



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La universidad católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Evaluación de la adaptación del programa de entrenamiento socio-afectivo  
OnMente en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Loja**

**TRABAJO DE TITULACIÓN.**

**AUTORA:** Armijos Ríos, Ana Gabriela

**DIRECTORA:** Cisneros Vidal, María Aranzazu, Mgtr.

**LOJA ECUADOR**

2017



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2017

## APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Aranzazu Cisneros Vidal

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Evaluación de un programa de entrenamiento socio-afectivo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Loja realizado por Ana Gabriela Armijos Ríos ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2017

f.....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Ana Gabriela Armijos Ríos, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Evaluación de un programa de entrenamiento socio-afectivo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Loja, de la Titulación de Psicología, siendo María Aranzazu Cisneros Vidal directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....  
Autor: Ana Gabriela Armijos Ríos  
Cédula: 1104661499

## **DEDICATORIA**

Principalmente a Dios por ser la luz central de mi vida, por permitirme formar parte de este proceso formativo y por las bendiciones que derrama cada día sobre mí.

A mis padres María Lupita y Ángel por luchar incansablemente por mi bienestar, por brindarme un mejor futuro, por apoyarme siempre en cada etapa y en cada paso que doy, por ser el aporte espiritual más importante en mi vida, por ser padres tan maravillosos.

A mis hermanas María de los Ángeles y Amneris por estar presente apoyándome e impulsándome a cumplir a mis metas y cada uno de mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

Le Agradezco a Dios por darme la vida y abrirme un mundo de oportunidades, entre ellas, la de formar parte de este proceso de formación, por llenarme de bendiciones cada día y por darle un significado especial a mi vida.

Agradezco también a mis padres por todos los esfuerzos que han hecho para que mis sueños sean posibles, porque a lo largo de estos años han sido quienes han estado presentes impulsándome a seguir adelante siempre. Gracias a ustedes he aprendido a luchar por cumplir cada objetivo.

Agradezco todos los docentes de la UTPL, por compartir sus conocimientos para el proceso de formación. Especialmente agradezco a la directora de mi trabajo de fin de titulación, Mgtr. María Aranzazu Cisneros, por su paciencia, sugerencias, por su profesionalismo y el compartir de sus conocimientos supo apoyarme en este proceso.

Gracias a mis amigos y compañeros, a cada una de las experiencias compartidas, a cada palabra de motivación brindada; en mi proceso formativo he conocido gente maravillosa que me ha motivado a cumplir cada una de mis metas.

Me siento feliz de contar con excelentes personas en mi vida, cada palabra de aliento de mi familia, cada gesto de bondad, cada sonrisa y motivación de mis amigos, me ha ayudado a crecer y formarme como profesional y lo más importante como persona. A las personas que estuvieron conmigo le extiendo mi más sincero agradecimiento y que Dios los bendiga siempre.

## INDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEÓRICO .....	5
1.1. Población del adulto mayor.....	6
1.2. Leyes del adulto mayor.....	7
1.3. Envejecimiento normal, etapa de la vejez, características biológicas, psicológicas y sociales. ....	11
1.4. Bienestar del adulto mayor .....	18
1.5. Apoyo social en el adulto mayor .....	20
1.6. Resiliencia .....	21
1.7. Características socio-afectivas del adulto mayor .....	23
1.8. Programas de estimulación socio-afectiva de adultos mayores. ....	24
CAPÍTULO II.....	26
METODOLOGÍA.....	26
2.1. Objetivos. ....	27
2.1.1. General.....	27
2.1.2. Específicos .....	27
2.2. Hipótesis de investigación .....	27
2.3. Diseño de la investigación .....	27
2.3.1. Enfoque Cuantitativo .....	27
2.3.2. Alcance Descriptivo: .....	27
2.3.3. Alcance Correlacional:.....	27
2.3.4. Estudio Longitudinal: .....	28
2.3.5. Diseño cuasi experimental:.....	28
2.4. Contexto .....	28
2.5. Muestra .....	28
2.5.1. Criterios de inclusión: .....	28
2.5.2. Criterio de exclusión: .....	28
2.6. Métodos e instrumentos de investigación .....	29

2.6.1. Instrumentos.....	29
2.7. Procedimiento:.....	33
2.8. Análisis de datos .....	38
CAPÍTULO III.....	39
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES .....	51
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	58
Anexo 1: Consentimiento informado. ....	59
Anexo 2: Plantilla sociodemográfica del adulto mayor Ad hoc. ....	61
Anexo 3: Escala de Resiliencia Brief Resilien Coping Scale, Sinclair y Kenneth, 2004 (BRCS). ....	64
Anexo 4: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. ....	64
Anexo 5: Escala de depresión Geriátrica (GDS) – Test de Yesavage.....	66
Anexo 6: Cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc. ....	67
Anexo 7: Fichas de registro de las actividades del programa.....	68

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Teorías biológicas del envejecimiento.....	13
Tabla 2: Teorías sociales del envejecimiento.....	14
Tabla 3: Dimensiones del bienestar subjetivo de los adultos mayores.....	19
Tabla 4: Definiciones de Resiliencia. ....	22
Tabla 5: Variables sociodemográficas. ....	28
Tabla 6: Escala de Bienestar Psicológico .....	30
Tabla 7. Función: autoconocimiento .....	34
Tabla 8. Empatía .....	35
Tabla 9. Habilidades sociales .....	35
Tabla 10. Conocimiento y control de emociones.....	35
Tabla 11. Resolución de problemas.....	36
Tabla 12. Toma de decisiones .....	36
Tabla 13. Autoconcepto .....	36

Tabla 14. Autoestima .....	37
Tabla 15. Asertividad .....	37
Tabla 16. Comunicación .....	37
Tabla 17. Habilidades comunicativas.....	38
Tabla 18. Resiliencia primera evaluación.....	40
Tabla 19. Bienestar psicológico primera evaluación.....	40
Tabla 20. Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage (GDS) primera evaluación.	41
Tabla 21. Apoyo social percibido primera evaluación.....	41
Tabla 22. Prueba T de los resultados de la evaluación inicial y retest.....	42
Tabla 23. Resiliencia en evaluación inicial y retest .....	42
Tabla 24. Bienestar psicológico evaluación inicial y retest. ....	43
Tabla 25. Depresión evaluación inicial y retest. ....	43
Tabla 26. Apoyo social percibido evaluación inicial y retest. ....	44
Tabla 27. Correlación entre variables .....	44

## RESUMEN

La estimulación socio-afectiva en la población adulta mayor permite mantener y desarrollar funciones en esas áreas. El presente trabajo investigativo evalúa la adaptación del programa OnMente de entrenamiento socio-afectivo en un grupo de 16 adultos mayores de la ciudad de Loja, a través de un diseño longitudinal y cuasi-experimental.

Se recogió información sociodemográfica y se valoró con la aplicación pre-test y post-test a los adultos mayores, considerando las habilidades estimuladas de la adaptación del programa OnMente, para ello se usó la escala de depresión geriátrica–Yesavage, escala de bienestar psicológico Ryff, escala de resiliencia BRCS, cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc.

Los resultados obtenidos del estudio demuestran la efectividad de la adaptación del programa de estimulación socio-afectiva OnMente que logra mantener y mejorar los niveles en dos sub-escalas del cuestionario de bienestar psicológico: autoaceptación y relaciones positivas.

**PALABRAS CLAVES:** adultos mayores, estimulación socio-afectiva, efectividad, cuarta edad, bienestar.

## ABSTRACT

The socio-affective stimulation in the elderly population allows maintaining and developing functions in this area. This investigative work evaluates the adaptation of the training socio-affective program "OnMente" in a group of elderly people in the city of Loja, It has been performed a methodology of a lengthwise survey, and quasi-experimental.

Relevant sociodemographic information was collected and it has been valued by the application of a pre assessment and a posttest to elderly people from the center, considering the stimulated abilities of the adaptation of the program "OnMente", for that it was used the Depression scale "Geriatric-Yesavage", Ryff Psychological well-being scale, BRCS Resilience scale, Perceived social support questionnaire Duke-Unc.

The results obtained from this investigation demonstrate the effectivity of the adaptation of the stimulation socio-affective program OnMente, which accomplished to maintain and improve the levels in two sub-scales of the questionnaire of psychological well-being, self-acceptance, and positive relationships.

**Keywords:** Elderly people, socio-affective stimulation, effectivity, fourth age, wellness.

## INTRODUCCIÓN

La investigación enfoca su atención en evaluar el programa de entrenamiento socio-afectivo “OnMente” adaptado al contexto local en adultos mayores de un centro del día de la ciudad de Loja para determinar su efectividad, por consiguiente, se hace referencia principalmente al adulto mayor, componente afectivo del adulto mayor y perspectiva del adulto mayor frente a esta etapa.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), y la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2004), adulto mayor es toda persona mayor de 60-65 años de edad, etapa del desarrollo humano llamada vejez, en la que se muestra cambios a nivel fisiológico, psicológico y social, el resultado de estos se presenta de acuerdo a factores genéticos, estilo de vida y ambiente (Morales , López , Ramírez , Restrepo, y Varela, 2006). Se distingue dos grupos que se diferencian por su naturaleza, la tercera edad de entre 65 a 79 años de edad y la cuarta edad refiriéndose a las personas de 80 años en adelante, esta etapa se caracteriza por la pérdida de capacidades físicas e intelectuales, la etapa de la vejez entra al proceso de desarrollo negativo (Moreno-Toledo, 2010).

La OMS (2002) propone el envejecimiento activo, que es el proceso que favorece oportunidades en el ámbito de la salud integral, participación en la sociedad y seguridad, con la finalidad de generar una calidad de vida favorable en los adultos mayores.

La afectividad del adulto mayor se ve alterada en algunos casos por la falta de apoyo de la familia nuclear o interacción social inadecuada (Tello-Rodríguez, Alarcón, y Vizcarra-Escobar, 2016). Kail y Cavanaugh (2011) citando a Erickson (1992) refieren que las personas que comienzan la etapa de la vejez entran en el proceso de la crisis de integridad del yo frente a la desesperanza, donde la persona realiza una evaluación introspectiva de las acciones que ha realizado en su vida, tratando de darle un sentido.

Como lo encontrado en el siguiente estudio en México sobre el bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social de adultos mayores, en una muestra de 80 hombres y 80 mujeres en edades entre 60 y 90 años, se les aplicó: (1) escala de bienestar subjetivo, (2) escala de estrategias de afrontamiento, (3) una entrevista estructurada de apoyo social (4) cuestionario de datos sociodemográficos, en función de las estrategias de enfrentamiento, la percepción del apoyo social y variables sociodemográficas, como resultado se encontró que se perciben con puntajes más altos en las escalas valoradas, las

personas que reportan mayor apoyo social (Dominguez-Guedea, Sotelo-Quiñones, y Vera-Noriega, 2006).

Con respecto a la población de adultos mayores en el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010) menciona a 940.905 personas mayores de 65 años que corresponde al 6,5% del total de la población ecuatoriana. En la provincia de Loja hay 41.081 que corresponde al 9.15% del total de la población de la provincia. Las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores del Ecuador, de acuerdo con la Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor [SABE] que fue aplicada a 5.235 adultos de 15 provincias del Ecuador, en los resultados se observa que el 48,9% que presenta condiciones de indigencia, se localizó en la sierra rural, y el 38,3% de la costa rural (Freire, 2010).

Una investigación realizada en la ciudad de Ibarra sobre la percepción de los adultos mayores con respecto a la atención que reciben en los centros, concluyó que mantener la calidad de vida y brindar apoyo emocional genera mayor satisfacción en la población adulta mayor (Montalvo-Morales y Ruales-Itaz , 2011).

Debido al número de adultos mayores en Ecuador y específicamente en la provincia de Loja, se ve la necesidad de estimular las funciones sociales y afectivas para mejorar el estilo de vida del anciano ecuatoriano, de este modo es oportuna la aplicación de un programa de entrenamiento socio-afectivo. Esta investigación permitirá observar la efectividad de la adaptación del programa OnMente de estimulación Socio-afectiva en nuestra localidad.

En el primer capítulo, se realiza un análisis de conceptualizaciones, teorías y planteamientos; el segundo capítulo describe características y datos de la muestra estudiada, también se menciona los instrumentos utilizados y el proceso que se llevó a cabo en la aplicación de los mismos; y el tercer capítulo plantea y analiza los resultados obtenidos, cumpliendo de este modo los objetivos establecidos.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1.1. Población del adulto mayor**

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS (2002) y la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2004) se considera adultos mayores a las personas de 60-65 años en adelante, este concepto varía dependiendo de cada región o país, el término coloquial que se utiliza para definir esta etapa de la vida es “vejez”, refiriéndose a ésta como un escalón más del desarrollo normal.

El envejecimiento demográfico, por otra parte, se refiere a los cambios progresivos en la estructura de la edad, dando como resultado el crecimiento de los grupos de edad avanzada frente a la disminución de los grupos de edades jóvenes. Este es el resultado del impacto de varios factores que influyen directamente; por ejemplo: la tasa de natalidad, mortalidad y migración (Bódalo-Lozano, 2002). La consecuencia más directa es que genera mayor número de ancianos de cuarta edad (etapa que se refiere a las personas mayores de 80 años y que se caracteriza por la pérdida de capacidades físicas e intelectuales) y la vejez entra al proceso de desarrollo negativo (Moreno-Toledo, 2010).

La natalidad es considerada, aunque suene contra intuitivo, un factor principal en el envejecimiento demográfico, en los últimos años se ha caracterizado por su disminución, a consecuencia de esto, el grupo de personas de edad avanzada, de forma sistémica aumenta. La disminución de la mortalidad en la actualidad tiene una relación directa con el crecimiento del envejecimiento demográfico (Universidad Marista de Mérida, s/f).

La migración también puede influir de forma indirecta en la estructura de la edad de una población, creando cambios generales en una nación y cambios específicos en una determinada región de la nación (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2002).

El porcentaje de adultos mayores representa el 6,7% del total de la población ecuatoriana; de este número el 11% viven solos y este porcentaje se ve proporcionalmente en incremento sobre todo en la costa ecuatoriana donde se denota un 12,4%. Hay un 49% de adultos mayores que viven acompañados en su mayoría de su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Por otro lado en la SABLE las condiciones que se presentan en los resultados correspondientes a las condiciones socioeconómicas de los grupos que refieren situaciones de indigencia describen que el 48,9% de la sierra rural y el 38% de la costa rural pertenecen al grupo con estas situaciones, de la misma manera, de los adultos mayores que viven solos el 14% de ellos presenta condiciones de indigencia; por otra parte la encuesta SABLE, menciona situaciones de abuso que se da en la población adulta mayor en donde el 14,7% refiere haber sido insultado y un 14,9% sufre negligencia y abandono (Freire, 2010).

La encuesta SABLE también recoge información sobre el estado de depresión, refiriendo que el 35,6% presenta depresión moderada y el 60,9% no presenta síntomas de depresión. Las características del adulto mayor ecuatoriano, según los resultados obtenidos con dicho instrumento, demuestran que el porcentaje de evaluados en condiciones malas e indigentes es preocupante, al igual que las condiciones de adultos mayores que viven solos. Se exponen en los resultados varios tipos de violencia y la mayoría de los casos quien lleva a cabo la violencia contra los adultos mayores es su principal red de apoyo que es la familia nuclear (Freire, 2010).

## **1.2. Leyes del adulto mayor**

Los principios planteados en la Constitución de la Republica del Ecuador en el artículo 11 sobre el ejercicio de los derechos para la población, refieren que:

Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, pág. 21)

Aquí se parte planteando la protección y respaldo las personas en situación de víctimas de cualquier tipo de discriminación, con la finalidad de generar igualdad, más adelante se habla de manera específica de cada derecho y cuidado especial garantizado para dichos sectores vulnerables. Desde aquí se observa que existe la necesidad de buscar y validar medidas que promuevan la igualdad real que plantea la Constitución.

En el capítulo tercero, la Constitución de la República del Ecuador (2008) plantea los derechos de los grupos de atención prioritaria en el artículo 35:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, pág. 30)

En este apartado, se reafirma el compromiso con los sectores vulnerables, empezando por los adultos mayores, garantizando su atención prioritaria y especializada. Se menciona además a personas con doble vulnerabilidad como por ejemplo adultos mayores que a su vez tengan algún tipo de discapacidad. Por lo tanto, proyectos de mejoramiento de calidad de vida, tal como el planteado en esta tesis, se deberían considerar como prioridad, basándose en la normativa constitucional vigente.

En la primera sección de la Constitución de la República del Ecuador (2008) en los artículos 36, 37 y 38 se mencionan:

Artículo 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, pág. 30).

Artículo 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.” (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, pág. 30)

En los artículos 36 y 37 de la constitución de la República del Ecuador (2008) se exponen los conceptos de atención especial y prioritaria en ámbitos del sector público y privado al grupo de adultos mayores ecuatorianos; el artículo 36 menciona la edad en la que los ciudadanos pertenecen a la tercera edad y que gozarán de los beneficios antes mencionados, el artículo 37 especifica cada beneficio y consideración que el anciano ecuatoriano tendrá. Los adultos mayores tienen consideraciones y beneficios con relación a su edad ya establecidas en la Constitución de la República del Ecuador (2008); se exige además una especial atención a grupos de adultos mayores en condiciones económicas preocupantes y situaciones de vulnerabilidad y que no estén afiliadas al sistema de seguridad público.

Artículo 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
  2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
  3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
  4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
  5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
  6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
  7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
  8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
  9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.
- La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, pp. 31-32).

El artículo 38 dicta las líneas para establecer políticas públicas que cumplan los objetivos de los artículos anteriores. Se refieren las diferencias específicas de cada subsector vulnerable a ser precautelado y las varias formas de asistencia de la que son beneficiarios. El artículo determina a su vez los lineamientos sobre los que cualquier plan de

intervención, incluido el nuestro, se orienta para buscar mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Así también el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), facilita mensualmente 50 dólares mediante el Bono de desarrollo humano, el cual ha sido considerado como un factor importante de ayuda, compensación y equilibrio económico frente a situaciones de crisis en nuestro país (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

Como conclusión de lo antes expuesto, se observa un número amplio de garantías constitucionales que aplican sobre los adultos mayores y personas en doble vulnerabilidad, se identifica que existe el compromiso e intención de crear oportunidades de mejora a las condiciones de la población de adultos mayores; es aquí donde la creación de programas que impacten la calidad de vida de este grupo se ve motivada.

### **1.3. Envejecimiento normal, etapa de la vejez, características biológicas, psicológicas y sociales.**

El envejecimiento engloba una serie de cambios y la transición por varias etapas de la vida, en este proceso se dan alteraciones de todo tipo ya sean fisiológicas, cognitivas, sociales, psicológicas entre otras, cambios que necesitan de un ajuste emocional en cada etapa (Uc Ku, 2011).

Ogando-Díaz (2016), en un estudio plantea que el proceso de envejecimiento normal tiene características específicas: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y afectivas, que se deben considerar al momento de promover estilos de vida más adecuados para las personas en esta etapa de su vida. Señala además que es un requerimiento comprender al envejecimiento como un proceso con una variabilidad individual amplia y dependiente de varios factores externos e internos y aunque se tiende a asociar la vejez con enfermedad, hasta el 45,5% de las personas mayores refiere que goza de buena salud.

Mientras que Moñivas (1998) define a la vejez:

La vejez al igual que cualquier otra etapa del ciclo vital tiene rasgos y diferencias, rasgos que la caracterizan como etapa y diferencias entre el momento que las personas llegan a ella, cómo llegan y cómo la viven, sin embargo y aunque en cualquier edad se dan cambios la vejez se asocia

principalmente a los aspectos negativos que implican disminución tanto en lo biológico, actividades de trabajo como la retirada laboral, disminuciones económicas y sociales (p.17).

Sobre el mismo tema Uc-Ku (2011) manifiesta:

El envejecimiento normal es un proceso frecuente de enfermedades y alteraciones que caracterizan a la mayoría de adultos mayores, sin embargo, las personas envejecen de formas muy distintas, algunas sufren enfermedades y alteraciones, mientras que otras parecen escapar a las enfermedades concretas y se dice que mueren debido a su avanzada edad (p.4).

Según Uc-Ku (2011), el envejecimiento es un proceso lleno de cambios en la etapa de la vejez, tomando en cuenta que se envejece de varias formas, algunas personas con más complicaciones en su salud, mientras que otras tienen complicaciones leves o no las presentan. Mientras que Moñivas (1998) se refiere a la etapa de la vejez de forma similar, sin embargo, este autor señala que en esta etapa se dan procesos negativos en lo fisiológico, psicológico y social.

Dentro del tema Dávila (2006) sostiene que:

El envejecimiento tiene un efecto diferencial por sexo, por estratos socioeconómicos, por residencia rural o urbana, y en general por la historia que cada individuo va acumulando en el transcurso de su vida. El déficit nutricional, los efectos de las enfermedades infecciosas y las exposiciones al medio ambiente desde la concepción hasta la adultez, tienen consecuencias a largo plazo que afectan la salud y la funcionalidad de los adultos mayores (p.5).

Considerando lo previamente expuesto, se puede concluir que la sociedad visualiza al envejecimiento como un ciclo donde se presentan nuevos desafíos para el desarrollo normal de las actividades diarias, debido a que los adultos mayores pierden: energía, habilidades, memoria, etc., así también con el pasar del tiempo adquieren sabiduría y experiencia, por lo cual sus conocimientos son muy útiles para la resolución de problemas.

La población de ancianos va aumentando de forma progresiva, en conjunto con transformaciones en la forma de vida de la sociedad y más aún en el estilo de vida al envejecer, por lo cual se han observado cambios paulatinos en la visión de la vejez en las últimas décadas, resultando actualmente que el envejecimiento es un hecho social relevante (Moreno-Toledo, 2014).

Para una explicación más clara del proceso del envejecimiento, se mencionan sus teorías, puesto que estas brindarán una perspectiva más clara en el área biológica psicológica y social sobre el tema, a continuación, se presenta las teorías biológicas del envejecimiento propuestas por varios autores. Véase en la tabla 1.

Tabla 1: Teorías biológicas del envejecimiento.

Teoría biológica del envejecimiento	Definición
Teoría del desgaste	El organismo al igual que una máquina se deteriora gradualmente hasta desgastarse por completo.
Teoría del comportamiento celular	El envejecimiento se enfoca en los procesos que ocurren dentro de las células individuales, mismas que podrían conducir a la formación de las sustancias dañinas o al deterioro de las células.
Teoría de la muerte celular programada.	Sugieren que el envejecimiento está genéticamente programado
Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico	Con el paso del tiempo el sistema inmunológico pierde efectividad es por eso que los mecanismos corporales de defensa bajan su nivel en los adultos mayores.
Teoría de envejecimiento celular	La teoría del envejecimiento celular se refiere al deterioro del proceso de división celular del ser humano.
Teoría de las modificaciones del sistema endocrino	El proceso de envejecimiento presenta alteraciones en las secreciones hormonales.

Fuente: Pankow y Solotoroff (2007), Mishara y Riedel (2000).

Elaboración: Autora.

La teoría del desgaste explica que cuando un órgano se expone al frecuente uso a lo largo del ciclo de la vida sin el control del mismo ni los cuidados necesarios, éste se atrofia hasta perder su función; sin embargo, hay que tomar en cuenta que su definición no consigue incluir todas las características y aspectos del envejecimiento. Las teorías del comportamiento celular entienden al envejecimiento como un proceso de transformaciones que ocurren en cada una de las células del cuerpo humano en un determinado tiempo hasta llegar a deteriorarse, adentrándose en todos los aspectos del envejecimiento en el sentido biológico. Finalmente, la teoría de la muerte celular programada no tiene una explicación de

cómo se da el proceso de autodestrucción de las células, sin embargo, la comprensión de este tema daría pautas para entender la interacción genética con el funcionamiento fisiológico del cuerpo humano y también la inferencia de factores dando como resultado una idea más clara de cómo se da el proceso del envejecimiento (Pankow y Solotoroff, 2007).

Mishara y Riedel (2000), refieren 3 teorías biológicas para tratar de acercar un entendimiento apropiado del envejecimiento: Teorías del disfuncionamiento del sistema inmunológico, del envejecimiento celular y de modificaciones del sistema endócrino. 1). La teoría del disfuncionamiento del sistema inmunológico refiere que los cambios en el funcionamiento de este sistema, disminuyen la capacidad de protección del organismo. 2). La teoría de envejecimiento celular habla del límite de la división celular a causa del proceso del envejecimiento. 3). Finalmente, la teoría de las modificaciones del sistema endocrino indica que también existen modificaciones en la producción y secreción hormonal en el ser humano como resultado del proceso del envejecimiento.

Se entendería entonces al envejecimiento como resultado del proceso biológico continuo, y sus teorías explican las diferentes formas del mismo, de esta manera, la etapa de la vejez es una más del proceso del envejecimiento, con sus cambios que la caracterizan, como la disminución de capacidades, deterioro de órganos y sentidos, desgaste, entre otros cambios que se presentan y que se explican con las teorías biológicas del envejecimiento.

En el ámbito social y en la sociología la vejez es un tema relevante, existen diferentes investigaciones realizadas en torno a éste, direccionadas a las características y factores sociales relacionados con el proceso del envejecimiento (Mishara y Riedel, 2000). Como resultado de algunos de esos estudios, autores postulan las teorías sociales del envejecimiento que se describen en la tabla 2:

Tabla 2: Teorías sociales del envejecimiento.

Teoría	Conceptualización
Teoría de la modernización	Refiriéndose a esta como el proceso de transición que el adulto mayor sufre frente a los cambios sociales que se le presentan, de esta manera el avance de la tecnología, las estrategias laborales y otros cambios generan una desvinculación laboral y social.
Teorías de la socialización	Esta teoría plantea que las pérdidas del adulto mayor frente a los cambios sociales y laborales generan alteraciones de las características del buen funcionamiento de su vida, sin embargo, cada individuo está en la libertad de adquirir y hacer propias las actividades que él desee generando una adaptación activa en la sociedad.

Fuente: Mishara y Riedel (2000)  
Elaboración: Autora

Tabla 2: Continuación...

Teoría	Conceptualización
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la actividad</li> </ul>	<p>Esta teoría refiere y explica los problemas que el adulto mayor enfrenta en la sociedad, y los factores que influyen para generar la inadaptación, sin embargo, el individuo para lograr un estilo de vida óptimo tratará de conservar o buscar nuevas actividades que le permitan desarrollarse.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la desvinculación o del retraimiento</li> </ul>	<p>El adulto mayor frente a todos estos cambios trata de desvincularse de su red social, esto se da con la decisión del individuo o también por la falta de inclusión por la red social.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la continuidad</li> </ul>	<p>Esta teoría refiere que la edad adulta y la vejez tienen una relación estrecha, sin embargo, los cambios que sufre el individuo al pasar de una etapa a otra generan ciertas dificultades, frente a esto el individuo deberá descubrir y mantener su potencial de adaptación conservando su estabilidad personal.</p>
<p>Teorías del envejecimiento demográfico</p>	<p>Son teorías que estudian los cambios que sufren las características que integran la población adulta mayor.</p>
<p>Teoría del medio social</p>	<p>Esta teoría menciona los factores que influyen en la salud y en la actividad del adulto mayor, debido a que, si estas se ven afectadas, limitarían sus actividades, así como el factor económico y la relación con su red social.</p>
<p>Teoría de la construcción social de la vejez</p>	<p>Una teoría que rompe esquemas sociales negativos, considerando el valor, capacidad y potencial de esta población para una adaptación eficaz a la etapa de la vejez.</p>

---

Fuente: Mishara y Riedel (2000)  
 Elaboración: Autora

Atravesar por la etapa de la vejez implica limitaciones físicas, sin desmerecer aspectos positivos como la experiencia (Mishara y Riedel, 2000). Frente a los aspectos sociales de la edad avanzada, se presentan desafíos, como la búsqueda de una adecuada inserción social y participación comunitaria del adulto mayor e integrar las habilidades adquiridas por ellos a lo largo de sus vidas (Delval, 2006).

Según Atchley (1989) la teoría de la continuidad propone que: “en la adultez tardía la gente tiende a afrontar la vida cotidiana aplicando estrategias familiares fundamentadas en

la experiencia, para mantener y preservar tanto las estructuras internas como externas” (p. 29).

La jubilación y la desinserción del mundo laboral se puede considerar como una situación muy compleja para ser definida, debido a que cada persona lo toma de diferente manera, en este sentido la jubilación tiene mucho que ver con la pérdida de identidad laboral sin embargo está en la decisión de cada individuo seguir laborando, descansar, realizar actividades de pasatiempo, viajar, etc. Es útil e importante tomar la jubilación como otra etapa más de la vida (Kail y Cavanaugh, 2011).

Para una mejor adaptación de los adultos mayores a la jubilación, participar en la comunidad en actividades en las que ellos destacan, permite que tengan crecimiento personal y satisfacción, pero también experimentarán gran presión social, física, ambiental, entre otros factores que definen el nivel de adaptación del individuo (Kail y Cavanaugh, 2011).

Cada persona tiene un estilo propio de adaptación, en su mayoría quienes presentan capacidades desarrolladas de acuerdo a las demandas de la sociedad tienen mayor facilidad de adaptación, a diferencia de quienes no las presentan sienten mayor presión ambiental, frente a esta presión los individuos responden de dos formas: “cuando las personas eligen asumir nuevos comportamientos para cumplir nuevos deseos o necesidades, están mostrando proactividad y ejercen control sobre su vida, en contraste cuando permiten que la situación sea la que determine sus opciones, están exhibiendo docilidad y tienen un control limitado” (Lawton y Nahemow, 1973, p. 619 ). Este planteamiento trata de explicar en la etapa de la vejez que cada adulto mayor entra en un proceso de adaptación, también permite entender que necesitan de ciertos cuidados debido a su avanzada edad.

A continuación, se considera la revisión de las teorías psicológicas del envejecimiento, es así que, según Bordinon (2006), Erickson en 1959 planteaba la teoría epigenética, donde se propusieron las fases que se dan a lo largo del desarrollo del ciclo vital, estando ligadas entre sí. El cumplimiento positivo de dichas fases proporcionará a la persona un yo sano; sin embargo, al no lograr cumplirse satisfactoriamente generará patologías o fragilidad en la persona. En esta teoría cada etapa es integral, conformada por estructuras psicosociales y psicosexuales en un determinado tiempo, cada proceso es gradual y cada etapa depende del resultado anterior. Se postula además a la integridad

versus desespero de los 50 años en adelante. Este estadio es planteado como la culminación del proceso, en donde se realiza una valoración introspectiva: si se logra una valoración positiva y una acción efectiva en la resolución del dilema se alcanzará la integridad, caso contrario se marcará negativamente la desesperación, dependiendo de la capacidad de afrontamiento de la persona en base a sus experiencias adquiridas.

Con respecto a la espiritualidad, los adultos mayores manifiestan más fe y apego religioso que las demás personas, tienen presente que con Dios en su vida tienen mayor fortaleza para lidiar con las complicaciones del día a día; relacionan su salud con la espiritualidad, siendo que los adultos mayores que tienen mayor apego a Dios y a su fe, mantienen su salud física y mental en condiciones más óptimas que aquellos adultos mayores que no se definen por alguna religión, y estas actividades espirituales les aportan para su bienestar psicológico y mental considerado a la religión como mecanismo de afrontamiento ante las adversidades (Kail y Cavanaugh, 2011).

Como consecuencia de lo antes mencionado en los procesos biológicos y psicológicos, se podría deducir que, al no presentarse los factores de protección adecuados para el adulto mayor aumentaría el riesgo de que se genere uno de los trastornos frecuentes del estado de ánimo en esta etapa como la depresión (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Ezquivel-Molina, y Velazco-Rodríguez, 2007).

Existen intervenciones con fármacos y psicoterapia y la combinación de estos para aminorar los problemas de depresión del adulto mayor. La psicoterapia geriátrica trata de que el paciente descubra su potencial favorable logrando el cambio en sus sentimientos negativos, distorsiones cognitivas y actitudinales, y relaciones personales. Trata además de desarrollar habilidades sociales, objetivando este conjunto de acciones planificadas para brindarle sentido a su vida, logrando una autoestima saludable y la inserción en la sociedad del adulto mayor (Hernández-Zamora, 2005).

Teniendo en cuenta la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento para la depresión de los adultos mayores, se conoce dos tipos de psicoterapias utilizadas frecuentemente calificadas como las más efectivas: 1). Terapia conductual, "... que se basa en la idea de que la gente depresiva experimenta muy pocas recompensas y refuerzos por parte del entorno" (Kail y Cavanaugh, 2011, p. 142), por lo cual este tipo de terapia tiene el principal objetivo de crear un mayor número sucesos positivos en la vida del paciente, disminuyendo sucesos negativos; 2). Terapia cognitiva, que trata de reestructurar sus

pensamientos de forma que les permita tener una visión de su vida un poco más realista y optimista (Kail y Cavanaugh, 2011).

La OMS (2002) presenta un proceso por medio del cual las personas que están en la etapa de la vejez se insertan a importantes oportunidades en diferentes temas, exponiendo y conceptualizando el término envejecimiento activo al proceso direccionado a la población de adultos mayores que se encarga de generar oportunidades de salud física y mental, inserción social, participación y protección, el objetivo de esto es mejorar la calidad de vida en esta etapa. Dicho proceso brinda la oportunidad a las personas de explorar, descubrir su potencial, insertándose en la sociedad y participando en ella de acuerdo a sus capacidades; de la misma manera la sociedad expresará su aporte brindando protección, seguridad y la asistencia necesaria para los adultos mayores. El proceso que se planea en el envejecimiento activo se orienta a crear los factores necesarios de protección para mantener en un estilo de vida saludable en el individuo.

#### **1.4. Bienestar del adulto mayor**

El bienestar social, afectivo y fisiológico en la etapa de la vejez se logra cuando el adulto mayor presenta un adecuado estado en cada uno de dichas áreas, teniendo en cuenta que en la actualidad experimentan muchos desafíos de la sociedad, desatando un conjunto de complicaciones en el proceso de adaptación. Frente a esto, Erickson (2000) sostiene que: “Hay que sumarse al proceso de adaptación. Con todo el tacto y la sabiduría que podamos reunir, las incapacidades se deben reunir con sabiduría y amor” (p. 17).

De acuerdo a lo que indica el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2009) se ha podido establecer que el Ecuador es un país en proceso de envejecimiento, con una proporción cada vez más alta de adultos mayores. Se observan aumentos proporcionales de morbilidad y mortalidad por causa de enfermedades crónicas y degenerativas.

Del mismo modo se determina que las relaciones sociales positivas, el contacto con otros, la posibilidad de realizar actividades de manera grupal y el compartir experiencias, permiten sentir satisfacción que se manifiesta en el desenvolvimiento integral de los adultos mayores. La participación en el grupo pasa a ser un generador de bienestar de manera

continua, les permite enfrentar de mejor manera diversas dificultades que conlleva la vejez (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2009).

En la sociedad actual lograr bienestar en la etapa de la vejez es complicado debido a implicaciones sociales, por lo cual el nivel de ampliación de oportunidades para la inserción de los adultos mayores a una determinada comunidad y en bienestar del mismo no ha generado cambios notables aun sabiendo que existen necesidades en este grupo que no han sido solucionadas, es por eso que los planteamientos de Ryff (1989) son importantes en el presente tema debido a la descripción del bienestar psicológico en dimensiones que permiten tener una idea más clara de lo que es el bienestar subjetivo en adultos mayores y las necesidades psicológicas y emocionales de estos. Véase en la tabla 3.

Tabla 3: Dimensiones del bienestar subjetivo de los adultos mayores.

Dimensión	Definición
Autoaceptación	Es considerada la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
Relaciones positivas con los demás	Resalta la importancia de la calidez y confianza de las relaciones interpersonales así como la capacidad de amar.
Autonomía	Hace énfasis en la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.
Dominio del ambiente	Trata de la habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental.
Propósito en la vida	Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad.
Crecimiento personal	Se refiere al funcionamiento psicológico óptimo que requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Fuente: Mella y otros (2004)

Elaborado por: Autora

Cada una de las dimensiones planteadas por Ryff en 1989 citada por Mella y otros (2004), direccionan sus conceptualizaciones con relación a la depresión y al apoyo que reciben de su red social o familiar.

El bienestar del adulto mayor involucra sus vivencias personales, condiciones en las que se desenvuelve y las formas en las que enfrenta a las particulares circunstancias de la vida. Esta construcción está conectada por todo el proceso histórico y de desarrollo de cada

individuo, por ello al querer entender el bienestar psicológico se debe filtrar por la historia vital. El mayor elemento indicador de bienestar son las relaciones con los otros, con la familia; ya que de ellos reciben apoyo, afecto, atención lo que les genera sensaciones de protección y amparo. La familia brinda un entorno seguro en el que los adultos mayores a pesar de ciertas circunstancias negativas a las que la vejez los enfrenta logran sentir satisfacción y construir su propio bienestar psicológico (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2009).

### **1.5. Apoyo social en el adulto mayor**

En la vida de los adultos mayores, el apoyo social es un factor principal para que esta sea óptima y saludable, de esta manera la inclusión social de los ancianos va tomando forma para captar el interés de la sociedad, generando cambios y siendo prioritario para las autoridades de cada comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La afectividad a los adultos mayores para generar bienestar físico y emocional debe provenir de un ambiente que favorezca su autoestima, donde se promueva su independencia y autonomía y se fomenten relaciones sociales con otras personas con las que puedan compartir intereses, recuerdos, diversión y se valore la experiencia y sabiduría que han adquirido a través de su vida (Durán, Valdemarra y Uribe, 2008).

Las familias nucleares del adulto mayor son el principal grupo social del mismo con los que tiene contacto frecuente y directo, el apoyo social mayoritario y más importante que ellos reciben viene de su familia. Zapata-López, Delgado-Villamizar y Cardona-Arango (2015) refieren que:

Las familias cumplen el rol principal para dar el apoyo que necesita un adulto mayor, y de la misma manera la sociedad se debería ver dispuesta a participar en este ámbito al ver el gran porcentaje de adultos mayores que han sido abandonados o presentan gran sentido de soledad en sus vidas; por lo que se necesita que sean considerados notablemente para la creación de programas o diferentes ámbitos de apoyo social, buscando una pronta solución y ayuda a los mismos (p. 849).

Según Zapata y otros (2015) la familia es otro componente de su desenvolvimiento adecuado en la vida del adulto mayor; esto se debe a que, frente a esta etapa llena de cambios, los adultos mayores necesitan un respaldo físico, emocional y social, por lo que la familia le hace notar que es importante y querido, propiciando una autoestima óptima, el refuerzo de pensamientos positivos, entre otros beneficios. Como ya se ha mencionado, es necesaria también la participación comunitaria del adulto mayor debido a que ayuda a desarrollar un sentido de pertenencia y apoyo.

De manera que Barros (1994) plantea dos sentidos referidos al bienestar psicológico y social de los adultos mayores:

El efecto directo, que se refiere a que el adulto mayor se inserte en un grupo, se identifique con el grupo y que genere en él la sensación de apoyo y solidaridad. El efecto indirecto en el cual se menciona la protección del adulto mayor frente a factores estresantes y desarrollar las potencialidades de respuesta de cada situación, de ahí la importancia de que el adulto mayor participe en las diferentes redes sociales y de apoyo en sus comunidades (p.60).

El adulto debe contar con apoyo para afrontar estos cambios. Lo que se ha mencionado en presente apartado indica la importancia de su red social frente a este proceso. Son pocos los interesados en realizar trabajos investigativos en relación al tema y no se ha podido, a opinión de la autora, concentrar esfuerzos para la identificación de las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor y poder fomentar el mejoramiento de sus condiciones físicas y psicológicas.

## **1.6. Resiliencia**

Al estar varios factores relacionados a la conceptualización de resiliencia, se establecen varias definiciones. Para conocer los criterios de algunos autores sobre este tema, véase la tabla 4.

Tabla 4: Definiciones de Resiliencia.

AUTOR/AÑO	DEFINICIONES
Grotberg (1995)	La capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades, superarlas y obtener un aprendizaje positivo de esas experiencias. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.
Vanistendael (1994)	“La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles”.
Rutter y Rutter (1992)	“Resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano”.

Fuente: Fuente: Grotberg, (1995); Vanistendael, (1994) y Rutter y Rutter, (1992).  
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a las definiciones expuestas, resiliencia se refiere a la adaptación y respuesta que tiene el individuo a factores que generan incomodidad y estrés, la misma que desarrolla fortalezas en el caso del adulto mayor, para acoplarse y adaptarse de la mejor manera a los cambios que se presentan en la etapa de la vejez sin dejar de lado el rol que cumple principalmente el apoyo familiar (Gómez y Kotliarenco, 2010).

Existen muchas conceptualizaciones de resiliencia sin embargo de la definición de la misma en la vejez aún no se ha planteado, pero existen investigaciones que se desarrollan relacionando estas dos variables. Cárdenas-Jiménez y López-Díaz (2011), en su investigación refieren que el envejecimiento exitoso integra en su proceso a la resiliencia caracterizándose de forma positiva al generar una respuesta acertada del individuo a las demandas ambientales.

En concordancia con lo anterior, Silva (1999) refiere que: “La resiliencia no depende solamente del individuo, sino también de las características específicas de la familia y del grupo, que tienen evidentemente una repercusión sobre el individuo” (p.41).

Paralelamente a lo anterior, se expresa la importancia del apoyo del entorno familiar o de un grupo social donde el buen funcionamiento de este genera beneficios en la

autoestima, en la salud en general, en la autonomía, en las relaciones personales, y también genera crecimiento personal entre otros excelentes resultados (Gómez y Kotliarenco, 2010).

Clasificar e identificar los factores tanto de protección como de riesgo puede resultar complejo, esto se debe a que cada individuo tiene la percepción del factor a llevarse a cabo en su vida, ya sea este de riesgo o de protección, esta variabilidad depende del tipo o naturaleza del problema, rasgos y características de personalidad y temperamento (Vanistendael, 1994).

Según lo previamente expuesto en este apartado, el desarrollo de la capacidad de resiliencia en adultos mayores sería indispensable para una buena salud física y mental; sin embargo, este proceso se efectúa de acuerdo al contexto y características del problema y de personalidad del individuo, depende también de los sucesos que hayan ocurrido a lo largo de la vida del adulto mayor.

### **1.7. Características socio-afectivas del adulto mayor**

Las emociones son fundamentales para poder conocer las carencias y necesidades en este aspecto de la vida del adulto mayor. En la actualidad, las expectativas de bienestar de la sociedad van direccionadas a otros temas considerados relevantes, pero dejando de lado el papel fundamental que cumplen las emociones en la vida de las personas y más aún en la vida de los adultos mayores (Mella, y otros, 2004).

Un trastorno frecuente de las personas que están atravesando la etapa de la vejez es la depresión, y la causa de varias enfermedades fisiológicas, de esta manera se resalta aún más la necesidad de la valoración y evaluación social y afectiva de esta población, permitiendo de esta manera a los profesionales de la salud mental que trabajan con adultos mayores crear un plan estratégico y efectivo para mejorar sus condiciones, se debe realizar evaluaciones del ámbito social, ya que en base a esto se puede analizar características familiares, económicas, sociales que determinan el estilo de vida y bienestar físico y mental del adulto mayor (Kail y Cavanaugh, 2011).

En síntesis, al evaluar las características socio afectivas del adulto mayor, se pueden detectar los problemas esenciales que se presentan y en base a ello, determinar la importancia de crear programas para generar una calidad de vida buena y saludable y que

el proceso de envejecimiento sea óptimo. Atender las necesidades en el ámbito emocional del adulto mayor tiene que ser prioridad para su familia, grupo o comunidad a la que pertenece, respetar sus derechos, abrir las puertas y brindar oportunidades de participación y protección. Los adultos mayores son un grupo vulnerable al cual la sociedad en muy pocas ocasiones brinda espacios de inserción, creando de esta forma un ambiente emocional negativo al no ser tomado en cuenta.

### **1.8. Programas de estimulación socio-afectiva de adultos mayores.**

La ejecución de programas de estimulación social y afectiva en el adulto mayor, deberían ser utilizados en todo el mundo, y son de gran importancia para generar una mejor calidad de vida, es así que, Mayer y Salovey (1990), mencionan:

Un programa de educación emocional debe basarse en el conocimiento y evidencia empírica disponible, siendo una herramienta al servicio del desarrollo de la inteligencia emocional de las personas. La inteligencia emocional es “la habilidad para percibir, generar y acceder a emociones que faciliten el pensamiento, para comprender el conocimiento emocional y para regular las emociones de manera efectiva permitiendo el crecimiento intelectual y emocional (citados por Fernández-Berrocal y Extremera, 2009, p.85).

Es por eso que profesionales de la salud buscan la forma de identificar factores psicológicos, sociales y emocionales que caracterizan a la etapa de la vejez para diferenciar cuales son los factores de riesgo de esta población, disminuirlos mediante los programas de educación emocional y aumentar los factores de protección y afrontamiento.

Los programas de intervención apoyo y entrenamiento socio-afectivo van de la mano de otros programas que también se aplican para la adaptación al medio del adulto mayor, presentando diferentes actividades y estrategias psicológicas y cognitivas que le permitan aprender a actuar de la mejor forma (Mouriz, Facal, Dosil, Cuba, y Cisneros , 2016).

Los programas para generar una buena calidad de vida en el adulto mayor demuestran la relevancia de la participación social, la evaluación social, afectiva y el entrenamiento en su vida; esto se debe a que en base a estos entrenamientos se fortalece el afrontamiento afectivo frente a situaciones difíciles y se motiva a explorar su potencial de participación activa, minimizando las dificultades de adaptación frente a los cambios que se presentan en esta etapa (López-Pérez, Fernández-Pinto, y Márquez-González, 2008).

Los programas de estimulación a los adultos mayores se realizan en diferentes modalidades con un mismo objetivo, generar bienestar y adaptación al medio, es así que Mouriz, Facal, Dosil, Cuba, y Cisneros (2016) elaboran un programa que trata de efectuar estimulación cognitiva y socio-afectiva, presentándose distintos niveles de dificultad en cada actividad, estructurado de forma que sea aplicable a diferentes poblaciones, programa creado y direccionado en dos modalidades, proponiendo un bloque de estimulación cognitiva que trabaja sus funciones principales y otro bloque de estimulación socio-afectiva. De esta manera el departamento de psicología de la UTPL realiza la adaptación del programa de estimulación OnMente de la modalidad socio-afectiva al contexto local en la ciudad de Loja.

**CAPÍTULO II**  
**METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos.**

### **2.1.1. General**

- Determinar la efectividad de la adaptación de un programa de entrenamiento socio-afectivo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Loja.

### **2.1.2. Específicos**

- Identificar el estado socio-afectivo de los adultos mayores.
- Implementar el programa de las actividades del programa socio-afectivo OnMente adaptado al contexto local por el departamento de Psicología.
- Determinar los efectos del programa mediante la evaluación post intervención.

## **2.2. Hipótesis de investigación**

La utilización de la adaptación del programa de entrenamiento socio afectivo OnMente, mejora y mantiene el funcionamiento de habilidades sociales y afectivas de los adultos mayores.

## **2.3. Diseño de la investigación**

**2.3.1. Enfoque Cuantitativo:** Debido a que se presentan resultados claros y objetivos, se toma la estadística como herramienta principal para la presentación de resultados en base a los instrumentos aplicados, con el fin de establecer pautas para probar la hipótesis planteada. (Hernández-Sanpieri, Fernandez-Collado, y Baptista-Lucio, 2014).

**2.3.2. Alcance Descriptivo:** Se emplea el alcance de tipo descriptivo, debido a que son datos utilizados con fin descriptivo, se mide el contexto estudiado en tiempo presente, describe los resultados obtenidos dando validez a la investigación. (Hernández, y otros, 2014).

**2.3.3. Alcance Correlacional:** Se maneja el alcance de tipo correlacional porque analiza la relación entre variables, permite obtener el valor presuntivo de una variable a partir de otra, (Hernández, y otros, 2014).

**2.3.4. Estudio Longitudinal:** Se considera este tipo de estudio en la investigación debido a que se realizarán observaciones en diferentes tiempos para verificar si existen cambios a lo largo de la investigación (Hernández, y otros, 2014).

**2.3.5. Diseño cuasi experimental:** La muestra seleccionada no es aleatoria (Hernández, y otros, 2014).

## 2.4. Contexto

Centro de día de adultos mayores de la ciudad de Loja, que se caracteriza por integrar a los adultos mayores a diferentes actividades ocupacionales, también acceden a diferentes servicios movilización, alimentación, atención médica y psicológica.

## 2.5. Muestra

En la investigación se realizó una valoración a 16 adultos mayores tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que a continuación se describen:

**2.5.1. Criterios de inclusión:** Adultos mayores que asisten a un centro del día que no presenten deterioro cognitivo grave, deterioro físico grave y la firma el consentimiento para la participación en las actividades.

**2.5.2. Criterio de exclusión:** Adultos mayores que no asisten al centro del día que presentan deterioro cognitivo grave, presencia de deterioro físico grave y la no existencia de la firma en el consentimiento para la participación en las actividades.

Las principales variables sociodemográficas de la muestra son: estado civil, género, edad y escolaridad. Véase en la tabla 5.

Tabla 5: Variables sociodemográficas.

<b>Variables</b>	<b>f.</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado	3	18,75%
Viudo	13	81,25%
<b>Género</b>		
Femenino	9	56,25%
Masculino	7	43,75%
<b>Edad</b>		
Media	86,25	
Intervalo	81-96	

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Tabla 5. Continuación...

<b>Variables</b>	<b>f.</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeto	1	6,25%
Sabe leer y escribir	12	75%
Leer y escribe con dificultad	3	19%
<b>Convivencia</b>		
Con hijos	9	56,25%
Familiares no nucleares	4	25%
Otros	1	6,25%
Solos	2	12,25%

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

En la variable representada por el estado civil se observa que el porcentaje mayoritario pertenece al grupo de viudos. La variable genero está compuesta en mayor número por las mujeres. En la variable edad, la media es de 86,25% y se presenta en un intervalo de entre 81 y 96 años, de esta manera se considera que el grupo de la muestra pertenece a la cuarta edad. El nivel de instrucción presenta porcentajes del 25% de analfabetismo y educación primaria incompleta. En cuanto a la convivencia el mayor porcentaje de los adultos mayores viven con sus hijos.

## **2.6. Métodos e instrumentos de investigación**

### **2.6.1. Instrumentos.**

En el proceso de la investigación se llevó a cabo 3 momentos, la valoración inicial del estado socio-afectivo del adulto mayor, la estimulación socio-afectiva, y la valoración final del estado del adulto mayor. Para ello se usaron los siguientes instrumentos:

#### **Consentimiento informado.**

Documento utilizado para la aceptación de la evaluación cognitiva y socio-afectiva y para la aplicación del programa en dichas áreas para los adultos mayores del centro. El documento fue elaborado por el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, en el mismo se menciona información general sobre el procedimiento que se llevará a cabo para la investigación (riesgos, incomodidades, confidencialidad y derechos de los participantes).

#### **Plantilla sociodemográfica del adulto mayor Ad hoc.**

Plantilla sociodemográfica elaborada por el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja. Recoge información sobre los datos

sociodemográficos, sociales, actividades, enfermedades. Está conformado por 13 preguntas de opción múltiple.

### **Escala de Resiliencia Brief Resilient Coping Scale, Sinclair y Kenneth, 2004 (BRCS)**

Esta escala elaborada por Sinclair y Kenneth (2004), está conformada por cuatro ítems, la puntuación es de tipo Likert del 1 al 5 en donde 1 representa que no refleja resiliencia y 5 refleja su forma habitual de responder, su objetivo es identificar el nivel de resiliencia frente a factores estresantes, aplicable en población joven y adulta, investigaciones realizadas en base a esta escala refieren confiabilidad y validez alta. La puntuación que se presente igual o menor a 13 se considera baja resiliencia, mientras que los valores que sean iguales o superiores a 17 presentan alta resiliencia. La escala presenta una consistencia interna de 0,68 y una fiabilidad test-retest de 0,71. (Moret-Tatay, Fernández-Muñoz, Civera-Mollá, Navarro-Pardo, y Alcover de la Hera, 2015).

### **Escala de Bienestar Psicológico de Ryff**

Tabla 6: Escala de Bienestar Psicológico

<b>Autor</b>	<b>Escala</b>	<b>Validez</b>	<b>Sub-escala</b>	<b>Fiabilidad</b>	<b>Nro. de ítems 29</b>
Carol Ryff	Escala de Bienestar Psicológico	Estructura factorial compuesta por 6 factores estudiada y confirmada con un AFC (análisis factorial confirmatorio)	Auto aceptación	0.84	4
			Relaciones Positivas	0.78	5
			Autonomía	0.70	6
			Dominio del entorno	0.82	5
			Crecimiento personal	0.71	4
			Propósito en la vida	0.70	5

Fuente: Díaz, y otros, 2006  
Elaboración: Autora.

La escala de bienestar psicológico según Díaz, y otros (2006) fue creada por Carol Ryff en el 2002; luego Dierendonck (2004) realiza la adaptación de 29 ítems. Esta escala se presenta en 6 sub-escalas descritas en la tabla 6. Consta de 29 ítems, su formato de puntuación es de tipo Likert de 1 al 6, 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo (Instituto Europeo de Psicología Positiva, 2006). Se dividen los ítems del instrumento en grupos que miden las variables descritas a continuación. Se suman los valores en ítems de cada grupo y si el resultado supera al parámetro, se valora como favorable. Los puntos de corte van de la siguiente manera: Autoaceptación: Ítems 1, 7, 17, y 24. Parámetro: mayor a 18; relaciones positivas: ítems 2, 8, 12, 22, y 25. Parámetro: mayor a 22; autonomía: Ítems 3, 4, 9, 13, 18, y 23. Parámetro: mayor a 25; dominio del entorno: Ítems 5, 10, 14, 19, y 29. Parámetro: mayor a 20; crecimiento personal: Ítems 21, 26, 27, y 28. Parámetro: mayor a

20; propósito en la vida: Ítems 6, 11, 15, 16, y 20. Parámetro: mayor a.22 (Díaz, y otros, 2006).

### **Escala de depresión Geriátrica (GDS) – Test de Yesavage**

Según Gómez-Angulo y Campos-Arias (2010), la escala del GDS fue elaborada por Brink T.L, Yesavage J.A, Lum O, Heersema P.H, Adey, M, Rose T. Mide la existencia y el estado de depresión en adultos mayores, tiene una fiabilidad y validez de 0.94 y una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%, está conformado por 15 ítems, su patrón de respuesta es dicotómico, su objetivo es escanear síntomas presentes en los últimos 15 días, se puntúa 1 cada respuesta que indique un episodio depresivo, tiempo máximo de ejecución de la evaluación es de 5 minutos. Los puntos de corte son: 0 - 5 normal, 6 - 10 depresión moderada, mayor a 10 depresión severa. La validación en español del instrumento se publicó en 2002 (Iglesia, y otros, 2002).

### **Cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc**

Originalmente publicado por Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan (1988), este instrumento fue validado en España por Cuéllar-Flores y Dresch (2012), en un grupo de personas cuidadoras, arrojó resultados muy buenos con relación a la confiabilidad, este cuestionario presenta dos dimensiones del apoyo social, el afectivo y el confidencial, está conformado por 11 ítems, si la puntuación es mayor a 32, representa al apoyo social percibido alto, si es menor, apoyo social percibido bajo (Flores-González y Seguel-Palma , 2015).

### **Programa OnMente**

Elaborado por Mouriz, Facal, Dosil, Cuba, y Cisneros ,(2016). Se presentan actividades de estimulación cognitiva y socio-afectiva. El programa está estructurado por 28 actividades cognitivas que estimulan: lenguaje, memoria, atención y funciones ejecutivas, y 26 actividades referidas a las habilidades sociales (comunicación, asertividad, empatía y manejo de conflictos) el autoconcepto, la autoestima y la atención, comprensión y regulación emocional.

Cada actividad presenta tres niveles de dificultad, con la opción de aplicarse de forma individual en pareja o grupal. El tiempo a utilizar varía de acuerdo al tipo de actividad a desarrollar. Para el desarrollo de las actividades, el programa tiene fichas donde se

describe: nombre de la actividad, nivel de dificultad, duración de la actividad, forma de aplicación (individual pareja o grupal), función principal estimulada y funciones secundarias, descripción de la actividad y materiales. Para el registro de cada actividad, el programa posee una ficha de registro que se procede a llenar luego de su realización; en la ficha se registra lo siguiente: nombre de la actividad, profesional que aplicó la actividad, fecha, horario, lugar, horario, duración, nivel de dificultad, modo de aplicación y observaciones.

El programa requiere de material didáctico que el profesional que va a realizar la aplicación debe tener, como: tijeras, pinturas, crayones, lápices, hojas, cartulinas, revistas, pegamento, borrador entre otros. El profesional realiza las respectivas explicaciones de la actividad a desarrollar, tomando como guía la ficha de presentación, al momento de finalizar la actividad se llena la ficha de trabajo. El programa OnMente está estructurado por:

**Antecedentes:** Sección introductoria donde se da a conocer criterios de varios autores y datos estadísticos.

**Marco conceptual:** Sección que explica el proceso del envejecimiento y los efectos en las funciones cognitivas y socio-afectivas. También menciona planteamientos teóricos sobre la estimulación de dichas áreas.

**Metodología:** Sección en donde se describe al programa en la aplicación de actividades, contiene ejemplos de la ficha de presentación y de las fichas de registro de las actividades.

**Estimulación de las funciones cognitivas:** en este apartado se presentan las 28 actividades de estimulación cognitiva, cada actividad, con su ficha de presentación y sus hojas de trabajo.

**Estimulación de las funciones socio-afectivas:** en este apartado se presentan las 25 actividades de estimulación socio-afectiva, cada actividad, con su ficha de presentación y sus hojas de trabajo.

El Departamento de Psicología procedió a realizar la adaptación del programa OnMente del área de la estimulación de las funciones socio-afectivas y la adaptación del área estimulación de las funciones cognitivas fue realizada por Jumbo (2016), debido a que su creación original se dio en España.

## **2.7. Procedimiento:**

El consentimiento informado y el proceso que se le dio a este documento, se realizó en conjunto, la valoración socio-afectiva y cognitiva, en el mismo documento la aplicación del programa que incluye estimulación socio-afectiva y cognitiva, documento fue elaborado por los docentes del departamento de psicología de la UTPL. Al estar dentro del marco de proyecto de vinculación “Mejora de la salud mental de los adultos mayores del centro del día” existen convenios específicos previamente establecidos”.

Se realizó la presentación y socialización con los adultos mayores del Centro del día, donde se realizó la investigación, actividad llevada a cabo por el departamento de psicología de la UTPL, luego se realizó acercamiento y observación de la población y se seleccionó los instrumentos para ejecutar la investigación.

Se llegó a acuerdos con el personal del centro, con respecto al tiempo y espacio a utilizar en las evaluaciones y aplicación del programa, seguidamente para la realización y aplicación de instrumentos se tomó en cuenta 3 momentos:

### **Primer momento:**

Se inició con la capacitación para la aplicación de instrumentos y programa OnMente adaptado mediante revisión bibliográfica. Luego se realizó la primera evaluación individual a los adultos mayores, manteniendo el orden de lista referido por la institución; tuvo una duración de dos semanas. Los instrumentos se aplicaron en el siguiente orden: 1). Escala de resiliencia Brief Resilient Coping Scale (BRCS), 2). Escala de bienestar psicológico de Ryff- EBR, 3). Escala de Depresión Geriátrica (GDS)-test de Yesavage; y, 4). Cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc.

### **Segundo momento:**

Se aplicó de la adaptación del programa. Se registraron las actividades realizadas en su ficha de observación correspondiente, especificando el grupo de adultos mayores que realizó la actividad completamente, quienes las realizaron de forma parcial y el grupo que no la realizó. Para la forma de aplicación (individual, grupal o en pareja) se tomó en cuenta las instrucciones del programa; a continuación, se detallan cada una de las funciones estimuladas sus tablas correspondientes; la información del tiempo empleado en cada actividad se presenta en el apartado de anexos.

Para la estimulación de autoconocimiento, las actividades que estimulan dicha función son las siguientes: Tarjetas de presentación, formas de ser, collage, destruyendo el mito y juegos de la infancia. El desarrollo de cada actividad y las funciones secundarias que estimula se especifican en la tabla 7.

Tabla 7. Función: autoconocimiento

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Autoconocimiento	Actividad 2. Tarjetas de presentación.	Memoria, autoestima.	El 100% de los adultos mayores realiza la actividad en su totalidad.
	Actividad 4. Formas de ser.	Autoestima y motricidad fina.	87,50% de los adultos mayores realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,50% que realiza la actividad de forma parcial.
	Actividad 6. Collage.	Expresión emocional y motricidad fina	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.
	Actividad 11. Destruyendo el mito.	Autoestima, lenguaje escrito y oral.	El 100% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad.
	Actividad 15. Juegos de la infancia.	Memoria autobiográfica y autoestima.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza
	Actividad 21. Como he cambiado.	Memoria autobiográfica y lenguaje escrito.	81,25% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 18,75% que realiza la actividad de forma parcial.
	Actividad 24. El sombrero humeante.	Solución de problemas y lenguaje oral.	56,25% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 31,25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.
	Actividad 25. Mis personas favorita	Empatía, memoria autobiográfica.	56,25% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 31,25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de empatía, las actividades que estimulan dicha función se encuentran en la tabla 8.

Tabla 8. Empatía

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Empatía.	Actividad 14. Si yo fuese Juan.	Lectura, conocimiento y control de emociones.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.
	Actividad 23. Duelo.	Autoconocimiento, lenguaje oral y escrito.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de habilidades sociales, las actividades que estimulan dicha función se encuentran en la tabla 9.

Tabla 9. Habilidades sociales

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Habilidades sociales	Actividad 1. Presentación de gestos con las manos.	Memoria, motricidad.	81,25% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad, a diferencia del 18,75% que realiza la actividad de forma parcial.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de conocimiento y control de emociones, las actividades que estimulan dicha función se especifican en la tabla 10.

Tabla 10. Conocimiento y control de emociones

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Conocimiento y control de emociones	Actividad 3. El grito.	Empatía y percepción	68,75% de los adultos mayores de la muestra realizan la actividad en su totalidad, sin embargo, el 31,25% realiza la actividad de forma parcial.
	Actividad 7. Caritas de emociones.	Autoconocimiento, memoria.	87,5% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,5% que realiza la actividad de forma parcial.
	Actividad 8. Álbum de emociones.	Autoconocimiento, memoria.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.
	Actividad 9. Espejo de emociones.	Autoconocimiento, esquema corporal.	87,50% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,50% que no realiza la actividad.
	Actividad 12. Historia de una emoción.	Empatía, lenguaje escrito y oral.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,5% no la realiza.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Tabla 10. Continuación...

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
	Actividad 18. Ponte en mi lugar.	Lenguaje, empatía.	62,50% de los adultos mayores de la muestra realizaron la actividad en su totalidad, el 25% realizaron la actividad de forma parcial y el 12,50% no la realiza.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de resolución de problemas, la actividad que estimula dicha función se especifica en la tabla 11.

Tabla 11. Resolución de problemas

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Resolución de problemas.	Actividad 5. Formas de ser.	Asertividad, lenguaje.	100% de los adultos mayores realizan la actividad de forma completa.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de toma de decisiones, las actividades que estimulan dicha función se especifican en la tabla 12.

Tabla 12. Toma de decisiones

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Toma de decisiones.	Actividad 16. ¿Qué necesito llevar?	Memoria de trabajo, lenguaje oral.	87,50% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,50% que realiza la actividad de forma parcial.
	Actividad 13. Reporteros.	Lectura, orientación.	68,75% de los adultos mayores de la muestra realizan la actividad en su totalidad, sin embargo el 31,25% realiza la actividad de forma parcial.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de autoconcepto, la actividad que estimula dicha función se especifica en la tabla 13.

Tabla 13. Autoconcepto

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Autoconcepto.	Actividad 17. Historia de un momento.	Autoestima, motricidad fina.	43,75% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 56,25% que realiza la actividad de forma parcial.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de autoestima, la actividad que estimula dicha función se especifican en la tabla 14.

Tabla 14. Autoestima

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Autoestima.	Actividad 10. Veamos lo mejor.	Autoconocimiento, lenguaje oral.	87,50% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,50% que realiza la actividad de forma parcial.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de asertividad, la actividad que estimula dicha función se especifica en la tabla 15.

Tabla 15. Asertividad

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Asertividad.	Actividad 19. Verdad o reto.	Lenguaje oral y memoria.	87,50% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 12,50% que realiza la actividad de forma parcial.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de comunicación, la actividad que estimula dicha función estimula se especifica en la tabla 16.

Tabla 16. Comunicación

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Comunicación.	Actividad 20. Cartas privadas.	Conocimiento y manejo de emociones, lenguaje escrito.	56,25% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 25% que realiza la actividad de forma parcial y el 18,75% que no realiza la actividad.

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Para la estimulación de habilidades comunicativas, la actividad que estimula dicha función se especifica en la tabla 17.

Tabla 17. Habilidades comunicativas

<b>Función principal</b>	<b>Actividad</b>	<b>Funciones secundarias.</b>	<b>Resultados de la aplicación</b>
Habilidades comunicativas	Actividad 22. Dramatizando.	Solución de problemas, lenguaje oral.	43,75% de los adultos mayores de la muestra realiza la actividad en su totalidad a diferencia del 56,25% que no realiza la actividad.

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

**Tercer momento:** Al finalizar la aplicación de la adaptación del programa de entrenamiento socio-afectivo OnMente, se valoró a los 16 adultos mayores de la muestra con los mismos instrumentos de la primera evaluación, en el mismo orden, de forma individual, para determinar los cambios frente a la aplicación del programa, seguido del análisis de los datos recolectados.

## 2.8. Análisis de datos

Para analizar los datos que se obtuvieron en la evaluación inicial y final, se procedió a la tabulación mediante matrices de Excel; luego de esto, se utilizó el programa estadístico SPSS, para realizar cálculos de medias, porcentajes, frecuencias, correlaciones, comparación de medias para muestras relacionadas (prueba t de Student). De acuerdo a los resultados obtenidos en el SPSS, se procedió a la elaboración de tablas y gráficos; adicional a esto se elaboran tablas detalladas con el programa socio-afectivo OnMente describiendo las principales observaciones obtenidas de su aplicación en cada una de sus actividades.

**CAPÍTULO III**  
**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### 3. Resultados obtenidos

#### Estado de los adultos mayores según la evaluación inicial

Dentro del primer momento de la evaluación, los resultados de la evaluación inicial que se obtuvieron, se detallan en la tabla 18.

Tabla 18. Resiliencia primera evaluación.

<b>BRSC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Refleja poca resiliencia	1	6,3%
Refleja resiliencia normal	6	37,5%
Refleja alta resiliencia	9	56,3%

Fuente: Autora  
Elaboración: autora.

En la escala de resiliencia se observa que más del 50% refleja alta resiliencia

En la tabla 19 se describe el estado de los adultos mayores de acuerdo a la escala de Ryff de bienestar psicológico, se presenta cada una de las sub-escalas y valores de los resultados de la primera evaluación. Es destacable mencionar que en la sub-escala de autonomía se presentan en bajos niveles.

Tabla 19. Bienestar psicológico primera evaluación.

<b>Autoaceptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta autoaceptación	15	93,8%
Baja Autoaceptación	1	6,3%
<b>Relaciones positivas</b>		
Relaciones positivas	11	68,8%
Pocas relaciones positivas	5	31,3%
<b>Autonomía</b>		
Alta autonomía	4	25,0%
Escasa autonomía	12	75,0%
<b>Dominio del ambiente</b>		
Alto dominio del ambiente	15	93,8%
Bajo dominio del ambiente	1	6,3%
<b>Crecimiento personal</b>		
Alto crecimiento personal	15	93,8%
Bajo crecimiento personal	1	6,3%
<b>Propósito en la vida</b>		
Alto nivel de propósito en la vida.	16	100,0%

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

De los resultados obtenidos, más del 50% de los participantes marcaron resultados positivos en las sub-escalas de autoaceptación, relaciones positivas, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida.

Tabla 20. Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage (GDS) primera evaluación.

<b>GDS Escala de depresión geriátrica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel normal	12	75,0%
Depresión leve	3	18,8%
Depresión severa	1	6,3%

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

En la tabla 20 se puede observar que más de la mitad de los participantes no presentan síntomas de depresión.

A continuación, en la tabla 21 se observa la tabla de resultados de la primera evaluación del cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc.

Tabla 21. Apoyo social percibido primera evaluación.

<b>Apoyo social percibido Duke-Unc</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Apoyo social percibido normal	16	100,0%

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

En el cuestionario de apoyo social percibido, el 100% de la muestra presenta apoyo social percibido normal. Todos los adultos mayores de la muestra refieren según el cuestionario, apoyo social percibido normal.

En cuanto a la prueba de muestras emparejadas en la tabla 22, se puede apreciar las diferencias de los puntajes obtenidos en la evaluación inicial y final de cada una de las escalas aplicadas en la primera evaluación.

Tabla 22. Prueba T de los resultados de la evaluación inicial y retest

	<b>Diferencias emparejadas</b>							
	<b>Dif. De Media</b>	<b>S</b>	<b>Media de error estándar</b>	<b>95% de intervalo de confianza de la diferencia</b>		<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
				<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>			
<b>BRCS</b>	-,875	2,446	,612	-2,178	,428	-1,431	15	,173
<b>AC</b>	-,625	1,025	,256	-1,171	-,079	-2,440	15	,028
<b>RP</b>	-1,438	1,632	,408	-2,307	-,568	-3,524	15	,003
<b>ATM</b>	-3,688	12,142	3,036	-10,158	2,783	-1,215	15	,243
<b>DA</b>	,625	2,306	,576	-,604	1,854	1,084	15	,295
<b>CP</b>	-,563	2,394	,598	-1,838	,713	-,940	15	,362
<b>PV</b>	-,625	1,408	,352	-1,375	,125	-1,775	15	,096
<b>GDS</b>	,188	1,109	,277	-,403	,778	,676	15	,509
<b>DKC</b>	-1,063	3,065	,766	-2,696	,571	-1,387	15	,186

Nota: BRCS Escala de resiliencia; AC Autoaceptación; RP Relaciones positivas; ATM Autonomía; DA Dominio del ambiente; CP Crecimiento personal; PV Propósito en la vida; GDS Escala de depresión geriátrica; DKC Duke-Unc cuestionario de apoyo social percibido.

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

En la tabla 22 se puede apreciar a dos de las sub-escalas de bienestar psicológico, autoaceptación y relaciones positivas refieren tener resultados positivos y altamente significativos luego de la aplicación del programa.

### Resultados obtenidos de la evaluación inicial y evaluación final

Luego de 5 meses de la evaluación inicial y la posterior aplicación de la adaptación del programa, se realizó el retest; los datos obtenidos del proceso se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 23. Resiliencia en evaluación inicial y retest

<b>BRCS Resiliencia</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Mantuvo</b>	4	25,0%
<b>Mejóro</b>	9	56,3%
<b>Empeoró</b>	3	18,8%

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

Con respecto a la escala de resiliencia BRCS, en la tabla 23 se observa que luego de la aplicación del programa el 81,3% de los evaluados mantuvo y mejoró los niveles de resiliencia.

En los resultados de la aplicación de la escala de bienestar de Ryff, y los cambios que se encontró luego de la aplicación del programa, se exponen detalladamente en la tabla 24 de acuerdo a cada sub-escala.

Tabla 24. Bienestar psicológico evaluación inicial y retest.

	<b>Autoaceptación</b>		<b>Relaciones positivas</b>		<b>Autonomía</b>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Mantuvo</b>	8	50,0	6	37,5	5	31,3
<b>Mejóro</b>	7	43,8	10	62,5	8	50,0
<b>Empeoró</b>	1	6,3			3	18,8

	<b>Dominio del ambiente</b>		<b>Crecimiento personal</b>		<b>Propósito en la vida</b>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Mantuvo</b>	8	50,0	6	37,5	7	43,8
<b>Mejóro</b>	3	18,8	6	37,5	8	50,0
<b>Empeoró</b>	5	31,3	4	25,0	1	6,3

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

En la tabla 24, se observa que en la sub-escala de autoaceptación, el 93,8% de los evaluados mantuvieron y mejoraron su nivel; en la sub-escala de relaciones positivas, el 100% de los evaluados mantuvieron y mejoraron sus niveles; en la sub-escala de autonomía, el 81,3% de los evaluados mantuvieron y mejoraron sus niveles luego de la aplicación del programa; en la sub-escala dominio del ambiente, el 68,8% de los evaluados mantuvo y mejoró su nivel; en la sub-escala de crecimiento personal el 75% de los evaluados mantuvieron y mejoraron sus niveles; por último en la sub-escala de bienestar psicológico de Ryff, propósito en la vida el 93,8% de los evaluados mantuvo y mejoro sus niveles luego de la aplicación del programa.

Tabla 25. Depresión evaluación inicial y retest.

<b>GDS Depresión</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Mantuvo</b>	11	68,8%
<b>Mejóro</b>	1	6,3%
<b>Empeoró</b>	4	25,0%

Fuente: Autora  
Elaboración: Autora.

Con respecto a los resultados de la aplicación inicial y final de la escala de depresión geriátrica Test de Yesavage, se observa en la tabla 25 que el 75,2% de los evaluados mantiene y mejora sus niveles con relación a ausencia de depresión.

Tabla 26. Apoyo social percibido evaluación inicial y retest.

<b>CDUKE-UNC</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Mantuvo</b>	6	37,5%
<b>Mejóro</b>	7	43,8%
<b>Empeoró</b>	3	18,8%

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

En lo que concierne a los resultados obtenidos con el cuestionario DUKE-UNC luego de la aplicación del programa, se observa que el 81,3% mantiene y mejora sus niveles en apoyo social percibido. Véase en la tabla 26.

Se realizaron análisis estadísticos en el SPSS, los datos de la primera evaluación, se efectuó correlaciones entre las variables de las distintas escalas aplicadas, para ello se utilizó el coeficiente Pearson y se encontró correlaciones significativas que se detallan en la tabla 27.

Tabla 27. Correlación entre variables

	<b>BRCS</b>	<b>GDS</b>	<b>DKC</b>	<b>AC</b>	<b>ATM</b>	<b>DA</b>
<b>AC</b>	,821**	-,837**	,572*		-,644**	
<b>ATM</b>	-,579*	,601*				
<b>DA</b>	,627**					
<b>PV</b>	,881**	-,855**	,609*	885**	-,536*	529*
<b>GDS</b>	-,763**					
<b>DKC</b>	,624**	-,593*				

\*\* $r < 0,1$ , \* $r < 0,05$ .

Nota: BRCS: Escala de resiliencia; AC: Autoaceptación; ATM: Autonomía; DA: Dominio del ambiente; PV: Propósito en la vida; GDS: Escala de depresión geriátrica; DKC: Duke-Unc cuestionario de apoyo social percibido.

Fuente: Autora

Elaboración: Autora.

Se destaca una correlación positiva y altamente significativa entre resiliencia (BRCS) con tres sub-escalas del cuestionario de bienestar psicológico: Autoaceptación ( $r = 0,821$ ,  $p < 01$ ), dominio del ambiente ( $r = 0,627$ ,  $p < 01$ ) y propósito en la vida ( $r = 0,881$ ,  $p < 01$ ); y, la correlación entre resiliencia y (BRCS) y apoyo social percibido (DUKE-UNC ( $r = 0,624$ ,  $p < 01$ )). A diferencia de la relación entre resiliencia (BRCS) y autonomía presentándose una correlación negativa altamente significativa

( $r = -0,579$ ;  $p < 0,05$ ), la correlación entre resiliencia (BRCS) y depresión (GDS) se muestra negativa y significativa ( $r = -0,763$ ,  $p < 0,01$ ).

La correlación entre Depresión (GDS) y dos sub-escalas de bienestar psicológico se presentan negativas y altamente significativas: Autoaceptación ( $r = -0,837$ ,  $p < 0,01$ ) y propósito en la vida ( $r = -0,855$ ,  $p < 0,01$ ); se observa la misma tendencia entre la correlación entre depresión (GDS) y apoyo social percibido (DUKE-UNC) ( $r = -0,593$ ,  $p < 0,01$ ). A diferencia de la relación entre autonomía y depresión (GDS) es positiva y altamente significativa ( $r = 0,601$ ,  $p < 0,05$ ). La escala de apoyo social percibido (DUKE-UNC), presenta correlaciones positivas y altamente significativas entre dos sub-escalas de bienestar psicológico: Autoaceptación ( $r = 0,572$ ,  $p < 0,05$ ) y propósito en la vida ( $r = 0,609$ ,  $p < 0,05$ ).

La correlación entre autoaceptación y propósito en la vida es positiva y significativamente alta, ( $r = 0,885$ ,  $p < 0,01$ ). También se observa la correlación entre dos sub-escalas de bienestar psicológico: Autonomía y propósito en la vida presentándose negativa altamente significativa ( $r = -0,536$ ,  $p < 0,01$ ); y entre autoaceptación y autonomía se observa la existencia de una correlación negativa y significativamente alta, ( $r = -0,644$ ,  $p < 0,01$ ). La relación entre dominio del ambiente y propósito en la vida es positiva y altamente significativa ( $r = 0,529$ ,  $p < 0,05$ ).

De todo lo que se ha expuesto es necesario destacar que, la sub-escala de propósito en la vida del cuestionario de bienestar psicológico se correlaciona significativamente con tres de las sub-escalas del mismo instrumento: autoaceptación, autonomía y dominio del ambiente.

### **3.1. Discusión de resultados**

El estudio estuvo orientado por el programa OnMente realizado por Mouriz, Facal, Dosil, Cuba, y Cisneros (2016), específicamente en la adaptación al contexto local, realizada por el Departamento de Psicología de la UTPL, caracterizado por plantear actividades que estimulan las funciones socio-afectivas (autoconocimiento, empatía, habilidades sociales, conocimiento y control de emociones, resolución de problemas, toma de decisiones, autoconcepto, autoestima, asertividad, comunicación, habilidades comunicativas) para luego, mediante las evaluaciones inicial y retest, verificar si estos se desarrollaron luego de la aplicación del programa.

Los adultos mayores participantes del proceso, según la media y rango de edad, pertenecen a la cuarta edad (personas mayores de 80 años), que se describe como una

etapa en la que se presenta mayor deterioro, patologías médicas y psicológicas, con un mayor riesgo de morbilidad y propensión a procesos de demencia (Moreno-Toledo , 2014). Por lo tanto, la aplicación del programa se efectuó en un grupo de adultos mayores de la cuarta edad, y tras su ejecución se evidenciaron resultados positivos.

Con respecto a la escolaridad de los participantes del proceso, se puede apreciar que la cuarta parte tiene dificultad para leer y escribir, lo cual dificultó que algunos de ellos realicen las actividades de manera individual y autónoma; sin embargo, esto no afectó la aplicación de las evaluaciones y del programa, debido a que se dio un acompañamiento personalizado de acuerdo a la situación de cada adulto mayor, consistiendo en realizar lecturas, explicaciones y asistencia de acuerdo a las necesidades y dificultades que presentaban.

El mayor porcentaje de los participantes conviven con sus hijos. Respecto a esto, Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) consideran a la familia nuclear un apoyo directo e informal, al ser la red social más cercana y común para los ancianos.

De acuerdo con los resultados de la prueba T de muestras emparejadas de la primera evaluación y el retest, dos sub-escalas del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff (1989) (autoaceptación y relaciones positivas) refieren tener resultados positivos y altamente significativos, lo que según Ryff y otros investigadores (1998) mencionan que, la autoaceptación es una dimensión principal del bienestar psicológico, la autoaceptación implica una valoración positiva de sí mismo, ser optimista con sus acciones, son características propias de las personas que puntúan positivamente esta sub-escala, de la misma manera se habla también del puntaje significativo en la sub-escala de relaciones positivas en donde Erickson (1996); Ryff y Singer (1998) citados por Díaz, y otros (2006) refieren que una de las necesidades de las personas es tener redes sociales positivas y estables. En relación a los resultados que se obtuvo en la prueba T de muestras emparejadas se concluye que la adaptación del programa socio-afectivo OnMente demuestra su posible impacto en dos de las sub-escalas: autoaceptación y relaciones positivas del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff.

Al realizar los análisis de las correlaciones entre variables de resiliencia (BRCS) y las sub-escalas del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff (1989): autoaceptación, dominio del ambiente y propósito en la vida, muestran correlaciones positivas y altamente significativas, lo que refiere que existe un desarrollo positivo de resiliencia (BRCS) y su relación con las sub-escalas de bienestar psicológico antes mencionadas. Lo antes

expuesto contrasta con la correlación entre resiliencia (BRCS) y autonomía, que se presenta como negativa y altamente significativa, dado que los resultados obtenidos de la muestra indican que la autonomía se encuentra en un nivel bajo.

La correlación entre las variables de resiliencia (BRCS) y depresión (GDS) se presenta negativa y altamente significativa, siendo así que, a mayor nivel de resiliencia(BRCS) el nivel de depresión (GDS) es bajo; la relación entre depresión (GDS) y apoyo social percibido (DUKE-UNC) tiene una correlación negativa y altamente significativa, marcando el nivel alto de apoyo social percibido (DUKE-UNC) y un nivel bajo de depresión (GDS). Por otra parte, en la correlación entre resiliencia (BRCS) y apoyo social percibido (DUKE-UNC) se presenta una relación positiva altamente significativa. Por lo tanto, cabe destacar que, el estado de depresión pone a la persona en situación vulnerable, mientras que el nivel de resiliencia, y de apoyo social fortalecen la situación afectiva personal (Restrepo y Restrepo, 2011) lo que se evidencia en la muestra. Los datos refieren niveles altos de resiliencia y apoyo social percibido y niveles bajos de depresión.

La sub-escala de autoaceptación presenta correlaciones positivas y significativas con las variables de apoyo social percibido (DUKE-UNC) y propósito en la vida, lo que demuestra que a mayor apoyo social percibido mayor es el nivel de autoaceptación al igual que con la sub-escala de propósito en la vida. Mientras que se encontraron correlaciones negativas y significativas con la variable de depresión(GDS), siendo así que a mayor nivel de autoaceptación el nivel de depresión(GDS) se muestra bajo. Se observa además que depresión(GDS) y autonomía muestra una correlación positiva y altamente significativa, indicando que, a menor autonomía, menores síntomas de depresión, dada la característica del nivel alto de apoyo social que presenta la muestra estudiada es comprensible que no se presente lo esperado.

También se observan correlaciones positivas significativas entre las sub-escalas de propósito en la vida con las variables de dominio del ambiente y de apoyo social percibido(DUKE-UNC), lo que implica que a mayor nivel de propósito en la vida mayor nivel de dominio del ambiente y mayor apoyo social percibido(DUKE-UNC).

En el cuestionario de bienestar psicológico, la sub-escala de propósito en la vida se correlaciona significativamente con tres sub-escalas del mismo cuestionario: autoaceptación, autonomía y dominio del ambiente. Al comparar los resultados con la bibliografía, se puede destacar que por el estudio desarrollado en España por Tomás-Miguel, Meléndez-Moral, y Navarro-Pardo (2008), obtuvo correlaciones similares. Dicho

estudio se realizó con una muestra de adultos mayores, en donde se presentaron correlaciones altas y positivas entre la sub-escala de propósito en la vida y las dimensiones de autoaceptación y dominio del ambiente. Si bien los resultados obtenidos en este estudio y las correlaciones obtenidas en la presente investigación son semejantes en las sub-escalas ya mencionadas, existe una diferencia entre la correlación de autonomía y propósito en la vida. En el estudio de los autores citados esta correlación es alta y positiva, mientras que esta investigación la misma es negativa y altamente significativa.

En los resultados de la primera evaluación con el cuestionario de resiliencia BRCS se observó que más del 75% de participantes reflejaban resiliencia entre normal y alta; relacionando las variables vejez y resiliencia, se habla de envejecimiento exitoso cuando se desarrolla un proceso positivo y óptimo de resiliencia (Cárdenas-Jiménez y López-Díaz, 2011).

Los cambios en los participantes luego de la aplicación del programa y evaluación posterior, fueron significativos estadísticamente en algunas de las variables de estudio, pero notorios en todas ellas. Es así que, la prueba T de muestras emparejadas no evidenció cambios significativos en todas las variables; sin embargo, se observan las comparaciones de los resultados de la primera evaluación y el retest, en las que el cuestionario de resiliencia (BRCS) refiere que el 81,3% de la muestra mantuvo o mejoró su nivel. Silva (1999) menciona que existen varios factores que influyen en el desarrollo de la resiliencia, referentes al apoyo y buena relación con el grupo familiar, o grupo social al que pertenecen, siendo ellos quienes estimulan actitud de resiliencia. Se toma en cuenta los datos que refiere la muestra en cuanto a la convivencia, el mayor porcentaje de adultos mayores vive con sus hijos y familiares, de esta manera, como es una de las características previamente mencionadas en la muestra de este estudio, Es así que, el planteamiento de Silva (1999) sobre la forma en que influye la convivencia para el desarrollo de la resiliencia queda evidenciado.

Considerando el punto anterior, y el rol que cumple la familia en la muestra estudiada, los resultados de la primera evaluación del cuestionario de apoyo social percibido (DUKE-UNC) el 100% refiere tener un apoyo social percibido positivo. Seguida de la aplicación de la segunda evaluación se realizó la comparación de resultados, se observó que la mayoría de adultos mayores mejoraron su condición en la puntuación directa del cuestionario luego de la aplicación del programa, de acuerdo con este resultado se considera positivo el funcionamiento del mismo, debido a que un apoyo social adecuado da como resultado salud integral óptima, fortalece factores protectores (Vivaldi y Barra, 2012).

En los resultados de la primera evaluación del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff (1989), más del 50% de los participantes presentaron altos niveles en las siguientes sub-escalas: autoaceptación, relaciones positivas, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. Sin embargo, en la sub-escala de autonomía, la mayoría de los adultos mayores refieren tener un nivel bajo de autonomía, lo que significa que tienen bajo sentido de autodeterminación (Vivaldi y Barra, 2012). Luego de la aplicación de la adaptación del programa, los resultados de la comparación de la primera evaluación y re-test, en las 6 sub-escalas, más del 50% de los adultos mayores de la muestra refirieron mantener y mejorar sus resultados iniciales, quienes bajan su nivel luego de la aplicación del programa se mantienen en niveles normales de bienestar psicológico. Para este grupo de edad avanzada, se han generado programas de promoción de salud integral de acuerdo a las necesidades y características que presentan en cada entorno, dando a conocer la importancia del cuidado de este grupo de edad (Moreno-Toledo, 2010).

Según la primera evaluación de depresión (GDS), se observa que la mayoría de los adultos refieren en sus niveles no presentar síntomas de depresión. Luego de la aplicación del programa, las diferencias encontradas entre la primera evaluación y el retest de depresión (GDS) refieren que, más del 50% de la muestra mejora y mantiene sus niveles (no presentan síntomas de depresión). Tomando en cuenta que en la etapa de la vejez los adultos mayores son propensos a desanimarse frente a la situación del día a día, situaciones como: jubilación, muerte de personas cercanas, cambios biológicos etc. (Kail y Cavanaugh, 2011), evidenciando la efectividad de la aplicación del programa ya que disminuyeron los síntomas de depresión en la muestra estudiada.

En la aplicación del programa la mayoría de actividades que fueron realizadas en su totalidad y por la mayoría de los adultos mayores de la muestra, fueron aquellas actividades que se presentaron como didácticas y verbales, a diferencia de las actividades escritas que eran realizadas de forma parcial y por algunos adultos mayores no eran desarrolladas.

Al revisar los resultados obtenidos en el estudio, se ve reflejado el resultado de mejora y mantenimiento de los niveles de las funciones socio-afectivas de los participantes en más del 50% de la muestra luego de la aplicación del programa; sin embargo, la diferencia de resultados no es significativa estadísticamente. Se observa que el programa de estimulación socio-afectiva OnMente da a conocer su efectividad y la estimulación exitosa en dos funciones: autoaceptación y relaciones positivas.

Cabe destacar que, se presentaron algunos inconvenientes al ejecutar la investigación, como asistencia esporádica de los adultos mayores al centro, inasistencia y retiro definitivo por enfermedad, entre otros. El centro funciona en modalidad de día y con una muestra pequeña, por lo que para investigaciones posteriores es importante considerar un número más amplio y en diversas muestras.

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo con los resultados obtenidos de las valoraciones realizadas se plantean las siguientes conclusiones:

En la aplicación del programa, existió mayor dificultad en la realización de las actividades escritas.

Autoaceptación y relaciones positivas son las dimensiones de la escala de Ryff que tuvieron mejoría significativa luego de la aplicación del programa socio-afectivo OnMente.

Las diferencias de los resultados de la primera evaluación y retest luego de la implementación del programa, más de la mitad de la muestra refieren mantenerse o mejorar su nivel en todos los instrumentos aplicados.

En la aplicación de las actividades del programa OnMente se presentaron dificultades para la realización de las mismas con las personas que tenían problemas de visión y dificultad de leer y escribir, por lo que se realizó un acompañamiento individual para la participación de todos los adultos mayores de la muestra; sin embargo, existen grupos de personas realizan la actividad de forma parcial o no la realizan por sus condiciones de salud o inasistencia.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda la estimulación socio-afectiva al centro del día, para desarrollar, estimular y mantener las funciones socio-afectivas de los adultos mayores, basándose en los resultados positivos obtenidos de su aplicación en este estudio.

Para una validación más confiable y efectiva del programa se sugiere trabajar con una muestra más representativa o con muestras de diferentes poblaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Atchley, R. C. (1 de Abril de 1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Barros, C. (1994). *Apoyo social y bienestar del adulto mayor*. Santiago de Chile.
- Bódalo-Lozano, E. (2002). *Los mayores y el consumo, un estudio sociológico*. (1era Edición ed.). Murcia , España: Paper S.A.
- Bordignon, N. A. (21 de 02 de 2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 51-63.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., DeGruy, F., y Kaplan, B. (1988).
- Cárdenas-Jiménez , A., y López-Díaz , A. (12 de Junio de 2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública Journal of Public Health*, 13, 528-540.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (marzo de 2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. (C. L. Demografía, Ed.) *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía*, 5-7.
- Constitución de la Republica del Ecuador. (2008). Constitución de la Republica del Ecuador. En Asamblea Nacional . Quito, Ecuador.
- Cuéllar-Flores, I., y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP*, 1(34), 89-101.
- Dávila, F. (2006). *Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano*. Quito, Ecuador : Talleres gráficos del INEC.
- Delval, J. (2006). *El desarrollo humano* (Primera edición ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España editores S.A.
- Díaz, D., Rodriguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. v. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dominguez-Guedea, M., Sotelo-Quiñones, T., y Vera-Noriega, J. (21 de Febrero de 2006). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Redalyc*, 7(2), 57 - 78.

- Durán, D., Valdemarra, L., y Uribe, A. (22 de julio de 2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia*, 7(1), 263-270.
- Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado* (Vol. 189). Barcelona: Paidós 2000.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. *emotional.intelligence*, 23(3), 85-108.
- Flores-González, E., y Seguel Palma, F. (Diciembre de 2015). Apoyo social funcional, en cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia severa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 67-73.
- Freire, W. (2010). *Encuesta de salud bienestar y envejecimiento, presentación de resultados*. Red Latinoamericana de gerontología, Santiago de Chile.
- Gómez-Angulo, C., y Campos-Arias, A. (15 de octubre de 2010). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
- Gómez, E., y Kotliarenko, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-132.
- Grotberg, E. (1995). *The Internacional Resilience Project. Promoting Resilience in Children*. Wisconsin, EEUU: Universidad de Wisconsin.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social a las personas mayores. *CEPAL*, 35-70.
- Hernández-Sanpieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education.
- Hernández-Zamora, Z. E. (Diciembre de 2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*, 7(2), 79-100.
- Instituto Europeo de Psicología Positiva. (2006). Escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Instituto Europeo De Psicología Positiva*.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2010). *Censo de población y vivienda*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos , Ecuador. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Jumbo, E. (2016). Adaptación de las actividades de estimulación cognitiva en la población de adultos mayores de los centros de adultos mayores "San José" centro de adultos mayores del IESS y adultos mayores voluntarios de la ciudad de Loja-Ecuador. *Trabajo de titulación de Licenciado en Psicología.C*
- Kail, R. V., y Cavanaugh, J. C. (2011). *Desarrollo Humano* (Quinta edición ed.). DF, México: Compañía de Cengage Learning, inc.
- Lawton, M., y Nahemow, L. (1973). Ecology of the aging process. (Eisdorfer, y M. Lawton , Edits.) *The psychology of adult development and aging*, 619-674.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15).
- Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., Ezquivel-Molina, C. G., y Velazco-Rodríguez, V. M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- Mella, R., Gonzalez , L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida , A., y Díaz, A. (mayo de 2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2009). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento - Manual del Encuestador*. Quito. Obtenido de <http://www.miess.gob.ec>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (14 de enero de 2013). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de Bono de Desarrollo Humano: <http://www.inclusion.gob.ec/bono-de-desarrollo-humano1/>
- Mishara, B., y Riedel, R. (2000). *El proceso del envejecimiento* (Tercera edición ed.). Madrid: Ediciones Morata S.L.

- Montalvo-Morales, M., y Ruales-Itaz , A. (2011). *Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor*. Cotopaxi: Universidad Técnica Del Norte.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología*, 14(1), 27-43.
- Morales , R., López , M., Ramírez , M., Restrepo, S., y Varela , L. (03 de 12 de 2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Scielo*, 33(3), 500-510.
- Moreno-Toledo, A. (Diciembre de 2010). La cuarta edad. Perfil conceptual de la vejez avanzada. *Revista electronica de psicología socia*(20).
- Moreno-Toledo, A. (2014). Perfil simbolico del envejecimiento activo y saludable. *Neurama revista electronica de psicogerentologia*, 4-14.
- Moret-Tatay, C., Fernández-Muñoz, J., Civera-Mollá, C., Navarro-Pardo, E., y Alcover de la Hera, C. (octubre de 2015). Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Anales de psicología*, 31(3), 1930-1934.
- Mouriz, R., Facal, D., Dosil, C., Cuba, M., y Cisneros , A. (2016). *Programa OnMente*. España: A VEIGA.
- Ogando-Diaz, B. (2016). Geriatria y cine: una mirada desde la salud. *Revista de Medicina y Cine*, 12(4), 196-204.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la segunda asamblea de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int>
- Pankow, L., y Solotoroff, J. (2007). *Biological Aspects and Theories of Aging*. (J. Blackburn, y C. Dulmus, Edits.) EEUU, Nueva Jersey : Manual de Gerontología: Enfoques Basados en la Evidencia de Teoría, Práctica y Política.
- Rutter, M., y Rutter, M. (1992). *Developing Minds: Challenge And Continuity Across The Lifespan*. California : Penguin, 1993.

- Sinclair, V., y Kenneth. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment. *Pubmed*, 11(1), 94-101.
- Silva, G. (1999). *Resiliencia y violencia política en niños*. Buenos Aires: Bernard van Leer Foundation, 1999.
- Tello-Rodríguez , T., Alarcón , R., y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342.
- Tomás-Miguel, J. M., Meléndez-Moral, J. C., y Navarro-Pardo, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310.
- Uc-Ku, C. (2011). *Envejecimiento normal*. Mérida, México.
- Universidad Marista de Mérida. (s/f). El envejecimiento de la población mundial. *Universidad Marista de Mérida*.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
- Vanistendael, S. (1994). *Resilience: a few key issues*. Paris: Malta: International Catholic Child Bureau.
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Zapata-López, B., Delgado-Villamizar, N., y Cardona-Arango, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana. *Revista salud pública*, 17(6), 848-860.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: Consentimiento informado.**

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO PARA LA VALORACIÓN DE ESTADO COGNITIVO Y SOCIO-AFECTIVO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DE ESTAS ÁREAS PARA ADULTOS MAYORES (VOLUNTARIOS)**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

#### **Información General:**

El propósito de esta información es ayudarle a tomar una decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas y sociales.

Este proyecto tiene por objeto: Determinar el estado cognitivo y socio-afectivo, de los adultos mayores lo que se realizará es a través de cuestionarios y entrevistas, y posteriormente el empleo de un Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva (Programa OnMente)

La participación del mismo es absolutamente voluntaria.

#### **¿Quiénes participarán en el estudio?**

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. Las contraindicaciones para estudio corresponden al estudio de resonancia magnética, sin embargo, el estudio cognitivo y socio-afectivo por la parte psicológica, no presenta relacionados a la participación de la investigación.

En este estudio podrán participar personas adultas mayores de 65 años, que sean legalmente capaces, así como sus familiares entrevistados. Todos los participantes serán voluntarios. Además, deberán leer y aceptar el presente documento en donde se describe el procedimiento al que serán sujetos los voluntarios, así como el consentimiento informado adjunto.

#### **Procedimientos del estudio**

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán diversas preguntas de tipo sociodemográfico, psicológico, social y médico, a través de instrumentos de valoración: CAMDEX-R, Test de Yesavage, escala de resiliencia BRCS, escala de bienestar psicológico de Ryff, cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc.

Posteriormente se realizará el análisis de los resultados, de acuerdo al cual se seleccionará un nivel adecuado para que el adulto mayor desarrolle el Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva.

#### **Contribuciones de su participación:**

Usted a través de este estudio contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos del estado cognitivo y socio-afectivo, así como también la adaptación e implementación de un Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva dirigida a Adultos Mayores de la ciudad de Loja.

#### **¿Incurriré en algún gasto?**

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por UTPL, las organizaciones y personas que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos de esta investigación.

#### **Riesgos y molestias:**

Este es un estudio en el que los riesgos para su salud son nulos, en el caso de únicamente de participar en el ámbito psicológico. Además, en este proyecto no empleará ningún tipo de medio o estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

#### **Confidencialidad de los datos:**

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones científicas, sin embargo, se guardará estricta

confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

**Voluntariedad y Derechos de los participantes:**

Usted es libre de aceptar participar en esta investigación psicológica. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted tiene el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, y revocar el consentimiento informado. Esto no influirá en forma alguna en los cuidados que usted recibe en nuestro hospital.

**Preguntas:**

Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee a cualquier miembro del equipo de trabajo de este proyecto, en cualquier momento de su participación en el estudio.

