



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

TEMA:

“EL ABANDONO FAMILIAR Y LA INCIDENCIA EN LA AFECTIVIDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO DE 2016.”

Trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Psicóloga

AUTORA:

Tocachi Pujota Sandra Elizabeth

ASESOR:

Dr. Marco Antonio Tafur V.

Ibarra, 2017

ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR

Luego de haber sido asignado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte, en mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por la egresada Sandra Elizabeth Tocachi Pujota con cédula de identidad No. 100296065-4, respectivamente para optar por el Título de Psicóloga General. Cuyo tema es: **“EL ABANDONO FAMILIAR Y LA INCIDENCIA EN LA AFECTIVIDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO DE 2016.”**

A ser testigo presencial, y corresponsable directo del desarrollo de presente trabajo de investigación, que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sustentado públicamente el tribunal que sea designado oportunamente.

Esto es lo que puedo certificar por ser justo y legal.

En la ciudad de Ibarra, Abril 2017



Dr. Marco Antonio Tafur V.

DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

DEDICATORIA

Gracias a esa persona importante en mi vida, que siempre estuvo lista para brindarme toda su amor, sacrificio, comprensión y el apoyo emocional, no solo en la carrera universitaria si no durante toda mi vida, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me ha otorgado.

Con todo mi cariño este trabajo de grado se las dedico a mi Madre

Sandra

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer de manera especial y sincera al hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto” por aceptarme para realizar este trabajo de grado. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este trabajo de grado, sino también en mi formación como investigador. Les agradezco también el haberme facilitado siempre con los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este trabajo de grado y a la vez compartir las experiencias de trabajo con los Adultos Mayores.

Sandra

ÍNDICE DE CONTENIDO

ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Formulación del problema.....	6
1.4. Delimitación	6
1.4.1. Unidades de observación.....	6
1.4.2. Delimitación espacial	6
1.4.3. Delimitación temporal.....	6
1.5. Objetivos	7
1.5.1. General	7
1.5.2. Objetivos específicos	7
1.6. Justificación	7
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Fundamentación teórica.....	10
2.1.1. Fundamentación filosófica	10

2.1.2.	Fundamentación sociológica.....	11
2.1.3.	Fundamentación psicológica.....	12
2.1.4.	La gerontología	15
2.1.5.	El adulto mayor	16
2.1.5.1.	Conceptualización.....	16
2.1.5.2.	Características del adulto mayor.....	17
2.1.5.3.	El paso de la adultez a la vejez.....	19
2.1.5.4.	El adulto y su condición psico-social.....	20
2.1.5.5.	El adulto mayor y la pobreza.....	21
2.1.5.6.	Políticas a favor del adulto mayor	23
2.1.5.7.	La afectividad.....	25
2.1.5.8.	Las características de la afectividad	25
2.1.5.9.	La afectividad en el adulto mayor	27
2.1.6.	El adulto mayor y la familia	28
2.1.6.1.	Condición socio-económica de la familia	28
2.1.6.2.	Posición del adulto mayor en la familia	29
2.1.6.3.	Abandono familiar	31
2.1.6.4.	Maltrato social hacia el adulto mayor	33
2.1.7.	Las instituciones de acogimiento del adulto mayor	35
2.1.7.1.	Conceptualización.....	35
2.1.7.2.	Tipos de instituciones de acogimiento al adulto mayor	36
2.1.7.3.	Requisitos para un servicio de acogimiento del adulto mayor	36
2.1.7.4.	El Estado y su responsabilidad con el adulto mayor	37
2.1.8.	TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	40
2.2.	Posicionamiento teórico personal	41
2.3.	Glosario de términos	42
2.4.	Interrogantes de la investigación	45
2.5.	Matriz categorial.....	46
	CAPÍTULO III.....	47
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47

3.1.	Tipo de investigación	47
3.2.	Métodos	47
3.2.1.	Inductivo-Deductivo.....	47
3.2.2.	Analítico-Sintético	48
3.2.3.	Sistémico	48
3.2.4.	Estadístico	48
3.3.	Técnicas.....	48
3.3.1.	Técnicas psicométricas.....	49
3.3.2.	Observación Directa.....	49
3.3.3.	Entrevista Indirecta	49
3.4.	Instrumentos	49
3.4.1.	Test psicológicos.....	49
3.4.2.	Ficha psicológica.....	52
3.5.	Población	53
3.6.	Muestra	53
CAPÍTULO IV		54
4.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	54
4.1.	Pre Test	54
CAPITULO V		66
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1.	Conclusiones	66
5.2.	Recomendaciones	67
5.3.	Respuestas a las preguntas de investigación	68
Capítulo VI		70
6.	Propuesta alternativa	70
6.1.	Título de la propuesta	70
6.2.	Justificación e Importancia.....	70

6.3.	Fundamentación	70
6.3.1.	Terapia racional emotiva	71
6.4.	Objetivos	73
6.4.1.	Objetivo General	73
6.4.2.	Objetivos específicos	74
6.5.	Ubicación sectorial y física	74
6.6.	Desarrollo de la propuesta	74
6.7.	Impactos	93
6.7.1.	Impacto social	93
6.7.2.	Impacto institucional.....	93
6.7.3.	Impacto psicológico.....	93
6.8.	Difusión	94
BIBLIOGRAFÍA		95
ANEXOS.....		98
Anexo 1	Árbol de problemas.....	99
Anexo 2	Matriz de coherencia.....	99
Anexo 3	Matriz categorial	101
Anexo 4	Test de Hamilton.....	102
Anexo 5	Test de Hamilton.....	104
Anexo 6	Inventario de autoestima.....	106
Anexo 7	Escala de satisfacción	107
Anexo 8	Ficha de atención psicológica.....	109
Anexo 9	Fotografías.....	110

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro Nº 1	Inventario de Autoestima Pre-Test	54
Cuadro Nº 2	Síntomas Psicológicos.....	55
Cuadro Nº 3	Síntomas Somáticos.....	56
Cuadro Nº 4	Test de Depresión	57
Cuadro Nº 5	Inventario de Autoestima	58
Cuadro Nº 6	Síntomas Psicológicos.....	59
Cuadro Nº 7	Síntomas Somáticos.....	60
Cuadro Nº 8	Test de depresión.....	61
Cuadro Nº 9	¿Qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? ..	62
Cuadro Nº 10	¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar?	63
Cuadro Nº 11	¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?	64
Cuadro Nº 12	¿Cuál era su estado emocional general en este momento?	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Inventario de autoestima pre- test	54
Gráfico N° 2	Síntomas Psicológicos.....	55
Gráfico N° 3	Síntomas Somáticos.....	56
Gráfico N° 4	Test de Depresión	57
Gráfico N° 5	Inventario de Autoestima	58
Gráfico N° 6	Síntomas Psicológicos.....	59
Gráfico N° 7	Síntomas Somáticos.....	60
Gráfico N° 8	Test de Depresión	61
Gráfico N° 9	¿Qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? .	62
Gráfico N° 10	¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar?	63
Gráfico N° 11	¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?	64
Gráfico N° 12	¿Cuál era su estado emocional general en este momento?	65

RESUMEN

La investigación trata sobre el abandono familiar y la incidencia en la afectividad, de los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto" del cantón Otavalo, Provincia de Imbabura en el período Marzo - Agosto de 2016. Cuyo propósito fue crear una propuesta de intervención con técnicas y talleres que ayude al adulto mayor en la afectividad en dicha institución. Seguidamente se elaboró la justificación que permitió conocer las razones por las cuales se realizó este trabajo, se analizó la utilidad de las técnicas racionales emotivas para el adulto mayor que se ejecutó en la institución. Para obtener un marco teórico referencial se consultó tanto en libros físicos como en el internet, toda la información necesaria sobre el adulto mayor, la afectividad, el abandono y el bienestar psíquico con sus diferentes manifestaciones. A continuación se determina el marco metodológico para una investigación propositiva y una investigación bibliográfica. Para obtener una información de la fuente misma se realizó una investigación de campo y la observación directa, procediéndose analizar los datos mediante cuadros estadísticos, lo que permitió elaborar conclusiones y recomendaciones respectivas. En base a todo este trabajo se procedió a elaborar la guía de aplicación de técnicas y talleres enfocada a mejorar la afectividad de los adultos mayores del hogar de ancianos, proceso que servirá como base para el estado emocional del adulto mayor.

ABSTRACT

This research is about family neglect and how this affects to elderly people in their affectivity in “Susana Mancheno de Pinto” nursing house in Otavalo, Imbabura during March through August 2016. Its main objective was to create a proposal to have workshops and techniques emotive a rational therapy to help the elderly ones with more affectivity in this Institution. After applying these workshops, the justification was done and it validates the objectives why this proposal was built. The use of these techniques were approved by the physicians who have said they are very useful in the treatment of elderly people within their motivation. A deep research in books and internet on elderly behavior, affective and abandon healthcare was done to get the rational background, all these trying to get a great social welfare which is required on elderly life. Then the Theoretical framework is determined by a bibliographic research. To get direct information, a field research was done, the results were gotten through statistics tables and calculus which allow to elaborate conclusions and recommendations. After all the research, a guide with all the techniques and workshops was developed, always looking forward to the personal welfare of elderly people in this house, this process will help as a foundation on the care of elderly people.

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud), las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianos y mayores de 90 años son grandes viejos.

La transición demográfica que vive Ecuador, se introduce en términos simples, en un aumento importante de la población adulta mayor, conlleva a cambios profundos en la convivencia de sí mismo, por lo que, el adulto mayor ocupa un lugar importante dentro de las familias y de muchos de nosotros, al mismo tiempo demanda de cuidados y adaptaciones especiales, como en el aspecto bio-psico-social y afectivo para que exista equilibrio entre su interior y el mundo que lo rodea.

Debido a lo anterior mencionado es necesario desarrollar un plan estratégico de acciones y alternativas que permitan mejorar las condiciones de vida a través de técnicas y talleres donde las personas adultas mayores sean entes activos en el proceso de vida.

El presente trabajo de investigación se justifica en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto” tomando en cuenta al voluntariado que se encuentran participando en la atención de los adultos mayores, y con el apoyo sistemático por parte de los familiares. Así logrando garantizar el crecimiento personal y progresivo del adulto mayor

Los contenidos del trabajo están distribuidos de la siguiente manera:

El primer capítulo, permite visualizar los antecedentes y las diferentes problemáticas que existen con respecto al adulto mayor y tratar de buscar una solución por ello estos problemas provocan que los adultos

mayores se encuentren desestabilizados emocionalmente, provocando cambios en su vida afectiva.

El segundo capítulo, permite concebir las diferentes perspectivas teóricas que existen respecto a la vejez y el proceso de envejecimiento. Dando una visión como una etapa de pasividad, pérdidas, padecimiento y vulnerabilidad, mientras que otros, autores fundamentan que los procesos de envejecimiento, son etapas permanentes a lo largo de la vida de todo ser humano; afectando el nivel emocional, comportamental y funcional.

El tercer capítulo, se refiere al tipo de investigación, metodología, técnicas e instrumentos que se emplea para la indagación sobre el abandono familiar y la incidencia en la afectividad en el adulto mayor.

Todos estos instrumentos se aplicaron a una muestra constituida por 30 adultos mayores. Los integrantes de la muestra tienen características comunes: son mayores de sesenta y cinco años, tienen referentes familiares pero no mantienen contacto con ellos y su institucionalización es indefinida y por tanto permanente.

El cuarto capítulo, muestra detalladamente el análisis e interpretación de los resultados de las encuestas aplicados a los adultos mayores.

En el quinto capítulo, se encuentra las conclusiones y recomendaciones, además se puede evidenciar las respuestas a las interrogantes de la investigación.

En el sexto capítulo se detalla la propuesta alternativa, que está conformada por: justificación, fundamentación, objetivo general, y específicos, ubicación sectorial y física, y el desarrollo de la propuesta (impactos, difusión, bibliografía y anexos).

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes

El ser humano a través de su vida pasa por una serie de etapas de crecimiento y madurez, como es la infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Este proceso de desarrollo terminará siempre en la vejez también llamada hoy día a estas personas adultos mayores, y la edad que establece la ciencia para iniciar esta etapa es los 65 años.

Todos los seres humanos tendremos que llegar a esta etapa antes mencionada, aunque el miedo y resistencia es usual, pero el tiempo es inexorable, más bien se la debe tomar como un espacio de reflexión y época de un merecido descanso después de muchos años de trabajo y sacrificio; aunque lo más difícil y duro de esta etapa es las enfermedades que llegan junto a la vejez y muchas de ellas son irreversibles.

Según Ávila Rodríguez Núria, (2010) en su libro "Manual de sociología gerontológica" dice que:

La calidad de vida se preocupa porque los años que tengamos de vida se prolonguen pero que estos estén sin dependencia, o si se tiene dependencia esta tenga una menor repercusión sobre el individuo adulto mayor. Para esto es necesario trabajar en el estilo y nivel de vida, en las condiciones y modos de vida, en el contexto económico y social, cultural, y un elemento esencial es la historia de la vida individual y personal. (pág. 137)

En sociedades antiguas el adulto mayor o anciano era considerado como el sabio, consejero, el dador de paz; y las familias cuidaban de él como uno de los más grandes tesoros, pero desde el inicio del capitalismo el tener a un adulto mayor en casa al menos para culturas desarrolladas es un verdadero problema, el trabajo del padre y la madre, la presión de los estudios de los hijos no dejan tiempo para el cuidado del adulto mayor; de ahí que cada día se ha hecho imperioso el contar con centros especializados de cuidado al adulto mayor que muchas veces toman en nombre de ancianato, acilo de ancianos, centros gerontológicos, centros de cuidado senil, hospicios y otros.

Según el INEC (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS, 2010) en Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores el 81% dice estar satisfecho con su vida, el 18% asegura no sentirse “bien con su estado anímico” y casi el 46% de los encuestados viven “preocupados Puesto que algo malo les va suceder.”

Ecuador todavía es una nación con tradiciones familiares muy acentuadas, de manera que la mayoría de los casos los adultos mayores viven con sus hijos o familiares; pero en la última década donde el trabajo del hombre y la mujer es indispensable para mantener el hogar, ya se ha empezado a sentir que las familias ya no tienen tiempo de cuidar a sus mayores, se les dificulta los cuidados en la salud, alimentación, espacios físicos especiales que requieren, lo que ha provocado el incremento de Hogar de Ancianos y se considera que existe al menos uno por cantón.

Muchas de las familias abandonan a los adultos mayores en la calle por falta de recursos económicos, otros son abandonados en centros gerontológicos por falta de tiempo para el cuidado del Adulto mayor, sin embargo, existen causas como la de familias disfuncionales, enfermedades incapacitantes y jubilación del mismo.

El abandono del adulto mayor deja secuelas que provocan choques emocionales, que llevan a un deterioro cognitivo presentando dificultades en relación a su estado afectivo el que incita a disminuir la habilidad psicomotriz de la persona.

En Ecuador gracias al Ministerio de Inclusión Económica y Social, las nuevas políticas sociales ha mejora la calidad de vida de los ecuatorianos, se establece para los adultos mayores una serie de políticas que propician el respeto, cuidado y seguridad; inclusive la denominación de estos centros se cambia a: Centro Residencial del Buen Vivir para Adultos Mayores.

En Otavalo, se encuentra el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, creado en 1997, de manera que tienen 17 años de existencia; es una institución privada sin fines de lucro, cuenta con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Bienestar Social de ese entonces, según Acuerdo Ministerial N° 0491.

Este trabajo se inició como una labor social donde 10 socias y socios activos que guiados por el carisma se agruparon con el objetivo de visitar en sus domicilios a las personas de la tercera edad pobres, enfermas y desamparadas, y darles algún tipo de ayuda a sus múltiples necesidades.

Cabe mencionar que el lugar donde funciona el Hogar de ancianos pertenece a la Cruz Roja Ecuatoriana, esta Sociedad Nacional de la Cruz Roja Ecuatoriana tiene por finalidad servir a la comunidad, de acuerdo al Derecho Internacional Humanitario además busca prevenir y aliviar con absoluta imparcialidad los sufrimientos de los grupos humanos vulnerables, sin discriminación por motivos de nacionalidad, etnia, género, orientación sexual, religión, idioma, clase social, opinión política y otros.

Con ellos se busca que las comunidades, las familias y los individuos se fortalezcan, y así los adultos mayores puedan tener vidas más dignas y productivas, y lleguen a ser menos vulnerables a través del fortalecimiento comunitario vinculado al desarrollo institucional.

Posteriormente deciden emprender en la construcción de un lugar de acogida para atender de mejor manera a este grupo de personas, y el 10 de mayo de 1997 con la generosidad de la principal benefactora la Señora Susana Mancheno de Pinto, abre sus puertas al servicio de la comunidad del Hogar del Anciano con el mismo nombre de la benefactora.

Según la Cruz Roja Otavalo (2016) informa del funcionamiento del Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto”:

Actualmente este Centro Gerontológico, alberga a 30 personas adultas mayores, de las cuales el 25% son indigentes que atraviesan diversos estados de vulnerabilidad social o económica, soledad, desamparo, incompreensión, indigencia, y el 75% sus familiares pagan mensualmente por los servicios un salario mínimo vital, por lo que todos se convierten en demandantes de un servicio de atención integral a sus necesidades de orden físico, social, espiritual y emocional, el mismo que se ofrece en un ambiente apto, acogedor, con calidad y calidez humana, en un marco de respeto a su dignidad y a los derechos consagrados en la Constitución Política de nuestro país. (Cruz Roja Otavalo, 2016)

Para el cumplimiento de este propósito la Institución cuenta con una infraestructura amplia y adecuada de aproximadamente 2000 metros cuadrados de construcción, distribuidos en habitaciones, cuartos de servicios, una capilla, un garaje y un patio con jardines.

Además cuenta con personal capacitado y comprometido para atender con humanismo y respeto a este grupo de frágiles seres humanos, pero

lamentablemente su disponibilidad económica es limitada tomando en cuenta la gran necesidad de recursos requeridos para brindar a las personas internas, servicios de atención integral, como ellos se merecen.

Además el centro cuenta con el apoyo de un grupo de cinco religiosas de la fraternidad Marianas Siervas del Santísimo Sacramento, quienes son el pilar fundamental para este grupo.

1.2. Planteamiento del problema

En Otavalo, ubicado en la provincia de Imbabura, a 110 km al norte de la ciudad de Quito, se encuentra el hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, en el que consta de 30 Adultos Mayores que sobrepasan los 70 años de edad, el 75% son mujeres y el 25% son hombres.

En los 17 años de trascendencia del hogar de ancianos, se puede evidenciar las causas del abandono de los adultos mayores como son: la falta de recursos económicos, tiempo para el cuidado, familias disfuncionales, enfermedades incapacitantes o jubilación.

