

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE  
LA SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA:**

---

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA CON LA  
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL  
ADULTO MAYOR CALDERÓN, DE LA CIUDAD DE QUITO,  
DURANTE EL AÑO 2017”**

---

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de  
la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.**

**Autor:**

Hidalgo Pazmiño Cristhian Geovanny

**Tutora:**

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros

**Quito - Ecuador  
2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Marina Milagros Calvo Rodríguez, con cédula de identidad 1756926265, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR CALDERÓN, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017**, desarrollado por **HIDALGO PAZMIÑO CRISTHIAN GEOVANNY**, estudiante de la Carrera de Ciencias Psicológicas, para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 12 de enero del 2018

---

Dra. Marina Milagros Calvo Rodríguez

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

El abajo firmate, en calidad de estudiante de la carrera de Psicología, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 12 de enero del 2018

---

**CRISTHIAN GEOVANNY HIDALGO PAZMIÑO**

CI :1723839393

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo Cristhian Geovanny Hidalgo Pazmiño, declaro ser autor del Proyecto de Tesis titulado “Funcionalidad Familiar y su influencia con la depresión en adultos mayores del centro del adulto mayor Calderón, de la ciudad de Quito, durante el año 2017”, como requisito para optar el grado de Psicólogo General, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 12 días del mes de enero del 2018, firmo conforme:

Autor: Cristhian Geovanny Hidalgo Pazmiño

---

Firma

172383939-3

C/José Becerra y Lizardo Becerra

[cristhian\\_hidalgo@outlook.es](mailto:cristhian_hidalgo@outlook.es) - 022820472-0991195646

### **APROBACIÓN TRIBUNAL**

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el tema: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR CALDERÓN, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

**Para constancia firman:**

.....

.....

.....

**Quito, 12 de enero, 2018**

## **DEDICATORIA**

Dedico en esta oportunidad esta investigación a mi madre que, con su esfuerzo y dedicación desde lejos por su trabajo, mantuvo la capacidad emocional para superar todos los obstáculos y otorgarme una herramienta importante en mi vida como el estudio, para mi superación personal y emocional y profesional estaré eternamente agradecido con mi madre.

Dedico a mis abuelitos y tíos que pese a la ausencia de mi madre estuvieron siempre para apoyarme y representarme en todo momento, eternamente agradecido por su apoyo y confianza.

Dedico a mi Esposa ya que con su confianza me siento capaz de explotar todo mi potencial, gracias por ser parte de este proceso importante en mi vida y te doy las gracias por estar en mi vida y por tener la oportunidad de tener suegros y cuñados que sirvieron de guía y supieron brindarme su confianza que necesitaba para alcanzar esta meta, A todas las personas que aportaron en mi vida en este proceso Eternamente agradecido.

Dedico a los adultos mayores del CEAM Calderón por su colaboración en esta investigación con el propósito de implementar estrategias que mejoren la calidad de vida del adulto mayor.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiarme en este proceso de mi formación profesional, a mi familia que, en todo momento esta para apoyarme siempre,

A mi esposa que siempre tiene la confianza puesta en mí, la mujer que me alienta cada día a seguir luchando por mis sueños y me alienta a ser mejor cada día, gracias por estar presente en los momentos que sentía que no podía seguir adelante, gracias por ser mi amiga, mi apoyo incondicional y guiarme en los momentos que lo necesite.

A mis maestros y a la Universidad Indoamerica que gracias a su conocimiento supieron dejar buenas herramientas para superar cualquier adversidad, y poder enfrentar el ámbito laboral sin miedos y fomentar confianza en mí.

A mi tutora por la apertura, la dedicación y su colaboración total y permanente en este tema que me apasiona de la misma manera que a ella. Muchas gracias por su guía eternamente agradecido.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

TEMA.....	i
APROBACIÓN DEL AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACION DE AUTORÍA.....	iii
AUTORIZACIÓN REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iv
APROBACIÓN DE TRIBUNAL.....	v
DEDICATORIA. ....	vi
AGRADECIMIENTO. ....	vii
INDICE DE CONTENIDOS.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPITULO I.....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 EL PROBLEMA.....	4
1.3 CONTEXTUALIZACIÓN.....	5
1.4 ANTECEDENTES.....	7
1.5 CONTRIBUCIÓN TEÓRICA.....	9
CAPITULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 LA FAMILIA.....	10
2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	10

2.3 EL ENTORNO FAMILIAR.....	11
2.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	14
2.5 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. ....	16
2.6 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN. ....	18
2.7 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE.....	20
2.8 LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	20
2.9 CONSECUENCIAS QUE ACARREA LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.....	23
2.10 FACTORES QUE PUEDEN INCIDIR EN ESTADOS DEPRESIVOS.....	24
2.11 RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FAMILIA.....	25
2.12 OBJETIVOS.....	28
2.13 OBJETIVO GENERAL.....	28
2.14 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	28
CAPITULO III.....	29
3.1 METODOLOGIA.....	29
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.3 INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL.....	29
3.4 INVESTIGACIÓN TRASVERSAL.....	29
3.5 INVESTIGACIÓN DE CAMPO... ..	29
3.6 ÁREA DE ESTUDIO.....	29
3.7 ENFOQUE.....	30
3.8 POBLACION.....	30
3.9 MUESTRA.....	30
3.10 INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS.....	33

3.11 TEST PSICOLOGICOS.....	33
3.12 APGAR FAMILIAR.....	33
3.13 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE.....	34
3.14 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS.....	34
3.15 ASPRECTOS ETICOS.....	35
3.16 ACTIVIDADES.....	35
CAPITULO IV.....	36
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
4.2 DATOS ESTADISTICOS.....	44
4.3 COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS.....	45
CAPITULO V.....	47
5.1 CONCLUSIONES.....	47
5.2 RECEMDACIONES.....	49
5.3 DISCUSIÓN.....	48
CAPITULO VI.....	53
6.1 PROPUESTA.....	53
6.2 OBJETIVO GENERAL.....	53
6.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	53
6.4 JUSTIFICACION.....	54
6.5 PROPOSITO DEL PROHGRAMA PSICOEDUCATIVO.....	55
6.6 RESPOSABILIDADES DEL CAPACITADOR.....	55
6.7 PLANIFICACION DE PROGRAMAS PSICOEDUCTIVOS.....	56
7. BIBLIOGRAFIA.....	88
8. TEST PSICOLOGICOS.....	92

## INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Población de adultos mayores.....	5
Tabla N°2: Tipos de depresión y sus características.....	18
Tabla N°3: Principales síntomas del trastorno depresivo mayor en el adulto mayor..	22
Tabla N°4: Manifestaciones clínicas de la depresión en el anciano.....	23
Tabla N°5: Muestra.....	31
Tabla N°6: Análisis de resultados.....	36
Tabla N°7: Medidas de tendencia central.....	44
Tabla N°8: Comprobación de correlación.....	45
Tabla N°9: Prueba de chi cuadrado.....	46
Tabla N°10: planificación de los talleres psicoeducativos. ....	54
Tabla N°11: Envejecimiento.....	57
Tabla N°12: Ruleta del tiempo.....	61
Tabla N°13: El teléfono descompuesto.....	62
Tabla N°14: Comunicación asertiva.....	65
Tabla N°15: Nutrición en el adulto mayor.....	67
Tabla N°16: Estimulación cognitiva en el adulto mayor.....	73
Tabla N°17: Cambios en la estructura del hogar donde se convive con un adulto mayor.....	78
Tabla N°18: Resolución de conflictos.....	83

## INDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1: Porcentaje de hombres y mujeres muestra.....	31
Grafico N°2: Muestra de hombres edad.....	32
Grafico N°3: Muestra de edad mujeres.....	32
Grafico N°4: Participantes hombres y mujeres.....	37
Grafico N°5: Edad en mujeres.....	38
Grafico N°6: Edad en hombres.....	39
Grafico N°7: Estado civil en mujeres.....	40
Grafico N°8: Estado civil en hombres.....	41
Grafico N°9: Resultados de variables mujeres.....	42
Grafico N°10: Resultado de variables hombres.....	42

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**RESUMEN EJECUTIVO**

**TEMA: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA CON LA  
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO  
MAYOR CALDERÓN, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO  
2017**

**AUTOR: CRISTHIAN HIDALGO**

**TUTOR: Dra. MARINA CALVO**

**RESUMEN:**

El envejecimiento poblacional, en la actualidad, es una realidad de numerosos países, incluido Ecuador. El adulto mayor se constituye, pues, en un sector poblacional en crecimiento que demanda atención específica que abarque diversas modalidades. Como parte del programa de atención al adulto mayor en Quito existen más de 50 centros donde se brinda atención a estas personas, sin embargo, no existen investigaciones realizadas en estos centros que aborden la relación entre funcionalidad familiar y depresión que sirvan de base para diseñar e implementar programas de intervención. Tomando esto en cuenta se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental, en el Centro “60 y piquito” de Calderón con el objetivo de determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de los adultos mayores que asistieron a este centro durante el año 2017. La selección de la muestra fue intencional y quedó conformada por 200 adultos mayores. Se utilizó el APGAR familiar para evaluar funcionalidad familiar percibida y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage para evaluar la depresión. Se obtuvo como conclusiones que la mayoría de los adultos mayores estudiados perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada. Se pudo comprobar que existe correlación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar por lo que se elaboró el Programa Psicoeducativo para la familia y el adulto mayor del centro “60 y piquito” de Calderón con el objetivo de aportar conocimientos y estrategias para comprender y afrontar las consecuencias de la disfunción familiar y sus efectos sobre los integrantes de la familia, en particular, en el adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto mayor, funcionalidad, familiar, guía, depresión.

**FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND HEALTH**

**CAREER OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES**

**EXECUTIVE SUMMARY**

**THEME: FAMILY FUNCTIONALITY AND ITS INFLUENCE WITH THE DEPRESSION IN ELDERLY ADULTS OF THE CENTER OF THE ADULT MAYOR CALDERÓN, OF THE CITY OF QUITO, DURING THE YEAR 2017**

**AUTHOR:** Cristhian Hidalgo

**TUTOR:** Dra. Marina Calvo

The population aging, at present, is a reality of many countries, including Ecuador. The older adult is therefore a growing sector of the population that demands specific attention that covers different modalities. As part of the program of care for the elderly in Quito there are more than 50 centers where care is provided to these people, however, there is no research conducted in these centers that address the relationship between family functionality and depression that serve as the basis for designing implement intervention programs. Taking this into account, a quantitative, correlational, field, cross-sectional, non-experimental study was carried out at the "60 y piquito" Center of Calderón with the objective of determining the influence of family functionality on the depression of the elderly who attended to this center during the year 2017. The selection of the sample was intentional and was made up of 200 older adults. The family APGAR was used to assess perceived family functionality and the Yesavage Geriatric Depression Scale to assess depression. It was concluded that most of the older adults studied perceive their families as dysfunctional and presence of depression in more than half of the studied population. It was found that there is a correlation between depression and family dysfunction, so the Psychoeducational Program for the family and the elderly was developed by Calderón's "60 y piquito" center with the aim of providing knowledge and strategies to understand and deal with consequences of family dysfunction and its effects on family intriguers, particularly in the elderly.

**KEY WORDS:** Older adult, functionality, family, guide, depression

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una realidad de numerosos países incluido Ecuador. Relacionado con numerosos factores como la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, el adulto mayor se constituye en un sector poblacional en crecimiento que demanda atención específica para este grupo etario que abarque diversas modalidades.

En la actualidad “existen más de cincuenta centros del adulto mayor en la ciudad de Quito” (INEC, 2015); afirma en estos sitios se brinda el apoyo necesario y se cubren tanto las necesidades fisiológicas básicas del adulto mayor, como las necesidades emocionales, al brindarles atención con afecto y amor, muy necesario en esta etapa de la vida, en particular, cuando se sienten rechazados en su vida familiar, privándolos de sus derechos a una vida y trato digno. Este derecho ha sido reconocido en el Plan Nacional del Buen Vivir, donde se establece que “toda persona es digna de recibir un trato inclusivo” (SENPLADES, 2009), sin distinción de edad; en este sentido los adultos mayores requieren atención en todos los ámbitos, recordando que forman parte de la sociedad, y es imposible rezagarlos o dejarlos a un lado un aspecto importante en esta atención al adulto mayor le corresponde a la familia como núcleo vital de afecto y unión. Se requiere potencializar los esfuerzos de esta para permitir al adulto mayor disfrutar junto a ellos de una manera activa y saludable, evitando que sean víctimas de situaciones que vulneren sus derechos, considerando que como padres, abuelos, bisabuelos ellos merecen consideración, amor y el respeto de toda la sociedad.

Durante mucho tiempo la vejez fue vista como una etapa de declive donde las pérdidas de todo tipo era su común denominador, sin embargo, grandes aportes a la cultura universal han sido hechos por personas que superaban los 60 años.

Dentro de los autores que rechazan esta visión encontramos a la doctora Marjory Warren, en cuyos trabajos, a partir de 1935, formuló varios principios básicos que mantienen la más plena vigencia:

1. la vejez no es una enfermedad.
2. es esencial hacer un diagnóstico exacto.
3. son curables muchas de las enfermedades de la vejez.
4. el reposo injustificado puede ser peligroso. (Warren, 1935,pag 45)

En este sentido la familia tiene un papel muy importante ya que debe contribuir a que el adulto mayor mantenga un alto grado de funcionalidad ofreciéndole un entorno que le garantice una adecuada calidad de vida y un espacio de afecto y comprensión, sobre todo si tenemos en cuenta que la disfunción familiar puede traer serias consecuencias en la salud física y mental de sus componentes incluidos el adulto mayor.

La presente investigación aborda la relación entre disfunción familiar y depresión en el adulto mayor y está compuesto por:

CAPÍTULO I: Marco teórico: con su respectivo desarrollo de variables independiente: ambiente familiar y variable dependiente, adicionalmente se incluye la justificación, los objetivos respectivos del proyecto.

CAPÍTULO II: Metodología: incluye el detalle del tipo de investigación, sus métodos, técnicas que fueron utilizados, así como el área de estudio y su enfoque, además de la toma de población y muestra, los instrumentos investigativos utilizados, los respectivos procedimientos para la obtención y análisis de los datos y con la redacción de actividades.

CAPÍTULO III: Análisis de resultados: se incluye un diagnóstico de la situación actual en base a los datos recopilados con el uso de instrumentos investigativos, el análisis e interpretación de resultados y la comprobación de las hipótesis.

CAPÍTULO IV: Conclusiones y recomendaciones: son aquellos criterios finales que se obtuvieron de la ejecución del proyecto según las respuestas del objetivo general y los específicos, además las recomendaciones según la justificación del contenido que se presentará en la propuesta y la discusión de resultados.

