favorece una valoración de los obstáculos como modificables, lo cual moviliza la búsqueda de situaciones más ventajosas. A su vez, permitiría ver la adultez mayor como una posibilidad para realizar proyectos que antes no fueron posibles por falta de tiempo, oportunidades, u otras causas. Si el anciano percibe su edad como una oportunidad de vida, si interpreta la vejez no como proximidad a la muerte sino como testimonio de haber vivido, encontrará la manera de enriquecer el contenido de su vida en lo que le queda por vivir. El optimismo le llevará a no atormentarse por cuánto tiempo le falta de vida y le permitirá participar activamente en la construcción del cómo aprender a vivirla.

#### **2.2.1.16. Necesidad y ventajas de la empatía**

“...es la empatía hacia las posibles víctimas, el hecho de compartir la angustia de quienes sufren, de quienes están en peligro o de quienes se hallan desvalidos, lo que impulsa a ayudarlas”, así refiere Martín Hoffman, uno de los principales investigadores de la empatía donde se asientan las raíces de la moral (Goleman, 1995).

La habilidad empática se erige sobre la base del autoconocimiento, es por ello que en la medida en que se comprende mejor los propios sentimientos, se comprenden mejor los ajenos; pero el reconocer los sentimientos de las demás personas no puede estar sujeto a que se hayan vivido, es decir, no es la convalidación con la experiencia personal lo que los hace válidos, sino el hecho de sintonizar con el sentimiento ajeno en función de una situación y una historia de vida.

El reto será por tanto, aprender a sintonizar emocionalmente con el otro y no enjuiciar su estado de ánimo, así como aprender a ser flexible ante la diversidad sin atrincherarse en las posiciones propias. Es por eso que la inteligencia emocional le brinda apoyo al anciano a través de la empatía como la capacidad emocional que le permite ser más sensible y sintonizar con el sentimiento ajeno, aceptarlo como legítimo y ver el contacto con los otros como una oportunidad para el aprendizaje y el intercambio.

#### **2.2.1.17. Las indispensables relaciones con los demás: un antídoto para la soledad**

Es cierto que convivir es a veces muy difícil, pero al ser inevitable, lo más inteligente sería tratar de que sea lo más agradable posible. Así como cualquier otra persona, el anciano también se ve expuesto a convivir en familia, relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y demás personas que va conociendo en el día a día. Es por esto que la persona de avanzada edad puede también funcionar como un experto de las relaciones interpersonales, siempre y cuando utilice esa condición de manera emocionalmente inteligente, es decir, desplegando la capacidad de lidiar efectivamente con los otros teniendo en cuenta sus sentimientos y controlando los propios.

*El manejo inteligente de las relaciones interpersonales garantizaría al senescente el desempeño exitoso de una serie de tareas pertinentes de la edad, como mantener su papel de guía familiar, ser consultor de los más jóvenes y servir de mediador en conflictos familiares alentando el desarrollo de una armonía familiar sobre la base de la comprensión mutua, entre otras.<sup>9</sup>*

Estas capacidades también resultan necesarias para el mejor desempeño del adulto mayor en el ámbito social, ya que resultan indispensables en situaciones que constituyen exigencias o demandas a satisfacer en la vejez, tales como la posibilidad de integrarse a nuevos grupos y el enfrentar cambios en la vida o avances tecnológicos.

---

<sup>9</sup> GOLEMAN, D. (1995) La Inteligencia Emocional. Javier Vergara Editor S.A

Si bien en la calidad de vida de la ancianidad confluyen múltiples factores, el plano psicológico tiene un peso relevante en tanto, marca el momento activo de la persona, donde la inteligencia emocional es una alternativa que promueve el logro y el afrontamiento de diversas problemáticas, además de que posibilita el adecuado manejo de las relaciones con el otro.

#### **2.2.1.18. Institución Versus Vejez**

No existe un profundo conocimiento del porque los ancianos continúan internados en estos establecimientos una vez que los problemas de salud que han causado la internación han sido resueltos. El análisis de los diagnósticos de ingreso revelan que la mayoría de estos ancianos han sido institucionalizados, por procesos degenerativos (afecciones mentales), metabólicas (diabetes con sus secuelas), alteraciones de la vista, oído, caídas y accidentes, que los conducen con frecuencia a la pluripatología, cronicidad e invalidez.

*Las frecuentes alteraciones funcionales a las que nos acabamos de referir, sumadas a trastornos y situaciones socio-familiares conflictivas agravan la enfermedad por su gran interrelación. Además, existe un elevado porcentaje de internaciones por “causas sociales” que están vinculadas con la problemática de los ancianos.<sup>10</sup>*

En este sentido las políticas de salud para este grupo etéreo deberían orientarse hacia la gerontología preventiva, la cual podría detectar precozmente las alteraciones funcionales en los ancianos, de índole física, mental o social, ya que detrás de ellas suelen existir una serie de procesos patológicos no diagnosticados ni tratados que pueden mejorar o curar en un elevado porcentaje de casos, si son abordados adecuadamente.

---

<sup>10</sup> MARTÍNEZ J A, Martínez V A, Esquivel C G y cols. Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med, Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28

Si esto no se tiene en cuenta, el pase a la cuarta edad se verá acompañado de situaciones de dependencia que hacen dificultosa su permanencia en el seno de la familia.

Se sabe por experiencia publicadas que para el manejo adecuado de un paciente geriátrico es imprescindible que el servicio hospitalario en el que se atiende cuente con una serie de niveles asistenciales (unidad de agudo, media y larga estancia, hospital de día, servicio de apoyo y de enfermería a domicilio), que mejoren sus asistencia, acorten su estancia hospitalaria, geriátrica, faciliten su rehabilitación y eviten su recaída y luego el ingreso al hospital.

Cada paciente debe estar en el nivel asistencial que corresponde y debería ser restituido a su hogar o geriátrico lo más pronto posible, contando siempre con el apoyo del equipo de salud si fuera necesario.

Se debe:

- ~ Lograr una asistencia continuada, la cual consistiría en la provisión de servicios diagnósticos, preventivos, terapéuticos y de soporte a pacientes de la tercera edad y con enfermedades crónicas, severas o incapacidades que pudieran provocar un deterioro funcional grave. Se deben cuantificar las necesidades de los ancianos a fin de proporcionarles con los recursos existentes una asistencia integral.
- ~ Movilizar todos los recursos posibles para mantener el mayor número posible de ancianos dentro de su familia o entorno con una digna calidad de vida.
- ~ Asistir a los ancianos crónicos e inválidos: Asistencia continuada (domicilio, unidad de larga estancia, residencia asistida).
- ~ Capacitar al equipo de salud a cargo de estos pacientes para el manejo adecuado de los mismos.

En este contexto se observa el crecimiento de la institucionalización de los ancianos, al mismo tiempo de una reducida cantidad de publicaciones en el

campo de las ciencias sociales destinadas al análisis de los procesos que intervienen en este fenómeno, complejo y multideterminado.

La proporción de internación geriátrica en la ciudad sobre la población mayor de 60 años es de un 2%, mientras que en el país este porcentaje se calcula en un 1,5%, considerándose bajo en comparación con otros países.

Conviene recordar algunos **componentes sociales**, que están contribuyendo en la actualidad a limitar el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno:

***El aislamiento y la soledad.*** Disminuye la capacidad de afrontamiento de situaciones y sus demandas no se exteriorizan. Permanecen invisibles para la sociedad.

***Escasas posibilidades educativas*** de muchos mayores, que hacen complejas actividades cotidianas en una sociedad cada vez más tecnológica.

***Estructura vertical de las viviendas en las ciudades*** y escasas adaptaciones en las mismas que dificultan el acceso dentro y fuera del hogar, disminuyendo las relaciones sociales.

***Barreras arquitectónicas.***

***Insuficiencia económica.*** Limita las posibilidades de afrontar con éxito las consecuencias del deterioro.

***Crisis del sistema familiar.*** La mayor parte de los cuidados, aún hoy en nuestro país, son asegurados por la familia, pero este fenómeno se está transformando, augurando que en poco tiempo, la oferta de cuidadores informales se verá reducida sustancialmente.

***Transformaciones laborales, familiares, y convivenciales.*** La movilidad geográfica en el trabajo, el acceso de la mujer al mercado laboral, la sustitución del modelo de familia tradicional por otros, son fenómenos nuevos, no conocidos por ninguna otra generación, que están revolucionando el sistema de cuidados que, hasta ahora, recaía fundamentalmente en la mujer.

Además, los grandes problemas de deterioro que plantean los mayores, no siempre tienen fácil abordaje por parte de la familia, precisando cuidados profesionales o formales.

### **2.2.2. La institucionalización**

*El momento del ingreso en una residencia suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del sujeto<sup>11</sup>. Esto trae consigo un complejo sistema de **adaptación** al nuevo entorno, tanto por parte del **mayor**, como de la **familia**, del **personal del centro** y del propio **ambiente**.*

Existen **variables internas fundamentales**, que harán al sujeto más o menos vulnerable frente a la adaptación a un ámbito residencial y, por tanto, frente a la integración o no integración al mismo:

- La voluntariedad y preparación previa del usuario.
- El estado de salud físico y psíquico.
- La acogida en la residencia. El trato individualizado al mayor.
- El tipo de centro: Tamaño, cultura organizativa. La oferta.
- La temporalidad del ingreso.
- La presencia e implicación de familiares. Las redes de apoyo.
- El estilo de vida dentro del centro.
- La capacitación de los componentes del equipo.

#### **2.2.2.1. Síndrome depresivo del adulto mayor**

Para entrar de lleno en el tema debemos primero definir el problema. En estricto rigor el diagnóstico de depresión en un adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida. Con la idea de presentar una definición operacional relativamente sencilla y fácilmente comunicable presentamos en la tabla adjunta los criterios para depresión de la Asociación

---

<sup>11</sup> Salud, familias y vínculos el mundo de los adultos mayores. Editorial Grijalvo. México.2004

Psiquiátrica Americana, contenidos en el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico, cuarta versión).

Episodio Depresivo Mayor. Adaptado de los criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor del DSM - IV

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.

Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante.

Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., abuso de drogas, medicación) ni a una condición médica general (ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no son mejor explicados por un duelo, aunque este puede complicarse por un cuadro depresivo.

#### **2.2.2.2. Características de la depresión en el adulto mayor**

Al analizar esta patología en adultos mayores, es necesario realizar una serie de consideraciones, que nos sitúan en un contexto distinto de lo que es el paciente depresivo en general. Primero, existen algunas variables psicosociales propias de esta edad, como el aislamiento y la declinación social, que están relacionadas con el enfrentamiento terapéutico y con algunas labores de prevención de este tipo de patología en el adulto mayor; además, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida, salvo excepciones.

En segundo lugar está el tema de los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada, ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes una multitud de patologías que limitan al paciente *a priori*, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepresivo.

Por último, es importante considerar que, más allá de estas estadísticas que muestran la prevalencia de depresión mayor o de distimia, de acuerdo a los criterios CIE-10 o DSM-IV, existe una multitud de cuadros que no cumplen con estos criterios, pero que también provocan bastante disfunción, por ejemplo, en las actividades de la comunidad, como la pseudodemencia depresiva, que tiene una serie de connotaciones.

### 2.2.2.3. Criterios DSM-IV

Aunque los criterios diagnósticos del DSM-IV de depresión son bastante exigentes, muchos pacientes los cumplen; sin embargo, lo que es válido para los adultos en general, no siempre se puede aplicar a los pacientes adultos mayores. El DSM-IV exige que exista por lo menos uno de los síntomas siguientes:

- **Ánimo deprimido o tristeza vital**, permanente.
- **Anhedonia**, o sea, una marcada disminución del placer o del interés por hacer cosas. En el anciano puede ser difícil de distinguir desesperanza de anhedonia, que es la incapacidad para disfrutar, porque son similares.

Además, deben estar presentes al menos cinco síntomas más, de los siguientes:

- **Cambios en el peso o apetito.**
- **Cambios en el patrón de sueño**, que también es difícil de evaluar en el anciano, dado que normalmente la necesidad de sueño cambia en esta etapa de la vida.
- **Agitación psicomotora o enlentecimiento.** Algunos grupos han enfatizado que los ancianos con depresión presentan con mayor frecuencia alteraciones psicomotoras, pero este dato no ha sido reproducido consistentemente, aunque existiría un subgrupo clínico, denominado como “depresión agitada”, que se caracteriza por tristeza, angustia y gran inquietud psicomotora, y que requiere atención especial;
- **Fatiga o pérdida de energía.**
- **Sentimientos de inutilidad o de culpa.** Algunos grupos han planteado que el adulto mayor tiende a vivirlo de otra manera, no como culpa o inutilidad, sino como un sin sentido, expresado como “no veo qué más puedo hacer”, o “ya terminé mi tarea”, por lo que sólo le queda esperar la muerte; sin embargo, en la evaluación que se hace en los adultos, en general, este síntoma no se evalúa con este criterio.

- **Disminución de la capacidad de concentración**, o pensar con marcada indecisión casi cada día, lo que, en los casos de pseudodemencia depresiva, puede llegar a constituir un cuadro de apariencia demencial. Nos ha tocado tratar pacientes que se presentan como un cuadro demencial y que con un tratamiento antidepresivo adecuado “mejoran”, lo cual hace una diferencia enorme en términos de pronóstico y de la noticia que se le entrega a la familia.
- **Pensamientos recurrentes de muerte** o franca ideación suicida, o intento de suicidio. En este grupo constituye un riesgo particularmente importante.

### **2.3 Fundamentación legal**

El fundamento legal de la presente investigación permite que la misma se encuentre amparada en la normativa tanto a nivel nacional e internacional, en la importancia de hacer prevalecer los derechos del adulto mayor a una atención privilegiada y atención oportuna de parte de la sociedad.

Desde el año 2007 hasta la presente, el Ecuador ha tenido un desarrollo importante en lo que se refiere a promulgación y revisión de leyes y normas que reconocen los derechos de los adultos mayores; todos estos cambios han sido cobijados por la Constitución Política del Ecuador expedida en el año 2008, y el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013. En cumplimiento de los compromisos de Brasilia, los principales temas considerados por la legislación nacional son la erradicación de la discriminación en la vejez, y el aumento de coberturas de los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos.

Con respecto al ámbito programático, en el Ecuador se ejecutan programas de erradicación de la discriminación a los adultos mayores, acceso a servicios de salud y jubilación. Sobre este último, el programa de jubilación no contributiva se orienta a atender a la población adulta mayor que no está cubierta por

ningún tipo de seguridad social llegando a ser más del 75% de la población adulta mayor total del país, y el programa de jubilación contributiva que tiene una cobertura del 25% de la población mencionada.

A continuación se presenta un resumen general del ámbito legislativo ecuatoriano relacionado con la población Adulta Mayor, en su contenido:

### **Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades. La presente Constitución a diferencia de la de 1998, **reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria**; mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos.

### **CODIFICACION DE LA LEY DEL ANCIANO**

#### **INTRODUCCION**

La Comisión de Legislación y Codificación de H. Congreso Nacional de conformidad con lo dispuesto Art. 160 de la Constitución Política de la República, realiza la presente

Codificación de la Ley del Anciano, observando las disposiciones de la Constitución Política de la República; leyes reformativas y derogatorias expresa; la Ley de Registro Civil, Identificación y Cedulación; el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva; y, el Decreto Ejecutivo N° 386, publicado en el

Registro Oficial N° 83 del 23 de mayo del 2000.

Ley del Anciano

H. CONGRESO NACIONAL

LA COMISIÓN DE LEGISLACION Y

CODIFICACION

Resuelve

EXPEDIR LA SIGUIENTE CODIFICACION DE LA LAY

DEL ANCIANO

CAPÍTULO I

Disposiciones Fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarias de esta ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras, que se encuentren legalmente establecidas en el país. 3

Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares.

## **2.4.- Hipótesis**

La institucionalización desarrolla secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años.

## **2.5.- Variables**

### **2.5.1. Variables Independientes**

- Institucionalización

### **2.5.2. Variable dependiente**

- Secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años de edad.

• **Variable Independiente:** Institucionalización

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICO	INSTRUMENTOS	FUENTE
Proceso de adaptación al ingreso de una residencia especializada de atención que conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del sujeto.	Proceso de adaptación	Ingreso. Atención recibida	¿Qué tipo de estrategias aplica la institución para minimizar los efectos de la institucionalización ?	Encuesta	Personal de atención
	Problemas de adaptación	Estrategias aplicadas Estados depresivos Motivaciones personales	¿Se realizan actividades que permitan sobrellevar la institucionalización ?	Entrevista	<b>Autoridad</b>

**Variable Dependiente:** Secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años de edad

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICO	INSTRUMENTOS	FUENTE
Aspectos de tipo psicoafectivo y emocionales que se producen luego de la internación del adulto mayor en la institución de acogida	Estados emocionales afectados	Depresión del adulto mayor.	¿Qué niveles de depresión existen en los adultos mayores?	Encuesta	Personal
		Sentimientos de soledad	¿La institución se preocupa de los efectos de la institucionalización en el adulto mayor?	Test emocional	Adulto mayor
				Entrevista	Autoridad

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Esta Tesis corresponde al nivel de investigación descriptivo ya que busca describir en el momento presente diversos indicadores sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”, 2012. Parte también del nivel exploratorio porque nos va a permitir conocer causas y efectos de la problemática existente en nuestro medio al realizar un análisis basado en observaciones directas aplicadas en la investigación de campo, donde se descubrirá la relación existente entre institucionalización de los adultos mayores y sus secuelas emocionales.

### **3.2. Modalidades Básicas de la investigación**

Las modalidades de este trabajo de titulación son:

- a) Documental: se basa en el estudio que se realiza a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas o documentales (literatura sobre el tema de investigación). En esta modalidad predomina el análisis, la interpretación, las opiniones, las conclusiones y recomendaciones de los autores;
- b) De campo: se basa en el estudio de los acontecimientos en el mismo lugar donde ocurren los hechos, el problema y la fenomenología en consideración para establecer las relaciones entre la causa y el efecto del caso o fenómeno estudiado;
- c) Bibliográfica: para dar un mejor fundamento científico al presente proyecto se requerirá realizar investigaciones en fuentes confiables

afines a las variables involucradas en el tema que permitirán descubrir nuevos objetos y fenómenos de la realidad.

### **3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS**

#### **3.3.1. MÉTODOS**

En el presente trabajo se tomó como fundamento básico los métodos generales, análisis y síntesis, el método inductivo, deductivo, además el estadístico y bibliográfico.

Método inductivo y deductivo.- Se utilizó en todo el proceso ya que se partirá de teorías generales y se las aplicará al caso concreto en estudio particularizando el fenómeno en base a estas teorías y así llegar a conclusiones finales.

Método analítico.- Lo utilizamos en el análisis de la información. Se aplicará el método analítico científico que permite analizar e interpretar y sintetizar la información.

Método sintético.- Sirvió de apoyo al momento de interpretar la información. Además utilizamos el método bibliográfico que nos orientará en la información requerida para el marco teórico del tema.

También utilizamos el método estadístico en el procesamiento de los datos, en la tabulación, representación gráfica y en la interpretación estadística de los datos.

#### **3.3.2. TÉCNICAS**

La recopilación de datos que se realizó será por medio de encuestas a los adultos mayores, profesionales que atienden a los adultos mayores, entrevistas

a los directivos de la institución, así como la aplicación de un test a los adultos mayores.

### **3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1.- POBLACIÓN.**

La población del presente trabajo estuvo constituida por las autoridades institucionales, profesionales de atención, otras personas que atienden a los adultos mayores, pasantes y los propios adultos mayores de 65-80 años.