Estos problemas del abandono provocan que los adultos mayores se encuentren en un estado afectivo inestable, así como también el aspecto biológico y psicológico se torna evidente, haciendo del adulto mayor una persona no aceptada dentro del núcleo familiar y de la sociedad.

Para promover una mejor calidad de vida en las personas, existe una serie de dificultades iniciando con la falta de financiamiento para cubrir todas las demandas que requiere el Adulto Mayor.

Sin embargo, se puede dar diferentes estrategias con el fin de desarrollar acciones para mejorar el buen vivir del adulto mayor,

logrando conformidad consigo mismo, este a su vez no pueda ser aislado de su entorno.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo incide el abandono y la falta de apoyo de parte de la familia, en la afectividad de los adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto” ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura?

1.4. Delimitación

1.4.1. Unidades de observación

El trabajo de investigación se elaboró con un grupo de 30 adultos mayores, 5 hombres y 25 mujeres, con la colaboración de todo el equipo de apoyo del hogar de ancianos en conjunto con la Cruz Roja Otavalo.

1.4.2. Delimitación espacial

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto” que se encuentra ubicado en las calles Bolívar 12-10 entre Salinas y Quiroga en la Ciudad de Otavalo, Parroquia San Luis, Provincia de Imbabura. Su red social es Cruz Roja Otavalo Hogar de Ancianos.

1.4.3. Delimitación temporal

El tiempo que se va a realizar el trabajo en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto” está comprendido entre los meses de Marzo y Agosto 2016.

1.5. Objetivos

1.5.1. General

Determinar la incidencia del abandono familiar en la afectividad de los adultos mayores del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las causas que generan el abandono de los adultos mayores por parte de sus familiares.
- Determinar las consecuencias que provocan el abandono de los adultos mayores.
- Evaluar el nivel de afectividad de los adultos mayores del Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”.
- Elaborar una guía de intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores implementando técnicas y talleres.

1.6. Justificación

En la actualidad es normal que cuando escuchamos adulto mayor se nos venga a la mente un ancianito de cabello blanco, con bastón, sentado en una banca de un parque, con lentes de fondo de botella y la vista perdida en el horizonte, tal vez recordando viejas aventuras, problemas existenciales, y afrontando una nueva y triste realidad, donde también deberán de afrontar los cambios biológicos, sociales y psicológicos.

La gente piensa que al llegar a ser Adulto Mayor es sinónimo de ser improductivo. Los estigmas sobre la vejez son inestables, y su mayoría son de posibles situaciones reales, siendo la vejez un ciclo natural de la vida.

El presente trabajo se justifica pensando en los cientos de adultos que cada día son abandonados por sus familiares en todo el mundo, sea este un abandono que lo lleve a situación calle, instituciones o alguna casa de acogida, dicha problemática se le asigna un valor muy importante dentro del campo de la psicología, en cual va a aportar con conocimientos valederos y valiosos de forma sistemática y seria, hacia la comprensión del impacto del abandono familiar dentro de la afectividad del mismo.

El Gobierno en la actualidad ha dado un salto enorme a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), reconociendo al adulto mayor en el Acuerdo Ministerial N° 000334, en el artículo 36, de la actual Constitución de la República del Ecuador, prescribe que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.

Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. El actual trabajo de investigación es un aporte práctico dentro de la problemática de abandono familiar hacia el adulto mayor, ya que con los resultados a obtenerse se es posible la elaboración de planes de intervención de dicho problema, reduciendo de manera significativa en la población potencialmente vulnerable.

Es por eso que los beneficiarios directos de esta investigación van a ser los adultos mayores, en segundo nivel la familia y todo aquel personal que tenga contacto directo o indirecto con la problemática aquí presentada.

Dentro del abandono familiar de los adultos mayores se puede mencionar aspectos que pueden ser relevantes en la comprensión de

porque muchos de los sujetos tiene reducida su capacidad de interacción social, así generando repercusión dentro del área afectiva, que genera un sin número de actitudes negativas, como formas de agresión y violencia en mucho de los casos provocando afecciones en sí mismo y a los que son parte del proceso dentro de los lugares de acogimiento.

Por todo lo mencionado en los párrafos anteriores es importante el desarrollo del presente trabajo de investigación ya que la información que se obtendrá va a generar espacios para poder utilizarlo de la mejor manera posible dentro de esta problemática.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación teórica

2.1.1. Fundamentación filosófica

Según Guadarrama González Pablo, (2011) en su libro “Filosofía y Sociedad. Tomo I” manifiesta que:

Quando la humanidad, luego de desarrollar suficientemente su capacidad de abstracción, de desarrollo del pensamiento y el lenguaje escrito, comenzó a sistematizar su experiencia y sabiduría acumulada para transmitirla adecuadamente a las nuevas generaciones, como una adecuada división social del trabajo que favoreció que algunos individuos pudieran ejercer el “ocio culto” -como apreció Aristóteles en el caso de los sacerdotes egipcios- se dieron las premisas para que el acto de investigar se convirtiese a sí mismo en objeto de investigación. (págs. 17-18)

Con ello la civilización oriente, define a la experiencia del adulto mayor como una riqueza cognitiva acumulada, y ve en sus ancianos la sabiduría, la reflexión filosófica otorgada por el pensamiento crítico que posibilitan una mejor explicación y comprensión del mundo, dando con esto, paso al nacimiento de la enseñanza de los adultos mayores a los más jóvenes.

Sin embargo las civilizaciones de occidente ven al adulto mayor como la dulzura de la vejez, la necesidad de cuidados que requieren estas personas, y la responsabilidad de devolverles lo que ellos hicieron por nosotros y una forma recompensar su trabajo. Por ello cada día se hace más difícil cuidar de los adultos mayores debido a la presión laboral, a las

condiciones económicas y al poco tiempo que disponen las familias, se ha hecho más común que a los adultos mayores se los lleve a los ancianatos para que sean cuidados por otras personas.

De acuerdo a las palabras de Piaget y con los aportes de Erikson determinan que la integridad del yo contra la desesperación de sentirse inútil, hace que se busque la esencia de lo vivido, enfocando al adulto mayor mira la vida retrospectiva, viéndola ya sea como una experiencia significativa, productiva y feliz o una decepción importante llena de promesas sin cumplir y sin realizar metas

2.1.2. Fundamentación sociológica

Según Frías, Lancho, & Sanz, (2010) en su libro, “Educación de las personas adultas en el marco del aprendizaje a lo largo de la vida” dice:

La Conferencia de Nairobi de la UNESCO en 1976, habla de adultos, se refiere expresamente a las «personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen». Como se puede observar, esta forma de definir a los adultos implica la dificultad manifiesta por encontrar una misma definición homologada y universalizable a todo el mundo”. (pág. 109)

La sociología de las edades como parte del análisis sociológico que tiene por objeto el estudio de cómo la sociedad condiciona y define socialmente al ser humano en sus diferentes procesos vitales marcados por la edad.

Recientemente la sociología de la tercera edad tiene otros espacios considerando a estas personas como un grupo cultural en una estratificación de la población por grupos de edad donde tienen igualdad de trato e igualdad de derechos.

Según Gonzales Hidalgo Jorge, (2010) en su libro “El envejecimiento: Aspectos sociales” dice:

Parte del dilema de la gerontología reside en tratar de entender por un lado los aspectos orgánicos de la criatura (hombre y mujer) y de los aspectos sociales y culturales en el entorno en el que vive (el medio social y el ambiente natura). (pág. 21)

"El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o 'desvinculación' recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen. Desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema"

La vejez por ende se constituye un proceso que comienza a vivirse con elementos que han estado ausentes en la vida de las personas y en el temprano proceso de envejecer.

Elementos que permiten que, en la vejez, recién muchas mujeres sean seres para sí, logrando mirarse a sí misma y mirando el mundo desde su ser mujer y como sujetos independientes que crean nuevos referentes, propios, de ser en el mundo.

2.1.3. Fundamentación psicológica

Dentro del campo de la psicología el adulto mayor está considerado como un individuo que tiene cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo, y más dentro de los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, siendo estos cambios de manera gradual.

Según Charles & Maisto, (2012) en su libro “Introducción a la Psicología” dice:

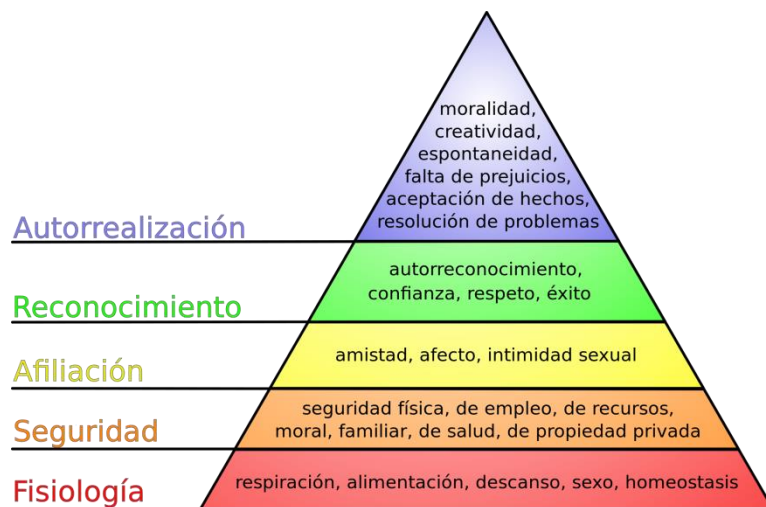
Maslow se refiere a la psicología Humanista como la “tercera fuerza”, más allá de la teoría freudiana y el conductismo. Los psicólogos humanistas enfatizan el potencial humano y la importancia del amor, la pertenencia, la autoestima, la autoexpresión, las expresiones cumbre (cuando uno se involucra a tanto en la actividad que se desvanece la autoconciencia) y la autorrealización (la espontaneidad y creatividad que resultan de concentrarse en problemas fuera de uno mismo y en mirar más allá de los límites de las convenciones). Se concentran en la salud mental y el bienestar, en la comprensión y el mejoramiento de uno mismo más que en las enfermedades mentales. La psicología humanista ha hecho contribuciones importantes al estudio de la motivación y las emociones, así como subcapas de la personalidad y la psicoterapia. (pág. 18)

Uno de las bases principales es que todo ser humano es racional y posee capacidades para hallar la verdad y practicar el bien.

La psicología humanista resalta la dignidad del ser humano, se encarga del desarrollo del potencial y sus habilidades existenciales como la libertad, responsabilidad y la historicidad, por esta razón que el crecimiento es un aspecto de los esfuerzos que hacemos para desarrollarnos y realizarnos.

Según Palomo Vadillo María Teresa (2010) en su libro “Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo” dice que:

Para estudiar la motivación en el trabajo es preciso partir del conocimiento de las necesidades humanas y de cómo actúan sobre la conducta. De esta forma, se pondrán los cimientos que permitirán analizar desde el punto de vista crítico las diferentes teorías de la motivación. (págs. 91-92)



Necesidad Fisiología.- Dentro de esta se encuentra la satisfacción mediante, comida, bebida, sueño, refugio y una temperatura apropiada. Esta necesidad es la primera prioridad del individuo y está relacionado con la sobrevivencia.

Necesidad Seguridad.- Una vez satisfecha la necesidad fisiológica el ser humano se enfoca hacia la necesidad de seguridad, la misma que provee seguridad, protección, estabilidad las mismas que se convierten en el objetivo de principal prioridad sobre las demás necesidades.

Necesidad Afiliación.- Esta necesidad se da cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan. La necesidad de afiliación se relaciona con nuestra naturaleza social con un aspecto afectivo ya sea este amoroso o amistad.

Necesidad Reconocimiento.- Esta necesidad se refiere a la valoración de uno mismo como persona que es otorgada por otras personas. Dentro del reconocimiento se divide en dos necesidades, inferior que incluye el respeto de los demás (fama, atención, gloria, etc.), y superior que determina el respeto de sí mismo (autoconfianza, logro, independencia y libertad, etc.).

Necesidad Autorrealización.- Dentro de la jerarquía de las necesidades encontramos el último nivel que es la autorrealización y el desarrollo de las necesidades internas, desarrollo espiritual, moral en la que influye la búsqueda de una misión en la vida como la motivación de crecimiento y la ayuda desinteresada hacia los demás.

La vida como tal se desenvuelve en un contexto interpersonal, en el que se caracteriza por buscar el sentido de la existencia así como los valores humanos como un aspecto básico para la persona, siendo el ser humano autónomo, responsable para la toma de decisiones para el desarrollo personal.

En cuanto a los aspectos psicológicos de mayor interés investigados en esta época, son las habilidades intelectuales y afectivas como parte de la adaptación en la vejez y su relación con el nivel de actividad y satisfacción con la vida.

2.1.4. La gerontología

Según Utrilla, Morillo, Palacio, Mariscal, Moreno, Torres (2013) en su libro “ATS/DUE Personal laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura” dice:

La gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y del hombre desde todos sus aspectos; biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales. Por esta razón, la gerontología es de interés para muchas disciplinas y es el estudio conjunto de todas ellas que intentan dar solución a la variedad de problemas que se derivan del proceso de envejecimiento. Podemos dividir la gerontología en dos grandes parcelas:

- La gerontología biológica: que estudia las alteraciones y los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y funcionales que acontecen con el envejecimiento.

- La gerontología social: que estudia a la persona como ser integral, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica y familiar donde vive, etc. (pág. 360)

Es importante señalar que la gerontología tiene un doble objetivo, desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida es decir dar más años a la vida, retardar la muerte de las personas, y desde un punto de vista cualitativo, busca la mejora de la calidad de vida de las personas mayores considerando esto dar más vida a los años.

El número de personas de edad en el mundo ha crecido rápidamente. Los ancianos, con su tendencia presentan enfermedades físicas y mentales que pueden transformarse en enfermedades crónicas, muchas veces los llega a dejar con incapacidad, significan un aumento en el gasto de la salud y un mayor uso de los recursos de salud y de los servicios sociales.

2.1.5. El adulto mayor

2.1.5.1. Conceptualización

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya sean consumados siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.

Según Preciado, S., Covarrubias, E., & Mirela, P., (2011) en su libro "Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social" dice:

Parafraseando a Piña Morán (2004) la vejez como etapa de vida tiene un significado importante en todos los seres humanos, sobre todo porque su

concepción misma está llena emociones, actitudes ante la vida, o bien puede estar precedida a situaciones que han vivido personajes de nuestra familia. entonces definirla es complicado, pues para alguno es el fin, el ocaso, mientras que para otros es un proceso natural degenerativo del ser humano, sin embargo, cuando definimos a los adultos mayores debemos de considerar los principios propuestos por María Montessori, los cuales son: ayudar al desarrollo natural del Ser Humano, estimular a la persona tener seguridad y respeto, favorecer a la responsabilidad y el desarrollo de la autodisciplina, libertad para desarrollar el propio control, desarrollar la capacidad e participación para ser aceptado, guiar en la formación espiritual e intelectual y reconocer que se construye así mismo (Rohrs,1993). Es decir, reconocer que los adultos mayores son seres humanos, personas únicas y plenamente capacitadas para actuar con libertad, inteligencia y dignidad, con quienes vamos a convivir y brindar atención con calidad y calidez. (pág. 17)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son determinadas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A las personas mayores de 60 años se le llamará de forma indefinida persona de la tercera edad. La vejez es considerada como una etapa de la vida igual que cualquier otra. Existen definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. con relación a la vejez.

De acuerdo a las definiciones que se encuentren, es igual de significativo tomar en cuenta las apreciaciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, de sus nietos, etc.

2.1.5.2. Características del adulto mayor

En esta como en todas las etapas de la vida, existen cambios en diferentes dimensiones, veamos cuales son esos cambios que se presentan y porque disminuyen las capacidades al paso de los años. En este caso abordaremos

los cambios presentes en cuanto al aspecto físico, psicológico, social y laboral. (Peña Morales Macías, 2011, pág. 8)

Dentro de la vida del ser humano nos encontramos con diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución de forma directa dentro de su entorno natural.

En el Adulto Mayor se determina las siguientes características:

Cambios sociales

- Cambio de roles en la familia.
- Concepción de la vejez en la sociedad.
- Jubilación.
- Cambio en las relaciones sociales.
- Viudez.
- Pérdida y abandono de los hijos.

Cambios económicos

- Disminuye la capacidad adquisitiva.
- Hogares compuestos solamente por adultos mayores.
- Hogares con adultos mayores jefes de hogar.
- Abuso patrimonial de sus bienes.
- Pérdida en la toma de decisiones económicas en el hogar

Cambios Físicos

- Deterioro en la apariencia física.
- Menor vigor y menor resistencia a enfermedades o condiciones desfavorables.

- Aparición de nuevos padecimientos físicos y mentales (demencias).
- Disminución de la visión, audición, elasticidad pulmonar, hidratación de la piel, metabolismo basal, saliva y volumen de agua corporal.
- Caída y encanecimiento del cabello.
- Lentificación de las funciones orgánicas en general.

Cambios psicológicos

- Vivencia de pérdidas, tales como pérdida de la salud, autonomía, familia, trabajo, y otras.
- Replanteamiento del proyecto de vida. Enfrentamiento con la propia muerte.
- Aumento de situaciones que inducen a la depresión, ansiedad y cambios de comportamiento.
- Síndrome del final de la vida.
- Presencia de mayor proceso introspectivo.

2.1.5.3. El paso de la adultez a la vejez

Según Frías, Lancho, & Sanz, (2010) en su libro, “Educación de las personas adultas en el marco del aprendizaje a lo largo de la vida” dice:

Erikson detiene varias etapas en la adultez: la joven, la madura y la vejez. La característica de la adultez joven es el amor; la de la madurez, el cuidado o la solicitud y de la vejez, la sabiduría. En estas etapas adultas propiamente dichas. Aparecen por primera vez cuando una persona está dispuesta a dedicar las fuerzas, que han madurado anteriormente, al mantenimiento de o conservación del mundo, en el espacio y el tiempo históricos. En este momento deben de combinarse en las cualidades del amor y cuidado o afecto. El amor madura mediante la crisis íntima versus aislamiento; dicho sentimiento establece una reciprocidad con nuevos individuos en afiliaciones más amplias, trascendiendo de este modo la exclusividad de las

dependencias anteriores. El cuidado o el afecto es la preocupación concreta por aquello que se ha generado o a lo que se ha dado vida por amor; necesidad accidente, contrarrestando de este modo el Rechazo, que se resiste a comprometerse con este tipo de obligaciones. (pág. 115)

El envejecimiento, vejez o adulto mayor, se ha definido como un proceso de disminución donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a cambios funcionales y a la muerte.

Estos cambios morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos se identifican por una pérdida creciente de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce la crecida progresiva de la vulnerabilidad ante el estrés y finalmente la muerte.