Contactos para preguntas acerca del estudio y sus derechos:

Nombre del investigador responsable:

Mgtr. María Aranzazu Cisneros Vidal

E-mail: macisneros@utpl.edu.ec

Teléfono: 3701444 extensión 2633

**Declaración de Consentimiento**

- He leído y acepto la invitación para participar en este estudio.
- Se me ha informado los propósitos, riesgos y beneficios de esta investigación médica.
- He recibido una copia firmada de este documento de consentimiento informado para que yo la conserve.
- Yo autorizo al investigador responsable el acceso y uso de los datos médicos obtenidos en esta investigación.
- Acepto / No acepto el uso de un medio de contraste.
- Doy mi consentimiento para participar en este estudio y no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre y apellido del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del investigador responsable: Mgtr. María Aranzazu Cisneros Vidal

Firma: \_\_\_\_\_

**Anexo 2: Plantilla sociodemográfica del adulto mayor Ad hoc.**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TITULACION DE PSICOLOGÍA

PLANTILLA SOCIODEMOGRAFICA DEL ADULTO MAYOR

Estructura de la Entrevista

Nombre \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Fecha: 01-06-16

MARQUE CON VISTO O UNA X DE ACURDO A LOS LITERALES:

**ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS**

**I. ESTADO CIVIL**

➤ Casado ( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Viudo (✓)

**II. SEXO:**

➤ Masculino ( ) Femenino (✓)

III. EDAD: .....<sup>40</sup>.....Años

**IV. CON QUIEN VIVE**

➤ Solo (✓) Familia ( ) Hogar de ancianos ( ) Hijo ( ) familiar ( )

➤ Otros.....( )

**ANTECEDENTES SOCIALES**

**V. NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

➤ Analfabeto (✓) Edu. Primaria Completa ( ) Edu. Primaria Incompleta ( )

➤ Edu. Secundaria Completa ( ) Edu. Secundaria Incompleta ( )

➤ Superior ( )

**VI. ALFABETISMO**

➤ Sabe leer y escribir ( ) Solo lee ( ) Analfabeto ( ) Lee y escribe con dificultad (✓)

**VII. TIPO DE INGRESOS**

➤ Sin ingresos ( ) Ingreso aleatorio ( )

➤ Pensionado o jubilado ( ) Otro tipo de ingresos (✓) Bono

## XI. ACTIVIDADES BENEFICIOSAS:

- a. Visita a su familia  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- b. Visita amigos a lo menos 2 veces al mes  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- c. Participa en juegos de dominó, cartas u otros  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- d. Lee usted diariamente  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- e. Asiste a su Control de Salud o Centro de hospitalario  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- f. Realiza usted actividad física 3 veces por semana  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )
- g. Camina diariamente a lo menos 30 minutos  
Siempre (  ) A veces (  ) Frecuentemente (  ) Ninguna (  )

## XII. ENFERMEDADES DE SALUD

### > Patologías Crónicas

- Diabetes mellitus (  ) Hipertensión arterial (  ) Renal (  )  
Artrosis (  ) Ninguna (  ) Visuales (  ) Cáncer (  )  
Otra..... (  )

### > Factores psicológicos

- Depresión (  ) desesperanza (  ) Desamparo o Abandono (  )  
Temor a las lesiones (  ) Falta de motivación (  )

### > Estado Nutricional

- Enflaquecido (  ) Normal (  ) Sobrepeso (  ) Obeso (  )

## XIII. NIVEL DE DIFICULTADES FISICAS

### CONDICION FISICA

- > Bueno (  ) Regular (  ) Muy Malo (  ) Malo (  )

### CONDICION MENTAL

- > Alerta (  ) Indiferente (  ) Confuso (  ) Estupor (  )

### NIVEL DE ACTIVIDAD

- > Camina con ayuda (  ) Limitado a silla (  ) Postrado en cama (  ) Ninguna (  )

**MOVILIDAD**

- Normal () Ligeramente Limitado (  ) Insuficiente (  ) Bastante limitado(  )  
Ninguno(  )

➤

**CAPACIDADES SOCIOMOTRICES:**

- Juego colectivo Si() No(  )  
➤ Bailes de salón Si() No(  )  
➤ Danzas Si() No(  )

**Anexo 3: Escala de Resiliencia Brief Resilient Coping Scale, Sinclair y Kenneth, 2004 (BRCS).**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**BRCS (Brief Resilient Coping Scale, Sinclair & Kenneth, 2004)**

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades? Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja nada una reacción típica en Vd. y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder.

1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles  
1    2    3    4    5
2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción  
1    2    3    4    5
3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles  
1    2    3    4    5
4. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida  
1    2    3    4    5

**Anexo 4: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.**

**Escalas de Bienestar de Ryff - EBR**

1= Muy inadecuado para describirme; 2= Bastante inadecuado para describirme; 3= Algo inadecuado para describirme; 4= Algo adecuado para describirme; 5= Bastante adecuado para describirme; 6= Muy adecuado para describirme

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida		1	2	3	4	5
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6

Autoaceptación= 1, 7, 17, 24; Relaciones positivas con los demás = 2, 8, 12, 22, 25;

Autonomía = 3, 4, 9, 13, 18, 23; Dominio del ambiente = 5, 10, 14, 19, 29;

Crecimiento personal= 21, 26, 27, 28; Propósito en la vida= 6, 11, 15, 16, 20.

## Anexo 5: Escala de depresión Geriátrica (GDS) – Test de Yesavage.



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### 7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

**Población diana:** Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
  - 0 - 4: Normal
  - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		4/

**Anexo 6: Cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc.**



Ministerio de Sanidad  
CONSEJERÍA DE SALUD

Fecha

Nº Historia

Nombre

Unidad/Centro

**CUESTIONARIO DUKE-UNC -**

Población diana Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<b>Instrucciones para el paciente:</b>  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

Anexo 7: Fichas de registro de las actividades del programa.

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Presentación de gestos con las manos 1

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
15-03-2017	Centro del día	09h00-12h:00	30 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
<p>13 adultos mayores realizaron la actividad completamente                      3 adultos mayores dejan de participar de la actividad porque se sientan cansados.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Tarjetas de presentación 2.

Profesional | Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
15-03-2017	Centro del día	09h30 - 12h00	20-30 minutos
16-03-2017		13h00 - 16h00	

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>- todos los adultos mayores realizan la actividad de forma completa, para que esto se cumpla, se realizó acompañamiento individual a cada adulto mayor.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | El grito. 3

Profesional | Gabriela Armiños

Fecha	Lugar	Horario	Duración
17-03-2017	Centro del día	09h00 - 12h00	20-30 minutos
20-03-2017		18h00 - 16h00	

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> ✓	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Aplicación	Individual ✓	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>11 adultos mayores realizan la actividad completamente a diferencia de 5 personas que realizan el 50% porque querían cambiar de actividad. en algunos casos por su estado de ánimo por su condición de salud.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Formas de ser 4

Profesional | Gabriela Armas

Fecha	Lugar	Horario	Duración
21-03-2017	Centro del día	09h00-12h00	15 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	<input checked="" type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Parejas	<input type="checkbox"/> Grupal

14 adultos mayores realizan la actividad completamente y con éxito  
 2 personas realizan la actividad de forma incompleta.

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Actividad 8.

Profesional Cabnela Arroyos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
22-03-2017	Centro del día	09h00-12h00	10 - 15 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>todos los adultos mayores realizan la actividad completamente</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Collages      6

Profesional | Gabriela Armiños

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
28-03-2017	Centro del día	09h00 - 12h00 13h00 - 16h00	45 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>

- 10 de los adultos mayores realizan la actividad en su totalidad  
 - 4 adultos mayores realizan la actividad pero la dejan incompleta por falta de tiempo  
 2 adultos mayores no la realizan, por inasistencia y por estado de salud delicado

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Cartas de emociones

Profesional Gabriela Armiños

Fecha	Lugar	Horario	Duración
24-03-2017	Centro del día	09h00-12h00	10-18 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>

14 adultos mayores realizaron la actividad con éxito y la completan.  
 8 adultos mayores participaron de la actividad parcialmente.

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Album de emociones | 8

Profesional | Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
24-03-2017	centro del día	09h00-12h00 13h00-17h00	20 - 30

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
<p>to adultos mayores realiza la actividad completa- mente A partir de la actividad de forma formal y 2 de los adultos mayores no realizan por indistintas y por condiciones de salud</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Espejo de emociones 9

Profesional Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
<u>27-03-2017</u>	<u>Centro del día</u>	<u>09h00-12h00</u>	<u>15, 20 minutos</u>

Observaciones			
Nivel de dificultad	①   I I I I	①   2   I	①   2   3   4
Aplicación	Individual	Parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
<p><u>14</u> adultos mayores participan de la actividad  <u>y</u> la realizan completamente sin ningún                      inconveniente</p> <p><u>2</u> adultos mayores no participan de la actividad</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Veamos lo mejor | 10

Profesional | Gabriela Arango

Fecha	Lugar	Horario	Duración
28-03-2017	Centro del día	09h00 - 12h00	10 - 15 min

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>14 adultos mayores participan de la actividad y se mantienen en ella hasta culminarla. Es de los adultos mayores, realizan la actividad de forma parcial por el límite de tiempo y por el estado de salud.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Destruyendo el mito 11

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
<u>29-03-2017</u>	<u>centro del día</u>	<u>09:00-12:00</u>	<u>15-20 min</u>

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 ✓	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Aplicación	Individual ✓	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p><u>todos los adultos mayores participantes completan la actividad con éxito.</u></p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Historia de una emoción 74

Profesional | Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
20-03-2014	centro del día	09h00-12h00 14h00-16h00	15-20 min

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV	✓ <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV
Aplicación	Individual ✓	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>

10 de los adultos mayores realizan la actividad en su totalidad  
 4 de ellos la realizan de forma incompleta  
 2 personas no la realizan por su estado delicado de salud  
 y por inasistencia.

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Reporteros 13

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
21-03-2017	centro del día	09h00-12h00	30 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
<p>11 de los adultos mayores realizan la actividad en su totalidad</p> <p>5 personas adultos mayores realizan la actividad pero no la completan por tiempo y estado de salud delicado</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Si ya fuese Juan 14

Profesional Gabriela Armiros

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
04-04-2017	centro del día	09h00-12h00 13h00-16h00	15-20 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>10 de los adultos mayores realizan y completan la actividad</p> <p>4 adultos mayores no realizan la actividad completamente por comentar sobre la actividad, estado de ánimo y por condiciones de salud.</p> <p>2 adultos mayores no participan de la actividad por que no logra entenderla, y por condiciones de salud.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Juegos de la infancia 15.

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
08-04-2014	Centro del día	09h00 - 12h00 13h00 - 16h00	20-30 minutos

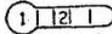
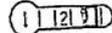
Observaciones			
Nivel de dificultad	1   1   1   1	1   2   1	1   2   1   1
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>10 de los adultos mayores completan la actividad sin ninguna novedad.                      4 adultos mayores realizan la actividad pero no la completan, por cuestiones de tiempo.                      3 adultos mayores no participan de la actividad por inasistencia.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad ¿Qué necesito llevar? 1b

Profesional Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
<u>05-04-2017</u>	<u>centro del día</u>	<u>09h00-12h00</u> <u>13h00-16h00</u>	<u>15-20 min</u>

Observaciones			
Nivel de dificultad			
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p><u>14 de los adultos mayores realizan la actividad de forma completa y sin novedad.</u>  <u>2 de los adultos mayores realizan la actividad pero no la completan.</u></p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad: Historia de un momento 44

Profesional: Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
27-04-2014	Centro del día	09h00-12h00 13h00-16h00	30-30 minutos

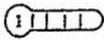
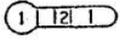
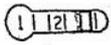
Observaciones			
Nivel de dificultad	① IIII	① I I I	① I I I I I
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>7 adultos mayores realiza la actividad en su trinidad                      7 adultos mayores realizan la actividad pero no                      completan por cruz de actividades con el                      centro.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Yone en mi lugar 18

Profesional Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
10-04-2017	Centro del día	09h00-12h00 13h00-16h00	20-30 min

Observaciones			
Nivel de dificultad			
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
<p>10 adultos mayores participan de la actividad completamente                      4 adultos mayores realizan la actividad de forma independiente por turnos                      2 adultos mayores no realizan la actividad por inactividad.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Jugar o reto 19

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
10-04-2017	Centro del día	13h00 - 16h00	20 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>

14 adultos mayores participan en la actividad  
 3 adultos mayores asisten opinan pero no  
 cumplen algunos retos

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Cartas privadas 20

Profesional | Gabriela Armitas

Fecha	Lugar	Horario	Duración
11-04-2017	Centro del día	13h00-16h00	20-30 min.

Observaciones			
Nivel de dificultad	1	1   2   1	1   2   3
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>9 adultos mayores realizan la actividad en su totalidad</p> <p>4 adultos mayores participan de la actividad pero no la completan</p> <p>2 adultos mayores no realizan la actividad por estado de salud delicado</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | ojos no cambiada 27

Profesional | Gabriela Armitos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
12-04-2014	Centro del día	13h00-16h00	30-30 min
13-04-2014		09h00-12h00	

Observaciones			
Nivel de dificultad	①   I I I I	①   I I I	①   I I I I
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas	Grupal <input type="checkbox"/>
<p>13 adultos mayores participan de la actividad en ninguna dificultad y la completan                      3 adultos mayores realizan la actividad pero no la completan.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad Dinamizando 22

Profesional Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar.	Horario	Duración
13-04-2014	centro del día	13h00-16h00	20 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV
Aplicación	Individual <input type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>

f adultos mayores realizan la actividad completamente y sin dificultad.

1 adultos mayores no realizan la actividad por timidez e inasistencia

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | Duelo 93

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
<u>14-04-2017</u>	<u>Centro del día</u>	<u>09h00-12h00</u>	<u>30 minutos</u>
<u>14-04-2017</u>		<u>13h00-16h00</u>	

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②   ③
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

11 adultos mayores realizan la actividad completamente.

4 adultos mayores participa de la actividad pero no la completa.

2 adultos mayores no participa de la actividad por inasistencia y condición delicada de salud.

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad | El rompecabezas homenaje. 24

Profesional | Gabriela Armijos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
17-04-2017	Centro del día	13h00-16h00	30 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②
Aplicación	Individual	Parejas	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
<p>9 adultos mayores realizan la actividad de forma completa sin presentarse ninguna dificultad</p> <p>5 personas no dan su aporte verbal en la actividad</p> <p>2 personas no participan de la actividad por condiciones de salud e inasistencia.</p>			

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad: Mis personas favoritas 25

Profesional: Gabriela Arroyos

Fecha	Lugar	Horario	Duración
18-04-2014	centro del día	09h00-12h00 13h00-16h00	30 minutos

Observaciones			
Nivel de dificultad	①	①   ②	①   ②
Aplicación	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Parejas <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>

9 adultos mayores realizan la actividad completamente sin presentar ninguna dificultad

5 de los adultos mayores realizan la actividad de forma incompleta

2 de los adultos mayores no participan de la actividad por inasistencia y condiciones de salud delicada