<b>Actores</b>	<b>Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno"</b>	<b>Total</b>
Adultos mayores de 65 a 80 años	60	60
Personal de atención	3	3
Otras personas de atención	6	6
Pasantes	1	1
Autoridades	2	2
Total		72

#### **3.4.2.- MUESTRA.**

Se utilizara toda la población a fin de que los resultados sean más confiables, tal como a continuación se detalla:

Considerando que la población se exterioriza pequeña se eligió a manera de ejemplar la integridad de la misma, como se logra apreciar en el cuadro anterior.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La presente tesis utilizó las siguientes técnicas e instrumentos de investigación:

1. Encuestas dirigidas a profesionales y otras personas que atienden a los adultos mayores y los propios usuarios de la institución.
2. Entrevistas.- dirigidas a la Autoridad
3. El test emocional dirigido a los adultos mayores de la institución

### **3.6 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Se la efectuó mediante los siguientes aspectos:

1. Codificación de la Información
2. Tabulación de la Información
3. Recuentos de la Información
4. Clasificación de la Información
5. Ordenamiento de la Información
6. Tablas y cuadros estadísticos con sus respectivos análisis.

# **CAPITULO IV**

## **INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

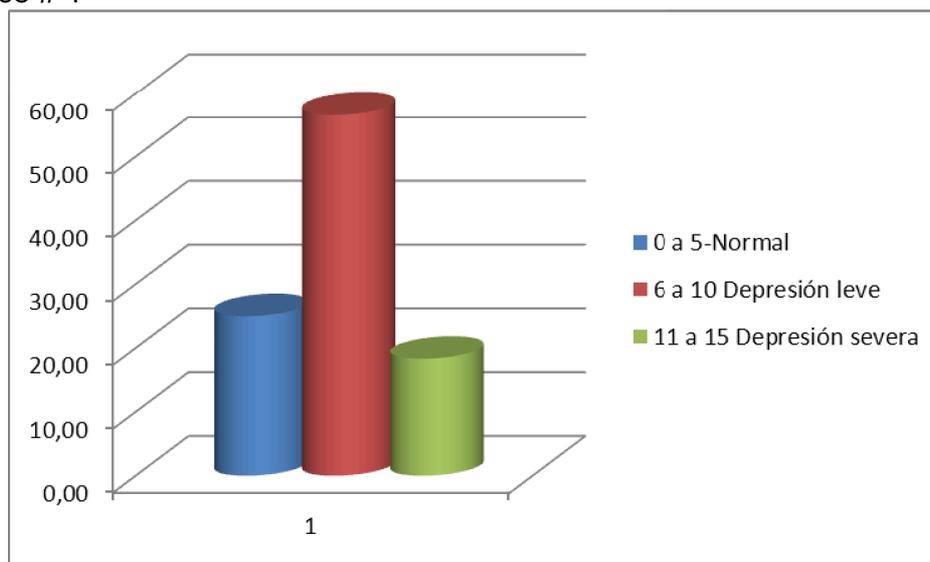
#### 4.1 RESULTADOS DEL TEST EMOCIONAL APLICADO A LOS USUARIOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO

Total de usuarios: 60

Cuadro # 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5-Normal	15	25,00
6 a 10 Depresión leve	34	56,67
11 a 15 Depresión severa	11	18,33
Total	60	100,00

Gráfico # 1



Fuente: Usuarios del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con los resultados de test emocional aplicado a los usuarios del Centro Gerontológico se puede apreciar que un 56% de ellos manifiestan depresión leve, mientras que el 25% de ellos se encuentran en rangos normales y un 18% manifiestan una depresión severa lo cual debe ser tomado en cuenta para su análisis y tratamiento.

## 4.2 ENCUESTA REALIZADA A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO "GUILLERMINA LOOR DE MORENO

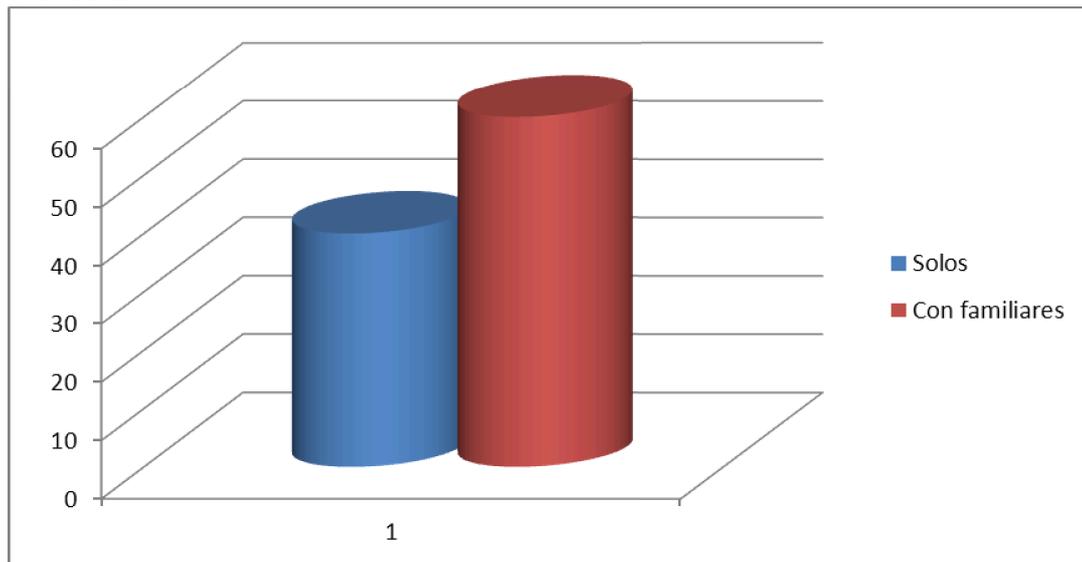
Pregunta # 1

¿Cómo llegan los ancianos al Centro Geriátrico?

Cuadro # 2

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Solos	4	40
Con familiares	6	60
Total	10	100

Gráfico # 2



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Más de la mitad de los profesionales encuestados, entre quienes están las personas que cuidan a los mismos, el 60% de ellos responden que la mayoría de los usuarios llegan por medio de familiares, mientras que el 40% de ellos responden que llegan solos.

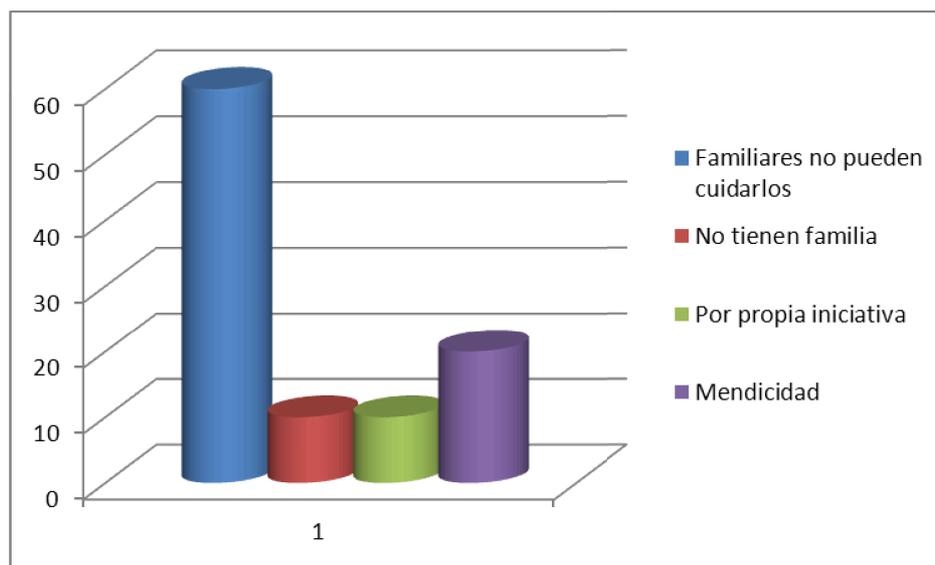
## Pregunta # 2

.-¿Qué razones aducen para estar en el geriátrico?

Cuadro # 3

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Familiares no pueden cuidarlos	6	60
No tienen familia	1	10
Por propia iniciativa	1	10
Mendicidad	2	20
Total	10	100

Gráfico # 3



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 60% de los encuestados responden que los usuarios llegan al centro por cuanto sus familiares no pueden cuidarlos, mientras que el 20% de ellos llegan debido a que han caído en la mendicidad, el 10% por que No cuentan con familiares y el restante 10% por propia iniciativa.

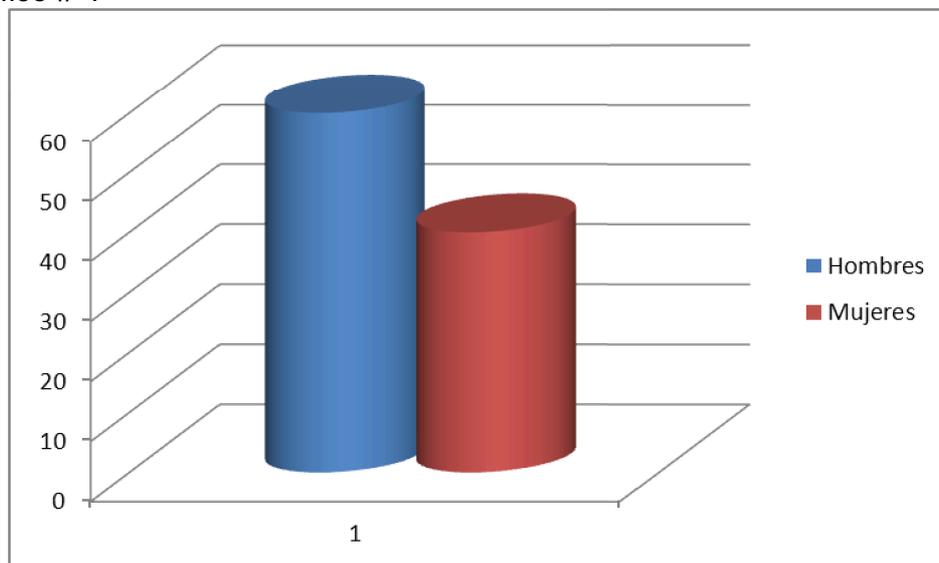
### Pregunta # 3

¿De qué sexo es la prevalencia de los adultos mayores en el centro geriátrico?