CAPÍTULO V: Propuesta: es aquella sugerencia planteada como parte de la solución de la problemática encontrada, además se incluye el tema, justificación, objetivos, estructura de la propuesta, su argumento teórico y el diseño técnico de la misma.

## 1.2 EL PROBLEMA

Actualmente el envejecimiento poblacional como característica demográfica de nuestra época abarca numerosos países. Ecuador es un país en etapa de transición lo que implica que el número de adultos mayores va en aumento y las proyecciones indican que es una tendencia que se va a mantener. De esta manera, este sector poblacional, es cada vez mayor y demanda investigaciones que abarquen esta realidad desde diversas perspectivas.

Desde el punto de vista del funcionamiento familiar, muchas familias van a contar con adultos mayores entre sus miembros, siendo importante que estas se consoliden como un espacio de inclusión del adulto mayor y se le brinden todas las condiciones para su realización personal. Es conocido que la disfunción familiar trae consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas a sus miembros, toda vez que la familia funciona como un sistema. En este sentido, el adulto mayor también puede sufrir alteraciones de diversas índoles producto de esta situación.

Una de las consecuencias más frecuentes de la disfunción familiar es la depresión en el adulto mayor, sin embargo, es una realidad que no siempre es reconocida y que ha sido poco estudiada en los centros “Sesenta y piquito” de la parroquia de Calderón lo que nos motivó a realizar la presente investigación.

### 1.3 Contextualización

#### Macro

El envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad. Según señala la Organización Mundial de la Salud entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental, siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (OMS, 2017)

“El envejecimiento en Latinoamérica se caracteriza por ser predominantemente femenino y en poblaciones con niveles educativos bajos” (Diario el Telégrafo, 2016)

“En Ecuador en el 2010 los adultos mayores son 1.192.475; esto significa que 9 de cada 100 ecuatorianos son adultos mayores. En el siguiente cuadro se resumen algunos datos que evidencian el crecimiento de este grupo poblacional” (Freire, 2009-2010).

**Tabla 1. Población de adultos mayores**

	1970	2000	2025	2050
Porcentaje de población de 65 años y más	4.2	5.0	9.3	16.3
Índice de envejecimiento (%) (65+/15-64)	9.6	14.6	38.0	68.1

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo.

**Fuente:** (Proyecto SABE, 2009-2010)

#### Meso

En el distrito metropolitano de Quito unas 200.000 personas pertenecen a la población de adultos mayores, correspondiente a un 9,2 % de la población total. De ellos el 45% son hombres y el 55% mujeres. (Diario el Telégrafo, 2016)

Los adultos mayores experimentan dificultades emocionales durante largos periodos antes de que se los trate ya que no siempre refieren que están teniendo estos problemas y pueden suponer que es propio del proceso de su envejecimiento, o por el hecho de no causar malestar a sus familiares debido al temor a su reacción y a causar algún tipo de problema familiar; es en este punto donde surge la necesidad de crear espacios donde los adultos mayores puedan convivir y que desarrollen programas que tiendan a mantener su funcionalidad dentro de sociedad. Actualmente el Municipio de Quito tiene en marcha el programa “60 y Piquito” con el objetivo de mantener y potencializar el valor de los adultos mayores, brindándoles el espacio para una vida activa y saludable.

## **Micro**

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo y proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa, solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoidea. La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa los costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en el adulto mayor sigue siendo poco tratada. (Fernández, 2001, pág. 45)

Con respecto a la relación entre funcionamiento familiar y depresión debemos destacar que es compleja. De acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse

con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado, esto interfiere directamente en el desempeño dentro de la sociedad.

En los centros de “60 y piquito” no se han realizado investigaciones que aborden este problema de enorme importancia por su trascendencia e impacto en la vida del adulto mayor y que se ha constituido en la motivación para la realización de la presente investigación.

#### **1.4 Antecedentes**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005)

“Las personas de 60 a 70 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos” (OMS, 2017, pág. 43).

A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta personas de la tercera edad, adulto mayor o, persona mayor. Además el número de personas que a nivel mundial han de sobrepasar los 65 años de edad ha incrementado desde el siglo XX “de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la década de los 90, con una estimación que para el 2025 existirán cerca de 1200 millones de adultos mayores” (Alonso, 2005, pág. 22)

Es decir que los niveles poblacionales de adultos mayores va en aumento en los últimos años, contando además con que el grupo de “muy viejos”, mayores a 80 años de edad “en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12% en los llamados vías de desarrollo” (Buil, 1999, pág. 139)

En los adultos mayores es posible encontrar un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. En particular, en Ecuador, la depresión y diabetes son “enfermedades comunes en edad avanzada; hasta un 20% de los

pacientes adultos mayores con diabetes cumplen criterios de depresión” (INEC, 2015)

“En nuestro ámbito, en la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15” (CEPAL, 2012)

Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores y se estima que en la actualidad en el Ecuador “nueve de cada 100 ecuatorianos son adultos mayores” (INEC, 2015)

Algunas investigaciones sociales han señalado que en muchas ocasiones los adultos mayores ecuatorianos deben ganarse la vida por sus propios medios, debido a que, en las calles y plazas, así como en transportes públicos se ha incrementado, según observación, los adultos mayores que ofrecen diversos tipos de mercancías a cambio de obtener dinero. Según una encuesta hecha por Diario el Telégrafo “al mes logra obtener entre \$ 40 y \$ 60. Utiliza ese dinero en alimentación, transportes y, cuando le alcanza, compra las pastillas que calman su dolor de huesos” (Diario el Telégrafo, 2016), tal como narró una adulta mayor que acostumbra a vender en plazas y calles de la capital.

En el Distrito Metropolitano de Quito, unas 200 mil personas pertenecen a la población de adultos mayores (9,2% de la población total). De ellos, el 45% son hombres y el 55% mujeres. No obstante, la mayoría de condiciones en que vive ese 9,2% de la población es desconocida para las autoridades pues no existe un registro que muestre cuántas personas de la tercera edad tienen vivienda propia, cuántos viven en situación de vulnerabilidad, cuántos son abandonados o cuántos trabajan de manera formal e informal. (Diario el Telégrafo, 2016)

## **1.5 Contribución Teórica**

La depresión es un trastorno mental común en todas las edades, sin embargo, en el adulto mayor tiene características particulares y se acompaña de severas consecuencias funcionales.

Ha sido estudiada en numerosas poblaciones y con diferentes metodologías que ha permitido ir acumulando un conocimiento cada vez mayor acerca de los diversos aspectos de la misma, a saber, factores de riesgo, prevención y tratamientos más eficaces entre otros.

En los centros de adulto mayor “60 y piquito” de la ciudad de Quito no se han realizado investigaciones que aborden los diferentes aspectos de los trastornos depresivos ni la relación entre depresión y funcionamiento familiar por lo que el presente estudio contribuirá aportando elementos teóricos acerca de este trastorno en esta población en particular. De igual modo, esta investigación aportará una base teórica que sustente los programas de intervención a desarrollar en estos centros.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

##### **2.1 La familia**

Según Gómez y Suarez, (2013) menciona que el termino familia procede del latín “Famulus” que significa esclavo doméstico Familia se consideraba el conjunto de esclavos pertenecientes a un hombre y familia o el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con todo el poder para decidir la muerte y vida sobre todos y la transmisión por testamentos. (Gómez & Suárez, 2013, pág. 33)

La familia es “un grupo de personas unidas por el vínculo de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo y constituye la unidad básica de la sociedad” (Espinoza, 2015)

Es decir, estos conjuntos de personas permanecen juntas como parte de su integración propia, adquiriendo principios, valores, y todo aquello relacionado con su formación personal y comunitaria que ayudará a brindar una estabilidad que será de gran importancia para cada integrante.

##### **2.2 Funciones de la familia**

Existen principalmente cinco tipos de funciones que se otorgan a la familia. Según la biblioteca del Congreso Nacional de Chile, (2014). Entre ellas están:

- a. Función biológica. - Es aquella donde el hombre y la mujer llevan una vida reproductiva activa.

- b. Función educativa. - Es aquella donde se ha de sociabilizar con los niños para enseñarles hábitos, sentimientos, valores, conductas que todos los individuos han de aprender.
- c. Función económica. - Se satisfacen necesidades básicas como techo, salud, ropa, alimento, educación.
- d. Función solidaria. - Es aquella que desarrolla afectos y permite valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- e. Función protectora. - Es aquella que da la seguridad a los hijos, los inválidos, los ancianos de tener un lugar seguro donde habitar. (Congreso Nacional de Chile, 2014)

Las personas permanecen en familia y la identifican como tal sustentado en los estrechos lazos afectivos que se establecen y en el cumplimiento, como grupo, de sus diversas funciones, asegurando no solo la estabilidad emocional, social y económica, sino que se constituye como un espacio donde se puede escuchar, dialogar, conocer y desarrollar sus potencialidades como persona a la vez que se respetan sus derechos.

### **2.3 El entorno familiar**

La funcionalidad familiar es indispensable en la estructura mental de las personas ya que el sistema familiar forma la personalidad y concede la identidad de los miembros del sistema familiar. Esta funcionalidad también actúa como potenciadora en los miembros de la familia impulsándolos a desarrollar habilidades que son utilizadas en el funcionamiento del individuo dentro de la sociedad.

La funcionalidad familiar es considerada por los diversos investigadores como uno de los indicadores que permite conocer el bienestar y la salud de la familia como grupo, es decir, capaz de poder satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros actuando como un sistema de apoyo.

La psicóloga cubana Arés Muzio, la define como:

La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. La familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad (Arés, 2011)

Reconocer a la familia como factor estratégico para promover el envejecimiento activo y exitoso, genera la necesidad de identificar el tipo de funcionalidad familiar de las familias con integrante adulto mayor y explorar y correlacionar la funcionalidad familiar con la capacidad física del adulto mayor. (García & López, 2002, pág. 18)

El reconocimiento que la familia, como medio fundamental de convivencia, es indispensable para el desarrollo del adulto mayor, hace imprescindible que se creen programas que potencialicen esta función.

La familia para el anciano representa la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. (Roy, 2012)

La familia ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud y protección, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte.

Juan Pablo II (1999) citado en Costa (2007) se refirió a la familia como:

La estructura “ecología humana”. “En su seno el hombre recibe las primeras nociones sobre la verdad y el bien, aprende qué quiere decir amar, ser amado y, por consiguiente, qué quiere decir en concreto ser una persona” (Costa, 2007)

La familia, según autores brasileños, es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales. (Martínez, 2011)

La importancia de la familia en la vida de las personas, no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los adultos mayores y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial (Navarro & Colls, 2011)

Según Chávez y Friedman, citado por Ares, la familia:

Se encuentra en una inmensa compleja civilización de estructuras comunitarias, económicas y de gobierno; es por tal razón la importancia de generar programas en el desarrollo humano para el beneficio de los grupos. Las alteraciones en el funcionamiento familiar favorecen la desintegración del grupo familiar, afectando principalmente a los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran los adultos mayores. La funcionalidad familiar depende de esta estrecha relación que hay entre los miembros de una familia y la modificación de alguno de ellos provoca modificaciones en los otros y en toda la familia, así que para hacer un análisis del funcionamiento familiar se considera necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Ares, 1999, pág. 4)

La familia entonces, se convierte en el núcleo de la sociedad, ya que es un subsistema donde cada uno de sus miembros que la integra pertenece también a un sistema mayor que es la sociedad; por este motivo, es de gran importancia que el adulto mayor pueda tener una vida digna tanto de forma individual como social y la familia le ha de proveer dicha estabilidad.

## **2.4 Funcionalidad familiar**

Existen indicadores específicos para evaluar la funcionalidad familiar, enfatizando en que existan interrelaciones valederas que favorezcan el desarrollo y crecimiento personal, familiar y social de todos sus miembros.

La familia funcional es aquella que “tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución del ciclo vital” (Buendía, 1999).

De acuerdo a Ares (2011) los aspectos que enmarcan una correcta funcionalidad familiar son:

- a. Presencia de límites y jerarquías claras.
- b. Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro.
- c. Reglas flexibles pero claras y precisas.
- d. Capacidad de reajuste ante los cambios.
- e. Posibilidad de expresar sentimientos y una comunicación clara y directa.
- f. Presencia de códigos de lealtad y pertenencia sin perder la identidad y la autonomía
- g. Adecuada distribución de roles.
- h. Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto.

Hay que considerar que estos aspectos han de aplicarse a todos los miembros de la familia, incluido el adulto mayor, mucho más si en la familia conviven diferentes generaciones o es una familia ampliada.

Los adultos mayores constituyen elementos de estabilidad en el interior de la familia y nexos de unión y reflexión entre generaciones, pues se convierten en transmisores de conocimientos y valores, siendo esta la causa fundamental de la neoformación de la etapa: la autotrascendencia. El hecho de haber acumulado experiencias durante su vida, les permite darles soluciones racionales a los problemas sin que aparezca el estrés. En esta edad, el adulto mayor se enfrenta también ante la toma de decisiones donde muchas veces esto se les impide y se le adjudica incapacidad para la misma; otra situación proclive a generar inadaptación en los ancianos es la jubilación, aunque no siempre esto constituye una crisis para la familia, pues todo está en dependencia del grado de significación que haya tenido el trabajo para el individuo y de cómo ocupe ahora el tiempo libre que antes no tenía. (Benitez, Justicia, & Fernández, 2011, pág. 21)

Con respecto a la intervención familiar cabe destacar que según el Instituto Interamericano del Niño (2012), citado en el informe de CEPAL, “no todas las familias pueden ser intervenidas bajo el mismo sistema de recursos. Para algunas problemáticas algunos resultan más eficaces que otros. De ahí que intentar abordar todo tipo de problemas bajo la misma óptica resulta inoperante” (CEPAL, 2012). Entre estos recursos se plantea la intervención sobre una base social y psicológica que acompañada del afecto y soporte de la familia sea un recurso válido para generar dicha funcionalidad esperada.

## **VARIABLE DEPENDIENTE:**

### **2.5 DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR**

La definición de envejecimiento desde el punto de vista demográfico está relacionada con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, aunque también se ha definido como la inversión de la pirámide de edades debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años. (González, 2008)

El término Adulto Mayor se emplea para designar a las personas de 65 años o más edad, según lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1994 (Housein, 2008). Otros autores para referirse a los adultos mayores hablan de la llamada tercera edad o como también se le conoce, con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, y lo ubican alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Inclusive hoy comienza a hablarse de una llamada Cuarta Edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años. Por ello aparecen expresiones acerca de los "viejos jóvenes" o adultos mayores de las primeras décadas, y de los "viejos viejos" o ancianos añosos para marcar la idea de cambios. (Orosa, 2001, pág. 12)

La adultez mayor es un período de cambios significativos para el individuo. Se va recortando el entorno; se viven pérdidas de roles, de proyectos, de grupos y de personas significativas. Respecto a las actividades sociales se puede decir que se realizan menos actividades de tipo social, deportivo y cultural a medida que tienen más edad, siendo preferente una de las principales actividades la ligada a los medios de comunicación como ver la televisión, escuchar la radio y el paseo. (Garriga & Gómez, 2006), sin embargo, el envejecimiento activo condiciona que la adultez mayor sea una etapa del ciclo vital que puede vivirse de manera plena y con adaptación a los cambios propios de la misma.