Se ha definido primeramente como una etapa de la vida y consecutivamente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

Y finalmente, en el organismo el envejecimiento es conocido como un deterioro progresivo de los procesos fisiológicos, imperiosos para mantener constante el medio interno.

2.1.5.4. El adulto y su condición psico-social

La teoría e Investigación Social sobre el desarrollo psicosocial determina que muchos ancianos reexaminan sus vidas y sus condiciones, perfeccionan sus asuntos que han dejado inconclusos, y resuelven como encaminar mejor sus energías y como pasar sus últimos días. Generalmente desean dejar un legado, transferir su experiencia, y hacer lo que no lograron de jóvenes.

Dentro de las condiciones psico-sociales se encuentran los temas normativos y tareas, integridad del yo frente a desesperanza, la sabiduría aceptando los grandes arrepentimientos, modelos y estrategias de afrontamiento, modelo de valoración cognoscitiva, afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción (paliativo), el parecer, la gente frente a su rol, la pérdida ambigua entre otros aspectos.

Según Ballesteros Fernández Rocío, (2010) en su libro “Psicología de la vejez” dice:

La común creencia es que a partir de una determinada edad empieza “la vejez”. La idea más común es que existe un comienzo de esa vejez, generalmente establecido en la edad de jubilación, y, lo que es peor, que ello conlleva pérdida, declive y deterioro. Y es que la psicología -o mejor aún, algunos psicólogos- han asumido un modelo biomédico por el que sabemos que, a lo largo de la vida, pasados un periodo de fuerte crecimiento, todos nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia. (pág. 22)

Es este comportamiento de los sistemas biofísicos a lo que, desde la biología, se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo. La psicología al ser una ciencia básica dedicada al estudio del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios y, por tanto, incluye tanto la conducta dentro del envejecimiento sus comportamientos, experiencias, recuerdos, emociones que de una u otra manera refleja la existencia de ese ser humano.

2.1.5.5. El adulto mayor y la pobreza

Según el PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR “Adultos Mayores (diagnóstico)” dice:

El Gobierno de la Revolución Ciudadana implementa políticas públicas basadas en la defensa de los Derechos y en el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres.

En este período de vida, existen mayores limitaciones para acceder a recursos de subsistencia y se incrementan las necesidades de atención.

Caracterización de Adultos Mayores:

- 45% en condiciones de pobreza y extrema pobreza por NBI.* (424.824 AM).
- El 42% vive en el sector rural.* (395.180 AM).
- 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo.**(Dato 2013).
- 14,9% son víctimas de negligencia y abandono (PNBV).
- 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo. (pág. 121)

Estudiosos del tema hacen hincapié en que la pobreza posee rasgos diferentes en la vejez puesto que es una etapa donde se ve rigurosamente constreñida cualquier meta individual o colectiva para salir de ella; es una pobreza con menos esperanzas y muy pocas opciones de salir de ella.

Muchas veces los familiares no pueden hacerse cargo de sus ancianos por la crisis económica, el estado tampoco tienen forma de cubrir con todas las necesidades por ende muchos de ellos van hacia la pobreza extrema llevándolos a la mendicidad.

A todo este problema se suma el hecho de que muchos de ellos tienen dificultades visuales o auditivas, o enfermedades graves como tensión arterial, diabetes, debido a lo cual no existe acceso a créditos para ellos o simplemente la discriminación por edad lo inutilizan de la posibilidad de

integrarse al trabajo o generar algún emprendimiento. Junto con ello, las redes sociales se debilitan y la capacidad de adaptarse a los cambios también decrece.

2.1.5.6. Políticas a favor del adulto mayor

El Estado reconoce la autonomía del Adulto Mayor, como su capacidad para organizarse y crear instancias que los representen en su diversidad de inquietudes e intereses. Por ello los gobiernos de turno en todos los países están en la obligación de responsabilizarse de los adultos mayores y de sus necesidades.

Por ello se busca un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, para alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores.

Todo esto se podrá lograr con medidas de autovaloración, prevención, flexibilidad legislativa, concientización a la familia, entre otros.

En la República del Ecuador, la Ley del Anciano, con varias reformas, dio un maravilloso marco jurídico en 1991, que vislumbraba, entre otros beneficios: alimentos, exoneraciones en impuestos, tarifas de transportes, espectáculos, tasas de agua, luz y teléfono con el 50% de descuento; hogares de protección, salud, educación entre otras premisas.

Según la ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR (2013-2017) dice:

CAPÍTULO TERCERO

Los derechos de las personas y grupo de atención

SECCIÓN PRIMARIA

Adultas y Adultos Mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- “El Estado garantiza a las personas adultas mayores los siguientes derechos dice:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicina.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exoneración en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales de acuerdo a la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su condición y consentimiento.

En otros artículos de la Constitución también se habla de un amparo social por parte del Estado a estos grupos humanos.

Se han establecido políticas estatales de protección al adulto mayor, pero que a veces, en ciertas instituciones tanto públicas como privadas, se incumplen estos postulados; y, como estas personas desconocen sobre estos fundamentos legales, pierden la confianza, creen que no hay políticas públicas que les amparen, y se sienten abandonados.

2.1.5.7. La afectividad

Según Martí, Ángel Miguel (2016) en su libro “La afectividad: Los afectos son la sonrisa del corazón” dice:

El equilibrio interior que facilita que la vida afectiva se densifique. Donde hay rupturas y cambios bruscos es difícil que la afectividad tome cuerpo, empape la instalación vital de una persona. La sensación de bienestar y de cierta placidez son las condiciones óptimas para que la afectividad se desarrolle al máximo. Es necesario por encima de todo buscar la paz del espíritu, y para ello habrá que acudir a todas aquellas estancias que sean necesarias -que por cierto son muchas- hasta obtener un equilibrio interior que nos permita disfrutar de la vida. (pág. sección 3)

La afectividad es el conjunto de emociones, estados de ánimos, sentimientos que impregnan los actos humanos que dan vida y calor, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarse, de disfrutar, de sentir, de amar, de odiar e interrelacionando con la expresividad corporal, por lo tanto, confiere una sensación subjetiva de cada momento y puede contribuir a orientar la conducta en toda su personalidad.

2.1.5.8. Las características de la afectividad

Subjetividad: tiene relación con su “Yo” interior, ligada al estado de ánimo y consecuencia, en las que se observa sus manifestaciones a través de gestos, risas, llantos, signos, etc.

Trascendente: Influye en otros aspectos de la personalidad y es influida también por ellos.

Comunicativa: Es en sí una forma de comunicación con el medio.

Polaridad: Los procesos afectivos pueden agruparse en polos opuestos, es decir tiene un lado y su contrario; por ejemplo: felicidad – tristeza, etc.

Emociones

Según Vera Acosta José María, (2016) en su libro “PNL e Inteligencia Emocional” dice:

Emociones: Cada emoción es un estado cerebral teñido de sentimientos, en diverso grado. Suelen estar acompañadas de exteriores de movimientos. Pueden ser agradables o no. La emoción tiene como objetivo la supervivencia (pág. sección 3).

Suelen ser de Corta duración y alta intensidad, son reactivos a algún estímulo, interno o externo, es decir, cada persona o individuo experimenta una emoción, tal como, la Ira, el Miedo o la tristeza, en particular dependiendo de las experiencias dentro del entorno natural.

Sentimientos

Según Vera Acosta José María, (2016) en su libro “PNL e Inteligencia Emocional” dice:

Los sentimientos son más constantes. Son estados afectivos de baja intensidad y larga duración, los conocemos como el estado del yo. Son permanentes, no precisan de estímulo alguno. El amor, la amistad, el patriotismo están ahí de continuo, durante un largo tiempo. No suelen cambiar sino por el devenir de la vida, aunque lógicamente pueden variar de intensidad: los amores familiares, a la patria, a un equipo.... (pág. sección 3)

Los sentimientos frente a las emociones son estados más afectivos, más duraderos, más profundos, sin embargo, alcanzan menor intensidad, entre estos encontramos sentimientos positivos (amor, felicidad, etc.) y sentimientos negativos (odio, venganza, etc.).

Pasiones

Según Vera Acosta José María, (2016) en su libro “PNL e Inteligencia Emocional” dice:

La pasión es un estado afectivo muy intenso y de larga duración. Esta entre emoción y sentimiento. Participa de una y otra. También es la amígdala la que le pone en marcha, y puede ser muy intensa. La amígdala es la región del cerebro que desempeña un papel fundamental en los fenómenos emocionales. (pág. sección 3)

Se puede hacer referencia a los estados de gran carga afectiva, similar a las emociones que influyen debido a su intensidad sobre el pensamiento lógico y tienen una gran duración, la cual, se asemeja a los sentimientos.

Pasión superior.- desarrollo personal y moral del individuo, ejemplo pasión de la música de Beethoven.

Pasión inferior.- Impiden u obstaculizan el desarrollo personal y social, ejemplo: pasión desmedida por el poder.

2.1.5.9. La afectividad en el adulto mayor

Según d’Hyver & Gutiérrez, (2014) en su libro “geriatria” dice:

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integral del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos. Es importante fortalecer la autoestima del adulto mayor a través de la sexualidad en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. El pertenecer a un grupo social o religioso ayuda al adulto mayor a mantenerse firme en sus

convicciones personales y le satisface sus necesidades psicológicas básicas como el respeto, seguridad, autoestima y sentirse aceptado por la sociedad. (pág. 240)

Cuando el adulto mayor llega a la tercera edad se puede encontrar afectada por abandono o por falta de comunicación en el núcleo familiar, rompiendo así lazos afectivos, sentimientos del adulto mayor logrando una vulnerabilidad, en el cual, genera pensamientos de muerte para así no llegar a ser una carga en su entorno, y mucho menos una molestia para nuevos integrantes de la familia como: nueras, yernos, nietos entre otros.

El estudio sobre la importancia de las emociones en el desarrollo psíquico del niño y sus consecuencias sobre el desarrollo adulto posterior, tiene su origen en las teorías psicoanalistas de principio de siglo. Hasta ese momento, la psicología, en su afán por conseguir la objetividad de sus postulados, apenas consideraba las cuestiones de índole emocional en sus investigaciones.

Por ello, como veremos posteriormente, el estudio de las vinculaciones afectivas desde la teoría del apego, se origina y nutren un principio de los estudios relacionados con la afectividad y la sexualidad iniciados por los investigadores de la teoría psicoanalítica.

2.1.6. El adulto mayor y la familia

2.1.6.1. Condición socio-económica de la familia

Según Bank Development Inter-American, (2011) en su libro “Protección Social para la Equidad y el Crecimiento” dice:

La vejez y la pobreza tienden a guardar una relación inversa por que la esperanza de vida de los pobres es menor que la de los ricos. Los pobres que llegan a la tercera edad tienen menos probabilidad que aquellos de su generación en mejor posición económica de contar con ahorros o con acceso a la cobertura del seguro social. Además que la esperanza de vida es más corta, los pobres tienen más probabilidad de sufrir prematuramente el deterioro del envejecimiento que la población en mejor posición económica, debido a sus deficiencias nutricionales, a la falta de atención médica y a que realizan trabajos que requieren más esfuerzo físico. Por ello, es probable que queden incapacitados a una edad más temprana. (pág. 122)

Es notorio que en los países en desarrollo el proceso de envejecimiento sucede con mayor rapidez que en los países desarrollados, esto se debe generalmente a las condiciones de vida de las personas, y tiene que ver con los recursos económicos para afrontar sus consecuencias, y las familias en su mayoría afronta en Latinoamérica crisis económicas, por otro lado los países en desarrollo tienen la ventaja de aprovechar la experiencia de los países desarrollados cuya población es más envejecida y de estar a tiempo para tomar medidas y anticipar algunos ciertos acontecimientos.

Muchas veces la falta de dinero se suma el tiempo de los familiares para poder cuidar del adulto mayor en consecuencia la mayoría tienen enfermedades graves y crónicas que requieren del cuidado de sus familiares, y debido al trabajo de los hijos y nietos es imposible hacer esta tarea.

2.1.6.2. Posición del adulto mayor en la familia

El proceso de envejecimiento tiene lugar en todos los distintos sistemas o estructuras del cuerpo, así como de la personalidad, comenzando con el subsistema inmunológico y biológico de supervivencia hasta el sistema

comportamental-adaptativo ante las amenazas y los nuevos estímulos, estos problemas llevan a pensar que no puede ver el mismo como un proceso simple o unitario, sino como un conjunto de procesos asociados entre sí.

En el camino hacia la vejez se van produciendo cambios en los órganos y sistemas que tienen su repercusión directa en todo el funcionamiento del organismo, como el envejecimiento de la pituitaria, las glándulas endocrinas, cambios en la función reproductora femenina, en el sistema renal, óseo, cardiovascular, y enfermedades como neoplasias, enfermedades vasculares y degenerativas que en muchos casos justifican la noción general de pérdida que predomina durante dicha etapa, en la sociedad.

Según Mayor Miguel Ángel, Código del Adulto (2013) en su libro “El adulto mayor y la familia” dice:

La familia constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que en tanto célula fundamental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y en cuanto centro de las relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas". (pág. 123)

Con el adulto mayor en la casa cambia el concepto de familia enfocándose hacia su extensión, teniendo así la familia nuclear, formada por los padres e hijos que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez; familia extensa, si están incluidos los abuelos, tíos, etc.; familia ampliada, si se incluyen individuos que no tienen lazos consanguíneos.

Existen diversas definiciones pero podemos concluir que es un grupo de pertenencia natural, en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros.

Posee estructura jerárquica y funcionamiento sistémico.

Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social , en tanto se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos sociales debe cumplir con las funciones que permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades , desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante.

2.1.6.3. Abandono familiar

El abandono al adulto mayor es considerado como un abuso y lamentablemente se ha generalizado principalmente en el ámbito familiar, inclusive se lo toma como violencia intrafamiliar; se trata de un acto de omisión único o repetitivo que consiste en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia; esta violencia, se puede dar en relación con el poder del que ejecuta la violencia o bien en función de: sexo, edad o condición física.

Según Ruiz Félix; Hernández O., (2013) en su libro “El Abandono del adulto mayor, manifestación de violencia intrafamiliar” dice:

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. (pág. 148)

Es importante tomar en cuenta que en la vejez frecuentemente existe algún grado de discapacidad especialmente del área motora, realidad que puede generar dificultades para que exista el apoyo familiar y se genere por consiguiente el abandono del anciano.

Otros factores suelen ser la depresión en los ancianos; siendo este el motivo de mayor fuerza para que muchos de ellos opten por el suicidio.

Entonces el abandono es una forma de maltrato, es también una negligencia, o abuso, el cual se define como el acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro la salud o la vida. La denuncia de casos de abusos del anciano no es fácil de obtener debido a varios factores:

- Vergüenza
- Miedo a no poder cuidarlo
- Sentimientos de culpa
- Demencia como patología

Los adultos mayores han presentado algún tipo de maltrato, estos pudiendo ser dentro o fuera de los hogares, el maltrato no solo ha sido físico sino también el maltrato abarca la integridad moral y psíquica del adulto mayor.

En un análisis se determinó que uno de cada cinco de los adultos mayores sufre maltrato, la mayor parte de las ocasiones los agresores suelen ser los cónyuges, hijos e inclusive los nietos de las víctimas, entre otros parientes.

En otros casos, son individuos externos a la familia.

2.1.6.4. Maltrato social hacia el adulto mayor

El maltrato al adulto mayor es un fenómeno presente en todo el mundo, y aunque no existen estadísticas claras y actualizadas que permitan valorar su impacto personal ni social. La violencia es tomada como un problema de Salud Pública que se presenta en distintos ámbitos del desarrollo del hombre; inclusive se percibe como parte de la condición humana. Esta problemática se da por las consecuencias perjudiciales del maltrato en la salud de los adultos mayores víctimas, concluye siendo asumido por las instituciones de salud.

El maltrato vulnera los derechos y la dignidad como consecuencia del abuso de poder hacia una persona que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad debido a sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades. (pág. 84)

Según Adams Yuly, (2012) el abuso asume dos formas: El primero "Maltrato" como grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, abandono) y el segundo como "Formas menores" que muchas veces pasan desapercibidas para el entorno, pero igualmente inaceptables.

El estudio SEGG, (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) según las esferas comprometidas de la persona las clasificó en:

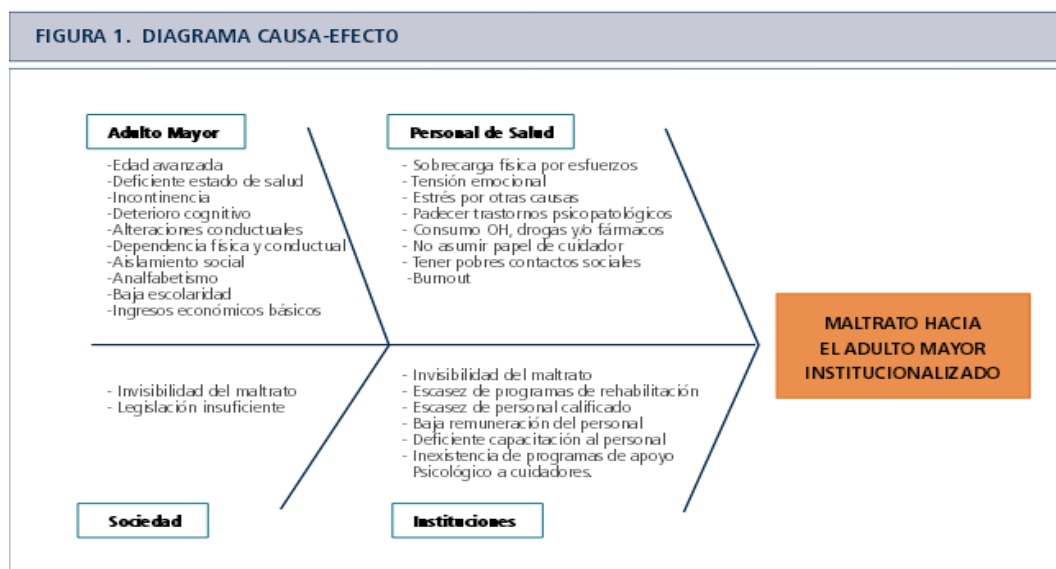
Esfera íntima:

- a) Explotación de la capacidad de trabajo en el hogar.
- b) Destitución familiar: ignorar o franca hostilidad.
- c) Desarraigo: ingreso forzoso a institución o casas de familiares.
- d) Explotación económica y apropiación de sus bienes.
- e) Abandono: familia desatiende sus necesidades.
- f) Falta de capacitación de los cuidadores informales.

Ámbito público:

- Falta de instituciones sanitarias para la atención geriátrica especializada.
- Profesionales médicos que achacan a la edad cualquier padecimiento.

A su vez, los autores Wolf (9) y Pillemer (10) clasificaron los malos tratos en: Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.



Fuente: Yuly Adams.
Elaborado por: Yuly Adams.

Dentro de las instituciones de ayuda a los adultos mayores como hospitales, ancianatos y otros el maltrato es institucionalizado y de acuerdo a las palabras de (Adams Yuly, 2012) principalmente son:

Infantilización: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.

Despersonalización: Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.

Deshumanización: No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.

Victimización: Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han puesto en evidencia las deficiencias en el marco legal de los países participantes y han propuesto un “Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento”. Esta iniciativa en sus puntos relevantes pone de manifiesto los valores que subyacen al decir: “Las personas deben recibir un trato justo, independiente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica” (Adams Yuly, 2012)

De acuerdo a los datos anteriores es fundamental primero visibilizar el maltrato al adulto mayor para luego reconocerlo, tratarlo y prevenir su aparición. El reconocimiento del problema no significa sancionar, por el contrario más bien nos invita a investigar y buscar soluciones en una sociedad que envejece. Las soluciones más allá de las bases legales, deben hacer reflexionar a la sociedad y a las familias acerca de la dignidad del adulto mayor, el rol que tienen las instituciones dedicadas a su cuidado y la responsabilidad social que todos de forma directa o indirectamente se tiene con estas personas.

2.1.7. Las instituciones de acogimiento del adulto mayor

2.1.7.1. Conceptualización

Lugar público o privado de descanso y atención a los adultos mayores, donde se busca mejorar la calidad de vida a través de:

- Bienestar físico. Sentirse bien de salud, seguro, etc.
- Relaciones interpersonales. Relacionarse con la familia y el entorno social.
- Desarrollo personal. Oportunidad de desarrollo intelectual, expresivas, negocios etc.
- Actividades recreativas. Actividades para socializar y recrearse tanto pasivo como activamente.
- Actividades espirituales.

2.1.7.2. Tipos de instituciones de acogimiento al adulto mayor

Acogimiento familiar: Son familias que desean dar el servicio de cuidados a adultos mayores dentro del calor de la familia y por ello los familiares o el estado hacen los pagos respectivos a estas familias.

Acogimiento temporal: Son consideradas más casas de salud para adultos mayores, que tienen crisis de salud y requieren cuidados especiales que nos los pueden dar en los hospitales generales.

Acogimiento permanente: Son llamados también ancianatos, casas hogar de adultos, casas de reposos, entre otros, estos lugares acogen a los adultos mayores durante grandes períodos de tiempo, incluso definen programas de terapias, cuidados nutricionales, de salud y esparcimiento.

2.1.7.3. Requisitos para un servicio de acogimiento del adulto mayor

Según el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR (2013) existe una serie de requisitos que los establecimientos nuevos de cuidados para adultos mayores deben cumplir de acuerdo ley.

2.1.7.4. El Estado y su responsabilidad con el adulto mayor

Según el MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL, (2012) “Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas” dice:

El grupo poblacional de adultos mayores en el Ecuador, está en una etapa de crecimiento progresivo, producto de los cambios de comportamiento en las tasas de natalidad, mortalidad e incremento en la esperanza de vida, característicos de la fase de transición demográfica. En términos absolutos, de acuerdo al Censo del 2010 las personas adultas mayores en el Ecuador llegarían a 942.000 aproximadamente, de un total de 14'500.000 habitantes, lo cual corresponde al 6,5%. (pág. 6)

Según el MIES 2012 de manera general se puede mencionar que el 70% de la población adulta mayor se encuentra entre los 65 y 85 años, y la división por sexo es del 48% del sexo masculino y el 52% de sexo femenino.

Se ubican mayoritariamente en la costa y sierra del Ecuador, su estado civil es casado con un 44,48%, seguido de viudo con un 26,89%. Con respecto a su nivel socio económico, la encuesta SABE indica que alrededor del 30% carece de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, la incorporación en condiciones precarias al mercado laboral, el acceso a albergues públicos y privados o, viven en la mendicidad; cerca del 38% realiza alguna actividad económica; el 27% son analfabetos; proporción que se incrementa en las mujeres.

Existen cambios significativos en los beneficios del adulto mayor en la nueva Constitución Política del Ecuador aprobada en el 2008, y con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 ahora Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013.

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; el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos.

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución, parten del reconocimiento del Estado como “constitucional de derechos y justicia”

(Art. 1), frente a la noción de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista legislación secundaria. La Constitución ecuatoriana amplía además las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales (Ávila, 2008: 3-4). De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos universales de los ciudadanos y ciudadanas del país.

La Constitución de la República del Ecuador vigente, aprobada en 2008, contiene un importante capítulo sobre los derechos de las “personas adultas mayores” (Capítulo Tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art.35); este hecho es de particular importancia toda vez que la Constitución es la norma máxima del país, cuya aplicación es obligatoria tanto en el ámbito público como en el privado.

De igual manera se establecen importantes articulados sobre los derechos de las personas adultas mayores a la protección, seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, las mismas que manifiestan taxativamente las responsabilidades y obligaciones del Estado en el reconocimiento de estos derechos, particular que debemos destacar por tratarse de un logro para la población de adultos mayores.

Según IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 2010) “Ley de seguridad social” dice:

La ley de Seguridad Social, se reformó en el año 2010; aborda el tema de las prestaciones de vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento. En el Ecuador, este es un derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social. (pág. 8)

Las prestaciones a cargo del Sistema de Seguridad Social en el caso de Ecuador son:

- La pensión por vejez e invalidez;
- El subsidio transitorio por incapacidad parcial;
- Las pensiones de montepío por viudez y orfandad;
- El subsidio para auxilio de funerales; y,
- La pensión asistencial por vejez o invalidez, financiada obligatoriamente por el Estado
- Atención de salud

El énfasis radica en lo que las personas pueden “hacer y ser” más que en lo que pueden “tener”. Para definirlo se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización

Como orientaciones éticas del Plan se expresan cinco dimensiones: justicia social y económica, justicia democrática y participativa, justicia intergeneracional e interpersonal, justicia transnacional y justicia como imparcialidad. El plan además plantea los desafíos en su ejecución que podrían resumirse en:

- Construir una sociedad que reconozca la unidad en la diversidad.
- Reconocer al ser humano como gregario que desea vivir en sociedad.
- Promover la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de convivencia.
- Garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas.
- Construir relaciones sociales y económicas en armonía con la naturaleza....

2.1.8. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Según Gabalda Caro Isabel (2010) en su libro “Manual de Psicoterapias Cognitivas” dice:

Una de las contribuciones más importantes de Ellis fue una distinción entre creencias <<racionales>> y creencias <<irracionales>> (Dryden y Ellis, 1986). Aunque la definición de las dos ha variado algo, las creencias racionales son preferenciales y son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren. (pág. 30)

Por otro lado, las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren. Por tanto hay un fuerte aspecto hedonista en su teoría y a la asunción tacita de que las creencias racionales suponen menos efectos negativos que las creencias irracionales.

Partiendo del trabajo de Karen Horney, Ellis argumentó que los individuos se perturban por sus << debería>> absolutista (<<debería hacer eso>>) y sus <<tener que>> (<<tengo que hacer eso>>), que le lleva a condenarse a sí mismos y a tener afecto negativo cuando intentan satisfacer sus exigencias imposibles. (págs. 30-31)

Albert Ellis fue uno de los filósofos que revolucionó acerca del tratamiento con la Terapia Racional Emotiva (TRE) siendo una de las terapias prácticas que es utilizada en la actualidad por los psicólogos, con métodos directos, científicos con pensamiento racional para la mejora de las ideas irracionales de las personas.

Mejorando las actitudes, emociones negativas e inapropiadas de los mismos, con llevando a una vida plena y satisfactoria.

2.2. Posicionamiento teórico personal

El presente trabajo se basa en el enfoque Cognitivo - Conductual tomando como exponente principal a Albert Ellis, guiando el presente trabajo investigativo con la Terapia Racional Emotiva (TRE), que sirve de base para sustentar de forma científica la investigación.

Hace un análisis del estado emocional de la persona logrando así Identificar, analizar y modificar las interpretaciones de conductas desadaptativas gobernadas por pensamientos irracionales que están muy arraigadas y forman parte de su experiencia.

Palomo hace hincapié que es preciso partir del conocimiento de las necesidades básicas y de cómo actúan sobre la conducta para lograr una constante expansión de forma que las conductas más elevadas indiquen la influencia sobre la conducta de orden inferior.

Por ello entendemos que la Terapia Racional Emotiva puede ayudar a minimizar los errores y maximizar los logros, el razonamiento emocional o la personalización mediante técnicas emotivas de forma individual o grupal.

Con esta terapia se ha logrado modificar paso a paso los pensamientos negativos que perjudican al ser humano, llegando así, a enseñar a los adultos mayores habilidades que finalmente lograrán un cambio en las conductas de las personas, que les permita tener una mejor calidad de vida.

2.3. Glosario de términos

Abandono: Se produce cuando cualquier persona que cuida y custodia a un anciano lo desampara de manera voluntaria

Adulto mayor: Persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por los Gobierno de los diferentes países.

Apoyo psicosocial: Proceso de relación interpersonal que proporciona ayuda afectiva, material y a veces hasta financiera, implica a un conjunto de personas, con relaciones de afecto y objetivas, con un vínculo temporal y con cierto sentido de reciprocidad. La ayuda psicosocial implica una serie de personas organizadas, lo cual constituye una red psicosocial que puede ser representada como nudos con vínculos.

Autocuidado: Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud". Implica cambiar estilos de vida incorporando conductas que permitan, a través de un estado de bienestar, desarrollar una vida plena y activa, perseverando y fortaleciendo la salud física o psíquica.

Ayuda técnica: Todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr su recuperación o rehabilitación, o para impedir su progresión o derivación en otra discapacidad. También se consideran ayudas técnicas los que permiten compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o cognitivas de la persona con discapacidad, con el propósito de permitirle salvar las barreras de comunicación y movilidad y de posibilitar su plena integración en condiciones de normalidad".

Constreñido: obligar a una persona hacer alguna cosa.

Constructo: en psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica, es algo que no se sabe que existe.

Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado.

Depresión: Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas.

Deterioro cognitivo: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona. El conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico (arteriosclerosis, parálisis general, intoxicación, enfermedades mentales de larga duración, etc.)

Discapacidad: Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Envejecimiento: Proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo.

Funciones cognitivas: Las funciones cognitivas son aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. Entre estas funciones destacan: la atención, la percepción, la memoria, la orientación y el juicio.

Gerontología: Procede del vocablo griego Geron, Geronto/es: los más viejos o notables del pueblo griego, aquellos que componían el Consejo de Agamenón, y de Logos: logia, tratado, estudio. Etimológicamente significa estudio de los más viejos.

Jubilación: Proceso por el cual se pone fin a la vida laboral activa de una persona. Implica un cambio global de la situación vital (individual, social, económica y legal) de la persona que se retira de la vida laboral.

Morfológico: La palabra morfológico es un adjetivo que se utiliza para hacer referencia a aquellos elementos, fenómenos o situaciones que tengan que ver con la morfología. La morfología es el estudio de las

formas que tienen diferentes cosas. Usualmente, la morfología se utiliza en dos áreas bien diferenciadas: en la biología, para estudiar el cuerpo, la forma de los diferentes organismos vivos y en la lingüística, para estudiar y analizar las palabras, los elementos que las mismas tienen, sus formas y estructuras.

Prevé: Corresponde a la tercera persona en singular (él, ella, usted) del presente de indicativo del verbo prever.

Taxativamente: adjetivo que refiere a aquello indiscutible, incuestionable o irrefutable.

Vejez: Etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales.

2.4. Interrogantes de la investigación

- ¿Cómo identificar las causas que generan el abandono del adulto mayor por parte del núcleo familia?
- ¿Cómo determinar las consecuencias que provocan el abandono del adulto mayor?
- ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores?
- ¿Para qué establecer una guía de intervención psicológica para los adultos mayores?

2.5. Matriz categorial

CONCEPTO	CATEGORÍA	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADORES
Abandono familiar de los adultos mayores	Adultos mayores	Características Edad Enfermedades	Personales 65 años en adelante Tipo general y catastróficas	
El abandono al adulto mayor es considerado como un abuso donde se deja a un lado sin cuidado y sin protección.	Abandono familiar	Causas Consecuencias Problemas sociales y emocionales	Pobreza, maltrato Indigencia, muerte Miseria, depresión, ganas de no vivir.	
Afectividad La afectividad será aquella capacidad de reacción que presente un sujeto ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos, pasiones y las emociones.		Emociones Sentimientos Pasiones	Ira Miedo Tristeza Positivas negativas Superiores Inferiores	Circunstancia Entorno Estado de ánimo Satisfacción Formación

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Investigación Cualitativa: se aplicó esta investigación dado que posibilita obtener información de individuos que tienen sus propias características, sentimientos y emociones, donde se trabajará de manera responsable en el manejo de la información para poder obtener resultados positivos en el presente trabajo.

Investigación de Campo: Esta investigación permite el acercamiento con las personas involucradas en la investigación como son los adultos mayores y las personas que dan asistencia y cuidado a los ancianos.

Investigación Aplicativa: Es la búsqueda de una aplicación práctica donde se evidencie el cambio de actitud a través de la aplicación de una propuesta de solución al problema con técnicas y talleres.

Investigación Descriptiva: esta se utilizara a través del proceso de la recolección de información, se describe los problemas existentes dentro de la incidencia del abandono al adulto mayor.

3.2. Métodos

3.2.1. Inductivo-Deductivo

La inducción nos permitirá sobre la base de información particular obtenida en los lugares de los hechos en especial en el diagnóstico y estudio de mercado, llegar a emitir un juicio de valor de carácter general y

la deducción nos ayudará para llegar a situaciones de carácter puntual específico y particular sobre la base del principio y leyes generales que nos proporcionan tanto la teoría administrativa, de mercadotecnia como las teorías y técnicas del comercio.

3.2.2. Analítico-Sintético

El presente proyecto se lo aplicará en primera instancia para el análisis de aspectos puntuales y concretos de la información que se obtenga de una investigación de campo, como la información bibliográfica existente en textos, manuales documentales, Internet. La síntesis ayudará a resumir o sintetizar la gran cantidad de información existente sobre el tema, mediante la elaboración de cuadros, esquemas y otros modelos de procesamiento de información para presentar en forma objetiva la información.

3.2.3. Sistémico

Este método nos ayudará a establecer una organización lógica estructural de la investigación, para la identificación del problema y definir la solución práctica al mismo.

3.2.4. Estadístico

Se lo utilizará para el desarrollo de cuadros estadísticas para la representación de la recolección de datos.

3.3. Técnicas

La particularidad del presente proyecto es que se realizará tanto investigación de campo como bibliográfica, por lo tanto para la investigación de campo utilizaremos:

3.3.1. Técnicas psicométricas

Son herramientas que tienen por objetivo evaluar la psiquis de la persona, para lograr plasmar los resultados mediante valores numéricos, tomando en cuenta que se puede obtener mayor cantidad de información en un mínimo tiempo, estas a la vez pueden variar dependiendo en función del tipo de evaluación que sea necesario.

3.3.2. Observación Directa

Supone la relación directa con el hecho o fenómeno que se observa, la información así es obtenida de primera mano.

3.3.3. Entrevista Indirecta

Su particularidad está en que la información se la obtiene de tercera personas, quienes de alguna manera se relacionan con el sujeto motivo de estudio y que pueden aportar información que aclare, confirme o reoriente la información obtenida del objeto principal de la investigación.

3.4. Instrumentos

Para llegar a operativizar las técnicas de la investigación se aplicarán instrumentos de recolección de datos como: test psicológicos y ficha psicológica.

3.4.1. Test psicológicos

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Según Retolaza, (2016) Ander en el libro "Salud mental y atención primaria: Entender el malestar" dice:

Se trata probablemente de una de las escalas más utilizadas para el estudio y medición de los síntomas depresivos (Hamilton, 1960). Esta particularmente extendida en la evaluación de los ensayos clínicos, sobre todo en caso de los fármacos. Hecho que probablemente, se debe a que la práctica ha demostrado que se trata de un instrumento particularmente sensible al cambio. Su amplio uso de la investigación sobre la eficacia de las intervenciones para la terapia de los trastornos depresivos es un importante motivo por el cual merece ser convenientemente conocida. Esto incluye su estructura y su sistema de valoración, tanto cualitativa (las preguntas en sí misma y sus criterios diagnósticos operativos) como cuantitativa (puntuación de los ítems, puntos de corte criterio de remisión, etc.) (pág. sección 10)

La escala de Hamilton tiene una valoración hetero-aplicada, que se plantea para ser utilizada en pacientes prescritos de depresión, con la finalidad de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar la misma.

Esto se valora con la información obtenida durante la entrevista clínica aceptando otro tipo de fuentes secundarias. Esta escala fue aplicada en todos los Adultos Mayores que residen en el hogar de ancianos.

Es una escala hetero-administrada por un profesional tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Además se pueden obtener, dos apreciaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre uno y otro a la hora de valorar los resultados de la misma.

Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es perceptible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Fiabilidad: en sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Crobach entre 0,76 y 0,92).

El coeficiente de correlación intercalase es de 0,92.

La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez: su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery – Asberg., o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

Es muy sensible al cambio terapéutico.

Inventario de autoestima de Coopersmith versión adultos

Según Coopersmith, Stanley (1967) en su libro “Escala de Autoestima de Coopersmith Versión Adultos” dice:

El Inventario de Autoestima de Coopersmith: partiendo de la prueba de su creador (Coopersmith, 1967), se utilizara la versión para adultos validada en México en 1993 (Lara-Cantú et al.. 1993), con vistas a caracterizar globalmente el proceso de la autoestima, y poder realizar comparaciones de tipo general con otros estudios.

Como puede observarse en los anexos, esta prueba consta de 25 ítems, con dos posibilidades de respuesta (si o no). A cada respuesta se le asigna diferentes valores, dependiendo del número de reactivo, que se califica al final una puntuación (según la suma de cada uno) de autoestima alta, media o baja. (pág. sección 12)

La escala está ajustada por 25 ítems, está creada para medir las actitudes valorativas, hacia sí mismo, como en áreas personales, sociales, familiar y académicas con adolescentes y adultos en adelante.

Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso.

Validez y Confiabilidad: Los resultados sobre la validez de constructo y concurrente así como sobre la confiabilidad, mostraron una adecuada validez y confiabilidad del instrumento en la población estudiada, dicho estudio es muy alentador en cuanto a la versión traducida del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (cres-4)

La escala cres-4 está dividida en 4 ítems

- 1.- La de satisfacción.
- 2.- Para calificar el grado de resolución del problema principal.
- 3.- Acerca del estado de ánimo antes de empezar el tratamiento.
- 4.- Estado emocional en el instante de responder al cres-4.

Del resultado de estas 4 preguntas se puede extraer 3 bloques que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas.

3.4.2. Ficha psicológica

Por medio de este instrumento se reúne los datos precisos en función de las necesidades del Adulto Mayor; el documento se expresa de forma breve, amena graduado, es decir, con pocas palabras detallando, datos

de identificación, situaciones familiares y reactivas aplicadas, logrando así, obtener datos más relevantes del paciente.

3.5. Población

La población está caracterizada por 30 adultos mayores que se encuentran dentro de la Institución, el 50% de ellos son analfabetos y el porcentaje restante tienen enfermedades típicas de la edad.

Cabe mencionar que 5 de las personas que se encuentran internas son indigentes.

3.6. Muestra

Al ser una población pequeña no requiere obtener un muestreo por método probabilísticos o no probabilísticos.

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1. Pre Test

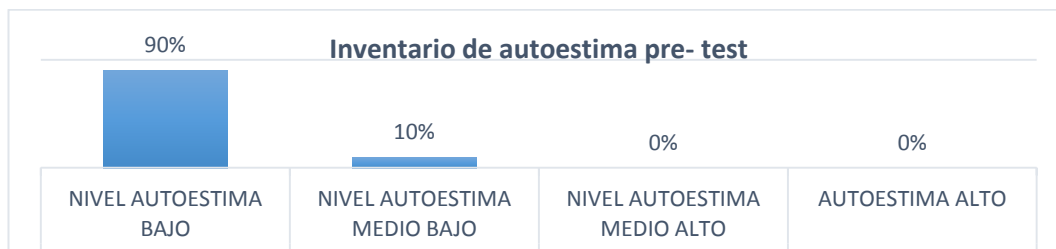
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Cuadro N° 1 Inventario de Autoestima Pre-Test

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PORCENTAJE
0-24	23	NIVEL AUTOESTIMA BAJO	90
25-49	7	NIVEL AUTOESTIMA MEDIO BAJO	10
50-74	0	NIVEL AUTOESTIMA MEDIO ALTO	0
75-100	0	AUTOESTIMA ALTO	0
Total	30		100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico N° 1 Inventario de autoestima pre- test



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se aprecia que casi la totalidad de los adultos mayores encuestados tiene niveles de autoestima baja por lo tanto esto muestra una realidad de lo que están atravesando, y solamente pocos de los encuestados tienen autoestima medio bajo. De acuerdo a los datos obtenidos se puede determinar que los pacientes tienen dificultades emocionales debido a su baja autoestima, lo que le perjudica para el desarrollo de las relaciones interpersonales con, los compañeros y el personal.

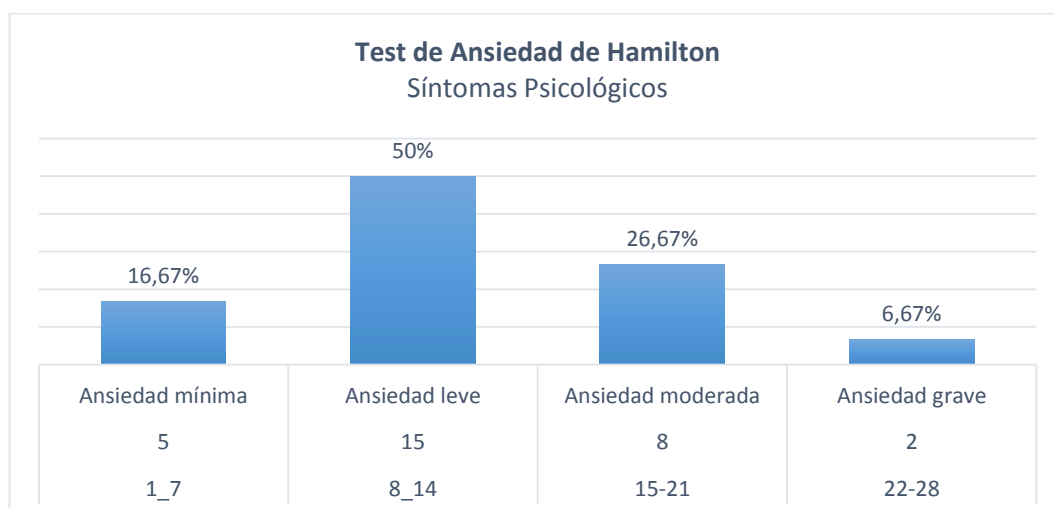
Test de Ansiedad de Hamilton

Cuadro Nº 2 Síntomas Psicológicos

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PORCENTAJE
1-7	5	Ansiedad mínima	16,67
8-14	15	Ansiedad leve	50
15-21	8	Ansiedad moderada	26,67
22-28	2	Ansiedad grave	6,67
Total	30		100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 2 Síntomas Psicológicos



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede valorar que la mitad de los adultos mayores que fueron encuestados tienen un síntoma de ansiedad leve mostrando una realidad de lo que está ocurriendo en el hogar de ancianos, mientras que el restante de los encuestados presentan cuadros de ansiedad moderada y de ansiedad mínima. Con estos datos se puede determinar que los adultos mayores presentan sintomatologías de ansiedad, lo cual perjudica al desarrollo de los mismos pacientes para relacionarse entre sí.

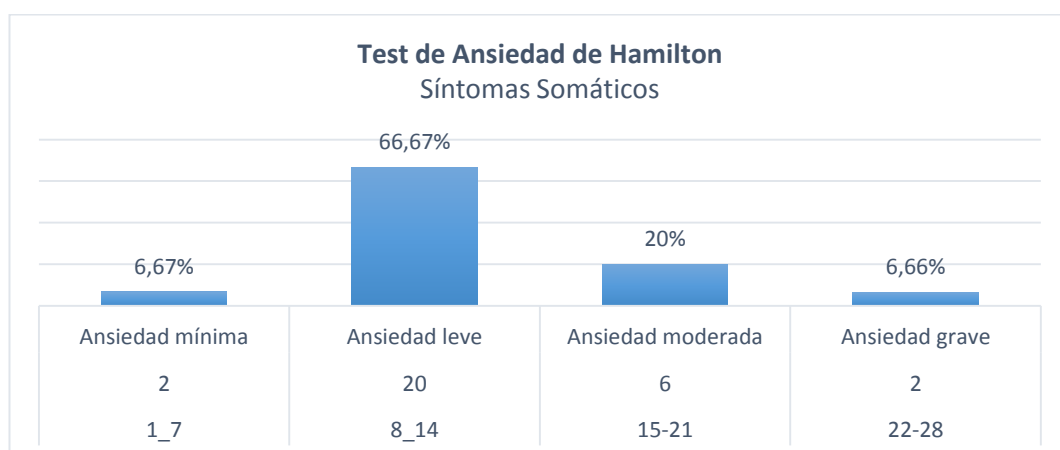
Test de Ansiedad de Hamilton

Cuadro Nº 3 Síntomas Somáticos

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PORCENTAJE
1-7	2	Ansiedad mínima	6,67
8-14	20	Ansiedad leve	66,67
15-21	6	Ansiedad moderada	20
22-28	2	Ansiedad grave	6.66
Total	30		100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 3 Síntomas Somáticos



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Podemos apreciar en el gráfico que más de la mitad de pacientes del ancianato presentan niveles de ansiedad somáticos leve, lo cual determina la realidad de lo que están atravesando, y un mínimo de personas tienen ansiedad grave. De acuerdo con los datos obtenidos que los pacientes tienen manifestaciones psicológicas como la tensión, el miedo la preocupación, lo que afecta al desarrollo interpersonal dentro de la institución.

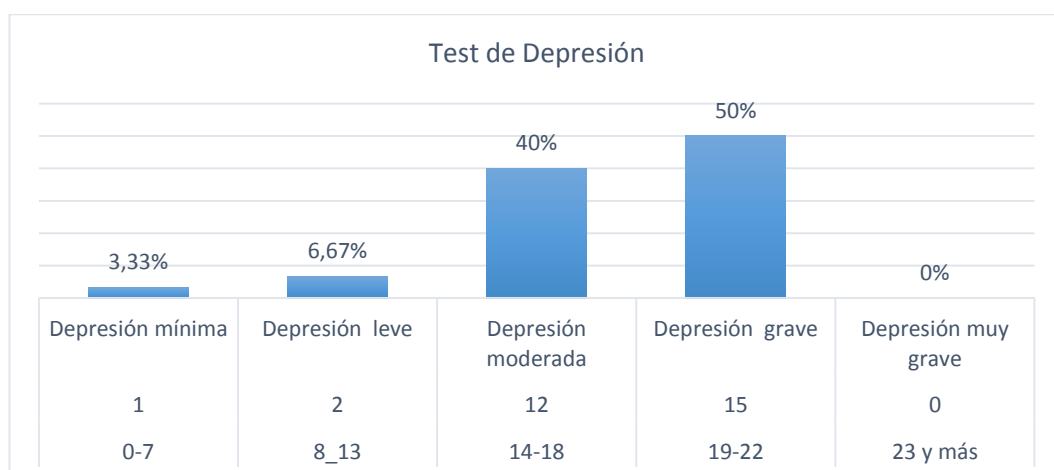
Test de Depresión de Hamilton

Cuadro Nº 4 Test de Depresión

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PORCENTAJE
0-7	1	Depresión mínima	3,33
8-13	2	Depresión leve	6,67
14-18	12	Depresión moderada	40
19-22	15	Depresión grave	50
23 y más	0	Depresión muy grave	0
Total	30		100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 4 Test de Depresión



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede considerar que la mitad de los adultos mayores encuestados presenta niveles de depresión grave, y pocos encuestados presentan niveles de depresión mínima. De acuerdo a estos datos obtenidos se puede apreciar que los encuestados tienen dificultades en enfrentar la vida y su desempeño diario con su alrededor.

Post Test

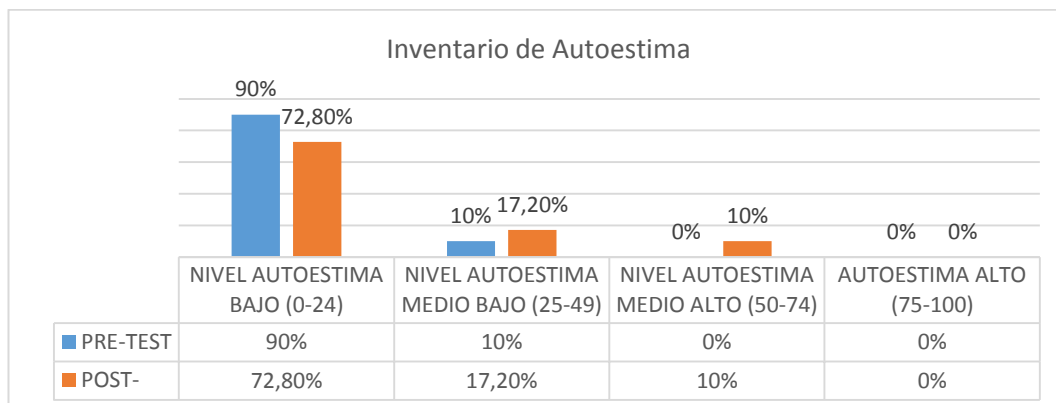
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Cuadro N° 5 Inventario de Autoestima

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PRE-TEST %	POST-TEST %
NIVEL AUTOESTIMA BAJO (0-24)	90	72,8
NIVEL AUTOESTIMA MEDIO BAJO (25-49)	10	17,2
NIVEL AUTOESTIMA MEDIO ALTO (50-74)	0	10
AUTOESTIMA ALTO (75-100)	0	0
Total	100	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico N° 5 Inventario de Autoestima



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que en el pre-test casi un total de los adultos mayores encuestados tenían una autoestima baja y que con el post-test se ha reducido variablemente, dando igual un aumento en los niveles de autoestima medio alto. De acuerdo a estos datos se puede determinar que los pacientes tienen una mejora en su nivel de autoestima, dando como resultado una mejor relación social.

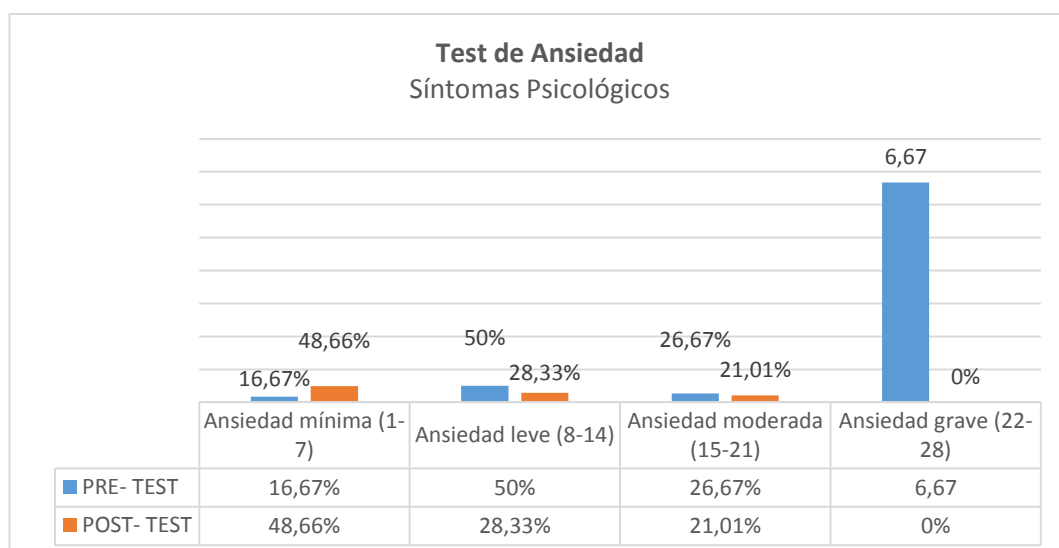
Test de Ansiedad de Hamilton

Cuadro Nº 6 Síntomas Psicológicos

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PRE- TEST %	POST- TEST %
Ansiedad mínima (1-7)	16,67	48,66
Ansiedad leve (8-14)	50	28,33
Ansiedad moderada (15-21)	26,67	21,01
Ansiedad grave (22-28)	6,67	0
Total	100	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 6 Síntomas Psicológicos



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede apreciar en el gráfico que la ansiedad leve después del post-test se ha reducido notablemente, lo cual, genera resultados positivos en los diferentes niveles de ansiedad así observamos el incremento de la ansiedad mínima. Y la eliminación de la ansiedad grave. En consecuencia con los datos obtenidos se establece que los pacientes tienen un mejor estilo de vida.

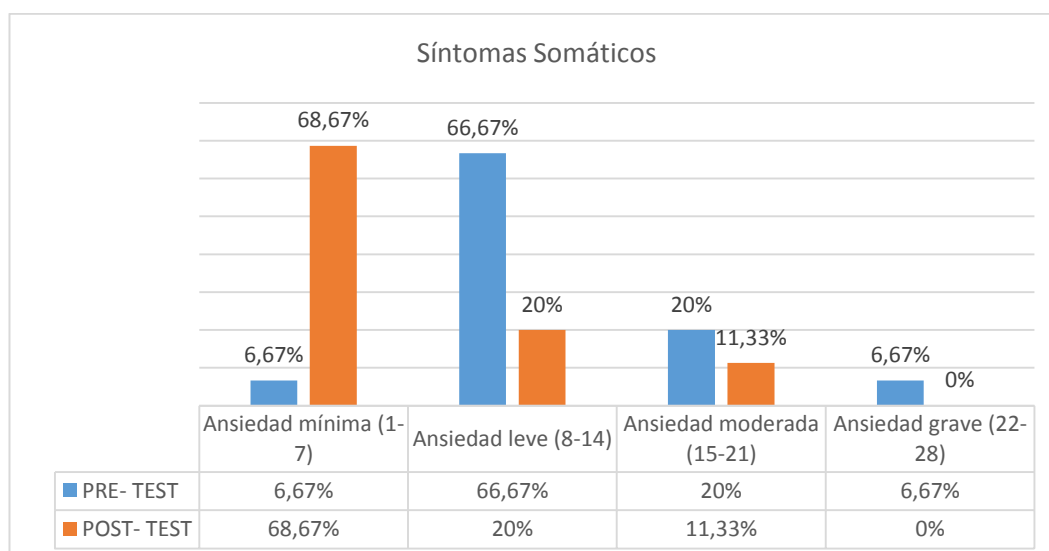
Test de Ansiedad de Hamilton

Cuadro Nº 7 Síntomas Somáticos

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PRE- TEST %	POST- TEST %
Ansiedad mínima (1-7)	6,67	68,67
Ansiedad leve (8-14)	66,67	20,00
Ansiedad moderada (15-21)	20,00	11,33
Ansiedad grave (22-28)	6,67	0
Total	100	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 7 Síntomas Somáticos



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede estimar una diferencia y un cambio dentro de los niveles de ansiedad leve se ha reducido más de la mitad de su resultado inicial, y se ve un crecimiento dentro de la ansiedad mínima con más de la mitad de los encuestados. Y poco de los encuestados tienen ansiedad moderada. Acorde con los datos obtenidos se puede establecer que los pacientes tienen mayor facilidad para la mejora de su salud.

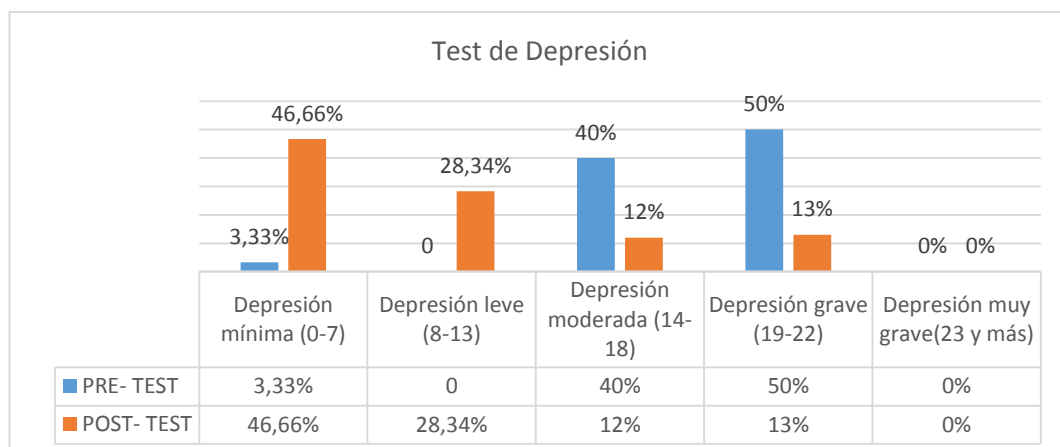
Test de Depresión de Hamilton

Cuadro N° 8 Test de depresión

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	PRE- TEST %	POST- TEST %
Depresión mínima (0-7)	3,33	46,66
Depresión leve (8-13)	6,67	28,34
Depresión moderada (14-18)	40	12
Depresión grave (19-22)	50	013
Depresión muy grave(23 y más)	0	0
Total	100	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por Fuente: Sandra Tocachi

Gráfico N° 8 Test de Depresión



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

Se puede apreciar que los niveles de depresión grave y la depresión moderada se han reducido con el post-test, así mismo observamos un aumento de la depresión mínima con menos de la mitad de los pacientes. De acuerdo a los datos obtenidos se puede determinar que los pacientes tienen una mejora, lo que ya no le perjudica para el desarrollo de las relaciones interpersonales con, los compañeros y el personal.

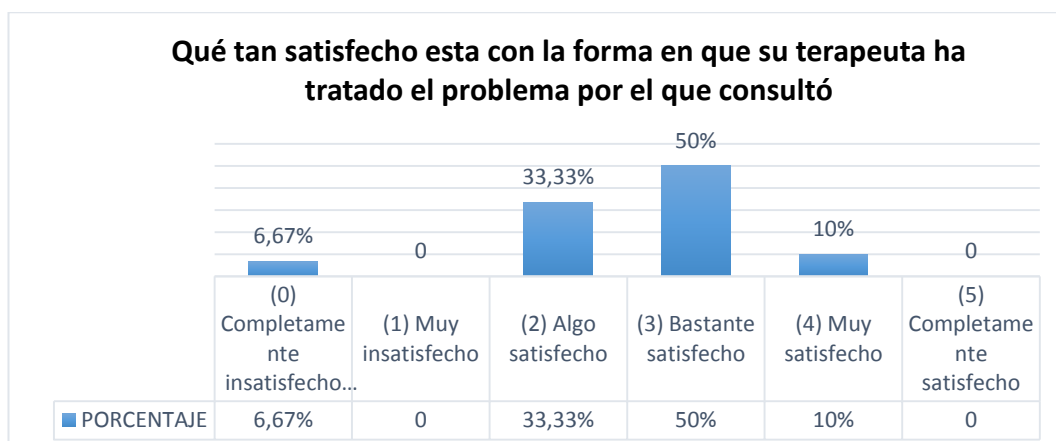
Escala de satisfacción con el tratamiento

Cuadro Nº 9 ¿Qué tan satisfecho está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(0) Completamente insatisfecho(a)	2	6,67
(1) Muy insatisfecho	0	0
(2) Algo satisfecho	10	33,33
(3) Bastante satisfecho	15	50
(4) Muy satisfecho	3	10
(5) Completamente satisfecho	0	0
Total	30	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 9 ¿Qué tan satisfecho está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN

Se puede apreciar que casi el total de los adultos mayores que fueron intervenidos alcanzaron niveles altos de satisfacción con la terapia realizada por parte del terapeuta, por lo tanto la insatisfacción ha disminuido rotundamente. La cual hace ver resultados favorables.

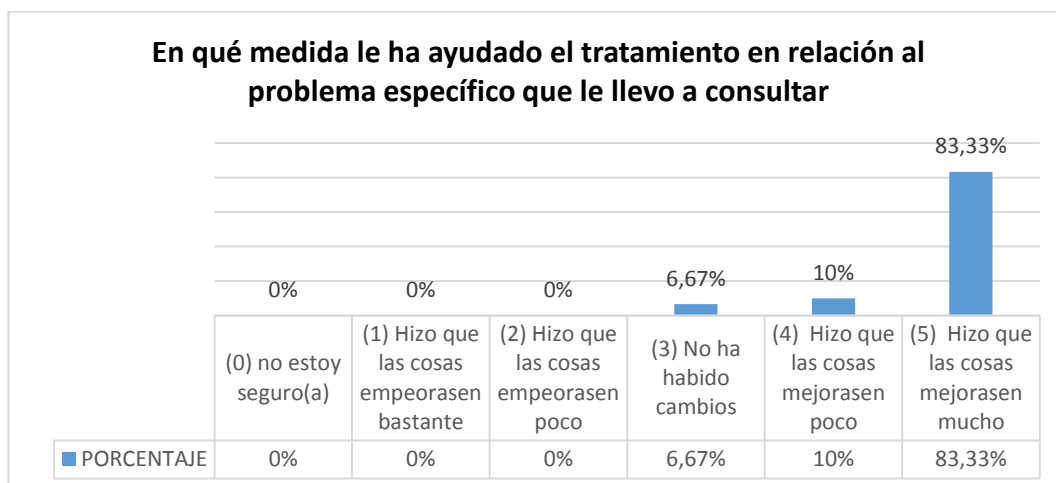
De acuerdo a los datos obtenidos podemos decir que la terapia ha servido de ayuda a los adultos mayores del ancianato.

Cuadro Nº 10 ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar?

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(0) no estoy seguro(a)	0	0
(1) Hizo que las cosas empeorasen bastante	0	0
(2) Hizo que las cosas empeorasen poco	0	0
(3) No ha habido cambios	2	6.67
(4) Hizo que las cosas mejorasen poco	3	10
(5) Hizo que las cosas mejorasen mucho	25	83,33
Total	30	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 10 ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar?



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN

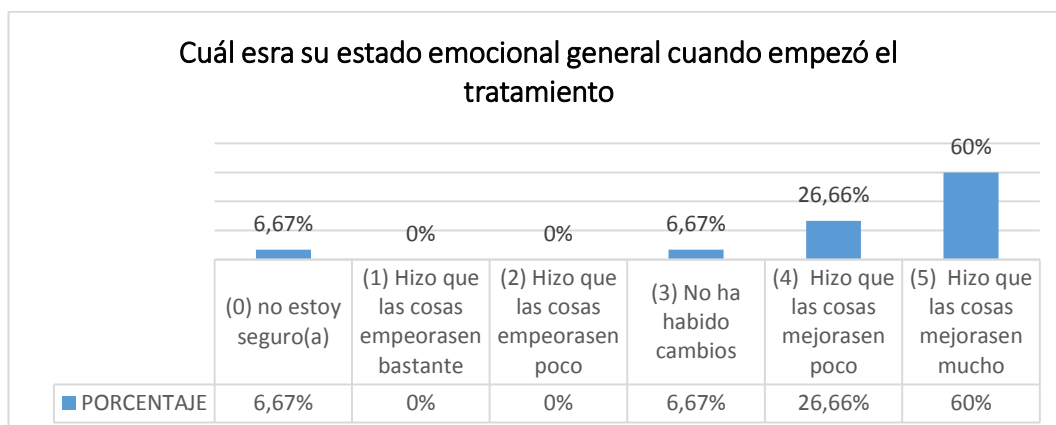
Se puede deducir que casi la total de los adultos mayores presentan mejoras con respecto al tratamiento realizado, por lo tanto un mínimo de los intervenidos no presentan mejora ya que sufre de esquizofrenia. De acuerdo a los datos obtenidos se puede determinar que los pacientes tienen una mejora, respecto a las condiciones iniciales.

Cuadro Nº 11 ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(0) no estoy seguro(a)	2	6.67
(1) Hizo que las cosas empeorasen bastante	0	0
(2) Hizo que las cosas empeorasen poco	0	0
(3) No ha habido cambios	2	6.67
(4) Hizo que las cosas mejorasen poco	8	26,66
(5) Hizo que las cosas mejorasen mucho	18	60
Total	30	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 11 ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

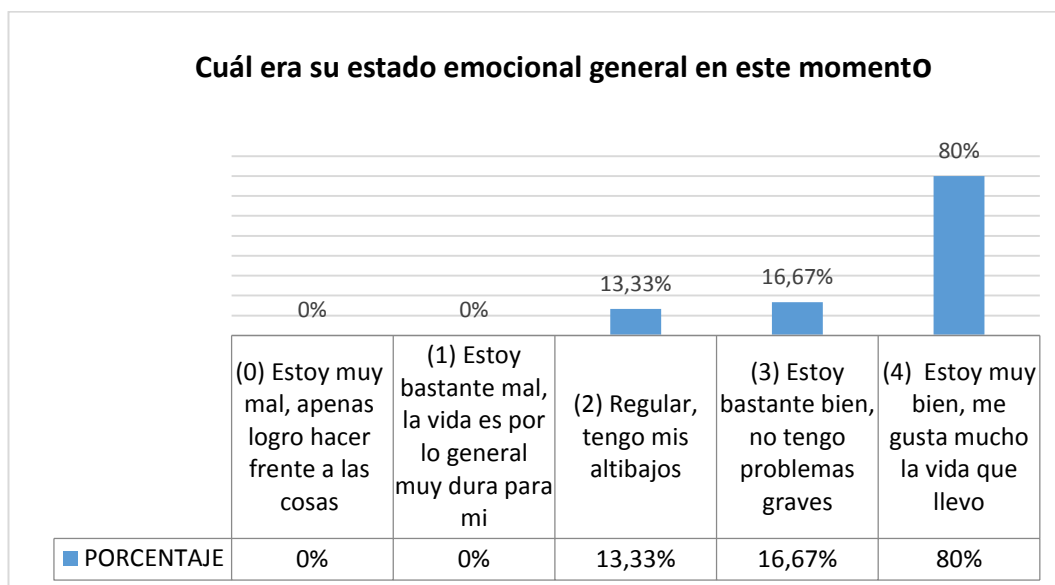
Se puede apreciar que casi la total de los adultos mayores encuestados tienen niveles mejorables de estado emocional, por lo tanto esto presenta una realidad de lo que están atravesando y así pueden desarrollarse con su entorno diario. De acuerdo a los datos obtenidos se puede determinar que los pacientes tienen dificultades emocionales debido a su baja autoestima, lo que le perjudica para el desarrollo de las relaciones interpersonales con, los compañeros y el personal.

Cuadro Nº 12 ¿Cuál era su estado emocional general en este momento?

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(0) Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas	0	0
(1) Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mi	0	0
(2) Regular, tengo mis altibajos	4	13,33
(3) Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	5	16,67
(4) Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo	21	80
Total	30	100

Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

Gráfico Nº 12 ¿Cuál era su estado emocional general en este momento?



Fuente: Adultos mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto"
Elaborado por: Sandra Tocachi

INTERPRETACIÓN:

El gráfico nos muestra que después de realizado el tratamiento han mejorado su estado emocional considerablemente casi la totalidad de los adultos mayores por lo tanto esto muestra la mejora en el desarrollo de las relaciones interpersonales con los compañeros y el personal del hogar de ancianos.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las herramientas que se emplearon para la investigación psicológica fueron diseñadas en base a la Terapia Racional Emotiva de Ellis que favorecieron a la aceptación y adaptación positiva logrando mayor seguridad, optimismo, colaboración y adherencia al tratamiento, durante el cual se trabajaron pensamientos disfuncionales permitiendo una mejor percepción del sentido de vida.
- En base que el modelo elegido probó ser efectivo, se determina que un abordaje grupal es adecuado para mejorar la aceptación, así como también, el crecimiento y desarrollo, siendo fundamentales para el individuo en su proceso de mejora personal y psicológica, ya que al identificar y modificar sus creencias irracionales generan cambios que benefician al adulto mayor.
- La aplicación de la terapia Emotiva en el pre-test del grupo experimental incremento el nivel de autoestima, determinando que la TRE es un método eficaz para fortalecer la autoestima, además ayuda a modificar las ideas irracionales por ideas racionales, mediante la cual proyecta una percepción positiva que contribuye una condición básica para la estabilidad emocional, el equilibrio personal, salud mental y, en última instancia mejorando la calidad de vida.
- De acuerdo a lo observado en post-test del grupo de control se evidencio un aumento en el nivel de autoestima a medio alto, lo que refiere que las matrices establecidas de intervención psicológica grupal empleadas a corto plazo fueron propicias.

5.2. Recomendaciones

- Las intervenciones terapéuticas en el hogar de ancianos no solo debería establecerse de manera individual, sino implementar más intervenciones grupales para lograr el desarrollo humano, intercambiar ideas de positivismo, creando un ambiente propicio para mejorar las relaciones interpersonales y su calidad de vida.
- Establecer reuniones terapéuticas entre los profesionales que forman parte de la institución para determinar los avances o repercusiones que presentan los adultos mayores que son sometidos al tratamiento, igualmente recomendar al psicólogo planifique trabajos terapéuticos grupales para los familiares de los mismos, que emplee material didáctico atractivo, ya que eso motivará la asistencia de los mismos y ayudará a los pacientes a mantenerse en el tratamiento y encuentren apoyo; de esta forma se estime y logren conseguir metas con optimismo.
- Se recomienda que los pacientes continúen recibiendo terapia, ya que son propensos a decaer con el tiempo, se requiere de constante motivación, de la misma manera es recomendable contar con un programa de tratamiento con la aplicación de la terapia racional emotiva estructuralmente establecida que pueda ser generalizada y estandarizada, la misma que demostró tener buenos resultados en el estudio planteado.
- El psicólogo debe de ampliar su campo de acción, ya que su presencia es de gran importancia en el campo de salud mental, para lograr el bienestar tanto físico como psicológico y así promover el desarrollo integral del ser humano.

5.3. Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cómo identificar las causas que generan el abandono del adulto mayor por parte del núcleo familiar?

A través de la entrevista directa, que se realizó al personal que integra el Hogar de ancianos, brindo la información necesaria, el cual, se pudo evidenciar las causas del abandono, una de las principales es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil la misma que viene acompañada de enfermedades típicas de la edad , persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece, sin embargo, se puede evidenciar otra causas como es la de familias extensas o familias disfuncionales donde nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este, siendo esta una etapa de la vida la más dura y triste para la persona que debería de disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida. Citación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad.

¿Cómo determinar las consecuencias que provocan el abandono del adulto mayor?

El abandono familiar hacia el adulto mayor tiene consecuencias sobre las personas como ser social que afecta directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc., es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar los sentimientos pasan al olvido, los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad, se considera que un diagnóstico temprano en conjunto con un tratamiento oportuno y optimo ayudó favorablemente en el desarrollo psico-emocional en pos de una mejor calidad de vida.

¿Cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores?

Para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, se evaluó el nivel de afectividad evidenciando una autoestima baja, la misma que limita el desarrollo personal, emocional, social y psicológico, viendo así la necesidad de contar con un tratamiento y la aplicación de la Terapia Racional Emotiva estructuralmente establecida que puede ser generalizada y estandarizada la misma que demostró obtener resultados positivos.

¿Para qué establecer una guía de intervención psicológica para los adultos mayores?

Al establecer una guía de intervención psicológica se incentiva mejorar la autoestima de los adultos mayores implementando técnicas y talleres afectivos, logrando así, eliminar pensamientos irracionales y adquirir herramientas necesarias que le sirvan para mejorar su calidad de vida.

Capítulo VI

6. Propuesta alternativa

6.1. Título de la propuesta

ELABORAR UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS.

6.2. Justificación e Importancia

Dentro del marco contextual, es evidente que en Ecuador hay un gran porcentaje de Adultos Mayores abandonados, debido a diferentes causas y situaciones , una de las principales, es el desplazamiento o destierro familiar, falta de recursos económicos, hogares disfuncionales y enfermedades incapacitantes.

Es así que nace la propuesta de crear una “GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS”, como una estrategia que incentiva mejorar la autoestima de los adultos mayores implementando técnicas y talleres afectivos, logrando así, eliminar pensamientos irracionales y adquirir herramientas necesarias que le sirvan para mejorar su calidad de vida.

6.3. Fundamentación

La propuesta a realizarse tiene un enfoque cognitivo conductual, la cual, está enmarcada a aplicar técnicas de Albert Ellis, como la Terapia

Racional Emotiva Conductual (TREC), que ayuda, a las personas a maximizar su estado emocional, aceptación y su compromiso social para así conseguir el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. Por lo que estas técnicas contribuirán a los adultos mayores en la reestructuración de la conducta racional y emocional, con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

6.3.1. Terapia racional emotiva

Albert Ellis fue uno de los filósofos que revolucionó acerca del tratamiento con la Terapia Racional Emotiva (TRE) siendo una de las terapias prácticas que es utilizada en la actualidad por los psicólogos, con métodos directos, científicos con pensamiento racional para la mejora de las ideas irracionales de las personas. Mejorando las actitudes, emociones negativas e inapropiadas de los mismos, conllevando a una vida plena y satisfactoria.

El objetivo se basa en el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente presenta ante cualquier situación y que interfieren con su bienestar.

Por medio de esta técnica se pretende mejorar los pensamientos irracionales que interfieren en la persona, a través de sus vivencias traumáticas y no superadas; una vez que se implementan ejemplos en sucesos pasados se procederá con el objetivo principal, mejorar el autoimagen de sí mismo.

La Terapia Racional Emotiva y su efectividad para mejorar la Autoestima

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigida hacia

nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

La esencia de la autoestima es confiar en la propia mente y saber que somos merecedores de la felicidad.

Según Riso Walter (2011) en su libro “Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico” dice:

La baja autoestima es una creencia central o esquema nuclear de la cual el individuo llega a una conclusión negativa de sí mismo (Yo soy débil”, “Yo soy poco inteligente”). Esta conclusión resulta de una interacción entre el temperamento y las experiencias negativas tempranas. (pág. 106)

Cuando una persona no logra ser auténtica se le origina los mayores sufrimientos como, enfermedades psicológicas, la depresión, la neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos, pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, temores, vergüenza, trastornos psicósomáticos

Para Ellis la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias emotivas y disfuncionales, contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo. El comportamiento irracional normalmente tiene varios aspectos: 1. La persona cree firmemente que la irracionalidad se ajusta a los principios de su realidad; 2. La persona se obsesiona con la irracionalidad y no quiere aceptarse a sí misma; 3. la irracionalidad interfiere en el funcionamiento de una relación con miembros del grupo social; 4. Impide establecer relaciones interpersonales, 5. boquea el trabajo lucrativo y productivo; 6. interfiere en el logro de metas sobre otros aspectos importantes. (De la Cruz Sánchez & Hernández, 2007, pág. 30)

Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación son instrumentos de ayuda y apoyo que se aplican en las terapias para favorecer cambios en la conducta del paciente, por tal motivo es de gran apoyo terapéutico, ya que permite relajarse y disminuir el estado de tensión en el que se encuentra.

La relajación progresiva de Jacobson

Según Llimargas Carme, (2011) en su libro “Relájate” dice:

Edmund Jacobson es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios del pasado siglo, concibió un método para relajarse con la finalidad de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente las tensiones musculares, mediante el aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo. (pág. 40)

El método consiste entre relajación y concentración, y la percepción de las sensaciones que se producen en las diferentes partes del cuerpo, eliminando así la mayoría de contracciones musculares y experimentando una sensación de relajación. El proceso empieza con una explicación inicial y general sobre la relajación y las condiciones del tratamiento, estas son; el que se ejecute un ejercicio mínimo por semana en el lugar a realizarse la terapia, conjuntamente de la práctica respectiva en la casa de los ejercicios aprendidos.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores a través de actividades y talleres motivacionales basados en la Terapia Racional Emotiva para lograr satisfacer las necesidades de los mismos.

6.4.2. Objetivos específicos

- Aplicar técnicas emotivas de superación mediante talleres dirigidos al adulto mayor.
- Determinar el estado de ánimo antes y después de la aplicación de las técnicas antes mencionadas.

6.5. Ubicación sectorial y física

La investigación y la elaboración de la propuesta se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, ubicada en las calles Bolívar 12-10 entre Salinas y Quiroga, Parroquia San Luis, Ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura.

6.6. Desarrollo de la propuesta

La propuesta de esta investigación está enmarcada a la creación de una guía de Técnicas Emotivas para los adultos mayores como una estrategia de afrontamiento para mejorar su estado afectivo con el fin de propiciar un espacio de bienestar emocional.

Cuando nos referimos a un tratamiento Terapéutico para los adultos abandonados es recomendable la guía de un profesional, ya que los adultos mayores mantienen pensamientos irracionales por el hecho de haber mantenido una vida marginada, por lo tanto el tratamiento deber ser sostenido y tutelado por un psicólogo.

Dentro del trabajo grupal es muy importante aplicar técnicas emotivas que servirán como guía para el tratamiento de los adultos mayores por parte del profesional, logrando un soporte emocional afianzándose en vínculos afectivos como el motor para avanzar y vencer el círculo de afectación negativo en el que se encuentran sumergidos.



GUÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS



Autora
Sandra Tocachi P.

Tutor
Marco Antonio Tafur V.

Técnica Autoestima

SECCIÓN 1

Entrando a un Nuevo Mundo: pensar y sentir

Fase 1

Objetivo:

Tomar conciencia de la imagen que tienen de sí mismo, identificando las características más positivas para poder eliminar las características negativas.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Cartulina
- Computador
- Proyector
- Diapositivas.
- Papel.
- Lápiz.
- Colores.

Tiempo:

2 horas

Procedimiento:

Bienvenida

Se dará a conocer al paciente en que consiste el programa, el número de sesiones a aplicar, el objetivo y el tema principal a abordar, de igual manera las condiciones y normas que estarán presentes en el desarrollo del programa.

Dinámica de presentación:

Se regala abrazos.

El facilitador a todos los integrantes del grupo les organiza en círculo y escribe en una cartulina mediana "SE REGALA ABRAZOS", se acerca a un integrante al azar, le pregunta el nombre le da un abrazo y entrega la cartulina a quien recibió el abrazo, para seguir sucesivamente con todo el grupo.

Fase 2

En esta fase se dará a conocer sobre la Autoestima, también se compartirá un video respecto al tema, donde se mencionara las ventajas que dispone la técnica para manejar las ideas irracionales (pensamientos negativos), el cual se lo realizara de forma participativa e interactiva con los adultos mayores.



Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=jb4ZRCfd8SY>
Elaborado por: Amigos de Dios

La importancia de la Autoestima

La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena, es un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. La autoestima es la suma de la confianza, el respeto y pensar bien de sí mismo, además es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, para desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad, y por lo tanto enfrentar a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo cual nos ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.

Después, se realizará preguntas simples a los adultos mayores sobre lo trabajado, en la que se llevara a cabo lluvia de ideas, ¿Qué piensan sobre lo expuesto?, ¿se siente identificado?, ¿Cómo cree usted que puede mejorar su autoestima?, etc.

A continuación, se pedirá que dibujen una carita dependiendo su estado emocional, el cual se pondrá como título "AUTOESTIMA". En donde se evaluara el estado emociona de la siguiente manera, logrando así evidenciar el estado anímico.

Triste



Fuente: <http://imagenesdeemojis.com/>
Elaborado por: Emojis

Feliz



Fuente: <http://imagenesdeemojis.com/>
Elaborado por: Emojis

Se invitó a cada uno de los miembros del grupo que compartan su dibujo con todos y comenten las razones porqué se encuentran tristes o felices.

Fase 3

En esta parte se pide a cada adulto mayor pensar en una frase que motive a los demás compañeros del grupo acompañado de una explicación.



Fuente: <http://www.cosasparatumuro.com>
Elaborado por: Muro

Posteriormente, se realizará la retroalimentación del trabajo realizado, con formulación de preguntas dirigidas a todos los adultos mayores para aclarar dudas y generar conclusiones.

Evaluación: Una vez concluida la sesión, se analiza los aspectos positivos de la sesión realizada, y así medir el logro del objetivo previamente establecido en términos de eficacia y eficiencia, tomando en cuenta los aspectos negativos para poder ser reforzados.

SECCIÓN 2

Autoaceptación

Fase 1

Objetivos:

-Aceptar las debilidades, defectos y limitaciones.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Computador
- Proyector
- Diapositivas
- Lápices
- Hojas

Tiempo:

2 horas

Procedimiento:

Para empezar se da la bienvenida.

Posterior a esto se reforzara lo evaluado en la sesión anterior, donde se indicará a los pacientes que identifiquen los defectos, debilidades y virtudes, ya que son estrategias propicias para desarrollar su autoestima.

Fase 2

En el desarrollo del siguiente ejercicio se les presentará el video motivacional de la vida de Nick Vujicic; lo cual cada integrante debe aportar con una conclusión y comentar cuál es su propósito de vida.



Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=9w6CK64huTU>

Elaborado por: [Salomon Nazareth](#)

- Los pacientes deben contestar las siguientes preguntas:

- ¿De qué te das cuenta con esta historia?
- ¿En qué se parece Nick a mí?
- ¿Qué motivos te impulsan para alcanzar tus metas?
- ¿Qué obstáculos consideras que te impiden crecer?
- ¿Qué estás haciendo para superar tus obstáculos?

Fase 3

Se expondrá una frase en la que cada paciente aportará con una idea referente al texto citado:

Reflexión

"El cambio ocurre cuando la persona consigue aceptarse tal como es"

Gestal Granada.

"Un barco no debería de navegar con una sola ancla, ni la vida con una sola esperanza"

Epíteto.

Finalización

-Se favorece un espacio para que los pacientes valoren el trabajo realizado mediante sus opiniones y comentarios.

Técnica de Depresión

Sección 1

Establecer la relación Terapéutica

Fase 1

Objetivos:

- Mejorar el estado de ánimo a través de la terapia racional emotiva.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Sillas
- Computador, Proyector
- Diapositivas
- Lápices, Hojas.

Tiempo:

2 horas

Procedimiento:

Informar al paciente en que consiste el tratamiento o programa, el objetivo y el tema principal que se va a abordar, además explicar las condiciones del desarrollo del tratamiento.

Dinámica de presentación:

Muequitas

Los participantes estarán de frente a cierta distancia. La idea es de hacer reír a su compañero de enfrente con gestos graciosos, sin tocar al compañero y el que se ría dice su nombre imitando a algún animal.

Fase 2

En esta fase se dará a conocer y definir a la depresión como un conjunto de síntomas tanto fisiológicos (dolor de cabeza, espalda, pecho, problemas de insomnio, cambios en el apetito, dolores musculares en las articulaciones y problemas digestivos), como cognitivos (dificultad para concentrarse, falta de energía, fatiga) y conductuales (perdida de

motivación, dificultad en el establecimiento de sus metas, aislamiento social, culpabilidad, apatía, pesimismo y pensamientos suicidas), por lo que el paciente presenta síntomas como la euforia, al mismo tiempo presente irritabilidad conjuntamente con pensamientos negativos.

Dentro de esta fase se podrá evidenciar las ventajas que dispone la técnica para manejar ideas irracionales y que estas no interfieran en el bienestar de la persona.

El cual se hará de forma participativa e interactiva con los adultos mayores.

Después, se realizará la siguiente pregunta a los pacientes:

¿Se siente deprimido?, en la que se llevara a cabo lluvia de ideas para responder a esta pregunta, logrando así identificar los síntomas depresivos del adulto mayor.

Fase 3

En esta fase, se reforzara todas las falencias que contribuya a incrementar su estado emocional logrando así un equilibrio en los adultos mayores, así la terapia racional emotiva parte de un principio de que el pensamiento crea emociones.

Generar que el adulto mayor logre enfocar de diferente manera sus ideas irracionales para fortalecer las debilidades y modificar su conducta de forma individual en beneficio de sí mismo, con el fin de mejorar su estado emocional.

Posteriormente, se realizará la retroalimentación de los temas expuestos; con formulación de preguntas dirigidas a todos los adultos mayores para aclarar dudas y generar conclusiones.

SECCIÓN 3

Aprendiendo a socializar

Fase 1

Objetivos:

- Fomentar la socialización para generar mejor comunicación, mediante la cual puedan compartir sus similitudes logrando un desarrollo personal y colectivo.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Lana de color
- Computador
- Proyector
- Diapositivas
- Lápices
- Hojas
- Sillas

Tiempo:

2 horas

Procedimiento:

En este punto inicial se dará una bienvenida, seguido se reforzara la sesión anterior para eliminar las ideas irracionales o pensamientos negativos “estoy viejo, no sirvo para nada”, “estoy viejo, nadie me quiere”, el cual ayudara a eliminar los pensamientos negativos.

Fase 2

Entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles.

El sistema o “red de apoyo social” está conformado por la gente que está cercana a nosotros/as y con quienes compartes información importante o momentos importantes de la vida.

Dinámica:

Red de apoyo social

Se proporcionará un rollo de lana. El grupo se ubicará en círculo, la persona encargada de dirigir el grupo, empezara tomando un extremo del rollo de lana (no soltar hasta que culmine el juego) y pasara a otra persona o participante del grupo acompañado de una frase de motivación “no te rindas”, así sucesivamente con todos los integrantes del grupo.

De esta manera se irá formando un entramado de hilos parecido a una red.

Esta dinámica permitirá que el adulto mayor mejore su estado emocional y de confianza logrando interrelacionarse con todas las personas que lo rodean.

Fase 3

Posteriormente, se forman parejas, cada persona le da a su compañero respuestas de las dimensiones siguientes:

Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo (alta).

Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo (carismático).

Se explica que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. Así mismo que empleen lo siguiente:

¿Me gusta como soy?, ¿Qué no me gusta?, ¿Soy feliz con mis decisiones? ¿Por qué?

Se genera un espacio para establecer conclusiones.

Los pacientes tendrán la oportunidad de compartir la experiencia lo que lograron a través de la sesión.

¿Qué aprendió en el taller?

¿Cómo ayuda en su vida cotidiana este taller?

Cierre de la intervención por medio de la retroalimentación y evaluación de los conocimientos y herramientas obtenidas en las sesiones terapéutica.

SECCIÓN 4

Identificando mis ideas irracionales y aprendiendo a Relajarme

Fase 1

Objetivos:

- Disminuir las ideas irracionales mediante la Terapia de Relajación.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Sillas
- Computador
- Proyector
- Parlantes.

Tiempo:

2 horas

Procedimiento: Se proyectara un video motivacional en el que cada uno de los pacientes realizará una reflexión y comparará con su propia experiencia de vida.



Fuente: <http://doctoraclown.org/>
Elaborado por: Doctor Clown

Dinámica de presentación:

El animador invita a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente.

Pide que se presenten con la mano y digan su nombre, qué hace, qué le gusta y qué no le gusta.

Inmediatamente el animador da la señal para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que le toque otra persona en frente.

El animador pide que se saluden dándose un abrazo y pregunten a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar de nuevo y esta vez se saludan con los pies, posteriormente con los codos, los hombros.

Fase 2

En esta fase se dará a conocer temas principales sobre la relajación, las ventajas que dispone la técnica para manejar ideas irracionales y que estas no interfieran en bienestar de la persona.

Incentivar al paciente a descubrir que ideas irracionales los llevan a sentir esas emociones perturbadoras

El cual se hará de forma participativa e interactiva con los adultos mayores.

Se identificara las afirmaciones no empíricas o irracionales. Realizando interrogaciones cómo:

¿Que siento al encontrarme en esta situación?

¿Qué es lo que no me gusta de esta situación?

En este punto todos los participantes aportarán con criterios para que la ayuda sea mutua.

Fase 3

Posteriormente se realizará la retroalimentación de los temas expuestos; con formulación de preguntas dirigidas a todos los adultos mayores para aclarar dudas y generar conclusiones.

Despedida.

Tarea a casa: Una vez concluida la sesión, se enviará como tarea analizar el video y traer una frase para de motivación para la ovejita pelada, exponer frente al grupo y que expliquen por qué escogieron esa frase, dado que esto servirá cuando estén atravesando por un pensamiento irracional.

SECCIÓN 5

Aprendiendo a Relajarme

Fase 1

Objetivos:

- Liberar tensiones a través de la técnica de Relajación.

Dirigido: Adultos del Asilo de Ancianos

Materiales:

- Computador
- Música de relajación (Enya-sonidos naturaleza)

Tiempo:

2 horas

Procedimiento:

En este momento se le dará a conocer al paciente que se aplicara la técnica de relajación, de igual manera las condiciones y normas que estarán presentes en el desarrollo de la misma.

Dinámica de presentación:

Pelota de papel

Contenido: Hacer una bola de papel, seguidamente se lanza la pelota hacia arriba, la primera persona que agarre la pelota deberá de decir su nombre, seguido de esto el participante que dijo su nombre lanzara nuevamente la pelota, el juego culmina cuando todo el grupo se presenta.

Fase 2

Posteriormente se emplea la Relajación que será aplicada con la sugestión. El procedimiento consiste en lo siguiente:

Fase de concentración y representación: cerrar los ojos tranquilamente y pensar en su interior imaginando un recuerdo, una pintura, una escena cualquier cosa que le sugiera calma y tranquilidad (durante 60 segundos).

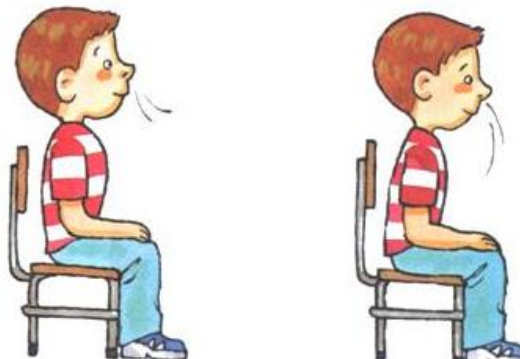
1.- Se pide a los participantes que tomen una postura relajante, que las manos y los pies estén en una posición cómoda, durante unos minutos ninguna idea ocupe su mente. Poco a poco se irán desvaneciendo; se encuentran en momentos de tranquilidad.



Fuente: <http://www.diabetesforecast.org>
Elaborado por: Diabetes forecast

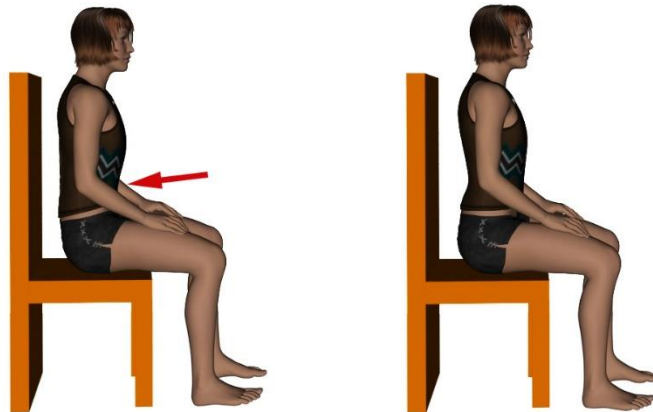
2.- El segundo paso es enseñar a los pacientes el proceso de inhalar y exhalar; en el cual se le instruye diciendo que respire lento y profundo. Tomen aire por la nariz pausadamente e intenten inflar el estómago; mantén el aire durante unos cuatro segundos y luego expúlsalo por la boca muy lentamente.

3.- Antes de inducir a la relajación a través de frases relajantes, mantener este ritmo respiratorio durante 2 minutos.



Fuente: <http://elparquedelasemociones.com>
Elaborado por: Parque de las emociones

4- Primero se demuestra cómo se tensan y se relajan los grupos musculares que intervienen. La tensión se mantiene en un tiempo corto (3-5 segundos) siempre provocando la máxima tensión pero sin llegar a hacerse daño. Cuando se relajan los músculos se hacen de golpe, dejándolos lo más sueltos y flojos posibles durante un tiempo mucho más largo (15 segundos como mínimo).



Fuente: <https://traumatologiahellin.wordpress.com>
Elaborado por: Traumatología Hellin

Fase 3

La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión relajación es la siguiente:

•*Cara.* La dividimos en 3 partes:

(a) Frente: arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente y en el cuero cabelludo. Para relajar, soltar de golpe la frente, llevando las cejas hacia abajo.



(b) Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz, como si oliera mal.



(c) Mandíbula: la tensión se provoca apretando los dientes o encajando la mandíbula inferior. Para soltar dejar la mandíbula suelta, caída y los labios ligeramente entreabiertos.



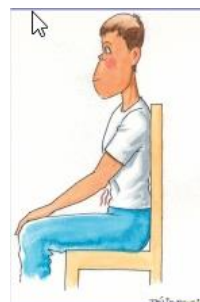
Hombros, pecho y espalda. Para provocar la tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante en la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar las paletillas. Para relajarlos, volvemos a la posición de relajación y dejamos los hombros caídos y la espalda floja.



Cuello. Para tensarlo, empujar la barbilla hacia abajo evitando tocar el pecho. Para relajarlo dejar el cuello lo mas suelto y flojo posible volviéndolo a su posición inicial

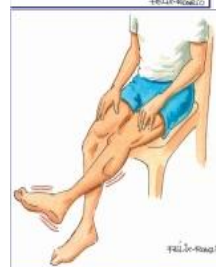


Músculos del abdomen. Para tensarlos poner el estómago duro, apretando hacia dentro, como si nos fueran a pegar en él. Para relajarlo dejar hinchado el abdomen.



Pierna y pie derecho: La tensión se provoca levantando la pierna, el pie hacia dentro y tensando desde el pie hasta el muslo. Cuando relajemos dejamos caer la pierna de golpe.

Pierna y pie izquierdo: Mismas instrucciones que el punto anterior.



Seguido de los ejercicios musculares, procederemos a imaginar un lugar confortable en el que le brinde paz, tranquilidad, esta sensación hará que su mente llegue a una relajación profunda para llegar a un estado de auto cuestionamiento “quien soy”, “que debo hacer”, seguido de esto se utilizara la autogestión como, “me acepto”, “estoy seguro de mí mismo”.

En las pausas que se realiza durante la visualización expresamos una frase de autosugestión: está totalmente relajado, siente paz y tranquilidad. “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”, cuando esté listo para regresar de ese lugar confortable, pausadamente se contara hasta diez expresando nuevamente frases de autogestión, al abrir los ojos se sentirá completamente relajado. Logrando enfrentar la vida y los diferentes conflictos emocionales.

Realizar la técnica de relajación, empleando los pasos aprendidos, utilizando pensamientos positivos.

6.7. Impactos

6.7.1. Impacto social

El presente proyecto tiene un gran impacto social que ayudara a la sociedad en general, gracias al trabajo realizado se logró cubrir con las necesidades planteadas, en el hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, los cuales son un grupo vulnerable y requieren la atención necesaria, logrando poner todos los conocimientos teórico y práctico y las conjuntamente con las competencias actitudinales, los cuales son un eje fundamental para lograr alcanzar los objetivos planteados. Siendo los adultos Mayores parte importante de la sociedad.

6.7.2. Impacto institucional

Otro de los impactos que se debe visualizar es el Institucional, por lo tanto hoy en día, brinda la satisfacción cumpliendo las necesidades y requerimientos de los adultos mayores donde se evidencia un cambio general en toda la institución, favoreciendo en un gran porcentaje en los niveles emocionales tanto del personal de apoyo como de los adultos mayores gracias a las capacitaciones oportunas.

El impacto no solo tiene la expectativa dentro y fuera del hogar de ancianos, sino que además sirva de modelo para la Casona Universitaria. Se espera que las competencias adquiridas en esta guía sean útiles a lo largo de toda la vida estudiantil universitaria y profesional con éxito en la carrera de Psicología General.

6.7.3. Impacto psicológico

Esta guía es importante dentro del aspecto psicológico visto que ayudará en las alternativas de los niveles de autoestima en los adultos

mayores desarrollando los procesos mentales en correlación con la realidad. El presente trabajo tiene como fin disminuir los conflictos que afectan la autoestima y depresión por parte de los adultos mayores, dando una solución a través de las Terapias Racionales Emotivas.

6.8. Difusión

El presente trabajo de investigación se desarrollará mediante una guía de intervención de técnicas y talleres que mejore la afectividad de los adultos mayores basado en la Terapia Racional Emotiva, para lograr un acogimiento veraz dentro de las instituciones universitarias y de acogido de los Adultos Mayores.

Se promocionará a través de la capacitación, sesiones de trabajo, conferencias, a personal de la institución, pasantes, estudiantes y familiares de los Adultos Mayores del hogar de ancianos "Susana Mancheno de Pinto".

BIBLIOGRAFÍA

- Adams Yuly. (01 de Enero de 2012). *Maltrato institucionalizado en el adulto mayor*. Obtenido de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Maltrato-AdultoM-13.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2013-2017). *Constitución*. Quito: Registro oficial.
- Avila Rodríguez Núria. (2010). *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: U.B.
- Ballesteros Fernández Rocío. (2010). *La psicología de la vejez*. España: Piramide S.A.
- Bank Development Inter-American. (2011). *Protección Social para la Equidad y el Crecimiento*. Washington: Inter-American Development Bank.
- Cruz Roja Otavalo. (2016). *Informe del funcionamiento del Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto*. Otavalo.
- d'Hyver, C., & Gutiérrez, L. (2014). *Geriatría* (tercera ed.). Mexico: Mexicana.
- De la Cruz Sánchez, J., & Hernandez, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Buenos Aires: Libros en Red.
- Frías, J., Lancho Prudenciano, J., Sanz Juan, C., & Sanz Fernández, F. (2010). *Educación de las personas adultas en el marco del aprendizaje a lo largo de la vida*. Madrid: UNED.
- Frías, J., Lancho Prudenciano, J., Sanz Juan, C., & Sanz Fernández, F. (2010). *Educación de Personas Adultas en el Marco del Aprendizaje a lo largo de la Vida*. Barcelona: UNED.
- Gabalda Caro Isabel. (2010). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España-Barcelona: Paidós Iberica S.A.

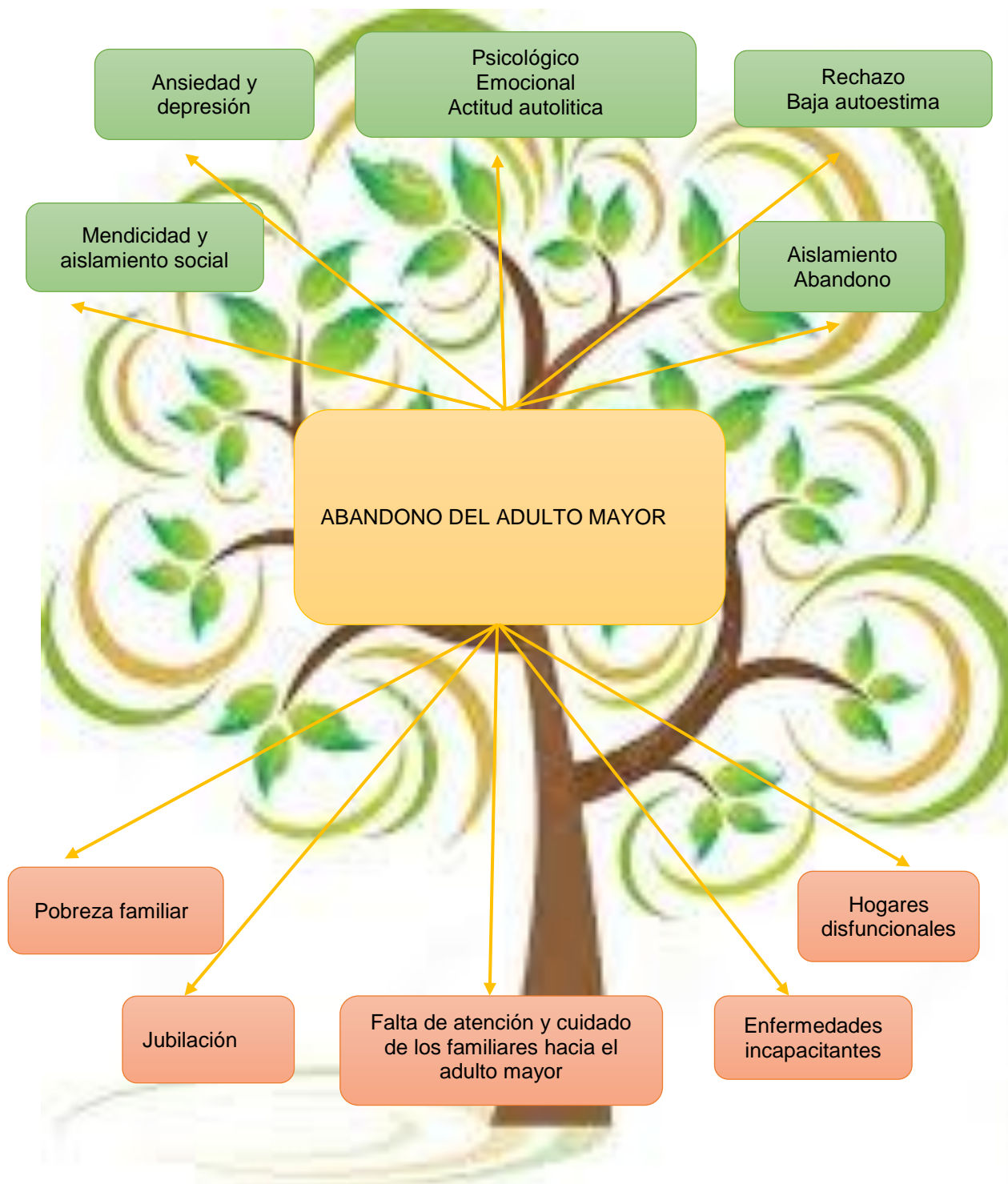
- Gonzales Hidalgo Jorge. (2010). *El envejecimiento: Aspectos sociales*. Universidad de Costa Rica.
- Guadarrama González Pablo. (2011). *filosofía y sociedad. Tomo I*. La Habana: Felix Varela.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). *Ley de seguridad social*. Quito: IESS.
- Llimargas Carme. (2011). *Relájate*. Hispano Europeo.
- Mayor Miguel Ángel. (2013). *El adulto mayor y la familia*. Cuba: Estatal.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas*. Quito: Ministerio de inclusión económica y social.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, .. (2013). *Atención integral al adulto mayor*. Quito: Registro oficial.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Requisitos para dar un servicio de acogimiento de adultos mayores*. Quito: Estatal.
- Morris, C., & Maisto, A. (2012). *Introducción a la Psicología*. Live Psych.
- Palomo Vadillo María Teresa. (2010). *Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo* (Vol. VI). España: Gráficas Dehon.
- Peña Morales Macías. (2011). *Manual de Práctica Básica del Adulto Mayor* (segunda ed.). Mexico: Manual Moderno.
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). *Adultos Mayores (diagnóstico)*. Quito.
- Preciado, S., Covarrubias, E., & Mirela, P. (2011). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. Estados Unidos de America: Palibrio.
- Retolaza Ander. (2016). *Salud mental y atención primaria: Entender el malestar*. Vasco: grupo 5.
- Riso Walter. (2011). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogota: Norma.

- Ruiz, F., & Hernández, O. (2013). *El Abandono del adulto mayor, manifestación de violencia intrafamiliar*. México: Organismo Internacional.
- Teresa Fernández de Juan, R. P. (2015). *Autoestima y violencia conyugal: Un estudio realizado en Baja California*. México: abreu.
- Utrilla Morillo, P., & Moreno Torres, M. (2013). *ATS/DUE Personal laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Sevilla-España: MAD.
- Vera Acosta José María. (2013). *PNL e Inteligencia Emocional*. España: Amat.
- Vera Acosta José María. (2016). *La afectividad: Los afectos son la sonrisa del corazón*. Madrid: Teconte.

ANEXOS

Anexo 1

ÁRBOL DE PROBLEMAS



MATRIZ DE COHERENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL
<p>¿Cómo incide el abandono y la falta de apoyo de parte de la familia, en la afectividad de los adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto” ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura?</p>	<p>Determinar la incidencia del abandono familiar en la afectividad de los adultos mayores del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, mediante principios metodológicos, para la aplicación de técnicas y talleres que garanticen el fortalecimiento emocional cognitivo, psicomotor y afectivos.</p>
INTERROGANTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>-¿Cómo identificar las causas que generan el abandono del adulto mayor por parte del núcleo familia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas que generan el abandono de los adultos mayores por parte de sus familiares.
<p>-¿Cómo determinar las consecuencias que provocan el abandono del adulto mayor?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las consecuencias que provocan el abandono de los adultos mayores.
<p>-¿Cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de afectividad de los adultos mayores del Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”.
<p>-¿Para qué establecer una guía de intervención psicológica para los adultos mayores?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una guía de intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores implementando técnicas y talleres.

Anexo 3
MATRIZ CATEGORIAL

CONCEPTO	CATEGORÍA	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>Abandono familiar de los adultos mayores</p> <p>El abandono al adulto mayor es considerado como un abuso donde se deja a un lado sin cuidado y sin protección.</p>	Adultos mayores	Características Edad Enfermedades	Personales De 70 a 100 años Tipo general y catastróficas
	Abandono familia	Causas Consecuencias Problemas sociales y emocionales	Pobreza, maltrato Indigencia, muerte Miseria, depresión, ganas de no vivir.
<p>Afectividad</p> <p>La afectividad será aquella capacidad de reacción que presente un sujeto ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos, pasiones y las emociones.</p>	Emociones	Ira Miedo Tristeza	Circunstancia Entorno
	Sentimientos	Positivas negativas	Estado de ánimo
	Pasiones	Superiores Inferiores	Satisfacción Formación

Anexo 4
TEST DE HAMILTON

DEPRESIÓN

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

	N	A	B	C	S
Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad	0	1	2	3	4
Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo	0	1	2	3	4
Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4
Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4
Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi	0	1	2	3	4

mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4
A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardó mucho en dormirme.	0	1	2	3	4
Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	0	1	2	3	4
Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4
Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	0	1	2	3	4
Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4
Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	0	1	2	3	4
No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	0	1	2	3	4
Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
No sé lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4
Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4

Anexo 5
TEST DE HAMILTON

ANSIEDAD

PACIENTE:

FECHA:

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test.

		0	1	2	3	4
1	Humor ansioso: inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad					
2	Tensión: sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: a la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse sólo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre					
4	Insomnio: dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Seños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5	Funciones intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración. Mala memoria					
6	Humor depresivo: pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día					
7	Síntomas somáticos musculares: dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada					

8	Síntomas somáticos generales: zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos)					
9	Síntomas cardiovasculares: taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Diseña (dificultad para respirar).					
11	Síntomas gastrointestinales: dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborismos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas de los genitourinarios: micciones frecuente. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: boca seca. Accesos de enrojecimientos. Palidez. Tendencia a sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza).					
14	Conducta en el transcurso del test: tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos. Cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva, eructos. Taquicardias o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.					

Anexo 6

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

VERSIÓN PARA ADULTOS

		SI	NO
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco.		
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público		
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.		
4	Puedo tomar una decisión fácilmente		
5	Soy una persona simpática.		
6	En mi casa me enojo fácilmente.		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy popular entre las personas de mi edad.		
9	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10	Me doy por vencido(a) muy fácilmente.		
11	Mi familia espera demasiado de mí.		
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13	Mi vida es muy complicada.		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15	Tengo mala opinión de mí mismo(a).		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17	Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.		
18	Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente		
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20	Mi familia me comprende.		
21	Los demás son mejor aceptados que Yo.		
22	Siento que mi familia me presiona.		
23	Con frecuencia me desanimo en lo que hago.		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25	Se puede confiar muy poco en mí.		

Anexo 7

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

Completamente insatisfecho/a

Muy insatisfecho/a

Algo insatisfecho/a

Bastante satisfecho/a

Muy satisfecho/a

Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

No estoy seguro/a

Hizo que las cosas empeorasen bastante

Hizo que las cosas empeorasen un poco

No ha habido cambios

Hizo que las cosas mejorasen algo

Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas

Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura

Regular, tenía mis altibajos

Estaba bastante bien, no tenía problemas graves

Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas

Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí

Regular, tengo mis altibajos

Estoy bastante bien, no tengo problemas graves

Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

Anexo 8

FICHA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
1.- Datos de Identificación	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Instrucción:	
Condición Familiar :	
2.- Situación Familiar: ----- ----- ----- ----- -----	
3.- Reactivos Aplicados: ----- ----- ----- ----- -----	

Anexo 9

FOTOGRAFÍAS











Cruz Roja Ecuatoriana

Junta Cantonal de Otavalo

EL ING. EDUARDO RAFAEL MOLINA SANTANDER, EN CALIDAD DE COORDINADOR DE GERONTOLOGÍA DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA JUNTA CANTONAL DE OTAVALO, A PETICIÓN VERBAL DEL INTERESADO TIENE A BIEN:

CERTIFICAR

QUE: La señorita, **SANDRA ELIZABETH TOCACHI PUJOTA**, con Cédula de Identidad N° **100296065-4**, estudiante de la Facultad de Educación, Ciencias y Tecnología, de la Carrera de Psicología, de la Universidad Técnica del Norte, poniendo en práctica la investigación del trabajo de grado, en el **HOGAR DE ANCIANOS "SUSANA MANCHENO DE PINTO"** de la Cruz Roja Ecuatoriana Junta Cantonal de Otavalo, desde el 03 de marzo hasta el 25 de agosto del 2016, completando **400** horas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del presente para lo que creyere conveniente, excepto trámites legales.

Otavalo, 28 de agosto del 2016



Ing. Eduardo Molina

**COORDINADOR DE GERONTOLOGÍA DE LA CRUZ
ROJA ECUATORIANA JUNTA CANTONAL OTAVALO**

ABSTRACT

This research is about family neglect and how this affects to elderly people in their affectivity in "Susana Mancheno de Pinto" nursing house in Otavalo, Imbabura during March through August 2014. Its main objective was to create a proposal to have workshops based on emotive and rational therapy to help the elderly ones with more affectivity in this Institution. After applying these workshops, the justification was done and it validates the objectives why this proposal was built. The use of these techniques were approved by the physicians who have said they are very useful in the treatment of elderly people within their motivation. A deep research in books and internet on elderly behavior, affective and abandon healthcare was done to get the rational background, all these trying to get a great social welfare which is required on elderly life. Then the Theoretical framework is determined by a bibliographic research. To get direct information, a field research was done, the results were gotten through statistics tables and calculus which allow to elaborate conclusions and recommendations. After all the research, a guide with all the techniques and workshops was developed, always looking forward to the personal welfare of elderly people in this house, this process will help as a foundation on the care of elderly people.



Alexandra Suarez
Teacher CAI



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Ibarra, 06 de Abril de 2017

CERTIFICO:

Que el Trabajo de Grado titulado: “EL ABANDONO FAMILIAR Y LA INCIDENCIA EN LA AFECTIVIDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO DE 2016.” de autoría de la señorita Sandra Elizabeth Tocachi Pujota con C.I. 100296065-4 de la carrera de Psicología General ha sido revisado por el sistema URKUND con una verificación de 0% de similitud.

Atentamente,

Dr. Marco A. Tafur V.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional determina la necesidad de disponer textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	100296065-4		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANDRA ELIZABETH TOCACHI PUJOTA		
DIRECCIÓN	COOP. ANTONIO MEJÍA CISNEROS "OTAVALO"		
E-MAIL	sandraeliza311@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	062 928 752	0991135823
DATOS DE LA OBRA			
TEMA	"EL ABANDONO FAMILIAR Y LA INCIDENCIA EN LA AFECTIVIDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS "SUSANA MANCHENO DE PINTO" DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO DE 2016."		
AUTOR	SANDRA ELIZABETH TOCACHI PUJOTA		
FECHA	ABRIL 2017		
PROGRAMA	PRE-GRADO		
TÍTULO POR QUE OPTA	PSICÓLOGA		
DIRECTOR	DR. MARCO ANTONIO TAFUR VÁSQUEZ		

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Sandra Elizabeth Tocachi Pujota, con cédula de identidad Nro. 100296065-4, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, Abril 2017

LA AUTORA:

(Firma).....

Nombre: Sandra Elizabeth Tocachi Pujota

Cédula: 100296065-4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Sandra Elizabeth Tocachi Pujota, con cédula de identidad Nro. 100296065-4, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: **“EL ABANDONO FAMILIAR Y LA INCIDENCIA EN LA AFECTIVIDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO DE 2016.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Psicóloga** en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, Abril de 2017

(Firma) 

Nombre: Sandra Elizabeth Tocachi Pujota

Cédula: 100296065-4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

DECLARACIÓN

Yo, Sandra Elizabeth Tocachi Pujota, con cédula de identidad N°. 100296065-4, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; y que éste no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional.

A través de la presente declaración cedo los derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Universidad Técnica del Norte, según lo establecido por las Leyes de la Propiedad Intelectual, Reglamentos y Normativa vigente de la Universidad Técnica del Norte.

Firma

Nombre: Sandra Elizabeth Tocachi Pujota

Cédula: 100296065-4

Ibarra, Abril 2017