Cuadro # 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	6	60
Mujeres	4	40
Total	10	100

Gráfico # 4



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En cuanto al sexo de los usuarios del Centro Gerontológico, los profesionales en un 60% responden que son varones, mientras que el 40% de ellos son mujeres

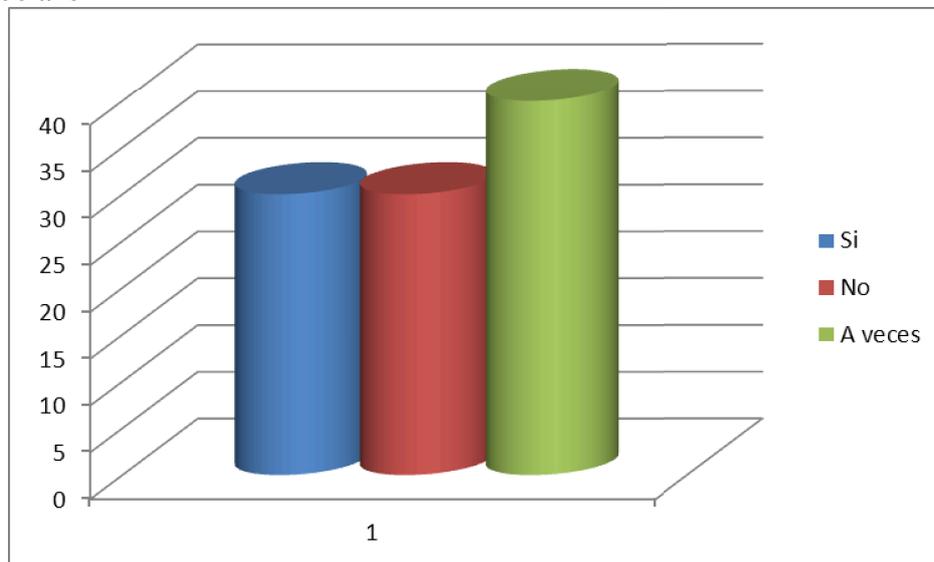
#### Pregunta # 4

¿Considera ud que la atención brindada en el centro les permite sobrellevar la institucionalización?

Cuadro # 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	30
No	3	30
A veces	4	40
Total	10	100

Gráfico # 5



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En cuanto a si la atención que se les brinda en el Centro les ayuda a los usuarios a sobrellevar la institucionalización, el 40% de los profesionales responden que A veces esto les ayuda por que se hacen los esfuerzos a pesar de las limitaciones, el 30% responde que Si les ayuda y el restante 30% manifiestan que No..

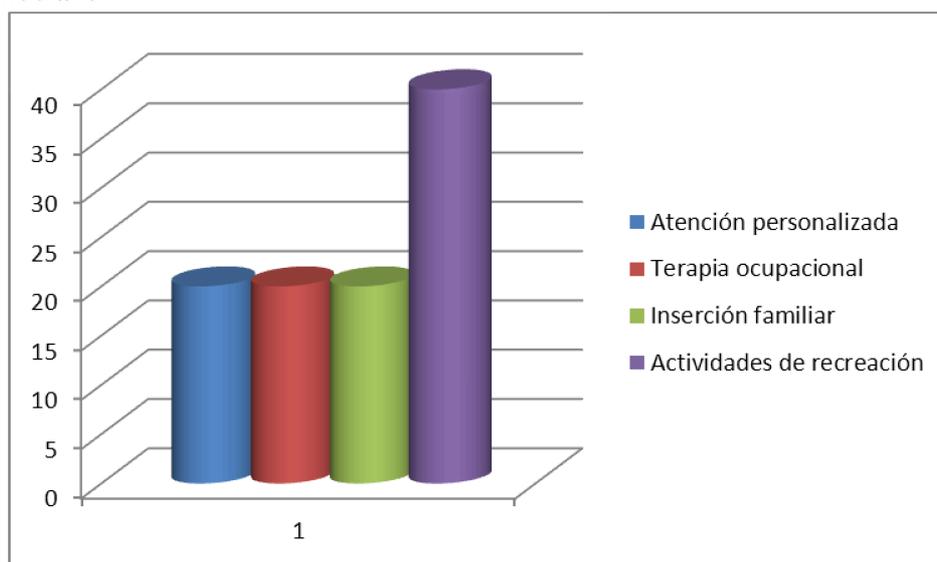
### Pregunta # 5

¿Qué estrategias utilizan para minimizar los efectos de la institucionalización en los adultos mayores?

Cuadro # 6

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Atención personalizada	2	20
Terapia ocupacional	2	20
Inserción familiar	2	20
Actividades de recreación	4	40
Total	10	100

Gráfico # 6



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las estrategias aplicadas por el personal del Centro, de acuerdo a sus respuestas, el 40% manifiestan que aplican las actividades de recreación, mientras que el 20% responden que procuran la inserción familiar, el 20% la terapia ocupacional y el restante 20% la atención personalizada.

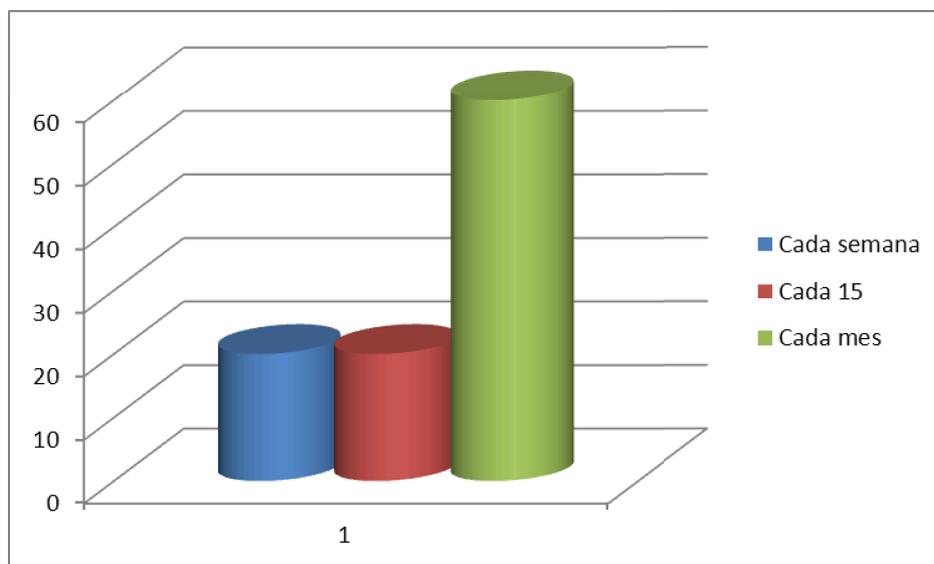
Pregunta # 6

¿Con qué frecuencia reciben la visita de los familiares los adultos mayores?

Cuadro # 7

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cada semana	2	20
Cada 15	2	20
Cada mes	6	60
Total	10	100

Gráfico # 7



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los profesionales a los cuales se les aplicó la encuesta responden que los usuarios reciben las visitas de algún familiar cada mes, el 60%, el 20% cada 15 días y el restante 20% cada semana.

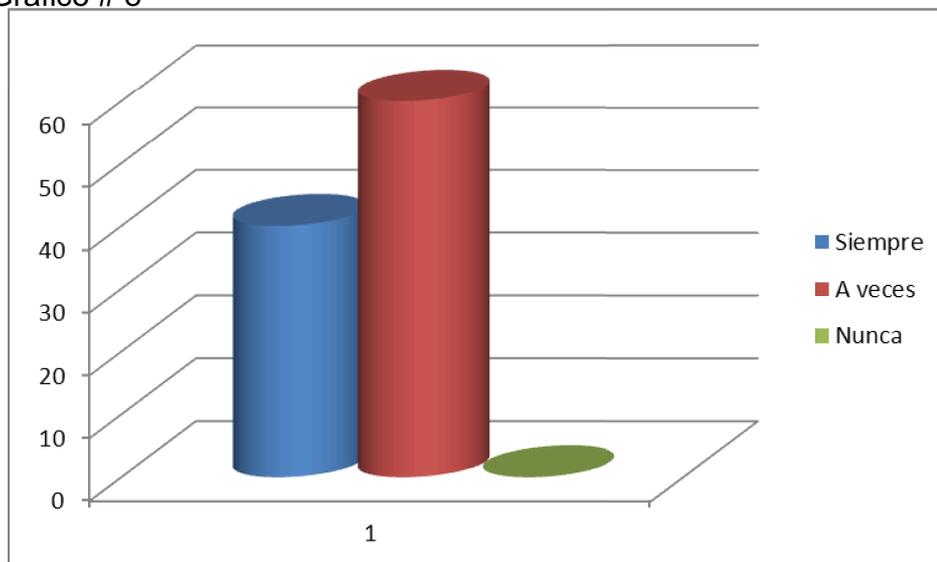
### Pregunta # 7

¿Considera usted que el núcleo familiar incide en la minimización de los efectos de la institucionalización del adulto mayor?

Cuadro # 8

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	40
A veces	6	60
Nunca	0	0
Total	10	100

Gráfico # 8



Fuente: profesionales del Centro Guillermina Loor

Elaborado por: Autoras de tesis

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El 60% de los profesionales a los cuales se les aplicó la encuesta responden que A veces el núcleo familiar incide para minimizar los efectos de la institucionalización debido a muchos de ellos no cuentan con familias, mientras que el 40% de ellos responden que Siempre.



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ**  
**FACULTAD TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**  
**TEST EMOCIONAL**

**Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.**

**Egresadas:** Bello Cevallos Lissette Alexandra y Macías Zambrano, Roxana Elizabeth.

**Lugar y Fecha:**.....

**Objetivo:** Recopilar información sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno"

**Por favor, no ubicar nombres ni firmar en la presente encuesta.**

**INSTRUCCIONES:**

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? si NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? SI no
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? SI no
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? si NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? SI no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? SI no
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? SI no
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? SI no
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? si NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? SI no
13. ¿Se siente lleno de energía? si NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? SI no
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? SI no

**SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS**

O SEA:SI = 1; si = 0; NO= 1; no = 0 TOTAL : \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN EMOCIONAL**

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento.

Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las

personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica.

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

### **POBLACIÓN OBJETIVO**

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ  
FACULTAD TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A AUTORIDADES DEL CENTRO GERIATRICO  
GUILLERMINA LOOR MORENO**

**Egresadas:** Bello Cevallos Lissette Alexandra y Macías Zambrano, Roxana Elizabeth.

**Lugar y Fecha:**.....

**Objetivo:** Recopilar información sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno"

**INSTRUCCIONES:**

Coloque una X en el recuadro de acuerdo a su criterio. Gracias.

1.- ¿Cómo llegan los ancianos al Centro Geriátrico?

La mayoría de los usuarios de este centro llegan por medio de sus familiares, aunque existen algunos que son abandonados y muy pocos llegan por propia decisión

2.-¿Qué razones aducen para estar en el geriátrico?

Cuando se transforman en una gran responsabilidad para sus familiares, estos delegan la atención a este centro, es decir son una carga familiar.

3.- ¿De qué sexo es la prevalencia de los adultos mayores en el centro geriátrico?

La mayor parte de ellos son varones.

4.- ¿Considera Ud. que la atención brindada en el centro les permite sobrellevar la institucionalización?

Existen muchas debilidades en el centro, en especial de personal para tender este aspecto, por ello la institución hace lo que humanamente puede

5.- ¿Qué estrategias utilizan para minimizar los efectos de la institucionalización en los adultos mayores?

La recreación.

6.- ¿Con qué frecuencia reciben la visita de los familiares los adultos mayores?

Las visitas son muy espaciadas, cada quince días, cada mes.

7.- ¿Considera usted que el núcleo familiar incide en la minimización de los efectos de la institucionalización del adulto mayor?

Claro que si pues los adultos mayores necesitan de mucho afecto y comprensión.

### **4.3.- Comprobación de hipótesis y logro de objetivos**

#### **4.3.1.- Comprobación de hipótesis**

Luego de los resultados obtenidos, y de realizar el análisis e interpretación de los resultados, se puede llegar a la comprobación de la hipótesis planteada que manifiesta: **La institucionalización determina secuelas emocionales en el adulto mayor de 65-80 años..** La misma que se da por aceptada de acuerdo a lo siguiente:

Los resultados del test emocional aplicados a los usuarios del Centro Gerontológico, luego de aplicado y con los resultados del Baremo respectivo, se puede constatar que un porcentaje del 56% se encuentran en nivel leve de depresión y un 11% que manifiestan depresión severa producto de la institucionalización, además estos resultados se encuentran reforzados con la encuesta realizada a los profesionales y quienes atienden a los adultos mayores que los factores que influyen es la desatención familiar (preg. 5,6,7) además de la entrevista a la autoridad de la institución.

#### **4.3.2. Logro de objetivos**

Luego de los resultados obtenidos se puede constatar el logro de los objetivos de acuerdo a la siguiente fundamentación:

##### **Objetivo General**

*Determinar las secuelas emocionales que produce la institucionalización de los adultos mayores de 65-80 años de edad.*

El objetivo general se logra alcanzar con los resultados obtenidos en el test emocional aplicado, demostrando que los estados depresivos es lo que más se puede apreciar con un porcentaje del 18% en depresión severa y un 56% en depresión leve.

## **Objetivos Específicos**

Indagar las secuelas emocionales que causa la institucionalización

El primer objetivo específico se alcanza con el test emocional aplicado demostrando que una de las secuelas emocionales son los estados depresivos con un porcentaje del 18% en depresión severa y un 56% en depresión leve.

Verificar las consecuencias de las secuelas emocionales por institucionalización

El segundo objetivo específico se alcanza con el test emocional aplicado con un porcentaje del 18% en depresión severa y un 56% en depresión leve demostrando que los estados depresivos son las consecuencias directas.

Constatar las estrategias que aplica la institución para minimizar los efectos de la institucionalización

El tercer objetivo específico se alcanza con la pregunta # 5 aplicada a los profesionales que atienden a los adultos mayores en donde se comprueba que las actividades recreativas es la estrategia que utilizan en forma regular en un 40%.

**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **5.1 Conclusiones**

Luego del análisis respectivo de los resultados a los cuales se ha llegado, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- La secuela emocional en los adultos mayores por institucionalización que más se puede apreciar son los estados depresivos.
- Las secuelas emocionales se verifican a través del test emocional aplicado a los usuarios del Centro Gerontológico.
- El Centro Geriátrico aplica regularmente estrategias como las actividades recreativas, terapias ocupacionales, atención personalizada y la reinserción familiar
- Existe una deficiencia de personal para atender a los adultos mayores así como de presupuesto para su atención.

## **5.2. Recomendaciones**

Con las conclusiones a las que se ha llegado se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- Es necesario que el personal y las autoridades así como los familiares del adulto mayor tengan en cuenta las secuelas emocionales de los adultos mayores para poder atender sus requerimientos de afecto y atención.
- El centro debe propender a revisar estrategias de atención al adulto mayor con el fin de minimizar los efectos de la institucionalización, estrategias tales como reinserción familiar, socialización con otros adultos mayores, campañas de concienciación ciudadana.
- Se recomienda a las autoridades del MIES con el fin de que se provean los recursos necesarios para atender al adulto mayor, así como a las autoridades universitarias para que a través de pasantes puedan cubrir el déficit de personal.
- Es necesario implementar un programa de atención personalizada y grupal a los adultos mayores para minimizar los efectos emocionales de los adultos mayores, producto de la institucionalización .

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 TÍTULO:**

Programa de atención personalizada y actividades de recreación del adulto mayor para minimizar los efectos de la institucionalización.

## 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La aplicación de un plan de Intervención físico- recreativo en el Centro Geriátrico “Guillermina Llor Moreno” lleva, en primer lugar, a tomar en cuenta indicadores y problemas político-sociales presentes en la sociedad, que sustenten sus propuestas y, viceversa. El propósito es tener como objeto la actividad física y la recreación, y como sujeto a la comunidad. Siendo la clave, la articulación con la participación comunitaria, la gestión de políticas en el ámbito local en la construcción de espacios de recreación y el desarrollo de sus modalidades, en los diferentes espacios de la comunidad; para contribuir a mejorar indicadores de la salud de todos los usuarios del centro, es el núcleo polémica que se debe resolver con la proposición, a la vez, que constituye una evaluación.

Cuando se habla de recreación esa palabra es escuchada en cualquier parte por la amplia variedad de su contenido que permite que cada quien la identifique de diferentes formas sobre la base de la multiplicidad de formas e intereses en el mundo moderno puede constituir formas de recreación. Es por eso que muchas veces encontramos que lo que para unos es recreación para otros no lo es, por ejemplo el cuidado de jardines para algunos resulta una actividad recreativa y para otros constituye su trabajo.

El destacado sociólogo francés Joffre Duménil dedicado al estudio del tiempo libre la recreación es el conjunto de ocupaciones a las que el hombre puede entregarse a su antojo, para descansar, divertirse o desarrollar su formación desinteresada tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, es una definición descriptiva aunque popularmente conocido como la de las tres “D” el descanso, diversión y desarrollo.

## **6.3 OBJETIVOS**

### **6.3.1 Objetivo General**

Implementar un Programa de atención personalizada y actividades de recreación del adulto mayor para minimizar los efectos de la institucionalización.

### **6.3.2 Objetivos Específicos**

- Verificar el número de personas que manifiestan signos y síntomas de depresión.
- Programar actividades físico-recreativas.
- Brindar estrategias terapéuticas a los pacientes con secuelas emocionales
- Evaluar en el proceso los objetivos planteados.

## **6.4.-JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta radica su importancia en la necesidad de implementar actividades físico recreativas a los adultos mayores para minimizar los efectos de la institucionalización.

Teniendo en cuenta la importancia del plan de intervención, se debe reflejar las características morfofuncionales del adulto mayor así como las diferentes barreras psicológicas y la utilización de un lenguaje comunicativo correcto para ese grupo etéreo.

La conceptualización y definición de principios son recursos indispensables para interpretar y asumir conscientemente cualquier herramienta metodológica. Por eso, a partir de las premisas planteadas en la misión y la visión del Programa de recreación física, se aborda resumidamente y de modo sistémico este campo del conocimiento, con el fin de actualizar y enriquecer la formación de base de los especialistas.

La atención psicológica al anciano surge tardíamente en la ciencia Psicológica, siendo tanto en la Gerontología como en la Geriátrica, objeto de interés actual por innumerables autores.

En general el problema de la vejez tiene en cada sociedad sus características peculiares y es la adecuada comprensión de las situaciones sociales, psicológicas y biológicas de cada una de ellas, la que puede permitirnos ahondar en esta etapa de la vida del hombre.

Cada sociedad aporta elementos fundamentales y múltiples enfoques sobre la atención psicológica del anciano por ser lo psíquico, resultado de lo biológico y lo social será siempre como un espejo en el que se reflejan ambos aspectos del hombre. Por una parte lo biológico, mantiene sin dudas, por el medio natural en el que se ha desarrollado el hombre y por la otra, lo social, con instituciones legales y tradiciones que rigen flexible o estrictamente la conducta humana.

El anciano sano y el paciente anciano, pueden abordarse separadamente pero no por ello dejarán de estar íntimamente relacionados ya que por las numerosas circunstancias por las que atraviesa el hombre y que moderan su vida en general crean una línea divisoria tenue en muchos casos.

Senectud, como también se la llama a la ancianidad, tendremos que convenir es la que se le debe aplicar a todo ser que ha cumplido 60 años. Pero el problema de la ancianidad no reside en una definición, por lo demás, difícil de precisar, pues no es sólo la edad lo que puede definir la ancianidad. Todos sabemos que hay ancianos psíquicamente y físicamente hablando, antes de los 60 y en contraposición con 60 y más que concretamente se encuentran en perfecto estado que no debían incluirse en este grupo.