En muchas ocasiones el adulto mayor arriba a esta etapa de su vida portando enfermedades que surgieron en edades más tempranas; otras pueden aparecer a esta edad. En particular nos interesa destacar la presencia de la depresión, sus características en el adulto mayor y su relación con el funcionamiento familiar.

El origen de la palabra depresión la podemos abordar desde su etimología que es “Depressus”, una palabra latina que quiere decir abatido o derribado. La depresión se conforma por una serie de síntomas que afecta diferentes aspectos personales del sujeto. (Benitez, Justicia, & Fernández, 2011)

“Se estima que del 20% al 26 % de las mujeres y del 8% al 12 % de los hombres sufrirán algún tipo de depresión importante a lo largo de su vida” (Kaplan & Sadock, 2000)

No existe una sola causa para la depresión. Esta puede deberse a uno o varios factores predisponentes y desencadenantes para una enfermedad que, como esta, es tan variada. Entre estos se han estudiado los factores bioquímicos, situaciones estresantes como muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, la personalidad, las características de la depresión según edad y sexo y la depresión asociada a otras enfermedades (Antonini, 2011, pág. 189)

La depresión es considerada el trastorno mental más frecuente. Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2017)

Es decir que la gravedad de la depresión puede variar desde trastornos leves hasta las formas más severas, donde puede ser muy grave e incapacitante y puede

incluso llevar al suicidio. Esto pone en evidencia la necesidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

## 2.6 Clasificación de la depresión

Con respecto a su clasificación en los sistemas actuales, específicamente en el DSM-V, la depresión queda incluida predominantemente en la categoría Trastornos Depresivos, donde encontramos el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado, pero también podemos encontrarla en otras categorías clasificadoras como el trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. (DSM-V, 2016)

Por otra parte, la CIE-10, en su categoría F30 a F39, denominada Trastornos del humor (afectivos) incluye el episodio maniaco, trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y los trastornos del humor (afectivos) persistentes como la ciclotimia y la distimia. (OMS, 1992)

Siguiendo la clasificación del DSM-V (2016) las principales características de los trastornos depresivos son:

**Tabla 2. Tipos de Depresión y sus características**

<b>Tipo de Depresión</b>	<b>Características</b>
Trastorno de depresión mayor	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.</li><li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, Fatiga.</li></ol>

	3. pérdida de energía casi todos los días, Pensamientos de muerte recurrentes.
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	1. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p.ej., rabieta verbales) y agresión física. 2. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
Trastorno depresivo persistente (distimia)	1. Poco apetito o sobrealimentación 2. Insomnio o hipersomnia 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
Trastorno disfórico premenstrual	1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa. 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza. 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

Elaborado por: Cristhian Hidalgo  
Fuente: (DSM-V, 2016)

La depresión puede ser leve, moderada o grave.

“La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015)

Este se caracteriza por combinar síntomas que interfieren con las actividades normales de la persona como dormir, estudiar, trabajar, comer. El curso de un episodio

de depresión mayor siempre es variable ya que existe la posibilidad que este trastorno pueda surgir a cualquier edad, pero su inicio es fue más frecuente entre la adolescencia y los 39 años de edad. (Mrazek & Haggerty, 1994)

Referente a la evolución de un episodio de depresión mayor grave, la mayoría de las personas que lo sufren acaban recuperándose en un período de tiempo que oscila entre 6 y 24 meses con un correcto tratamiento psicoterapéutico. (Goodwin & Jamison, 1990)

### **2.7 Trastorno depresivo persistente**

También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves. Pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015)

Es decir que los síntomas del trastorno distímico se pueden prolongar por varios años, además la persona no puede vivir una vida normal y se ha descrito que el algún momento de su evolución pudiesen presentar un episodio de depresión mayor.

### **2.8 La depresión en el Adulto Mayor**

Referente a la depresión geriátrica es reconocido por numerosos autores que la depresión es un fenómeno considerablemente común en la vejez. (Fernández, 2001)

Es evidente que la depresión geriátrica tiene particularidades en su presentación e incluso en el reconocimiento por la propia persona que la sufre.

En los adultos mayores con diagnóstico de depresión podemos encontrar aquellos en los que la depresión apareció en la edad adulta joven y que han llegado a esta etapa presentando una o varias crisis depresivas y otros en los que la depresión aparece por primera vez a esta edad. En ambos casos hay diferentes factores que

contribuyen a la presencia de la depresión y así podemos mencionar los factores psicológicos, sociales y los factores biomédicos entre otros.

La depresión en este grupo etario adquiere características particulares. Con frecuencia se presenta de forma atípica, predominando las quejas físicas y los trastornos de memoria, antes que la propia referencia a un estado de ánimo deprimido u otros síntomas depresivos. Muchas veces estos síntomas son atribuidos a algo propio o inherente al proceso del envejecimiento. Los trastornos del sueño y del apetito que acompañan frecuentemente a la depresión también se interpretan como consecuencia de este proceso de envejecimiento. Así puede pasar un largo tiempo en que el paciente no es diagnosticado ni tratado adecuadamente lo que incrementa el riesgo de morbilidad (compromiso físico y deterioro cognitivo) y de mortalidad por suicidio. (Sánchez, 2008)

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (OMS, 2017)

Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el senescente y su familia. (Perez & Arcia, 2008)

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus Este trastorno también

aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. (OMS, 2017)

La depresión en el adulto mayor presenta síntomas como la pérdida de satisfacción por las actividades y experiencias así afectan al paciente y sus familiares cercanos, por lo que “incluye alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales, físicas y además desmotivación” (Cantú, Rivera, Campoy, & Perez, 2011)

**Tabla 3. Principales síntomas del trastorno depresivo mayor en el adulto mayor**

Síntomas principales	
Estado de ánimo depresivo	Disminución de interés o de sentir placer o bienestar con las actividades cotidianas
Síntomas somáticos	Disminución o aumento de peso
	Insomnio
	Sensación de fatiga o falta de energía
Síntomas psíquicos	Sentimientos de culpa o inutilidad
	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
	Pensamientos recurrentes de muerte

Elaborado Por: Cristhian Hidalgo

Fuente: (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015)

**Tabla 4. Manifestaciones Clínicas de la Depresión en el Anciano**

Elemento	Síntomas
Estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad</li> <li>➤ Accesos de llanto.</li> <li>➤ Incapacidad para expresar emociones.</li> </ul>
Manifestaciones Psicológicas asociadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de confianza en sí mismo.</li> <li>➤ Baja autoestima.</li> <li>➤ Mala concentración, mala memoria.</li> <li>➤ Perdida del interés de actividades frecuentes.</li> <li>➤ Retracción social.</li> <li>➤ Expectativas negativas.</li> <li>➤ Pensamientos recurrentes de muerte.</li> </ul>
Manifestaciones somáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retardo psicomotor</li> <li>➤ Fatiga, agitación, anorexia, pérdida de peso e insomnio.</li> </ul>
Manifestaciones Psicóticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ideas delirantes.</li> <li>➤ Ideas delirantes de mala salud (somatizaciones).</li> <li>➤ Alucinaciones, depresivas, auditivas, visuales, olfativas.</li> </ul>

Elaborado por: Cristhian Hidalgo

Fuente: (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015)

**2.9 Las consecuencias que acarrea la depresión en el adulto mayor son múltiples y entre ellas encontramos:**

1. Declive funcional y diferentes grados de discapacidad (incluyendo días en cama y días apartados de las actividades habituales). Cambios en las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

2. Pérdida de calidad de vida.

3. Incremento de la morbilidad y de la mortalidad. Los síntomas depresivos en las personas mayores se han asociado a la presencia de una o más

enfermedades crónicas, además de incrementar la mortalidad 2-3 veces en relación con los mayores no deprimidos, siendo este dato independiente de las enfermedades físicas coexistentes. La depresión mayor también aumenta en un 59% el riesgo de mortalidad a 1 año en mayores ingresados en Residencias.

4. Aumento de la demanda y de la sobrecarga de los cuidadores.
5. Mayor utilización de los recursos sanitarios. Los mayores deprimidos consultan entre 2 y 3 veces más a menudo que los no deprimidos.
6. Pobre adherencia al tratamiento médico. Los mayores deprimidos presentan un cumplimiento terapéutico 3 veces menor que los mayores no deprimidos, en relación con la participación en el tratamiento (fármacos prescritos, actividad física, dieta, conductas relacionadas con la salud, vacunaciones y consultas).
7. Institucionalización inapropiada.
8. Relación directa entre la depresión en el mayor y la sobrecarga médica, ya que los síntomas depresivos de larga evolución aumentan la carga médica y la mortalidad. (Guía práctica del adulto mayor, 2013).

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que la depresión es un trastorno frecuente, que trae aparejado múltiples y a veces severas consecuencias y que está asociada a diversos factores que han sido destacados por numerosos autores.

Factores que pueden incidir en los estados depresivos en los adultos mayores (Hernán et al, 2006)

- a. La pertenencia a grupos étnicos de riesgo.
- b. La violencia física o psicológica ejercida en el anciano.
- c. La desprotección social y económica.
- d. La ausencia de oportunidades laborales y recreativas.
- e. Los procesos de adaptación al impacto de la tecnología en su medio de vida.

- f. El abandono y aislamiento.
- g. Los sentimientos de desesperanza e impotencia personal.
- h. La pérdida de autonomía y la dependencia de los demás.
- i. El estado de minusvalía para responder a un rol social.
- j. Pérdidas económicas y sociales.
- k. Cambios anatomofisiológicos

### **2.11 Relación entre depresión y familia.**

Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que, de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental (ansiedad, depresión, fobias, entre otros). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia (Soriano y Fuentes, 2013, par 5)

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal la familia como un todo y social las relaciones del grupo con su entorno (López y Jiménez, 2011, pág. 8)

### **2.12 JUSTIFICACIÓN**

El adulto mayor es un sector poblacional en franco crecimiento en nuestro país, situación que es coherente con las tendencias en este sentido a nivel internacional.

Numerosos autores y organizaciones internacionales han destacado la necesidad de atención a los adultos mayores desde la familia, pero también como políticas de estado que garanticen una inclusión social y el respeto a sus derechos humanos, toda vez que en muchas ocasiones su “discapacidad” proviene de estereotipos sociales negativos hacia el adulto mayor.

Entre los temas que han generado mayor número de investigaciones se encuentra la depresión, dado esto por su frecuencia y las consecuencias que trae aparejada. En particular, en el adulto mayor, la depresión se ha vinculado con numerosos factores de riesgo, muchos de ellos relacionados con la familia y su funcionamiento. Otro elemento importante es la forma de presentación de la depresión que en este grupo etario adquiere particularidades importantes.

El presente proyecto tiene como objetivo fundamental determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión del adulto mayor que asiste al programa “60 y piquito” de Calderón. Se conoce que frecuentemente la depresión no es reconocida como tal y en otras se considera como un hecho común del proceso de envejecimiento, en ambos casos se retrasa el diagnóstico y pone al adulto mayor deprimido en riesgo de sufrir una o más de las consecuencias de este trastorno.

El espacio que brinda el programa “60 y piquito” permite realizar estudios para determinar la presencia de depresión no reconocida y su relación en particular con el funcionamiento familiar, como paso previo a desarrollar programas de intervención que aborden diversos aspectos de esta realidad.

El presente proyecto es considerado factible porque será autogestionado por el autor del mismo, además existe el permiso adecuado del Centro del Adulto Mayor de Calderón (CEAM) y el municipio de Quito, contando además con la disponibilidad del

adulto mayor para colaborar con la investigación, siendo ellos los beneficiarios directos del proyecto.

La factibilidad social a la que se quiere llegar con el presente proyecto es a que las familias, independientemente de su estructura, tomen conciencia y se informen de la necesidad de incorporar al adulto mayor en un entorno familiar donde se sienta seguro y pueda satisfacer no solo sus necesidades biológicas sino sus necesidades emocionales, tomando en cuenta que pueden ser más vulnerables a diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, eventos que pueden desencadenar depresión. Un objetivo de la presente investigación es contribuir con una guía que le permita a la familia y dentro de este contexto a la sociedad, entender el funcionamiento del adulto mayor en esta etapa de su ciclo vital y apoyarlos de una manera adecuada, respetando su derecho a la autonomía.

Esta investigación la realizo con el compromiso de contribuir con información que beneficie al adulto mayor perteneciente al grupo “60 y Piquito” de la parroquia de Calderón. Dentro de esta propuesta se incluye que las familias de los adultos mayores asistan a talleres de sensibilización que serán espacios en los cuales se pretende generar aprendizajes y que se beneficien con información actualizada y científica sobre esta etapa del desarrollo humano que es la adultez mayor contribuyendo a una convivencia armónica y saludable que beneficie al adulto mayor y a su familia ya que es donde se deben establecer los nuevos roles en este proceso. Garantizo que será una guía que aportará herramientas útiles para la convivencia activa con el adulto mayor.

## **2.12 OBJETIVOS**

### **2.13 Objetivo General**

Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor Calderón, de la Ciudad de Quito, durante el año 2017.

### **2.14 Objetivos Específicos**

1. Identificar la percepción sobre el funcionamiento familiar de los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor Calderón, de la Ciudad de Quito, durante el año 2017.
2. Determinar la presencia de depresión en los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor Calderón, de la Ciudad de Quito, durante el año 2017.
3. Elaborar un Programa de Intervención Psicoeducativa para la familia y el adulto mayor en el Centro del Adulto Mayor Calderón, de la Ciudad de Quito, durante el año 2017.

## **CAPITULO III**

### **3.1 METODOLOGÍA**

#### **3.2 Diseño de investigación**

Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental.

#### **3.3 Investigación Correlacional**

La utilidad de este tipo de investigación es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. En el caso de que dos variables estén correlacionadas, ello significa que una varía cuando la otra también varía y la correlación puede ser positiva o negativa.

#### **3.4 Investigación Transversal**

El diseño transversal nos permite recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, sus propósitos son describir las variables y su incidencia en un momento dado. (Sampieri, 2003)

#### **3.5 Investigación de campo**

La investigación de campo permite trabajar en el ambiente natural en que conviven las personas y las fuentes consultadas, de las que obtendrán los datos más relevantes a ser analizados fuente imprescindible de información para realizar la investigación.