En el programa de atención integral al adulto mayor, utiliza sólo el criterio de la edad y se consideran como ancianos a todos los comprendidos en los grupos etáreos a partir de 60-65 años. Personas adultas mayores se refieren a las personas mayores de 60 años, quienes representan un grupo heterogéneo de diversas edades, antecedentes, necesidades y capacidades.

## 6.5. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Pérez Sánchez, Aldo y colectivo de autores plantearon los siguientes conceptos con los cuales se afilia el autor.

**Recreación:** proceso de renovación consciente de las capacidades físicas, intelectuales y Volitivas del individuo, mediante acciones participativas ejercidas con plena libertad de elección, y que en consecuencia contribuyen al desarrollo humano. No se impone o administra la recreación de las personas, pues son ellas quienes han de decidir cómo desean recrearse. Nuestra labor es facilitar y promover las ofertas recreativas a fin de que constituyan opciones para la libre elección de quienes se recrean.

**Recreación física:** campo de la recreación como también lo son la recreación artístico, literaria, y la recreación turística (donde se combinan acciones de las demás) que transita por la práctica de actividades lúdico-recreativas, de deportes recreativos y del espectáculo deportivo, como uno de los componentes de la cultura física (junto a la Educación física escolar y de adultos, y el deporte), para la ocupación placentera, sana y provechosa del tiempo libre.

**Deportes recreativos:** disciplinas deportivas, autóctonas o foráneas, que no forman parte del programa olímpico, pero que responden a gustos y preferencias de las personas para la ocupación del tiempo libre, generalmente organizándose en clubes, asociaciones o federaciones. Muchas disciplinas actualmente en el calendario olímpico comenzaron como deportes recreativos,



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerza (tren superior y tren inferior)</li> <li>• Movilidad Articular</li> <li>• Gimnasia suave</li> <li>• Tay Chi, Yoga</li> </ul>		
<b>2. Psicomotricidad:</b> -Ejercicios de percepción -Ejercicios y juegos de esquema corporal - Ejercicios de literalidad	moderada	3 veces/semana
<b>3. Actividades aeróbicas (bajo impacto)</b> Aeróbic	moderada	2 veces/semana
<b>4 Ejercicios Utilitarios</b>	moderada	Diario
<b>5.Educación de Ritmos, danzas:</b> Bailes y / o danzas tradicionales	moderada	2 veces/semana
<b>6.Juegos y actividades lúdicas:</b> Juegos tradicionales Juegos lúdicos	moderado	diario
<b>7 Actividades recreativas:</b> Campismos Cumpleaños colectivos Visitas a centros históricos Fiestas conmemorativas, encuentros intercambios	moderada	Cada 3 meses Cada mes Cada 3 meses Cada mes En cada fecha
<b>8. Actividades Acuáticas:</b> Natación Juegos recreativos en la piscina	moderada	1 vez/semana 1 vez/semana
<b>9. Actividades de relajación:</b> Ejercicios de estiramiento		Diario

Ejercicios respiratorios Juegos de relajación	moderado	(en cada sesión)
<b>10.Actividades Complementarias</b> Charlas médicas y sociales, Seminarios, conferencias, actividades de capacitación	moderada	1 vez por mes

### **Características psicológicas y funcionales del adulto mayor en la comunidad.**

#### **Características psicológicas del adulto mayor:**

A partir de la cuarta década de vida, comienzan en forma variable, lenta a veces, rápida otras, las limitaciones referentes a la edad, dependientes o no del estado de salud anterior.

Las alteraciones de orden psicológico, son muy importantes porque afectan primordialmente la vida de la relación del anciano y son una fuente de conflictos familiares por ignorancia o incomprensión. Comienzan a aparecer limitaciones en el orden psicológico:

- Atención.
- Concentración.
- Memoria.
- Humor.
- Carácter.
- Comunicación.

#### **Atención:**

El debilitamiento de la atención puede comenzar en la quinta década, se hace difícil mantenerla y dificulta el trabajo intelectual y la distracción, la lectura agota rápidamente y el anciano culto puede ir abandonando la lectura, las

conferencias, los intercambios de experiencia y conocimientos de la vida, ésta entonces se vuelve monótona.

**Concentración:**

Se hace más difícil y la producción intelectual declina.

**Memoria:**

Las alteraciones de la memoria, son bien conocidas: recuerda los hechos de infancia y juventud con nitidez, por el contrario olvida lo acontecido en los días anteriores, esta peculiaridad desconocida por familiares, es causa de confrontaciones desagradables entre él y los miembros de su familia.

**Humor:**

Es muy cambiante, alterna entre la gran jovialidad en ocasiones y concentrado o huraño en otras, comunicativo y locuaz algunas veces y hermético otras, alegre y optimistas por momentos, triste y taciturno en otros.

**Comunicación:**

Se hace difícil en el ámbito familiar y genera la marginación impuesta por la familia o auto - impuesta. El anciano se aísla, se retrae y cada vez es mayor su incomunicación y sus insatisfacciones espirituales aumentan gradualmente.

**Carácter:**

En la vejez no se modifica el carácter, sólo lo agudiza, lo hace ostensible, el anciano que en su juventud fue majadero en su vejez es más, quien fue suave y apacible continúa así pero en mayor grado. Lo que si hace la vejez es desestabilizar el carácter y hacerlo cambiante, pasando de una fase a otra rápidamente, a veces en forma inesperada. La irritabilidad aumenta y a veces la ira se adueña del anciano ante cualquier mal entendido o alusión que él considera ofensiva o falta de respeto.

Todo lo expuesto pone de manifiesto lo difícil que resulta tratar con un anciano en el seno de una familia, con diversos caracteres, distintos niveles culturales, mayor o menor comprensión y afectividad.

Con estos antecedentes se propone el siguiente programa de desarrollo cognitivo de los adultos mayores que tiene como objetivo fundamental el mantenimiento de procesos cognitivos básicos:

### **Taller de desarrollo y motivación cognitivo para los adultos mayores**

#### **CRONOGRAMA**

El programa está organizado en bloques de dos meses, de manera que empiece un grupo nuevo (en cada turno mañana/tarde) cada dos meses.

- El **Primer mes** durante la *primera semana* se realizan las actividades de la primera entrevista (información, cribaje y evaluación específica de memoria en el informe) y se cita para el grupo de entrenamiento a los usuarios seleccionados. (*Duración aproximada de 18 horas*)
- Durante las *tres semanas siguientes*, los lunes, miércoles y viernes (o, en general, tres días a la semana), se realiza una sesión de entrenamiento diaria, de una hora y media de duración. (*Duración aproximada de 27 Horas*)
- La *quinta semana* se realiza la evaluación post entrenamiento. (*Duración aproximada de 21 horas*)
- En el **segundo mes** se analizan los resultados de la evaluación pre y post entrenamiento y se van recibiendo a los usuarios del nuevo grupo. Estos usuarios pueden empezar ya a ser evaluados o bien esperar al mes siguiente, para realizar de nuevo el ciclo igual que en el mes anterior.
- Al **tercer mes** se realiza la primera sesión de seguimiento. (*Duración aproximada de 3horas*)

- Al **quinto mes** se realiza la segunda sesión de seguimiento. (*Duración aproximada de 3 horas*)
- En el **sexto mes** se realiza la evaluación final. (*Duración aproximada de 7 horas*)

En total, el Programa de Entrenamiento requiere para cada bloque o grupo de usuarios evaluados alrededor de 88 horas.

### **Normas para la implementación**

El programa aporta algunas recomendaciones que se deben llevar a cabo con respecto a los ejercicios y al manejo del grupo. Estas recomendaciones son principalmente las siguientes:

- *Recomendaciones con respecto a los ejercicios*
  1. La unidad de trabajo es tanto el usuario individual como la pareja de usuarios. Esta doble posibilidad debe tenerse en cuenta antes de realizar cada ejercicio. Los participantes deben distribuirse al inicio de cada sesión por parejas.
  2. Conviene que antes de empezar un ejercicio se comente su finalidad ( no sólo qué se va a hacer, sino también para qué).
  3. Al final de cada ejercicio debe hacerse un resumen que condense los resultados obtenidos por el grupo y los objetivos que se pretendían conseguir. (Feedback).
  4. Conviene que el coordinador de la sesión compruebe cómo se va realizando cada ejercicio por parte del usuario o la pareja y que los resultados sean expuestos en voz alta facilitando de esta manera la reflexión grupal e individual.
  5. Los ejercicios deben relacionarse mediante ejemplos con situaciones de la vida diaria.
  6. Debe promoverse constantemente que los participantes reflexionen sobre las estrategias que rigen el funcionamiento de la memoria y los mecanismos que utilizan

7. Es conveniente mantener el tipo y el orden de los ejercicios según lo propuesto, pero la realidad de un grupo concreto puede exigir modificaciones (insistir más en unas funciones, realizar ejercicios más o menos sencillos).

• *Recomendaciones con respecto al manejo del grupo:*

1. Es necesario favorecer un ambiente de trabajo, relación y clima distendido-entretenido.
2. La actitud del coordinador (empatía y a la vez distanciamiento profesional, comprensión, diálogo, flexibilidad, realismo...) es fundamental para la marcha del grupo.
3. Mejora de la autoestima y relación social de los participantes.

Conviene evitar:

- La competencia.
  - La crítica negativa.
  - La imposición de opiniones.
  - El protagonismo de algunos usuarios.
  - La pasividad y la exclusión de algún participante.
  - La invasión de las sesiones de problemas personales.
5. Conviene favorecer:
- Los mensajes negativos respecto a la edad.
  - La expresión de opiniones, ideas, sugerencias.
  - La manifestación de problemas de la vida diaria de la memoria y cómo resolverlos.
  - La relación entre los participantes.
  - La participación de todos en cada sesión.
6. Conviene estar atento a:
- Los mensajes positivos respecto a la edad: capacidades a estimular, actividades que pueden desarrollar,...
  - Los sentimientos negativos de los usuarios (pesimismo, hipocondría, baja autoestima) respecto a sus propias capacidades o logros.

-La expresión afectiva de problemas y contenidos ajenos al entrenamiento de modo que se permita tal expresión, pero sin que llegue a estorbar la realización de la tarea del entrenamiento.

El programa de estimulación presenta una definición de la memoria y de las estrategias de memoria que se resumen a continuación:

• *Definición de la memoria:*

**-Punto de vista médico:**

- Anterógrada.
- Retrógrada.
- Inmediata.
- Reciente.
- Remota.

**-Psicología:**

Modelo estructural (Modelo multialmacén):

- Memoria sensorial (MS).
- Memoria a corto plazo (MCP).
- Memoria a largo plazo (MLP). Procedimental y declarativa, episódica y semántica.

Modelo de los niveles de procesamiento

Jerarquía de niveles de procesamiento: análisis sensorial, fonético, semántico.

Tipos de procesamiento: procesamiento tipo I o repaso de mantenimiento, procesamiento tipo II o repaso de elaboración.

Memoria primaria, secundaria y terciaria.

• *Definición de las estrategias de memoria:*

**Según el grado de aplicación:**

- Estrategias.
- Habilidades.

**Según la fase de memoria:**

- Estrategias de codificación.
- Estrategias de recuperación.

**Según el nivel de procesamiento:**

- Estrategias de repetición.
- Estrategias de centralización.
- Estrategias de organización:
  - Agrupamiento.
  - Categorización.
- Estrategias de elaboración.

Una característica a destacar de este programa de estimulación cognitiva es que en las sesiones de entrenamiento va explicando (definiendo y haciendo ejercicios) cada una de los procesos cognitivos que afirma estimular

A continuación voy a realizar un breve resumen de cada una de las sesiones del programa de entrenamiento, de esta forma podemos ver los procesos cognitivos que define, los ejercicios, las actividades de la vida diaria, etc...

***PRIMERA SESIÓN:***

- Explicación de la estrategia de visualización.
- Ejercicios de visualización de figuras, textos, objetos.

***SEGUNDA SESIÓN:***

- Explicación de la memoria.
- Ejercicios de memoria y de visualización.
- Explicación de la percepción y del proceso perceptivo.

***TERCERA SESIÓN:***

- Definición de atención, su importancia en la memoria, factores que influyen (ambiente, cansancio, preocupación)...
- Ejercicios de atención:

- Atención sostenida, focalizada o concentración. Rodear letras.
  - Escucha atenta. Elaborar una historia y luego resumirla entre todos.
  - Atención auditiva. Dar golpes cuando se escucha un número.
  - Atención-visualización. Escuchar textos y visualizarlos, luego preguntar nombres y números.
  - Practicar con periódicos, revistas.
- Explicación de la estrategia de repetición (mantenimiento, elaboración).Ejercicios.

#### *CUARTA SESIÓN:*

- Explica la estrategia de Asociación y su importancia en la memoria.
- Ejercicios de asociación:
- Asociar información nueva con otra anterior.
  - Asociar colores y formas.
  - Asociación para el recuerdo de números de teléfono.
  - Asociar palabras.
  - Aplicación a la vida diaria. Para asegurarnos de que han entendido el concepto.
- Ejercicios de visualización.
- Explicación de la memoria.

#### *QUINTA SESIÓN:*

- Afianzar la estrategia de repetición (sesión 3). Ejercicios.
- Explicación de la estrategia de categorización. Ejercicios.
- Memoria.
- Ejercicio de objetos escondidos.
- Ejercicios de repaso de la atención, repetición y visualización.

#### *SEXTA SESIÓN:*

- Explicación del lenguaje, su importancia en la memoria. Ejercicios.

- Ejercicios de asociación (repaso de la sesión 4).
- Ejercicios de visualización-categorización (se repasa lo aprendido anteriormente).

#### *SÉPTIMA SESIÓN:*

- Ejercicios de todo lo aprendido anteriormente (visualización, atención, percepción, lenguaje, estrategias de asociación, categorización, repetición), también ejercicios de escucha atenta.

#### *OCTAVA SESIÓN:*

- Ejercicios de visualización-asociación
- Ejercicios de categorización.
- Ejercicios de recuerdo.

#### *NOVENA SESIÓN:*

- Repaso de todo lo aprendido anteriormente.
- Ejercicios de estimulación cognitiva:
  - Percepción/atención. Buscar errores (semejanzas y diferencias), asociar arejas, unir puntos, objetos repetidos...
  - Lenguaje. Autodefinidos, sopa de letras, crucigrama. Nos facilita encontrar palabras y evitar en la "punta de la lengua".
  - Organización lógica o categorización. Palabra oculta, descubrir el refrán, historia desordenada, baile de líneas, etc...
- Ejercicios de la vida diaria:
  - Pasatiempos (crucigramas, sopas de letras)
  - Programas de televisión.
  - Juegos de mesa (ajedrez, damas, búsqueda de palabras).

#### *PRIMERA SESIÓN DE SEGUIMIENTO:*

- Aplicaciones a la vida diaria.

-Ejercicios de atención/percepción, categorización, lenguaje, escucha atenta, visualización.

### *SEGUNDA SESIÓN DE SEGUIMIENTO*

-Revisión de procesos cognitivos: atención, percepción, asociación...

-Ejercicios de visualización, atención, comprensión y recuerdo de textos, percepción y asociación. Además de todo lo expuesto anteriormente, es común a todas las sesiones las siguientes actividades:

- Relajación.
- Revisión de tareas (lista de olvidos).
- Revisión de consignas.
- Posibles aplicaciones a la vida diaria

### **Aplicación de técnica de psicoterapia de apoyo y expresiva**

La psicoterapia, en general, puede ser definida como la modificación de la conducta anormal y la promoción de conductas normales por medios psicológicos y actitudinales además de la utilización de experiencias correctivas. Toda psicoterapia es siempre transaccional\*, en el sentido que los procesos psicológicos van produciéndose circularmente, de terapeuta a paciente y viceversa, en virtud de innumerables transacciones. Por ello, expertos en el área señalan que, cuando el tratamiento psicoterapéutico tiene éxito, tanto el paciente cuanto el terapeuta se enriquecen madurativamente al calor de la intensa y singular relación que entre ellos se establece.

Wolberg LR, clasifica las psicoterapias en tres grandes grupos: de Apoyo, Reeducativas y Reconstructivas. Sorprende, sin embargo, que en la vasta literatura existente sobre el tema, el concepto de Psicoterapia de Apoyo no haya sido aún definido con claridad. La investigación en este específico campo es prácticamente inexistente.

Es una técnica terapéutica psicológica, basada en una relación emocional médico-paciente positiva, en la que el terapeuta despliega una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones psicotóxicas (angustia, cólera, vergüenza, culpa) conducente, fundamentalmente, al alivio sintomático y a la resolución de problemas (estresores) actuales. Estimula inespecíficamente, además, la actualización de las potencialidades del paciente. Es una terapia de Yo a Yo, que se realiza cara a cara.

### **PROCEDIMIENTO**

1. Relación médico-paciente
2. Estimular la verbalización de los sentimientos.
3. Señalamiento continuo de la realidad.
4. Alentar el sentimiento de esperanza real.
5. Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad.
6. Combatir el sentimiento de "no puedo" y alentar la autoafirmación.
7. Combatir los falsos conceptos, reasegurando y cortando el circuito vicioso de síntoma-idea-temor.
8. Alentar la socialización y la exteriorización de intereses.
9. Utilización adecuada del ambiente.

Hijo, no me abandones  
enséñame a vivir  
Como yo te enseñé a ti

## **Bibliografía**

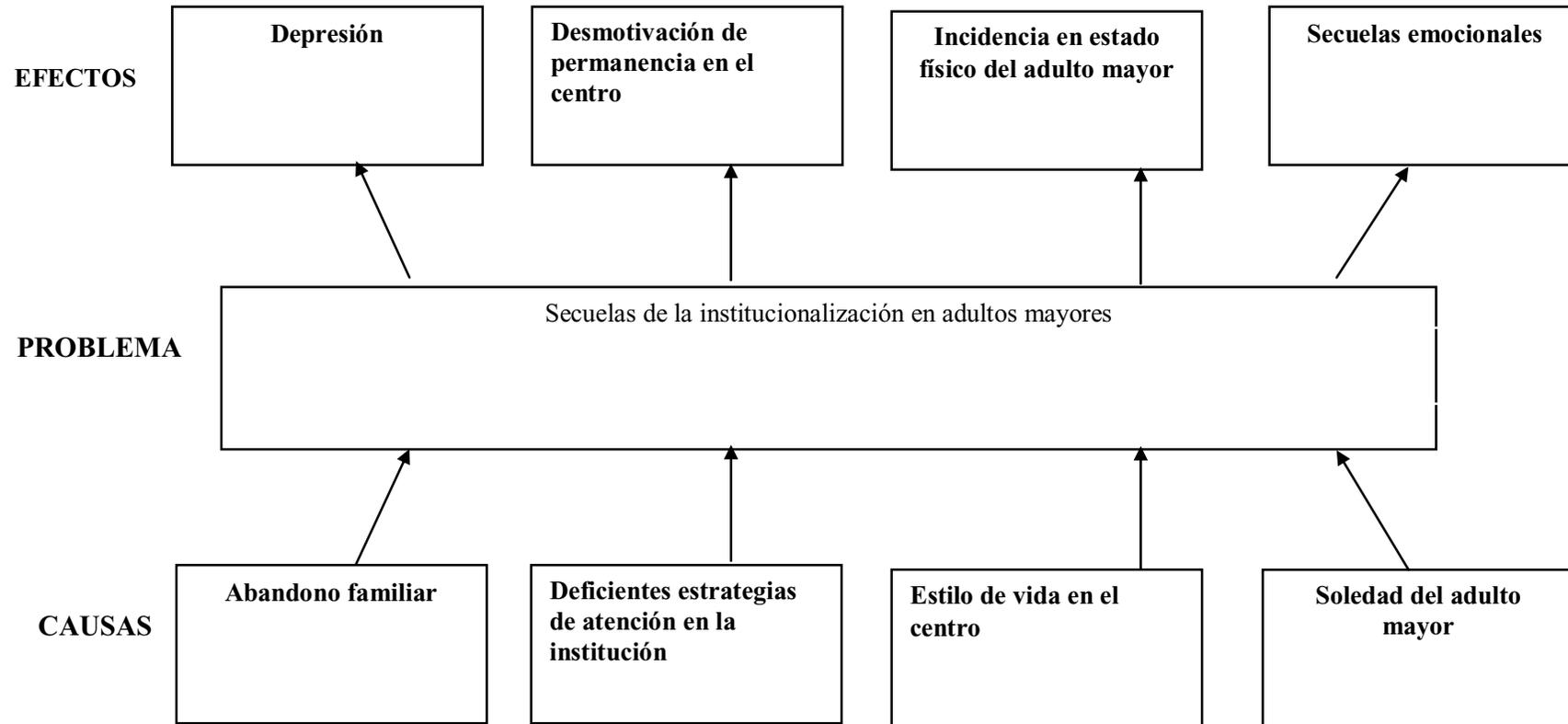
- CTSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (2005) *Fluir. Una Psicología de la felicidad*. 11ma Edición. Barcelona, España. Ed. Kairós
- Colectivo de autores. *La atención a los ancianos, un desafío para los años noventa*. Publicación científica no. 546. OPS.1994
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. D. (2005) *¿Qué es la Psicología de la vejez?*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva
- GOLEMAN, D. (1995) *La Inteligencia Emocional*. Javier Vergara Editor S.A.
- LEÓN González, M. *Salud mental y comunidad*. Monografía. Ciudad de La Habana; 1997.p.11-3.
- MARTÍNEZ J A, Martínez V A, Esquivel C G y cols. *Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado*. *Rev Med, Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 21-28
- OROSA, F. Teresa (2001) *La Tercera Edad y la Familia: una mirada desde el adulto mayor*. La Habana. Ed. Félix Varela
- *Salud, familias y vínculos el mundo de los adultos mayores*. Editorial Grijalvo. México.2004
- VILLEGAS, M. (2002) *Una sociedad para todas las edades*. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. España, Madrid.
- WHITMAN, W. (2006) *La Canción de las Alegrías*. Biblioteca de literatura mundial. Moscú. Ed. Judózhestvernaia literatura, t. 119.