#### **3.6 Área de estudio**

Psicología de grupos etarios (adulto mayor)

#### **3.7 Enfoque**

En la investigación se va a usar el método cuantitativo ya que permite medir los hechos sociales valiéndose de los números y del recuento de frecuencias, considerando que

podemos, registrar y medir las variables estudiadas. Las técnicas de recogidas de datos son test Apgar familiar y test de Yesavage que sirven como fuente de recolección de datos a los cuales posteriormente se les aplicará técnicas estadísticas.

### **3.8 Población**

La población está constituida por los adultos mayores que asisten al Centro “60 y piquito” de la parroquia de Calderón durante el desarrollo de la investigación, quedando conformada por 206 adultos mayores.

### **3.9 Muestra**

La selección de la muestra fue intencional por criterios del investigador.

Criterios de Inclusión:

1. Pertenecer al centro “60 y piquito” de la parroquia de Calderón en el momento del estudio.
2. Consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

1. Adulto mayor con diagnóstico de deterioro cognitivo previo
2. Adulto mayor que exprese su deseo de no participar en la investigación.

La muestra quedó conformada por 200 adultos mayores, 88 adultos mayores entre 60 a 70 años de edad, de los cuales 30 son hombres y 58 mujeres; un total de 88 adultos mayores entre 71 a 80 años, de los que 41 son hombres y 47 mujeres y entre las edades que oscilan de 81 a 90, 24 adultos mayores como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 5. Muestra**

<b>Adultos mayores</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Entre 60 a 70 años</b>	30	58	88

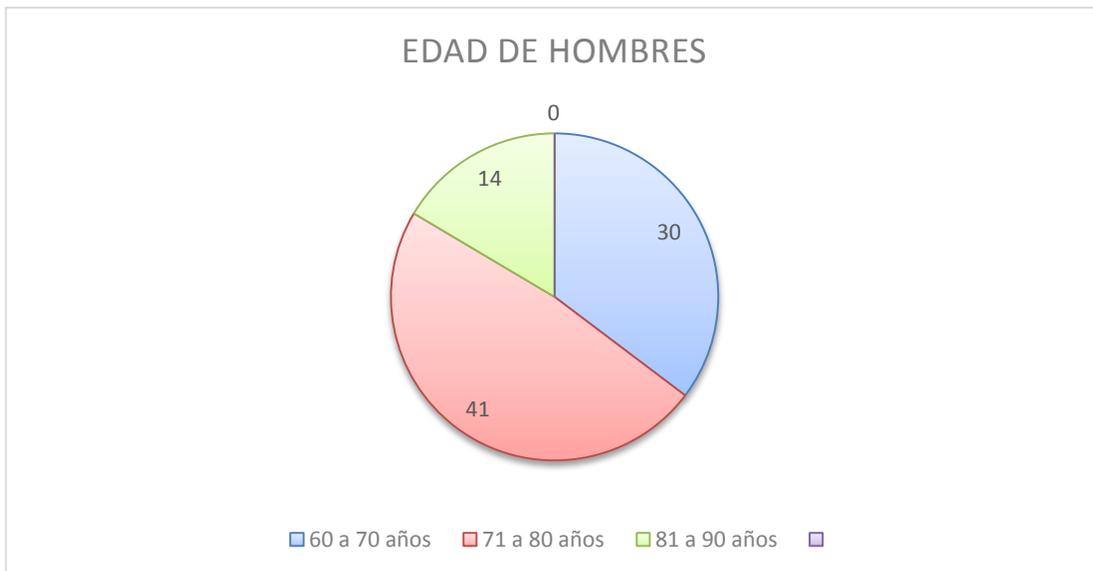
<b>Entre 71 a 80 años</b>	41	47	88
<b>Entre 81 a 90 años</b>	14	10	24
<b>Total</b>	85	115	200

**Fuente:** Investigación Propia  
**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo.



**Gráfico 1: Porcentaje de hombres y mujeres del total de muestra**  
**Fuente:** Investigación Propia  
**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### Muestra de hombres según edad



**Gráfico 2.** Muestra de hombres según edad

**Fuente:** Investigación.

**Elaborado por:** El Investigador

### Muestra de mujeres según su edad



**Gráfico 3.** Muestra mujeres según su edad

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

## 3.10 Instrumentos de investigación

### 3.11 Test Psicológicos

Los instrumentos de investigación para el presente proyecto serán cuestionarios con preguntas cerradas y de selección múltiple con una escala de ponderación, sabiendo que estos instrumentos están conformados por “Una serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado” (Sampieri, 2009).

Existen dos tipos de cuestionarios para ahondar en las dos variables del presente estudio:

### **3.12 Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia: Apgar Familiar.**

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Este instrumento nos permite identificar aquellas familias con conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación.

Este instrumentó fue diseñado por el Doctor Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington en 1978 con el objetivo de determinar cómo perciben los miembros de la familia el funcionamiento de su grupo familiar.

El Apgar Familiar ha sido utilizado en múltiples investigaciones, a nivel internacional y en nuestro país y muestra índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 para diversas realidades. El test es autoaplicado excepto para aquellas personas que no saben leer o tienen alguna discapacidad sensorial o físico motora en cuyo caso el entrevistador aplicará el test.

La interpretación en cuanto al puntaje se maneja de la siguiente forma: Normal 17-20 puntos, Disfunción Leve 16-13 puntos, Disfunción Moderada 12-10 puntos, Disfunción severa menor o igual a 9.

### **3.13 Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Cuestionario corto.**

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) creada por Yesavage en 1986 ha sido utilizada extensamente en la población de adultos mayores. El GDS puede usarse en adultos mayores con buena salud, enfermedad médica y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado.

La validez y la confiabilidad de esta herramienta psicológica muestra una correlación de 0,84, con un alto índice de confiabilidad en los resultados obtenidos mediante su uso. Este instrumentó no reemplaza la entrevista diagnóstica realizada por profesionales de salud mental pero un puntaje por encima de 5 en el cuestionario corto debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa ya que la presencia de depresión plantea la necesidad de que se realice una intervención y tratamiento inmediatos. Esta escala es considerada una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en adultos mayores.

### **3.14 Procedimientos para obtención y análisis de datos**

- Luego de recopilada la información se procede a clasificarla entre información oportuna y fallida
- Se vuelve a analizar los datos para saber si la información recolectada es relevante con el tema de investigación
- Se tabula los datos obtenidos pregunta por pregunta
- Se definen porcentajes de los datos obtenidos
- Análisis e interpretación de resultados en SPSS.

### **3.15 Aspectos éticos (Consentimiento informado):**

El estudio cumple con la legislación vigente en nuestro país. Los participantes en la investigación fueron informados de su entera libertad para participar en el estudio y de abandonarlo en cualquier momento y sin consecuencia alguna si así lo decidieran por medio del consentimiento informado.

Se tuvo en cuenta de manera absoluta el principio de la voluntariedad de participar en la misma a todos los que en un primer momento después de haberle explicado cuál era el objetivo de la investigación expresaron su aprobación.

La confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas y la privacidad individual fueron protegidas.

### **3.16 Actividades**

1) Recolección de información de fuentes bibliográficas

2) Descripción de la metodología (métodos, técnicas, población y muestra)

3) Resultados: se procedió a la aplicación de los instrumentos de recopilación de datos en el centro del Adulto Mayor de Calderón “60 y Piquito”; posteriormente se procedió a la tabulación de resultados, análisis e interpretación de los mismos y la verificación de hipótesis con el uso de SPSS

4) Se definieron conclusiones y recomendaciones según los objetivos generales y específicos del proyecto

5) Se realiza la propuesta en base a los resultados obtenidos para modificar la problemática encontrada.

## CAPITULO IV

### 4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

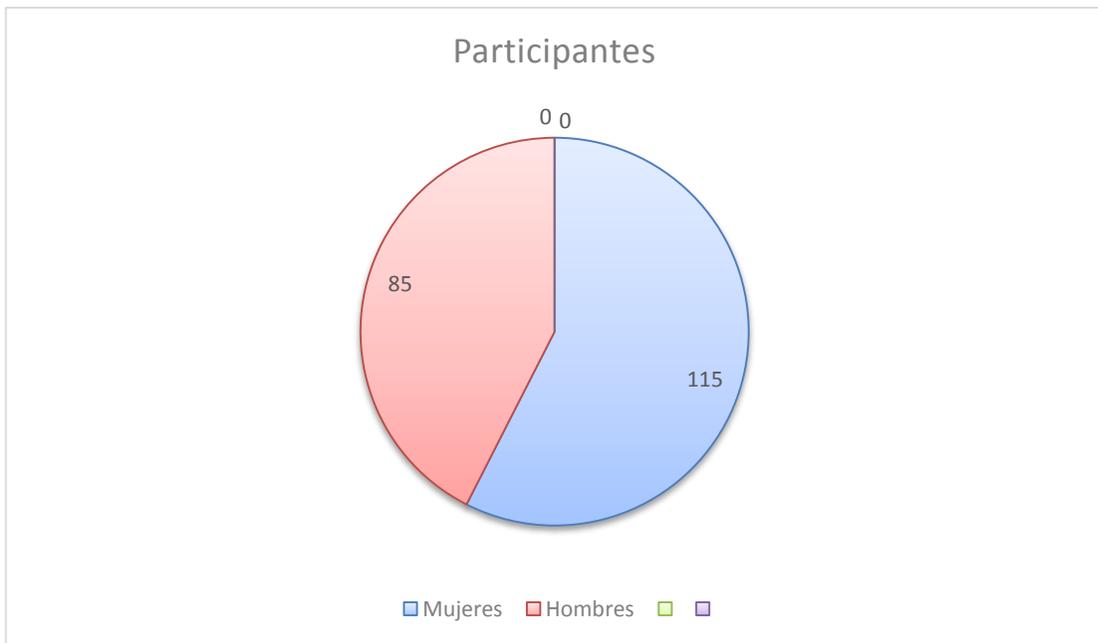
#### Datos recopilados de la aplicación de los test

	Mujeres	Hombres	Total
<b>N° PARTICIPANTES</b>	115	85	200
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
<b>Edad</b>			
• 60 a 70	58	30	
• 71 a 80	47	41	
• 81 a 90	10	14	
<b>Estado Civil</b>			
• Viudas(o)	30	20	
• Separadas (o)	60	40	
• Casadas (o)	17	15	
<b>Unión libre</b>	8	10	
<b>VARIABLES</b>			
<b>Funcionalidad</b>	36	29	
<b>Disfuncionalidad</b>	79	56	
<b>Depresión</b>	78	52	
<b>No Depresión</b>	37	33	

**Tabla 5:** Análisis de resultados

**Fuente:** Investigación.

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo



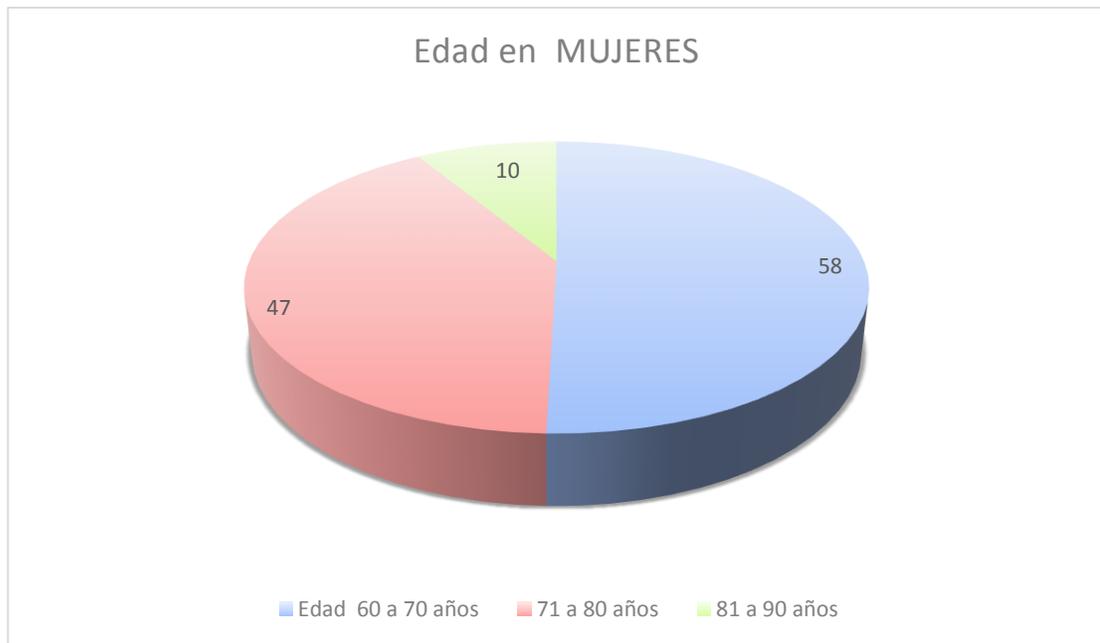
**Gráfico 4:** Participantes hombres y mujeres

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### **Descripción**

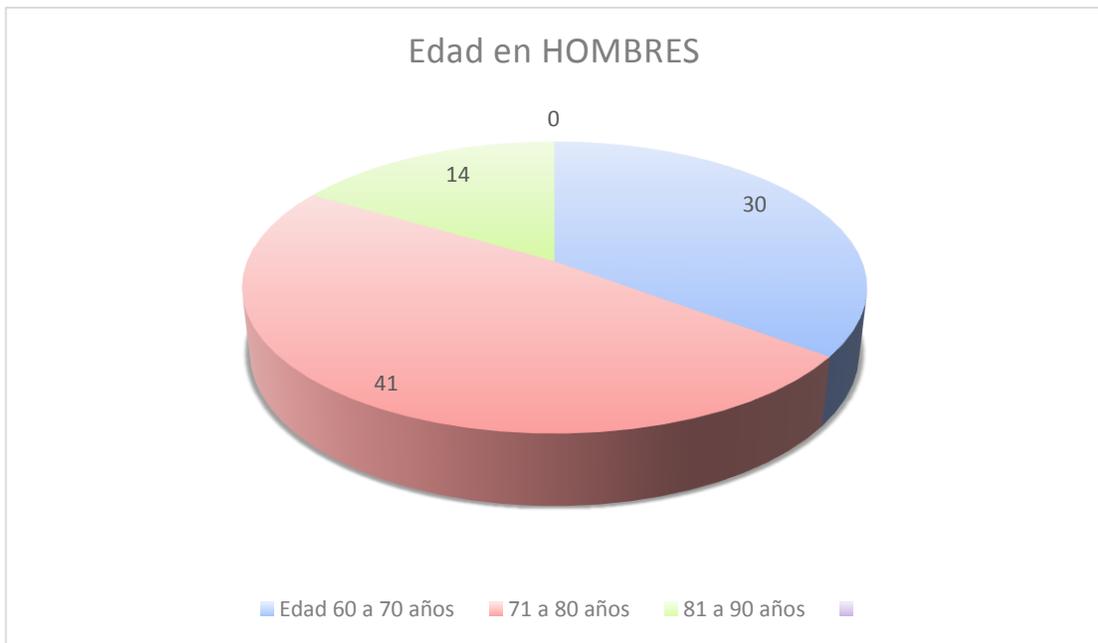
El total de participantes para la recolección de datos de la investigación fue de 200 personas del Centro del adulto mayor “60 y piquito”, de los cuales 115 son mujeres y 85 son hombres, pertenecientes al centro en el momento en que se realizó la investigación.



**Gráfico 5:** Edad en Mujeres  
**Fuente:** Investigación  
**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### Descripción

De acuerdo con los datos sociodemográficos recolectados en los participantes del sexo femenino se obtuvo que la gran mayoría (58 participantes) se encuentra en la edad comprendida entre los 60 a 70 años, seguida por el grupo etario de 71 a 80 años (47 participantes) obteniendo el menor por ciento en el grupo comprendido entre los 81 a 90 años donde se encuentran 10 participantes.



**Gráfico 6:** Edad en Hombres  
**Fuente:** Investigación  
**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### Descripción

De acuerdo con los datos sociodemográficos recolectados en las participantes del sexo masculino se obtuvo que la gran mayoría se encuentra en la edad promedio entre los 71 a 80 años, mientras que 30 hombre de la población investigada se encuentra en edad promedio de 60 a 70 años y el resto de la población que corresponde a 14 hombres se encuentran en edad entre los 81 a 90 años.



**Gráfico 7:** Estado civil en Mujeres

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Crithian Hidalgo

### **Descripción**

En el estado civil de las mujeres son 60 las que se encuentran separadas, mientras que 30 mujeres son viudas, 17 se encuentran actualmente casadas y tan solo 8 de las mujeres se han mantenido en unión libre.



**Gráfico 8.** Estado civil en Hombres

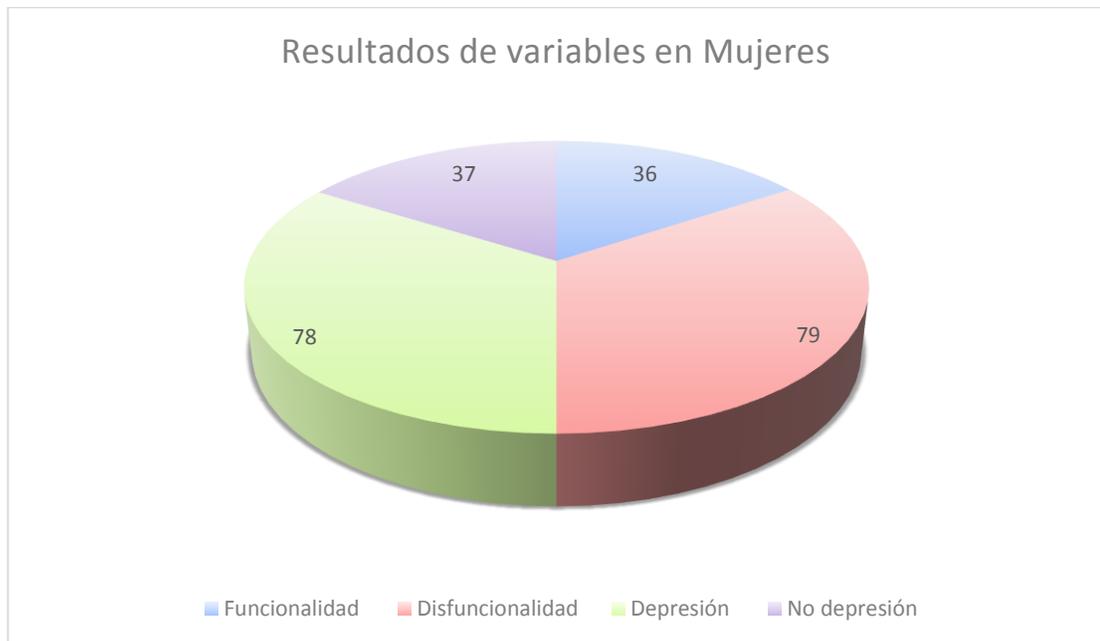
**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### **Descripción**

En el estado civil de los hombres participantes de la investigación 40 se encuentran separados, mientras que 20 hombres son viudos, 15 se encuentran actualmente casados y tan solo 10 de los hombres se han mantenido en unión libre.

## APGAR FAMILIAR y ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



**Gráfico 9.** Resultados de variables en mujeres

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### **Descripción:**

En cuanto a los resultados obtenidos a través de la aplicación de los test Apgar Familiar para estudiar la primera variable se puede evidenciar que 79 mujeres perciben a su familia como disfuncional mientras que 36 mujeres consideraron su familia como funcional.

Con la aplicación de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage se obtuvo que 78 mujeres presentan depresión y 38 no presentan depresión.



**Gráfico 10.** Resultados de variables en hombres

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

### Descripción

En cuanto a los resultados obtenidos a través de la aplicación del Apgar Familiar para estudiar la primera variable se obtuvo como resultados que 56 hombres consideraron su familia como disfuncional mientras que 29 hombres perciben a su familia como funcional.

Con la aplicación de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage se obtuvo como resultados que 52 hombres presentan depresión y 37 no presentan depresión.

## 4.2 Datos Estadísticos

**Tabla 7:** Medidas de tendencia central

		<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<b>DEPRESIÓN</b>
N	Válido.	200	200
	Perdidos	0	0
Media		,7500	,7500
Mediana		1,0000	1,0000
Moda		1,00	1,00
Desviación estándar		,43410	,43410
Varianza		,188	,188
Rango		1,00	1,00
Mínimo		,00	,00
Máximo		1,00	1,00

**Tabla 7:** Medidas de tendencia central

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

**Fuente:** SPSS

### Descripción

En el análisis estadístico del Apgar Familiar, aplicado a una población de 200 adultos mayores, se obtuvo un promedio de 0,75 en cuanto a la media como puntaje, 1,0000 en mediana siendo el puntaje predominante, en moda evidenciamos el 1,00; la desviación estándar con 0,434; la varianza con 0,188; el rango con 1,00, el mínimo con ,00 y el máximo con 1,00

En cuanto al análisis estadístico de los resultados obtenidos del Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage se obtuvo en la media 0,75; en la mediana 1,000; en la moda 1,00; en la desviación estándar 0,43; de varianza un 1,88, en el rango 1,00, en cuanto al mínimo un 0,00, y finalmente en el máximo un 1,00.

		Sexo	Funcionalidad	Depresión
Sexo	Pearson Correlation	1	-,089	-,089
	Sig. (2-tailed)		,208	,208
	N	200	200	200
Funcionalidad	Pearson Correlation	-,089	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,208		,000
	N	200	200	200
Depresión	Pearson Correlation	-,089	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,208	,000	
	N	200	200	200

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tabla 8:** Comprobación de correlación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

**Fuente:** SPSS

De la tabla antes expuesta podemos señalar que, entre las variables estudiadas, depresión y funcionalidad familiar, existe una correlación bastante significativa de 1, por lo que se puede decir que la depresión y funcionalidad tienen una correlación de Pearson exacta pues es igual a 1.

De igual modo, a pesar de no ser una correlación declarada en la investigación si es interesante destacar que encontramos que existe una adecuada correlación positiva entre sexo femenino y disfuncionalidad familiar pues se obtiene un valor de 0,208 por encima del cero. Consideramos que esto puede deberse al predominio de participantes del sexo femenino en nuestro estudio.

### 4.3 Comprobación de Hipótesis

Ho=No existe relación directa entre funcionalidad familiar y depresión del adulto mayor.

H1=Si existe relación directa entre funcionalidad familiar y depresión del adulto mayor

**Tabla 9: Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	200,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	194,702	1	,000		
Razón de verosimilitud	224,934	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	199,000	1	,000		
N de casos válidos	200				

Prueba del chi cuadrado

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Cristhian Hidalgo

De acuerdo a los datos obtenidos donde Chi Cuadrado es 200,000, mientras el gl tiene un valor de 1, se obtiene que dicho valor pertenece a 0,004 con un margen de error del 5%, estando el valor sobre el rango establecido, lo cual significa que se afirma la hipótesis alternativa (H1) y se niega la hipótesis nula (H0), es decir que si existe correlación directa entre la variable funcionalidad familiar y nivel de depresión.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

1. Se concluye que la mayoría de los adultos mayores pertenecientes a los centros “60 y piquito” de la parroquia de Calderón, dentro de la investigación perciben sus relaciones familiares como disfuncionales señalando con los datos obtenidos a través del test apgar familiar permite conocer que el sexo femenino tiene un alto porcentaje de disfuncionalidad familiar y es necesario que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual.

2. Se pudo obtener importante información sobre el estado emocional de los adultos mayores que asisten al “centro 60 y piquito” de la parroquia de Calderón mediante los datos obtenidos a través del test (GDS) por lo que se concluye que la mayoría de adultos mayores se encuentran con depresión y en un gran porcentaje el sexo femenino a diferencia del sexo masculino.

3. Se pudo comprobar en esta investigación que existe una correlación directa entre la depresión y la disfuncionalidad familiar en el “grupo 60 y piquito” de la parroquia de calderón demostrando que las fases en el ciclo de vida familiar suponen nuevos roles que de no asumirse se puede generar conflictos personales, familiares y con el tiempo deterioro en la salud física como mental manifestándose de forma negativa en los adultos mayores ya que limita a sus actividades diarias.

4. con las referencias bibliográficas encontradas con respecto al adulto mayor podemos encontrar la relación que tiene la vejez con la depresión ya que con el pasar de los tiempos los adultos mayores se enfrentan a cambios en su estilo de vida y al mismo tiempo se reduce su capacidad, psicológica y fisiológicamente, para adaptarse a estos cambios. Estas circunstancias conducen con frecuencia a una pérdida de la autoestima y a sentimientos de inferioridad cada vez mayores presentando incapacidad

física y a menudo, problemas crónicos que producen un amplio rango de limitaciones y afectan la autoimagen y la conducta del adulto mayor, existen pruebas en las que demuestran que cambios corporales naturales asociados con el envejecimiento pueden aumentar el riesgo de que una persona de experimente depresión. Estudios recientes sugieren que las bajas concentraciones de folato en la sangre y el sistema nervioso pueden contribuir a la depresión, el deterioro mental y la demencia. Los investigadores también sospechan que puede existir una relación entre la aparición de la depresión en la vejez y la enfermedad de Alzheimer.

5. Se elaboró el Programa Psicoeducativo para la familia y el adulto mayor del centro “60 y piquito” de Calderón con el objetivo de aportar conocimientos y estrategias para comprender y afrontar las consecuencias de la disfunción familiar y sus efectos sobre sus integrantes, esto de igual manera se realizara con personas que padezcan depresión, con el objetivo de brindar a un modelo de vida como el envejecimiento activo mediante estos talleres que servirá de guía para aumentar las aspiraciones de vida de los adultos mayores que acuden de los centros de “60 y piquito” de calderón.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Implementar el Programa Psicoeducativo para el adulto mayor y la familia en el centro del adulto mayor “60 y piquito” de Calderón con el propósito de generar bienestar en los participantes.
2. Crear talleres como apoyo al Programa Psicoeducativo con énfasis en las medidas de promoción y prevención con vistas a lograr y mantener un envejecimiento activo.

### **5.3 DISCUSIÓN**

Al realizar la revisión bibliográfica sobre temas relacionados con el adulto mayor, en el Ecuador, encontramos que existen muy pocos estudios sobre la depresión en el adulto mayor y su relación con diferentes factores, en particular, con el funcionamiento familiar, siendo mucho más frecuentemente estudiada esta relación en los adolescentes y sus familias. Esto nos limita para establecer comparaciones con resultados de otras investigaciones en nuestro medio. Nos parece interesante destacar dos proyectos de intervención enfocados al cuidado de adultos mayores. Estos proyectos son los siguientes:

*TEMA: Proyecto de Vinculación sobre Actividad Física y Deporte para la Salud del Adulto Mayor del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudadela España, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua*, siendo sus autores el Lic. Vicente Anderson Aguinda y el Abg. José Eugenio Zambrano, en el que se pone en evidencia los riesgos físicos relacionados con la inactividad en el adulto mayor, por lo que proponen los alumnos una serie de ejercicios específicos con espacios recreativos para mejorar la capacidad motriz de los participantes en un lapso de 6 meses con una duración de 2 horas diarias, esto según los resultados obtenidos les permitió mejorar la calidad de vida en este grupo etario al finalizar el proyecto. (Anderson & Zambrano, 2012). Esto refleja que la actividad permanente con los adultos mayores permite mejorar su calidad de vida y mucho más si se trabaja de una manera constante y se trabaja varias áreas con el fin de cubrir sus necesidades.

También se ha encontrado otro documento denominado *Proyecto de Intervención en Comunicación Institucional en el Hogar de Ancianos San Vicente de*

*Paúl* cuyo autor es Delfino Francisco Román Federico. En el mismo colaboraron estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central del Ecuador, como parte del programa de inclusión PAMI, donde se analizó el entorno donde viven los adultos mayores de esta casa hogar. Se registraron todos los hallazgos, y entre estos debemos destacar que, aunque los adultos mayores, aunque reciben cuidados primarios adecuados, la infraestructura es pequeña y no permite nuevos ingresos al Hogar; esto da un claro referente de la cantidad alarmante de adultos mayores que son dejados en hogares de ancianos a expensas del cuidado de otras personas ajenas a su familia. Si bien es cierto que ellos deben recibir un buen trato en estos sitios, y que en muchos casos sus hijos se encargan de los pagos mensuales para la estancia de sus padres, no resulta igual a que el adulto mayor permanezca en su familia y en su entorno habitual donde ha desarrollado su vida. Considero que esta realidad puede estar influida por la dinámica que se establece en las propias familias, que en muchas ocasiones no saben manejar conflictos que involucran el cuidado de su familiar adulto mayor, considerando como la solución en que su familiar sea institucionalizado. Ante este hecho es importante implementar programas con el propósito de informar a la familia y sociedad sobre las actividades que se deben realizar y la atención que necesitan los adultos mayores, con el fin de ayudar a mejorar su calidad de vida en esta etapa, que permitirá cambiar los paradigmas que se tienen hacia el adulto mayor dentro de nuestra sociedad e impulsará a las jóvenes a brindar un trato más digno y justo con las personas de la tercera edad.

A nivel internacional se han realizado algunos estudios con resultados interesantes. Zavala y Domínguez (2010) realizaron una investigación acerca de la depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar. Los instrumentos empleados fueron el Apgar familiar y el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión reducida) concluyendo que la frecuencia de depresión y disfunción familiar fue elevada y que las asociaciones entre estas dos variables constituyen una oportunidad de intervención, resultados que coinciden con los encontrados en la presente investigación. (Zabala & Dominguez, 2010, pág. 41)

En Colombia, en el año 2015, se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la percepción del funcionamiento familiar en 898 adultos mayores utilizando como instrumento el Apgar Familiar, encontrando que solo el 23% de estos adultos mayores percibían a su familia como disfuncional. Estos resultados difieren de los encontrados en nuestra investigación donde el 67 % de los adultos mayores participantes percibía a su familia como disfuncional. (Rodríguez & Barrios, 2015, pág. 8)

En Japón en el año 2013 Un estudio de la Universidad Médica de explica el por qué las personas envejecen a ritmos diferentes aseguran que la razón por la que las mujeres viven más que los hombres. Es por el sistema inmunológico tanto de mujeres como de hombres envejece de diferente forma, lo que determina que el sexo femenino tiene más longevidad según los científicos, en la medida que las defensas del cuerpo se debilitan con el tiempo, la susceptibilidad de los hombres para enfermarse aumenta, lo que recorta su vida útil. Para llegar a esta conclusión, analizaron las muestras de sangre de 350 voluntarios, con edades entre 20 y 90 años y de ambos sexos, asegura que el proceso de envejecimiento es diferente en hombres y mujeres por muchas razones. En primer lugar, porque las mujeres tienen más estrógenos que los hombres, lo que las protege de enfermedades cardiovasculares incluso hasta la menopausia. (Clarín, 2013, pag, 1)

Una investigación realizada por el instituto nacional de la salud mental,(2011) mencionan que existen varios factores que pueden contribuir a desarrollar significativamente depresión en las mujeres para ello mencionan en su investigación que es muy probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales contribuyan a la adquisición de depresión, un factor que consideran importante son los cambios hormonales por la influencia de esta, ya que según los investigadores las hormonas afectan directamente a la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. (instituto nacional de la salud mental,2011, pág. 5)

En otro estudio realizado por la Asociación Americana de Psicología menciona que Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a hogares de ancianos. (Asociación Americana de Psicología,2015)

## **CAPITULO VI**

### **6.1 PROPUESTA**

**TEMA DE LA PROPUESTA: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR CALDERÓN.**

#### **Objetivos del Proyecto**

##### **6.2 Objetivo general**

- El programa psicoeducativo tiene como objetivo aportar al adulto mayor y a la familia un sistema teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de la disfunción familiar y sus efectos sobre sus integrantes, así como estrategias para promover el cambio de la familia como sistema.

##### **6.3 Objetivos específicos**

- Identificar las necesidades sentidas de información sobre el tema en los participantes en el programa
- Identificar los principales temas a tratar de acuerdo a los resultados obtenidos en el APGAR familiar.
- Generar e implementar actividades en los diferentes talleres que conforman el programa que contribuyan a brindar información a los adultos mayores y a sus familiares, y que posibiliten la apropiación de estrategias con el objetivo de modificar la disfuncionalidad familiar.

## 6.4 Justificación

El reconocimiento que la familia, como medio fundamental de convivencia, es indispensable para el desarrollo del adulto mayor, hace imprescindible que se creen programas que potencialicen esta función.

Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a otras causas, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno) (López-Jiménez, 2011).

La depresión es un trastorno frecuente en el adulto mayor y trae aparejado múltiples y a veces severas consecuencias. Asociada a diversos factores que han sido destacados por numerosos autores, podemos señalar, entre ellos, su relación con el funcionamiento familiar.

En nuestra investigación se encontró que el 78 % de los participantes en el estudio presentan depresión y el 79 % percibe a su familia como disfuncional. La correlación entre depresión y disfunción familiar hace necesario un programa de intervención psicoeducativo que permita que se den modificaciones en esta relación que contribuyan a la salud de sus integrantes y a un mejor funcionamiento familiar.

Considero que la elaboración de esta propuesta es parte de mi formación profesional y humana, lo cual me permite relacionarme adecuadamente con los adultos mayores, generar confianza y entablar buenas relaciones interpersonales para poder realizar eficientemente las actividades; para esto contamos, además, con el apoyo de las autoridades de los Centros del adulto mayor que están prestos a colaborar y quienes nos dieron la apertura para realizar nuestro trabajo con el fin de mejorar el funcionamiento familiar, mediante las diversas actividades a desarrollar como parte del programa.

### **6.5 Propósito del Programa Psicoeducativo.**

El propósito y la importancia del programa es que permite implementar diversos talleres en los cuales, mediante el uso de técnicas participativas, se facilite el aprendizaje de los temas seleccionados favoreciendo una participación activa en la búsqueda de opciones de solución a la situación planteada.

### **6.6 Responsabilidades del Capacitador**

- Estar familiarizado con los temas a tratar
- Desarrollar una buena comunicación grupal.
- No perder el control de los objetivos del taller.
- Empezar a tiempo.
- Organizar los grupos de trabajo.
- Estimular la participación en los talleres
- Preparar todos los materiales necesarios antes del taller.
- Retroalimentar las discusiones.
- Evaluación de los talleres y del Programa Psicoeducativo

**Tabla 10. Planificación De los Talleres Psicoeducativos**

**Participantes: Adultos Mayores, Familia.**

**Grupo Beneficiado: Adultos mayores del centro “60 y Piquito” de Calderón y su familia.**

<b>TEMAS DE LOS TALLERES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Envejecimiento activo en el adulto mayor.</li> <li>➤ La familia y sus funciones</li> <li>➤ Nutrición del adulto mayor.</li> <li>➤ Estimulación cognitiva en el adulto mayor.</li> <li>➤ Adecuaciones estructurales en el hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ Marcadores</li> <li>➤ Pizarra</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cada taller tendrá la duración de 60 minutos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quincenal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## **Taller 1: Envejecimiento Activo en el adulto Mayor**

### **Objetivos**

- Aportar información sobre la importancia del cuidado de la salud, participación en actividades físicas, seguridad en las mismas, todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, manteniendo un alto grado de funcionalidad.

**Tiempo:** 60 minutos

### **Materiales**

Infocus, parlantes, diapositivas, laptop,

### **Desarrollo**

La idea del envejecimiento activo surgió en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados.

Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990. El objetivo fue buscar un mensaje más amplio que el del “Envejecimiento Saludable” reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario. Intenta expresar la idea de la implicación continua en actividades productivas y trabajo significativo. Así la palabra “Activo” se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo manteniendo la independencia en el adulto mayor.

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político. En este marco reafirma el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. (OMS, 2015).

El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales,

los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud.

- prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Por otro lado, están los modelos que hacen hincapié en la importancia de la participación social en la edad avanzada, la contribución que las personas mayores pueden hacer en todos los niveles de la sociedad y el potencial para que esto sea lo normal y no una excepción.

Desde este punto de vista, los responsables de tomar decisiones procuran superar los estereotipos y fomentar el envejecimiento activo, con el fin de crear una sociedad donde las contribuciones de las personas mayores superen de modo general las inversiones sociales.

## PLAN DE TALLER

**Tabla 11. Envejecimiento Activo en el adulto Mayor**

**Participantes: Adultos Mayores, Familia.**

**Fecha: 16/11/2017**

**Grupo Beneficiado: Adultos Mayores pertenecientes al centro “60 y Piquito” de Calderón y su familia.**

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Informar sobre la importancia del envejecimiento activo evaluando sus ventajas.</li><li>➤ Motivar e impulsar a tomar conciencia sobre la necesidad del cambio de estilos de vida que favorezcan un envejecimiento activo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dinámica grupal de presentación e integración con los participantes.</li><li>➤ Socialización de información científica.</li><li>➤ Debate sobre lo planteado.</li><li>➤ Conclusiones y recomendaciones</li><li>➤ Evaluación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Infocus</li><li>➤ Parlantes</li><li>➤ Laptop</li><li>➤ Diapositivas</li><li>➤ Marcadores</li><li>➤ Pizarra</li></ul>	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Capacitador</li><li>➤ Adulto Mayor</li><li>➤ Familia</li></ul>

## **TALLER 2: La familia y sus funciones**

### **Objetivos**

- Debatir sobre las características que debe poseer una familia funcional.
- Transmitir la importancia de una buena convivencia en la familia.
- Proporcionar herramientas a las familias para el cumplimiento de sus funciones.

**Tiempo:** 60 minutos

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

### **Desarrollo**

En este taller es muy importante comenzar a dialogar sobre las características de las familias y sus principales funciones:

- Parentesco: vínculo de sangre entre sus miembros.
- Convivencia: Unión de miembros de la familia en un hogar común.
- Solidaridad: redes de correspondencia que se dan entre los miembros de la familia.

### **Tipos de Familia**

- Familia elemental (nuclear): padre, madre, hijos
- Familia de origen (extendida): conformada por lazos sanguíneos tanto verticales (multigeneracionales) como horizontales (parientes), vivos o muertos, geográficamente cercanos o lejanos, conocidos o desconocidos, pero siempre de algún modo psicológicamente relevantes.
- Familia actual: La familia presente (nuclear o extendida) que necesita organizar una estructura normativa de roles y reglas, un estilo de comunicación, un marco de valores.

El desarrollo social y la llamada modernidad, han traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a escala mundial, que han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia. Problemas como el desempleo, la pobreza, la guerra, el crimen, las variadas formas de violencia, las adicciones, la xenofobia, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades, conforman el dramático panorama de la familia en la actualidad. (Benitez, Justicia, & Fernández, 2011)

### **Cambios producidos por la modernidad**

#### **En lo económico**

- Introducción de tecnologías en la producción
- Globalización de la economía.
- Competitividad creciente
- Aumento de la importancia del dinero
- El desempleo crónico y la mantención de la pobreza en un contexto sin equidad.

#### **En lo cultural**

- Aparición de una poderosa cultura audiovisual que difunde hábitos de consumo, prácticas políticas y pautas morales de conducta.
- Culto a la juventud y la consecuente desvalorización del adulto mayor.
- Disminución del tamaño de la familia.
- Aumento del tiempo destinado al trabajo
- Incremento de las separaciones, de los divorcios y de las convivencias.

### **Nuevos Roles del Adulto Mayor en la Familia**

- Ser padres de hijos adultos.
- Ser abuelo o abuela.
- Eventualmente ser viudo o viuda.
- Ser suegro o suegra.

### **Actitudes recomendables entre los miembros de la familia.**

- Actitud de comprensión hacia los miembros de la familia.
- Aceptar a cada miembro con sus fortalezas y debilidades.
- Escuchar, hablar lo justo y necesario, no herir.
- No proporcionar consejos no solicitados.
- Tratar de ayudar, pero no entrometiéndose ni imponiendo ideas.
- Mantener una buena comunicación de confianza y de mucho diálogo.
- Compartir situaciones, actividades, decisiones.
- Evitar peleas y discusiones.
- Ser positivos y en todo momento alentar a los miembros de la familia.

### **ACTIVIDADES EN FAMILIA.**

**Tabla12: Ruleta del tiempo**

<b>Tema:</b> Ruleta del tiempo.	
<b>Objetivo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Proponer la participación del adulto mayor en una escena en la que considere que fue lo más difícil de enseñar a sus hijos y como lo realizaron.</li><li>➤ Generar en los familiares sensaciones emotivas de acuerdo a lo narrado por el adulto mayor.</li></ul>	
<b>N° Integrantes</b> 20	<b>Grupo al que va dirigido</b> Adultos Mayores y Familia.
<b>Tiempo</b> 60 minutos	<b>Área de Trabajo</b> Centros 60 y Piquito
<b>Materiales</b> Infocus, videos, parlantes, diapositivas	
<b>Desarrollo</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. El capacitador proporciona la información sobre la experiencia a relatar por parte del adulto mayor.</li><li>2. Posteriormente se formará un círculo en la cual estarán padres e hijos juntos.</li><li>3. Se procede con el relato de la anécdota de cada adulto mayor y se socializa la experiencia comentada.</li><li>4. Conclusiones del taller</li><li>5. Evaluación.</li></ol>	
<b>Recomendaciones:</b> Es muy importante que el capacitador deje un mensaje claro y despeje todas las dudas de los participantes.	

Elaborado por: Cristhian Hidalgo

**Tabla 13: El teléfono descompuesto**

<b>Tema:</b> El teléfono descompuesto	
<b>Objetivo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar a la unión de los participantes</li> <li>➤ Fomentar comunicación entre el adulto mayor y la familia</li> <li>➤ Observar el nivel de retención del mensaje en el adulto mayor.</li> </ul>	
<b>N° Integrantes</b> 20	<b>Grupo al que va dirigido</b> Adultos Mayores y Familia.
<b>Tiempo</b> 60 minutos	<b>Área de Trabajo</b> Centros “60 y Piquito”
<b>Materiales</b> Infocus, videos, parlantes, diapositivas, laptop	
<b>Desarrollo</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se pide la colaboración de los participantes para que formen un círculo.</li> <li>2. Establecer el mensaje que se va a transmitir a un participante, para que posteriormente, comience a transmitir a su compañero.</li> <li>3. El mensaje debe transmitirse claro y correctamente</li> <li>4. Si el mensaje se transmite de forma errónea, se continuara con otro mensaje desde el participante que debe continuar.</li> </ol>	
<b>Recomendaciones:</b> Ser claros con el mensaje; el mensaje no tiene que ser demasiado largo.	

Elaborado por: Cristhian Hidalgo

### Taller: 3 Comunicación Asertiva

**Objetivos:**

- En este taller se valorará la importancia que tiene la comunicación asertiva dentro del hogar.
- Proporcionar alternativas que beneficie la convivencia en el hogar a punto de partida de una comunicación adecuada.

**Tiempo:** 60 minutos**Materiales**

Infocus, parlantes, diapositivas, laptop,

**Participantes:** Familia y Adulto mayor**Desarrollo:****¿Qué es la comunicación?**

La comunicación es un medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir mensajes, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas.

Según Stanton, Etzel y Walker (2007), la comunicación es "la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte"

La comunicación es "el intercambio de información entre personas. Significa volver común un mensaje o una información. Constituye uno de los procesos fundamentales de la experiencia humana y la organización social. (Chiavenato, .2006, pág. 110)

**¿Qué es comunicación asertiva?**

Se considera que la asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad, por lo que se habla de asertividad como una habilidad en el campo de las habilidades sociales.

Los orígenes de la palabra "asertividad" se encuentran en el latín

asserere o assertum, que significa "afirmar" o "defender" (Robredo, 1995).

Es con base en esta concepción que el término adquiere un significado de afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, autoestima, y comunicación segura y eficiente (Rodríguez y Serralde,2012)

Adler (1977) señala que existen tres componentes básicos involucrados en toda comunicación asertiva: lo visual, lo vocal y lo verbal.

Otros autores se han referido a este tema, entre ellos, Pick y Vargas (1990) que afirman que para ser asertivo se necesita aceptarse y valorarse, respetar a los demás, permanecer firmes en las propias opiniones, comunicar con claridad y directamente, en el lugar y momentos adecuados y de forma apropiada, lo que se quiere o se necesita decir.

### **Métodos asertivos**

- Escuchar activamente lo que se dice y demostrar a la otra persona que se le presta atención y se le entiende, centrarse en la otra persona.
- Utilizar refuerzos positivos.
- Buscar soluciones
- Hablar sin denotar agresividad ni en el tono ni en las palabras ni en el lenguaje extraverbal
- Criticar de manera constructiva y respetuosa.
- Mirar a los ojos de las personas a la que se le habla

**PLAN DE TALLER**

**Tabla N°14: Comunicación Asertiva**

**Participantes: adultos mayores, Familia.**

**Grupo Beneficiado: “60 y Piquito.”**

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En este taller se valorará la importancia que tiene la comunicación asertiva dentro del hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades de integración grupal, con los participantes.</li> <li>➤ Información técnica asertivas</li> <li>➤ Manejo de emociones.</li> <li>➤ Evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ copias</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	<p>60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## **Taller N°4: Nutrición del adulto mayor**

### **Objetivos**

- Informar sobre los beneficios de una nutrición balanceada
- Promover el debate sobre la relación directa que tienen los alimentos que consumimos con nuestros estados de ánimo y con la salud de los adultos mayores y de los miembros de la familia en general.

### **Materiales**

- Infocus
- parlantes
- diapositivas
- laptop

**Tiempo:** 60 minutos.

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

### **Desarrollo**

El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito. La mala salud bucodental o los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición. Asimismo, puede que se vea afectada la secreción de ácido gástrico, lo que reduce la absorción de hierro y vitamina B<sub>12</sub>. La pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Junto con estos cambios fisiológicos, el envejecimiento también puede venir acompañado de profundos cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, lo que también puede tener efectos importantes en la dieta. (OMS, 2015).

El objetivo de una adecuada alimentación en el adulto mayor, es mantener un óptimo estado de salud, cubrir las necesidades nutricionales para evitar deficiencias, mantener el adecuado peso corporal, retardar la ocurrencia o progresión de enfermedades relacionadas con nutrición y evitar la ingesta excesiva de algunos nutrientes.

Antes de brindar las recomendaciones de alimentación a un adulto mayor, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- No hay alimentos prohibidos, es decir que por la edad algunos tengan que eliminarse, a no ser que le causen daño a la persona o que padezca alguna enfermedad en la cual el consumo de ciertos alimentos se restringe o limita por causas médicas. Por ejemplo, es frecuente que algunos adultos mayores no toleren la leche, las cebollas, los frijoles y el repollo. Si estos alimentos causan malestar, no se deben incluir.

- Tenemos que tomar en consideración la capacidad masticatoria de la persona adulta mayor. Por ejemplo, si es una persona que no tiene piezas dentales, es importante modificar la textura de los alimentos que se le ofrezcan, antes de excluirlos de su dieta con el fin de ayudar en el proceso de masticación.

- Una alimentación variada y saludable garantiza que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida, por lo tanto, es importante que el adulto mayor cumpla los siguientes tiempos de alimentación: Desayuno, Almuerzo, Merienda.

- Preparar comidas en formas variadas y atractivas, tomando en cuenta combinar colores, olores, sabores intensos utilizando hierbas aromáticas distintas y olores naturales en cantidades generosas, así como vigilar las temperaturas (ni muy frío ni muy caliente).

- Preparar carnes suaves, cortadas en trocitos o molidas, con salsa o como parte de otros platillos (pastas, arroces, picadillos, estofados, sopas). Si a la persona por motivos diversos se le dificulta consumirlas, debe de licuarlas y agregarla a los otros platillos.

- No olvidar integrar a la persona adulta mayor al seno familiar, demostrándole cariño y seguridad, sobre todo a la hora de ingerir sus alimentos.
- Las personas en general tienen que mantenerse físicamente activas, lo que es de particular importancia en el adulto mayor. Es un error considerar que el cuerpo es como una máquina que se desgasta con el uso. Por el contrario, cuanto más ejercite su cuerpo (dentro de los límites razonables) más cosas será capaz de hacer y mayor eficiencia adquiere.

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas. (Guía Alimentación adulto mayor, 2004, pág. 8)

Factores de riesgo: facilitan o provocan malnutrición en el senescente, entre las que se pueden destacar: Falta de educación nutricional, ingesta inapropiada de alimentos (cantidad y/o calidad), pobreza, aislamiento social, dependencia y/o discapacidad, patologías asociadas (agudas y/o crónicas), tratamientos farmacológicos, edad avanzada, trastornos afectivos y cognitivos. Para obtener datos que permitan construir una verdadera valoración nutricional, resulta fundamental considerar información relevante en los siguientes aspectos: situación económica, grado de discapacidad, intolerancias alimentarias, hábitos nutricionales, problemas odontológicos, trastornos de la deglución, consumo de alcohol y tabaco.

### **Alimentos Permitidos en Adulto Mayor**

- Verdura y fruta fresca de temporada

- Cereales de grano entero y sus derivados integrales
- Frijol, haba, lenteja, garbanzo, soya, Queso
- Pescado, salmón, sardina, atún en agua, charales pollo o pavo (sin piel), pulpa de res, cerdo o ternera.
- Leche descremada o yogurt natural bajo en grasas
- Aceite vegetal en poca cantidad
- Aderezar ensaladas solo con limón, vinagre y una pizca de sal
- Utilizar como métodos de cocción el asado, horneado y hervido.

La desnutrición puede ser causa de una alimentación insuficiente, mala absorción de nutrientes o por complicaciones de enfermedades como la tuberculosis, insuficiencia renal, cáncer y diabetes, entre otras, No se presenta de manera repentina, es más bien un problema de salud que va sucediendo poco a poco.

## PLAN DE TALLER

**Tabla N°15: Nutrición en el Adulto Mayor**

**Participantes:** Familia de adultos mayores de “60 y piquito” de Calderón

**Grupo Beneficiado:** Adultos mayores de “60 y piquito” de Calderón y su familia

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Que los participantes se apropien de los aspectos básicos de una dieta saludable y equilibrada en el adulto mayor y en general en todos los miembros de la familia y su relación con el proceso salud-enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover intercambio sobre hábitos nutricionales</li> <li>➤ Explicación, a través de la pirámide nutricional, de una dieta balanceada</li> <li>➤ Relación entre una buena nutrición y una buena salud.</li> <li>➤ Conclusiones y Recomendaciones</li> <li>➤ Evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ Marcadores</li> <li>➤ Pizarra</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## **TALLER 5: Estimulación Cognitiva en el adulto mayor.**

### **Objetivos**

- Establecer la importancia de la estimulación cognitiva en personas adultas mayores y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en los mismos.
- Incluir a la familia dentro de este importante proceso en la estimulación de las funciones cognitivas.
- Explicar métodos de estimulación cognitiva con la participación de la familia.

### **Materiales**

- Infocus
- Laptop
- Parlantes
- Fichas de estimulación cognitiva
- Material lúdico
- Tijeras

**Tiempo:** 60 minutos.

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

### **Desarrollo**

Los adultos mayores presentan modificaciones en el funcionamiento cognitivo por lo que es importante mantener la estimulación de estas funciones para potenciarlas y prevenir su deterioro

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas pueden experimentar una serie de cambios y estos cambios pueden traducirse en la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2001). Sin embargo, puesto que el envejecimiento no lleva aparejado el deterioro cognitivo, se hace necesario, en este caso, realizar una exploración que permita un diagnóstico de esta situación.

El deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. La información que se tiene al respecto se ha extraído, en gran medida, de estudios circunscritos a la demencia (Martínez, 2002). De hecho, los factores de riesgo principales para padecer un deterioro cognitivo guardan mucha relación con la demencia.

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercute en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Pascual, Barlés, Laborda y Loren, 1998), de ahí la importancia la Estimulación Cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas que participan en la estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial. (Revista Cúpula, 2007).

Es de gran importancia realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, laborales, familiares, sociales suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

Según López, López y Ariño (2002) la estimulación cognitiva consiste en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible, por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades, conservadas y retrasando su pérdida definitiva.

La definición de lo qué es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral. (Revista Cúpula, 2007).

### **Objetivos en la Estimulación Cognitiva**

- Mantener y potenciar el funcionamiento intelectual (atención, memoria, funciones ejecutivas, cálculo) con la finalidad de preservar la autonomía.
- Promover un entorno familiar estimulante desde el punto de vista cognitivo que facilite, entre otros aspectos, el razonamiento y la actividad motora.
- Mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos
- Comentarios de las actividades y sucesos del día anterior.
- Lectura de las actividades que va realizar en ese día.
- Ejercicios de la atención permanentes.
- Estimulación verbal, visual (canciones, videos).
- Ejercitar las habilidades sociales.
- Orientación general.
- Integración en la colectividad (sentimiento de grupo).
- Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo.

Los Programas de Estimulación Cognitiva para personas adultas mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, cálculo, funciones ejecutivas) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quién se le aplique (Puig, 2001).

Existen programas de estimulación cognitiva que se desarrollan en instituciones de salud por profesionales entrenados, particularmente en el caso de pacientes que

presentan deterioro cognitivo, sin embargo, la familia puede participar en la prevención de este deterioro potenciando las capacidades intelectuales de sus integrantes.

### **Recomendaciones para la aplicación de Estimulación Cognitiva**

Es muy importante que solo sea aplicado por profesionales de la salud que conozcan del tema y de las herramientas a utilizar y sobre todo que domine la técnica de estimulación cognitiva.

1. Antes de cada sesión se da un margen de cinco a diez minutos para dar tiempo a que los participantes lleguen al lugar donde se efectuará la técnica cognitiva.

2. Siempre se comienza saludando a todos e interesándose por ellos(as), se les pregunta cómo se encuentran y cómo han pasado los días que no se han visto con la intención de crear un ambiente armonioso y cooperativo.

3. Se debe brindar una explicación de la utilidad de las tareas o ejercicios planteados en la terapia cognitiva a utilizar y se traslada al ámbito de las actividades de la vida diaria

4. Reforzar las conductas que conduzcan a la solución.

5. Evitar la ridiculización de los(as) compañeros(as) delante de una tarea mal hecha.

6. Minimizar cualquier situación de fracaso que se plantee. Hace falta que entiendan que cada persona tiene más facilidad respecto a un tipo determinado de tarea que respecto a otra.

7. Finalmente, se hace un resumen de la jornada y se convoca a todos(as) para la siguiente sesión, comentando que se harán otro tipo de actividades para estimularlos a volver.

Cualquier tipo de programa o terapia cognitiva aplicado a la población longeva beneficia el mejoramiento de las funciones cognitivas de las personas adultas mayores, aumentando así la autonomía de éstas. (Revista Cúpula, 2007)

## PLAN DE TALLER

**Tabla N°16: Estimulación Cognitiva en el Adulto Mayor**

**Participantes: Familia.**

**Grupo Beneficiado: Adultos mayores de “60 Y Piquito” y su familia.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Brindar información al adulto mayor y a los familiares sobre las herramientas y los procesos que se deben ejecutar en cuanto a la estimulación cognitiva en el adulto mayor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Actividades de integración grupal</li><li>➤ Información científica sobre los beneficios de la estimulación cognitiva.</li><li>➤ Capacitación sobre los procesos a seguir en la estimulación cognitiva</li><li>➤ Recomendaciones</li><li>➤ Evaluación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Infocus</li><li>➤ Parlantes</li><li>➤ Laptop</li><li>➤ Diapositivas</li><li>➤ Marcadores</li><li>➤ Pizarra</li><li>➤ Videos</li><li>➤ Fichas de estimulación cognitiva.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 60 minutos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Capacitador</li><li>➤ Adulto Mayor</li><li>➤ Familia</li></ul>

## **TALLER 6: Cambios en la estructura del hogar donde se convive con un adulto mayor**

### **Objetivos**

- Proporcionar información sobre las modificaciones en cuanto a la estructura del hogar que evite el riesgo de accidentes.
- Introducir la información con un enfoque Psicoeducativo con el propósito que las personas capten la información presentada.

### **Materiales**

- Infocus
- Laptop
- Parlantes
- Copias

**Tiempo:** 60 minutos.

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

### **Desarrollo**

Un aspecto de gran importancia en el entorno del hogar del adulto mayor es la relación con el cuidado del adulto mayor adecuando el hogar a las exigencias que desde el punto de vista físico puede demandar el proceso del envejecimiento, es por ello que nuestra prioridad será explicar la necesidad de un entorno adecuado para la seguridad y recreación del adulto mayor.

La adaptación del entorno debe partir de tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad. Es importante no pasar por alto que estas adaptaciones en el hogar respetarán las necesidades individuales del adulto mayor teniendo en cuenta aspectos funcionales, sanitarios y de seguridad. Y es que si llevamos a cabo con éxito todo lo anterior estaremos asegurando una mejora en su autoestima al sentir que son tomadas en cuenta sus necesidades, a la vez que se contribuye a mantener la funcionalidad y autonomía del adulto mayor.

Las modificaciones en las distintas habitaciones de la casa deben hacerse de acuerdo con la situación de cada adulto mayor, ya que éstas pueden variar considerablemente en cada caso.

### **Recomendaciones en el hogar del Adulto Mayor**

- Simplificar el ambiente al máximo para proteger al adulto mayor.
- Cuantos menos muebles haya, mejor.
- Eliminar muebles inestables y esquinas con los que el paciente pueda tropezar y lastimarse.
- Evitar tapetes sueltos y pisos encerados o resbalosos.
- El desplazamiento libre del adulto mayor en las diferentes habitaciones de la casa le proporcionará movilidad y evitará accidentes.

### **En cuanto a la entrada es pertinente pensar en**

- Que esté habilitada para usuarios en silla de ruedas (deberá contar con rampas, ascensores o puertas anchas).
- Pasillos largos y escaleras con pasamanos en ambos lados.
- Buena iluminación y una Instalación eléctrica perfectamente distribuida (los interruptores situados de tal modo que el espacio oscuro pueda iluminarse antes de entrar).
- Los pisos lisos, nivelados y en buen estado para transitar sin dificultad (no deben contar con superficies resbaladizas: las superficies más seguras son las baldosas sin esmaltar, las de vinilo y las de madera sin pulir).

**En lo que representa a la sala debe tener las siguientes características.**

- Mínimo, un sillón cómodo poco profundo, de poca altura para que los pies no queden colgando; con asientos y respaldos firmes, así como apoya-brazos largos.
- Usar colores contrastantes y cálidos con el fin de diferenciar los objetos dentro del espacio.
- Espacio para terapia ocupacional.

**En el comedor se recomienda tener las siguientes características**

- Sillas livianas, seguras y estables.
- No debe haber bordes filosos ni salientes puntiagudos en que se pueda atorar la ropa o que incluso sean capaces de lastimar.
- Las patas deben ser rectas y sin sobresalir de la tabla.

**En el dormitorio se recomienda tener las siguientes características.**

- Decorar con objetos del agrado del adulto mayor en cuestión: fotos, libros, pinturas, objetos personales.
- Timbre al alcance de la cama para que lo puedan accionar con facilidad en caso de ser necesario.
- La cama se recomienda ser cómoda, de fácil entrada y salida, sin problemas para ser tendida y alejada de la pared.
- De preferencia deben usarse camas articuladas y de baja estatura por fines de comodidad.

**En el cuarto de baño se recomienda tener las siguientes características.**

- Cerciórese de que el adulto mayor use ropa fácil de quitar, por ejemplo, pantalones con elástico en la cintura en vez de botones, broches o cremalleras, preferentemente juegos de dos piezas como la ropa deportiva.
- La puerta del baño y el cancel se deben poder abrir desde afuera.

- Colocar barras de apoyo donde se requieran, por ejemplo, en la regadera o en el excusado si es que al adulto mayor se le dificulta sentarse o pararse de un asiento demasiado bajo.
- Colocar un asiento suave sobre el excusado, de color llamativo.
- Quitarle la tapa del asiento al retrete.
- Vigilar que haya buena iluminación y ventilación.
- Finalmente, si contamos con todas estas adaptaciones en nuestro hogar contribuiremos a que el adulto mayor se desenvuelva de manera plena y satisfactoria lo mismo para él como para nosotros, sus cuidadores.

Con estas recomendaciones sobre las características que debe tener un adulto mayor dentro de su hogar con el fin de ayudarlo en su etapa de vida, la cual la familia es el ente principal en este proceso ya que va a representar de gran manera si el adulto mayor se siente bien en su hogar ya que múltiples factores pueden alterar su funcionamiento, es de esta manera que ayudándolos de esta manera aportaremos en su bienestar individual.

Esta información es de gran importancia y servirá para planificar en los hogares las nuevas alternativas que tienen para convivir con un adulto mayor y de esta manera hacerle la vida un poco más cómoda con la implementación de todas estas características en el hogar del adulto mayor.

## PLAN DE TALLER

**Tabla N°17: Cambios en la estructura del hogar donde se convive con un adulto mayor**

**Participantes: adultos mayores, Familia.**

**Grupo Beneficiado: “60 y Piquito.”**

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar información sobre la adecuación de un hogar donde vive un adulto mayor; esto servirá para brindarle una mejor calidad de vida contribuyendo a su autonomía y funcionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades de integración grupal, con los participantes.</li> <li>➤ Información sobre los riesgos que puede tener una persona de la tercera edad sin la adecuación correcta del hogar.</li> <li>➤ Explicar las principales adecuaciones en el hogar de un adulto mayor.</li> <li>➤ Evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ copias</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## **Taller 7: Resolución de conflictos**

### **Objetivo:**

- Explicar a los asistentes las diversas maneras de resolución de conflictos que pueden utilizar.

### **Materiales**

Infocus, parlantes, diapositivas, laptop.

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

**Tiempo:** 60 minutos

### **Desarrollo**

En algunos momentos, las familias pueden atravesar situaciones difíciles que las desestabilizan, y afectan las relaciones interpersonales, familiares generando crisis; y aunque esto es normal en el ciclo vital de las familias, es importante que cada uno de los miembros cumpla con su papel y aporte algo para solucionar los conflictos, con el fin de que la estructura y el funcionamiento familiar se mantenga.

La familia es un sistema vivo que crece, avanza y retrocede, incluso a veces se estanca, se paraliza o se rompe. Por ello, existen numerosas situaciones conflictivas por las que pueden atravesar las familias (ciclos vitales, problemas de comunicación entre la pareja o los hijos, factores externos como puede ser el trabajo, la separación o divorcio)

Los cambios son casi siempre conflictivos, y el conflicto es inevitable en toda relación viva. Es cierto que en los conflictos se ponen en marcha tanto mecanismos psicológicos como fisiológicos y que estos pueden ser negativos de esta forma el conflicto, o se pueden modificar para romper con la dinámica que lo mantiene. El conflicto puede interpretarse, por lo tanto, como una lucha entre las partes, o puede también verse como una oportunidad de cambio.

Según Zurilla (2007) la resolución de conflictos es un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular.

Dentro de este taller se van a tratar pasos importantes que hay que lograr para beneficien en la convivencia de los miembros de la familia:

- Definir adecuadamente el conflicto
- Establecer cuáles son los objetivos y ordenarlos según su importancia.
- Diseñar las posibles soluciones al conflicto.
- Elegir la solución que se considere mejor y elaborar un plan para llevarla a cabo.
- Llevar a la práctica la solución elegida.
- Valorar los resultados obtenidos y, si no son los deseados, repetir todo el procedimiento para tratar de mejorarlos.
- Estimular la participación de la familia en la solución de los conflictos, incluido el adulto mayor.

### **Actividades**

Se realizará con las asistentes actividades lúdicas con el propósito que se genere unión y colaboración donde se pueda evidenciar como resuelven situaciones en grupo.

#### **El sol brilla**

- Esta actividad se realizará con la familia y el adulto mayor transmitiendo unión entre los miembros. Para la realización de esta actividad los participantes deberán formar un círculo en el cual deberán estar todos sentados. Una vez realizado esto se seleccionará a una persona para que dirija la actividad.
- Se pedirá a la persona que está en el medio del círculo que mencione el sol brilla en y dice un artículo o un color que algunos de los participantes tengan.
- Todos los participantes que tienen estos atributos deben cambiar lugares entre sí. La persona en el centro trata de tomar el lugar de los que se han movido, y así se queda otra persona en el centro sin lugar. La nueva persona en la mitad grita “el sol brilla en..” y dice nombres de diferentes colores o tipos de ropa.

## PLAN DE TALLER

**Tabla N° 18: Resolución de conflictos**

**Participantes: adultos mayores, Familia.**

**Grupo Beneficiado: “60 Y Piquito.”**

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar a los asistentes las diversas posibilidades de resolución de conflictos que pueden utilizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades de integración grupal, con los participantes.</li> <li>➤ Dialogo sobre técnicas de resoluciones de problemas en la familia.</li> <li>➤ Pasos para una resolución de problemas.</li> <li>➤ Video</li> <li>➤ Evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ copias</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	<p>60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## **Taller N° 8: Autonomía del adulto mayor**

### **Objetivos:**

- Instruir en diferentes temas de importancia al adulto mayor
- Explicar aspectos de la autonomía y funcionalidad en el adulto mayor y su relación con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Brindar herramientas que generen bienestar familiar.

### **Materiales**

- Infocus
- Parlantes
- Diapositivas
- Laptop

**Participantes:** Familia y Adulto mayor

**Tiempo:** 60 minutos

### **Desarrollo:**

Dentro del taller se va a tratar varios temas de interés para el adulto mayor y su familia, ente importante en este proyecto.

Dentro del envejecimiento activo considero muy importante tratar los siguientes temas:

- Funcionalidad y autonomía en el adulto mayor
- La enfermedad crónica en el adulto mayor. Adherencia terapéutica
- Sexualidad en el adulto mayor.

Los talleres serán impartidos con la presencia de la familia y el adulto mayor, se desarrollarán las siguientes actividades.

- Participación en grupo
- Capacitación sobre los temas a tratar
- Debates
- Dinámicas
- Exposiciones
- Evaluación del taller.

## PLAN DE TALLER

**Tabla N°19: Autonomía del adulto mayor**

**Participantes: adultos mayores, Familia.**

**Grupo Beneficiado: “60 Y Piquito.”**

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instruir en diferentes temas de importancia al adulto mayor</li> <li>➤ Explicar aspectos de la autonomía y funcionalidad en el adulto mayor y su relación con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades de integración grupal, con los participantes.</li> <li>➤ Temas a tratar</li> <li>➤ Videos</li> <li>➤ Exposiciones</li> <li>➤ Debate</li> <li>➤ Actividades grupales</li> <li>➤ Evaluación del taller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Parlantes</li> <li>➤ Laptop</li> <li>➤ Diapositivas</li> <li>➤ copias</li> <li>➤ Videos</li> </ul>	<p style="text-align: center;">60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitador</li> <li>➤ Adulto Mayor</li> <li>➤ Familia</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, P. (2005). Fragilidad en el Adulto Mayor al Nivel Comunitario. Obtenido de [http://www.sld.cu/galeria/pdf/sitios/revsalud/tesis\\_patry.pdf](http://www.sld.cu/galeria/pdf/sitios/revsalud/tesis_patry.pdf)
- Anderson, & Zambrano. (2012). Actividad física y deporte para la salud del adulto mayor. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12835/1/FCED-CF-05-MARZO-AGOSTO%202012.pdf>.
- Antonini. (2011). Enfermedades psicosociales del adulto mayor. Nueva York.
- Arés. (2011). Psicología de la familia: Una aproximación a su estudio. La Habana.
- Ares, P. (1999). Psicología de la Familia, una aproximación a un estudio . Psicopsicología de la Familia Valencia. Albatros La Habana: Universidad de la Habana.
- Benitez, L., Justicia, M., & Fernández, S. (2011). Aprender a Convivir. School Psychology International. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80144041002.pdf>
- Buendía, M. (1999). Núcleo Familiar.. Comunicación familiar y procesos psicopatológicos. En G. Musitu(Dir): Psicología de la comunicación humana. Argentina. Lumen.
- Barron, A. (1992) Apoyo social y salud mental En J. Alvaro, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Comps) Familia y adulto mayor y psicología en la salud mental. Madrid Siglo XXI
- Buil, P. (1999). Ancianos y Familia una relación en evolución . Recuperado el 2017, de <https://www.google.com.co/search?q=%2C>
- Cantú, Y., Rivera, M., Campoy, J., & Perez, F. (2011). Secretaría de Salud de México Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor.

- Carrasco, M., Otros. (8 de MARZO de 2011). REVISTA ADULTO MAYOR. Recuperado el 24 de FEBRERO de 2017, de 12555: <http://www.senama.cl/RevistaSerMayor.html>
- CEPAL. (2012). Estudio de poblacion adulto mayor. Quito, fuente de referencia de la poblacion (pag3).
- Congreso Nacional de Chile. (2014). Congreso Nacional de Chile. NNUU. Psicología de la Familia .
- Costa. (2007). Anciano que cuida a anciano. En M. Costa, Anciano que cuida a anciano (pág. 4).
- Diario el Telégrafo. (2016). Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/quito/11/nueve-de-cada-100-quitensos-adultos-mayores>
- DSM-V. (2016). DSM-V. trastornos depresivos (pag 256).
- Espinoza, Y. (2015). Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el Aprendizaje de los niños y niñas de primero y segundo año de educación primaria de la Escuela Sagrado Corazón de Jesús de Tulcán . Quito: Escuela Politécnica Nacional.
- Figueredo, N. (2003). Caracterización del adulto mayor en la comunidad. DICIEMBRE : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300008).
- Fraga, P. (2005). La tercera edad. Características del adulto mayor. CUBA: <http://horabuena.blogspot.com/2011/08/la-tercera-edad-caracteristicas-del.html>.
- Freire, B. (2009-2010). Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento. Obtenido de <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Gandolfo, M. A., & Furman, M. C. (2011). Lectura creativa con adultos mayores.
- García, J., & López, L. (2002). nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. Revista Geriatrika.
- García, M. (2011). Funcionalidad familiar y el adulto mayor. Madrid.

- Gómez, S., & Suárez, G. (2013). La inclusión familiar en el área sensitiva. Santiago de Chile.
- Goodwin, M., & Jamison, M. (1990). Tratamientos psicoterapéuticos en contra de la depresión y trastornos de comportamiento.
- Guía Alimentación adulto mayor. (2004). Alimentación del adulto mayor. Madrid.
- INEC. (2008). La población adulto mayor en la Ciudad de Quito, Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Economicos/Evolucion\\_de\\_la\\_indus\\_Ali men\\_Beb\\_2001-2006/Poblac\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Ali men_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf)
- Instituto Interamericano del Niño. (2012). Funcionalidad Familiar.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2015). Depresión. Obtenido de [file:///C:/Users/Alex/Documents/Evelyn/Kristian/depresion\\_38791.pdf](file:///C:/Users/Alex/Documents/Evelyn/Kristian/depresion_38791.pdf)
- Kaplan, & Sadock. (2000). Estudio comparado del adulto mayor. Santiago de Chile.
- Katona, C. (1995). Depression in Old Age. Chichester: John Wiley&Sons.
- López, J. A. (2011). La depresión en el Paciente Anciano. Málaga: Centro Municipal Tercera Edad .
- Martínez, S. (2011). La familia núcleo social.
- Mental Health America. (2017). MHA. Obtenido de <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n>
- Mrazek, & Haggerty. (1994). Trastornos depresivos en grupos de edades.
- Naciones Unidas. (1991). Naciones Unidas a favor de las personas de edad.
- Navarro, & Colls. (2011). El refugio familiar: asociación social.
- OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Perez, & Arcia. (2008). La depresión en el adulto mayor. Santiago de Chile: SN.

- Proyecto SABE. (2009-2010). Obtenido de <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Ramos, O. P., & Vega, E. G. (1996). Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica. .
- Rodriguez, & Barrios. (2015). la percepción del funcionamiento familiar en 898 adultos mayores utilizando como instrumento el Apgar Familiar. Colombi.
- Rodriguez, M., & Benitez, M. (2008). Mejorar la calidad de vida del adulto mayor . Santiago de Chile.
- Rojas, M. (2007). Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas. La Habana: Ecmec.
- SENPLADES. (2009). Informe SENPLADES. Quito.
- Servicio Del Consumidor de Chile. (2004). Nutrición y cuidados del adulto mayor. Santiago de Chile: SERNAC.
- Zabala, & Dominguez. (2010). de la depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar. México.

# ANEXOS

## 8.1 Test Apgar Familiar

### Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

## 8.2 Escala de depresión geriátrica Yesavage

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Elija la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? SI / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo? SI / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?  
SI / NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene  
más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?  
SI / NO
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente  
usted inútil?  
SI / NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores  
condiciones que usted? SI / NO

Total

### 8.3 fotografías