## **Web grafía**

- [www.clinicapsi.com](http://www.clinicapsi.com)
- <http://portal.inder.cu/index.php/recursos-informacionales/arts-cient-tec/10349-propuesta-de-actividades-fisicas-recreativas-terapeuticas-para-estimular-la-reincorporacion-de-del>

# AneXOS

Árbol del problema





**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**SESIÓN DE TRABAJO PARA TUTORÍAS DE TESIS**

<b>DIRECTOR DE TESIS:</b> Lcda. Mónica Palau Guillen
<b>EGRESADO/OS:</b> Lisette Alexandra Bello Cevallos y Roxana Elizabeth Macías Zambrano
<b>TEMA DE TESIS:</b> "SECUELAS EMOCIONALES POR INSTITUCIONALIZACIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO" 2012.

FECHA/HORA	ACTIVIDADES	FIRMA TUTOR	FIRMA DE EGRESADO/A (S)
Martes 5 de marzo (8h00-12h00)	Elaboración y revisión de árbol del problema. Estructuración de agenda. Envío de tareas (revisión hemerográfica)		
Viernes 8 de marzo (15h00-19h00)	Revisión de tarea. Estructuración a priori de temarios. Tarea de recolección bibliográfica.		
Martes 12 de marzo (8h00-12h00)	Elaboración de objetivos de la investigación. Revisión de herramientas psicológicas a utilizar. Tarea primer capítulo.		
Viernes 15 de marzo (15h00-19h00)	Revisión de I Capítulo y corrección. Tarea revisión de textos de metodología		
Martes 19 de marzo (8h00-12h00)	Estructuración y revisión de Tercer capítulo (estructuración de la metodología usarse)		
Viernes 22 de marzo (15h00-19h00)	Revisión capítulo III y correcciones. Envío de temarios de capítulo II.		

Martes 26 De marzo (8h00- 12h00)	Revisión capítulo III. Corrección de temarios de capítulo II. Revisión virtual de bibliografía a utilizarse.		
Viernes 29 de marzo (15h00- 19h00)	Elaboración de cuestionario de encuesta y entrevista. Envío aplicación. Revisión de Operacionalización de variables.		

FECHA/HORA	ACTIVIDADES	FIRMA TUTOR	FIRMA DE EGRESADO/A (S)
Martes 2 de abril (8h00- 12h00)	Taller de estadística. Elaboración de medias, rangos y frecuencias. Tabulación de instrumentos		
Viernes 5 de abril (15h00- 19h00)	Revisión de datos estadísticos. Corrección de gráficos y porcentajes e interpretación		
Martes 9 de abril (8h00- 13h00)	Revisión de datos estadísticos finales		
Viernes 12 de abril (15h00- 20h00)	Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Explicación de logros de objetivos		
Sábado 13 de abril(17h00 -21h00)	Revisión de conclusiones y recomendaciones. Y corrección de logros de objetivos. Revisión de gráficos.		
Martes 16 de abril(8h00- 12h00)	Estructuración de propuesta. Envío revisión bibliográfica.		
Viernes 19	Revisión de propuesta y envío		

de abril (15h00- 19h00)	de correcciones.		
Martes 23 de abril(8h00- 13h00)	Revisión general de estructuración concordancia y sindéresis del documento. Envió reducción y síntesis de marco teórico.		
Viernes 26 de abril(15h00 -20h00)	Revisión de estructura general. Envió de corrección ortográfica. Redundancia en texto.		
Sábado 27 de abril (17h00- 21h00)	Revisión de ortografía y correcta sindéresis en el documento.		
Martes 30 de abril(8h00- 12h00)	Ultima revisión de corrección de normas APA en la bibliografía y sangrías. Envió a impresión para presentación de primer borrador.		



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ**  
**FACULTAD TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**  
**TEST EMOCIONAL**

**Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.**

**Egresadas:** Bello Cevallos Lissette Alexandra y Macías Zambrano, Roxana Elizabeth.

**Lugar y Fecha:**.....

**Objetivo:** Recopilar información sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno"

**Por favor, no ubicar nombres ni firmar en la presente encuesta.**

**INSTRUCCIONES:**

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? si NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? SI no
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? SI no
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? si NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? SI no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? SI no
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? SI no
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? SI no
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? si NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? SI no
13. ¿Se siente lleno de energía? si NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? SI no
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? SI no

**SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS**

O SEA:SI = 1; si = 0; NO= 1; no = 0 TOTAL : \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN EMOCIONAL**

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento.

Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las

personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica.

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

### **POBLACIÓN OBJETIVO**

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.



5.- ¿Qué estrategias utilizan para minimizar los efectos de la institucionalización en los adultos mayores?

Atención personalizada

Terapia ocupacional

Inserción familiar

Actividades de recreación

6.- ¿Con qué frecuencia reciben la visita de los familiares los adultos mayores?

Cada semana

Cada 15 días

Cada mes

7.- ¿Considera usted que el núcleo familiar incide en la minimización de los efectos de la institucionalización del adulto mayor?

Siempre

A veces

Nunca



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ  
FACULTAD TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A AUTORIDADES DEL CENTRO GERIATRICO  
GUILLERMINA LOOR MORENO**

**Egresadas:** Bello Cevallos Lissette Alexandra y Macías Zambrano, Roxana Elizabeth.

**Lugar y Fecha:**.....

**Objetivo:** Recopilar información sobre Secuelas emocionales por institucionalización en adultos mayores de 65 a 80 años del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno"

.

**INSTRUCCIONES:**

Coloque una X en el recuadro de acuerdo a su criterio. Gracias.

1.- ¿Cómo llegan los ancianos al Centro Geriátrico?

2.- ¿Qué razones aducen para estar en el geriátrico?

3.- ¿De qué sexo es la prevalencia de los adultos mayores en el centro geriátrico?

4.- ¿Considera ud que la atención brindada en el centro les permite sobrellevar la institucionalización?

5.- ¿Qué estrategias utilizan para minimizar los efectos de la institucionalización en los adultos mayores?

6.- ¿Con qué frecuencia reciben la visita de los familiares los adultos mayores?

7.- ¿Considera usted que el núcleo familiar incide en la minimización de los efectos de la institucionalización del adulto mayor?

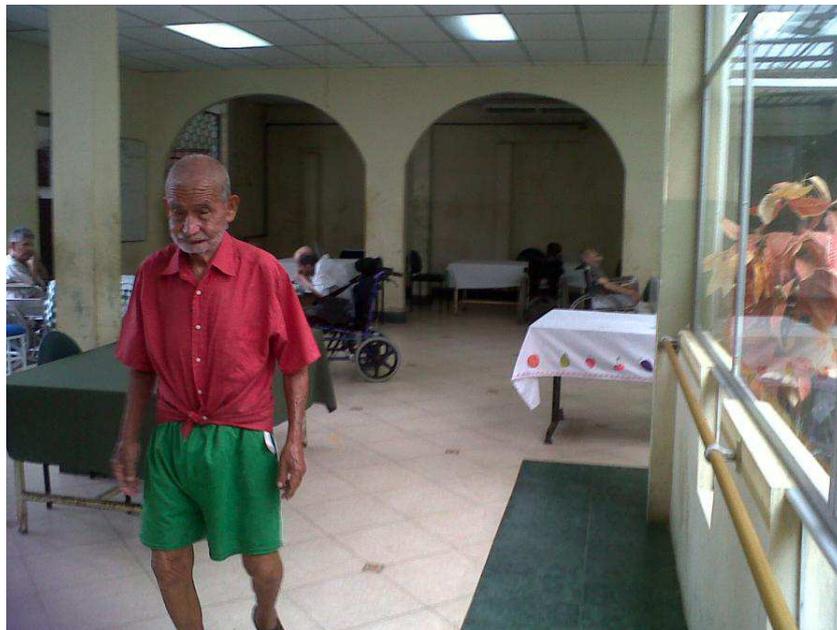


Autoras de la tesis en proceso de recolección de datos





Local del Centro "Guillermina Loo de Moreno" – Portoviejo





Aspectos relevantes de la institución y los usuarios del Asilo “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo