



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera Psicología Clínica

Título

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE
LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN
CAMILO”, AÑO 2016**

Autor

Yashira Karina Maldonado Cañizares

Tutor

MBA. Máximo Tubay Moreira

Lector

Msc. Héctor Plaza Albán

**INFORME FINAL PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

Quevedo- Ecuador

2016



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
EXTENSION QUEVEDO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO

TEMA:
CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE
LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN
CAMILO”, AÑO 2016

DE LA EGRESADA
Yashira Karina Maldonado Cañizares

LA CALIFICACION DE _____
EQUIVALENTE: _____

TRIBUNAL

LCDO. HECTOR PLAZA ALBAN
DELEGADO DEL DECANO DE LA FFCCJJSSEE

MSC. CONSUELO ABRIL VALLEJO
PROFESOR ESPECIALIZADO

ING. MAXIMO TUBAY MOREIRA
DELEGADO DEL H.C.D

AB. ISELA BERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA (E) DE LA FFCCJJCCEE

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primero a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea.

Gracias a Dios por mis hijos, esos hijos que más que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis, gracias a ellos por cada palabra de apoyo, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

A mis hijos dedico esta tesis, a ellos dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, tanto esfuerzo y fe en la causa misma.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a Dios por permitirme darme la oportunidad, la bendición y la perseverancia de culminar esta meta de mi vida a mi hermana por ser la amiga incondicional, de toda mi vida a mi madre por ser mi bendición, a mi esposo por darme ese apoyo infinito para continuar y a mis hijos por sacrificarse el tiempo que nunca podre pagar especialmente a mi pequeño Ángel que él fue mi inspiración en esta hermosa profesión para ayudarlo a salir adelante.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Yo, **YASHIRA KARINA MALDONADO CAÑIZARES**, con cédula de ciudadanía N° 1203642168, egresada de la facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, especialización Psicología Clínica declaro que soy la autora material e intelectual del Informe Final de Investigación, "CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO "SAN CÁMILO", mismo que es auténtico y personal.

Todo lo académico y legal que se desprende del presente trabajo de investigación, es de absoluta responsabilidad de la autora

Egresada: Yashira Karina Maldonado Cañizares

C.C: 1203642168



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

YASHIRA KARINA MALDONADO CAÑIZARES, autora del trabajo de grado, titulado **“CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN CÁMILO”, AÑO 2016”** autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo a:

Publicar el trabajo de grado en el repositorio que lo requiere, tanto en su versión digital como impresa, dejando expresa voluntad que renuncio a recibir emolumento alguno por su publicación.

Yashira Karina Maldonado Cañizares

C.C: 1203642168



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE TUTOR DEL INFORME
FINAL DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación, designado por el Consejo Directivo, certifico que la Sra. Yashira Karina Maldonado Cañizares ha desarrollado el trabajo de grado titulado:

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE
LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN
CÁMILO”, AÑO 2016**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a la mencionada estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

MBA. Máximo Tubay Moreira.
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE LECTOR DEL INFORME
FINAL DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Lector del Informe Final de Investigación, designado por el Consejo Directivo, certifico que la Sra. Yashira Karina Maldonado Cañizares ha desarrollado el trabajo de grado titulado:

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE
LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN
CÁMILO”, AÑO 2016

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a la mencionada estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

Msc. Héctor Plaza Albán
DOCENTE DE LA FCJSE

CERTIFICACIÓN URKUND

MBA. Máximo Tubay Moreira
DOCENTE UTB EXT. QUEVEDO

URKUND

Documento	Informe Final Yashira.docx (D23433939)
Presentado	2016-11-17 23:52 (-05:00)
Presentado por	maximotubay@gmail.com
Recibido	mtubay.utb@analysis.orkund.com
Mensaje	Mostrar el mensaje completo

7% de esta aprox. 19 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 6 fuentes.

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación de autoría de la Sra. **YASHIRA KARINA MALDONADO CAÑIZARES**, con **C.I. 1203642168** egresada de la Carrera de Psicología Clínica, Extensión Quevedo, denominado: **“CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN CÁMILO”, AÑO 2016”**, certifico haber dirigido, asesorado y revisado en el sistema URKUND todas las partes, de la tesis. Además, encuentro que se ha realizado todo el proceso investigativo de acuerdo a las exigencias metodológicas–técnicas existentes para este nivel de estudio, por lo que autorizo su presentación, sustentación, defensa y tramitación ante los Organismos Universitarios correspondientes.

Es todo lo que pudo certificar en honor a la verdad.

23 Noviembre, del 2016

MBA. Máximo Tubay Moreira
TUTOR DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

INDICE

CONTENIDO	Págs.
PAGINAS PRELIMINARES	
Título o Portada	i
Certificación de Autoría	ii
Certificado final de aprobación del tutor del proyecto de tesis	iii
Certificado final de aprobación del lector del proyecto de tesis	iv
Índice General	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO UNO	
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. MARCO CONTEXTUAL	3
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.4.1. Problema General de investigación	6
1.4.2. Problemas derivados	6
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.6. JUSTIFICACIÓN	8
1.7. OBJETIVOS	9
CAPÍTULO DOS	
2. MARCO TEÓRICO	11

2.1. Marco Conceptual	11
2.1.1. Definición de Consejería	11
2.1.2. Concepto de psicoeducación	11
2.1.3. Promoción de la salud mental	12
2.1.4. Los modelos en intervención familiar	13
2.1.5. El modelo clínico	13
2.1.6. El modelo educativo	14
2.1.7. Relaciones familiares	14
2.1.8. Demencia	15
2.1.9. Conceptualización de Adulto Mayores	16
2.1.10. Satisfacción con la vida	16
2.1.11. Relaciones Sociales y Envejecimiento	17
2.1.12. Los moldes cognitivo-afectivos	17
2.1.13. Envejecimiento cognitivo	18
2.2. Marco Referencial Sobre La Problemática De Investigación	19
2.2.1. Ambiente familiar y psicoeducación	19
2.2.2. ¿Qué beneficios relatan los familiares al asistir al programa psicoeducativo?	20
2.2.3. Fases de la Consejería psicoeducacional	21
2.2.4. El modelo de psicoeducación	22
2.2.5. El Envejecimiento Implica Cambios	23
2.2.6. Características principales de la demencia	24
2.2.7. La estimulación cognitiva y la importancia que puede tener ésta en la intervención con personas adultas mayores	26
2.2.8. Redes de apoyo social y calidad de vida de personas mayores	27
2.2.9. Calidad de vida de las personas mayores y redes de apoyo	28

2.3. Postura Teórica	29
2.4. Hipótesis	30
2.4.1. Hipótesis general	30
2.4.2. Hipótesis Específicas	30

CAPÍTULO TRES

3. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. Análisis e Interpretación de datos	32
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas	33-36
3.2. CONCLUSIONES	37
3.3. RECOMENDACIONES	38
4. PROPUESTA DE APLICACIÓN	40
4.1. Propuesta de aplicación de resultados	40
4.1.1. Alternativa obtenida	40
4.1.2. Alcance de la alternativa	40
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa	41
4.2. Antecedentes	42
4.3. Justificación	43
4.4. Objetivos	44
4.4.1. General	44
4.4.2. Específicos	44

4.5. Estructura general de la propuesta	45
4.5.1. Título	45
4.5.2. Componentes	45
Componente no. 1: Ámbito Familiar	46-48
Componente no. 2: Programa lúdico-recreativo	49-50
Ayuda para trabajar con los Adultos Mayores	51-60
Resultados esperados	61
BIBLIOGRAFÍA	62-64
Anexos	65
Cronograma	65
Gráficos y cuadros estadísticos	68-80

INTRODUCCIÓN

La afectación del abandono puede ser desde la incorporación de conductas anómalas, problemas psicológico, efectos físicos, problemas en su esfera afectiva, cognitiva y volitiva hasta la estructuración de patologías que puede llegar a ser severas en los adultos mayores, no solo por el tipo de riesgos los cuales están expuestos en dicha situación, sino por el hecho de ser seres humanos que se encuentran en una etapa en la que debe ser de mayor agrado y no rechazado por una familia que lo abandona

Dada la importancia señalada es los párrafos anteriores y luego de la experiencia acumulada durante el último año de prácticas profesionales se planteó la presente investigación sobre la aplicación de la consejería psicoeducacional para mejorar la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del subcentro “San Camilo” haciéndose necesario la realización de este trabajo en la que se busca dar respuesta a la problemática que se genera en los familiares por la adaptación a la rutina de los longevos que pertenecen a su familia.

Además el presente trabajo de investigación es un aporte práctico dentro de la problemática de abandono familiar hacia adultos mayores, ya que con los resultados a obtener será posible la elaboración de planes de intervención hacia dicho problema, reduciéndolo de manera significativa en la población potencialmente vulnerable. Por ello, los beneficiarios directos de la resolución de esta exploración van a ser los adultos mayores, en segundo nivel la familia y todas las personas o instituciones que tengan contacto directo o indirecto con la problemática aquí presentada.

CAPITULO

I

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN CÁMILO”, AÑO 2016

1.2. MARCO CONTEXTUAL

Durante la adolescencia el individuo se identifica con inquietud y rebeldía, ante las reglas establecidas en su afán de cambiar el mundo a su manera mientras su cuerpo se identifica y madura con su sexualidad. Durante la juventud, se desarrolla su personalidad al término de esta etapa se alcanzan logros de estabilidad social y personal. Durante la madurez, que es la siguiente etapa del ser humano, se inicia a vivir con las bases del pasado, una familia y paz precisas. Durante la tercera edad, así la última etapa del ser humano, el individuo empieza a sufrir los estragos físicos de su edad, comenzando por perder agilidades conocer su cabello, en fin pierde gran parte de sus habilidades físicas e intelectuales.

El abandono familiar es un problema que se hace evidente desde todos los tiempos, en el que los adultos mayores han sido considerados solo objetos que ya no sirven, teniéndose hacia ellos una actitud deshonorosa, en la que son tratados como sujetos que ya había pasado sus años de productividad, y que para la familia ya no era necesario. El abandono de un adulto mayor, es un acto que no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales, es un problema que se da a nivel mundial dado las circunstancias de los actores que están inmersos dentro de esta problemática.

Una de las causas potenciales por las que se presentan casos de abandono familiar es por la ignorancia que poseen las sociedades como tal, que se han formado la imagen y el estereotipo de que una persona que inicia en esta última etapa de la vida se le desvalorice, o peor aún sea violentada física, psicológica y hasta de forma sexual, esto debido a que se ha generalizado la idea de que dichos sujetos son grupos “vulnerables”.

Aquellas afirmaciones o expresiones negativas de las personas han hecho que se torne un problema expresándose o resolviéndolo de forma “fácil”, mediante el abandono de dichas personas; este proceso llevará a modificar las conductas que permiten llevar una adecuada interacción social, que en muchos de los casos, se adoptan como conductas sociales. Durante las últimas etapas de la vida es difícil que el anciano experimente una sensación de resolución. A menudo se producen ciertos sucesos durante esa fase evolutiva que lo impiden. Un ejemplo muy claro de aquello es la jubilación y las posteriores posiciones económicas que esto conlleva, ya que solo ganaría una cantidad mínima durante esta etapa

Dado que el sujeto considera el envejecimiento como un deterioro psicosocial, tanto los adultos mayores como quienes interaccionan con ellos siguen un papel asignado perpetuando esta imagen. El clima social en el que se desenvuelve el anciano tienen un efecto considerable en su forma de actuar, influyendo varios aspectos del entorno en la conducta de esta persona

Las normas socialmente aceptadas que marcan la forma diaria de actuar pierden importancia de forma espectacular a medida que se aproxima la jubilación. Y lo que es más importante aún, cuando se deja al adulto mayor, relegado, apartado del sistema social, este va a comenzar a disminuir el grado de reforzamiento y de recompensa por desempeñar satisfactoriamente la función que él espera desempeñar.

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En distintas ocasiones las personas mayores necesitan optar por un recurso de alojamiento para poder ser atendidas de una forma más especializada e intensa de lo que puede hacerse en el propio domicilio o en el entorno familiar. Cuando la persona mayor vive y es atendida en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados. El hecho que la persona mayor sea atendida en un centro residencial no implica, ni mucho menos, abandono familiar.

La etapa de adultez mayor es considerada como un periodo en el que la persona percibe una diversidad de cambios, que si bien estriban en el estilo y calidad de vida que han tenido a lo largo de su existencia, así como del sistema social y familiar en que se han desenvuelto, influyen en los diferentes ámbitos de su cotidianidad. En la vida del ser humano se presentan diferentes etapas de su existencia bien definidas durante el desarrollo. La infancia es la primera, en la cual se da el primer contacto con el mundo y la sociedad en donde las personas le dan enseñanzas básicas para una formación personal.

De hecho, las familias de las personas usuarias de recursos de alojamiento permanente deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras. Dicho de otro modo, estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema General o Básico

- ¿Cómo incide la consejería psicoeducacional en la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”?

1.4.2. Sub-problemas o Derivados

- ¿Cuáles son los resultados que se obtienen de la aplicación de consejería psicoeducacional en la adaptación de los familiares de adultos mayores?
- ¿Qué condiciones dificultan el acceso de los familiares de adultos mayores al programa de consejería psicoeducacional para una mejor adaptación en el Subcentro “San Camilo”?
- ¿Cuáles son las posibilidades de que un programa de intervención para la adaptación afectiva sea aceptado tanto por familiares de adultos mayores como por profesionales del Subcentro “San Camilo”?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

AREA: Psicología Clínica

CAMPO: Consejería Psicoeducacional

ASPECTO: Adaptación Afectiva

Problema:

¿Cómo incide la consejería psicoeducacional en la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”?

Tema de investigación

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA ADAPTACIÓN AFECTIVA DE LOS FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL SUBCENTRO “SAN CÁMILO”, AÑO 2016

Delimitación temporal

Junio 2016– Diciembre 2016

La investigación se realizará en el Subcentro “San Camilo” ciudad de Quevedo, parroquia San Camilo, provincia de Los Ríos, año 2016

1.6. JUSTIFICACIÓN

Dentro del abandono familiar de los adultos mayores se puede indicar aspectos que podrían ser notables en la comprensión de porque muchos de los sujetos tienen comprimida su capacidad de interacción social, en especial su conducta; ya que la mayoría de ellos llegan a exponerse de vivir en la calle, exponiéndolos a situaciones de riesgos que distorsionan considerablemente sus capacidades intelectuales como el pensamiento, su conducta y sus esfera afectiva, induciendo una degeneración en la ejecución de la noción que tienen de sí mismo.

Indicando lo anterior, se hace prioritario la investigación de la connotación que tendría la consejería psicoeducacional, dentro de la población antes mencionada, ya que de no ser así, las consecuencias lograrían ser innumerables, provocando conductas anómalas más severas de las que ya se hacen presentes y generándose más afecciones mayores en la población.

También, se debe considerar que en el proceso vital en el cual atraviesan los adultos mayores se dan cambios importantes en su estructura psíquica y física, sabiendo que su personalidad es más estable, pero su área afectiva no, ya que psicológicamente son más vulnerables cuando no han tenido un proceso de adaptación adecuada hacia esta nueva etapa.

1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo general

- Relacionar la incidencia de la consejería psicoeducacional en la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del subcentro “San Camilo”

1.7.2. Objetivos específicos

- Diferenciar los resultados que se obtienen de la aplicación de consejería psicoeducacional en la adaptación de los familiares de adultos mayores
- Valorar las condiciones que dificultan el acceso de los familiares de adultos mayores al programa de consejería psicoeducacional para su adaptación en el Subcentro “San Camilo”
- Diseñar un programa de intervención para la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”

CAPITULO

II

2. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Definición de Consejería

La consejería se define como el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas MINSAL. San Salvador (2003) ***citado por*** (González, Ramírez, & Montero, 2011).

La Consejería se diferencia claramente de la psicoterapia ya que no está dirigida a la resolución de problemas en la esfera de la salud mental. Puede ser realizada por profesionales de la salud que posean el entrenamiento adecuado en conocimientos y habilidades de consejería y en la atención de adolescentes y jóvenes, de ambos sexos. World Health Organization (1993) ***citado por*** (González, Ramírez, & Montero, 2011)

2.1.2. Concepto de psicoeducación

La aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema Díaz J, González E, & Varela C. (2001) y Muela J, & Godoy J. (1997) ***citado por*** (Albarrán & Macías, 2007). Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información

científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema Anderson C, Douglas R, & Hogarty G. (1988) ***citado por*** (Albarrán & Macías, 2007)

En síntesis, la psicoeducación procura establecer en los familiares los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social. Parrado C, Aguado J, & Pérez C. (1998) ***citado por*** (Albarrán & Macías, 2007)

2.1.3. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud mental tiene el objeto de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos (Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, OMS, 1997) ***citado por*** (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no

están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2004)

2.1.4. Los modelos en intervención familiar

Quizás un primer punto a tratar sea situarnos respecto a las definiciones de modelo y enfoque. Ante la diversidad de formas en que se presentan estos términos y, coincidiendo entre otros con Solé (1998) ***citado por*** (Máiquez & Capote, 2001), preferimos utilizar el término modelo para referirnos a la descripción de diseños, estructuras o componentes de un proceso de intervención, es decir el plan o guía de actuación. El término enfoque lo utilizaremos para describir una orientación teórica dentro de un determinado modelo. Se trata de la teoría que subyace a ese modelo. Aunque los enfoques también incluyen las estrategias y procedimientos de intervención, están delimitadas por un marco teórico concreto (Máiquez & Capote, 2001).

2.1.5. El modelo clínico

El objetivo de este modelo es el diagnóstico y tratamiento del problema. Intervenciones centradas en la recuperación de problemas de desarrollo y/o aprendizaje detectados en los niños, tratamientos de estados de estrés o ansiedad o en la rehabilitación de alcoholemias, ludopatías, etc. en los padres, son ejemplos típicos de este modelo. Aunque este modelo ha ido cambiando en los últimos años gracias a las teorías constructivistas, en general, se parte de una concepción del desarrollo humano individualista que considera los cambios como producto de mecanismos individuales y cuya relación con el entorno se explica en ocasiones como reactiva y en otras como adaptativa (Monereo y Solé, 1996) ***citado por*** (Máiquez & Capote, 2001).

2.1.6. El modelo educativo

La intervención familiar desde este modelo se centra en la enseñanza de comportamientos y habilidades educativas parentales. También puede ocuparse de la reeducación de los hijos (Máiquez & Capote, 2001). En general, se preocupa de todos los procesos educativos, como señala Coll (1996) ***citado por*** (Máiquez & Capote, 2001), independientemente del contexto institucional en el que tienen lugar.

El procedimiento seguido cuando se trabaja desde una concepción mecanicista sería, en primer lugar, el diagnóstico del problema a través de la identificación de los mecanismos alterados o debilitados y, si es necesario, se analizan los factores responsables. A continuación se planifica y lleva a cabo la intervención. El fin último es correctivo (Máiquez & Capote, 2001)

2.1.7. Relaciones familiares

Conjuntamente se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los adultos mayores Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. (2004) ***citado por*** (Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca, 2010). Al respecto, el abordaje del tema de los ancianos se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores (Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca, 2010).

La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere

a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte (Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca, 2010).

2.1.8. Demencia

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afectación de al menos tres áreas de la actividad mental, como trastornos del lenguaje y de la memoria; trastornos emocionales o de la personalidad, y trastornos cognitivos (falta de capacidad de aprendizaje). Al presentar algún tipo de demencia se produce un claro deterioro en el control emocional, de la conducta social y/ o de la motivación. Es importante examinar a los pacientes buscando este síndrome (demencias) pues no es un motivo frecuente de consulta, y no siempre es diagnosticado por los médicos (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003).

El que se diagnostique una demencia, es porque da claras señales de deficiencia en la memoria, la concentración, el razonamiento, el lenguaje y el comportamiento. Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía y alteran la convivencia cotidiana de la persona, por lo cual es necesario acudir a un especialista en salud mental, de preferencia a un psicogeriatra, pues es el psicólogo especialista en adultos mayores, quien recomendará el seguimiento adecuado (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003).

2.1.9. Conceptualización de Adulto Mayores

El término anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de

personas mayores. La población de Adultos Mayores es considerada por la OMS como personas mayores de 60 años, y en algunos países desarrollados se sigue esa perspectiva (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

Otra cuestión que caracteriza a este tipo de población y que se toma sin dudas también como parámetro para definirlos en esta etapa, es el tema de la jubilación o retiro de la actividad laboral por ya haber traspasado la barrera de años estipulada por el estado en cuestión y que determina hasta cuando una persona se considera activa y a partir de cuándo es que entonces deberá recibir el aporte económico del Estado para vivir, en retribución, a todos los años que la persona trabajó y también aportó para cuando le llegase la edad del retiro para poder vivir cómodamente (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

2.1.10. Satisfacción con la vida

La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera Inga J, Vara A. (2006) *citado por* (Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca, 2010).

La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida (Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca, 2010).

2.1.11. Relaciones Sociales y Envejecimiento

Las relaciones sociales no solo inciden sino que resultan básicas para el desarrollo personal, afectivo para la salud física y mental. La actividad social que se realizan fuera de la familia también incide en la vida de las personas ancianas, ya que facilitan su socialización. Por ello es importante y necesario que este grupo de persona encuentre lugar de integración donde puedan participar activamente (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

En la sociedad actual el ocio adquiere una importancia significativa, a la vez que mantienen su autonomía en relación a la familia y otro ámbito de la vida humana. El tiempo libre se puede cubrir con actividades de ocio, distracción, de recreo ya sean físicas, psíquicas o sociales, como participación en talleres folclóricos, teatro, etc (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

2.1.12. Los moldes cognitivo-afectivos

Los moldes cognitivo-afectivos, y refiriéndonos a los de tipos no deseables, pueden ser de cuatro tipos (Rosales, 1997):

- La Disociación Cognitiva se caracteriza por un cierre atencional y perceptivo a la realidad externa, centrándose en cambio en el universo interno, en el endopsiquismo (Hernández 1988). Su naturaleza es básicamente perceptiva.
- La Disociación Oréctica se caracteriza por un centramiento también interno, pero oréctico de las personas. Esta centración oréctica está en pugna con las normas y las demandas sociales, provocando acciones de transgresión, evasión o desplazamiento. Su naturaleza es fundamentalmente conativa (Rosales, 1997).

- Las Distorsiones Evaluativas tienen fundamentalmente un carácter evaluador y valorativo de la realidad, ejerciendo moldes de desvitalización, de anticipación y de evaluación no objetivada de la realidad. Su naturaleza es de una elaboración cognitiva y afectiva más compleja.
- Las Defensas Reactivas se caracterizan por la selección perceptivo-cognitiva de la realidad según las necesidades afectivas y emocionales de los sujetos. Su naturaleza es de elaboración cognitiva y afectiva (Rosales, 1997).

2.1.13. Envejecimiento cognitivo

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias. Actualmente se intenta descifrar qué procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida, la psicología del envejecimiento y del desarrollo puedan ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana (Jara, 2007).

Estos resultados permiten comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas, si utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas, entre otras. En cualquier caso, el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas, el

envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente, independientemente de que los decrementos se puedan producir en todos los sujetos (Jara, 2007).

2.2. Marco Referencial sobre la problemática de investigación

Antecedentes investigativos

2.2.1. Ambiente familiar y psicoeducación

La psicoeducación otorga un entrenamiento para el entendimiento y la resolución de problemas producto de la enfermedad mental, con ello se mejoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente. Los recientes avances científicos en torno al tratamiento médico han demostrado la importancia del manejo psicosocial como componente necesario para el cuidado de individuos que padecen esquizofrenia. Tanto la familia como el individuo deben participar en los programas de rehabilitación en salud mental para lograr la reintegración del individuo a la sociedad (Fresán, y otros, 2001).

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante North C, Pollio D, Sachar B, Hong B, Isenberg K, Bufe G (1998) ***citado por*** (Fresán, y otros, 2001) ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente (Fresán, y otros, 2001).

La psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares se compone de 5 etapas. La primera consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad. En la segunda de ellas se da información sobre las recaídas. La tercera etapa se aboca a la revisión de síntomas y señales de las recaídas. En la cuarta se da información sobre el tratamiento y los efectos colaterales. La última etapa se dirige hacia eventos de vida propios del

paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos Goldstein MJ (1995) *citado por* (Fresán, y otros, 2001)

2.2.2. ¿Qué beneficios relatan los familiares al asistir al programa psicoeducativo?

1. El programa de psicoeducación mejora el conocimiento de la demencia en los familiares.
2. El programa de psicoeducación disminuye las conductas molestas identificadas por los cuidadores, en sus familiares enfermos.
3. El programa de psicoeducación impacta sobre las actitudes negativas y positivas de los cuidadores hacia sus familiares enfermos, reduciendo las actitudes negativas y aumentando las actitudes positivas.
4. El programa de psicoeducación satisface a los participantes (Imsero, 2010).
5. El conocimiento sobre la enfermedad se relaciona inversamente con las molestias percibidas por lo familiares ante las conductas de sus familiares enfermos.
6. El conocimiento errado y potencialmente dañino de los familiares se relaciona con una mayor actitud negativa hacia los parientes enfermos.
7. La satisfacción con la intervención se relaciona directamente con la mejora en el conocimiento sobre la enfermedad de los familiares participantes.
8. Las actitudes negativas hacia la persona con demencia se relacionan directamente con las mayores molestias percibidas por los familiares ante la conducta de su pariente aquejado por la enfermedad (Imsero, 2010).

2.2.3. Fases de la Consejería psicoeducacional

Iniciar una relación de confianza (vínculo):

Crear un ambiente confortable y acogedor, teniendo presente que los primeros momentos de la consejería, marcarán el ambiente que se establecerá después y que un estilo directivo, intrusivo o enjuiciador puede resultar intimidante. Para que las personas jóvenes se sientan bienvenidas y seguras, el ambiente debe reflejar esas cualidades. Resulta importante, contar con un espacio privado y sin interrupciones, sin barreras y accesible; preocuparse que también sea atractivo (González, Ramírez, & Montero, 2011).

Evaluación o exploración de la situación o problema

Introducir el tema, intentando corregir mitos y la información incorrecta, evitar entregar información o tratar otros temas, que no corresponden a la situación específica que se está tratando. Hablar en términos simples y precisos, escuchar atentamente cuáles son las palabras utilizadas y considerar los conocimientos previos (González, Ramírez, & Montero, 2011).

Orientar y guiar la toma de decisiones

Facilitar la comprensión de los temas principales y ayudar a aclarar sus percepciones e ideas acerca de sus inquietudes.

Elaboración de plan de acción

Apoyar la elaboración de un plan de acción realista, para llevar a cabo las decisiones tomadas.

Monitoreo del progreso y evaluación

Fortalecer la capacidad percibida (autoeficacia) para llevar a cabo las decisiones tomadas, apoyando en caso de que se presenten barreras para implementarlas (González, Ramírez, & Montero, 2011).

2.2.4. El modelo de psicoeducación

La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, encabezados en psiquiatría por el modelo de vulnerabilidad - estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, si se dan las condiciones precisas para que aparezca) (Albarrán & Macías, 2007).

Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos Parrado C, Aguado J, & Pérez C. (1998) *citado por* (Albarrán & Macías, 2007), además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo.

La psicoeducación surge del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia y su primera articulación se encuentra en los trabajos de George Brown, en particular su concepto de Emoción Expresada (Brown, 1972) *citado por* (Albarrán & Macías, 2007), acuñado en base a la observación de la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presenta un cuadro diagnosticado de esquizofrenia.

Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención

para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo (Albarrán & Macías, 2007).

Categorías de análisis

2.2.5. El Envejecimiento Implica Cambios

En cuanto a lo Biológicos se producen cambios en la piel, con la aparición de arruga, pérdida de elasticidad, manchas, cambios en el cabello por modificación del color, aparecen las canas, cambios en la estatura por el aumento de la curvatura de la columna vertebral, etc. A medida que las personas envejecen los sentidos se van prediciendo progresivamente parte de su funcionalidad, pudiendo llegar a afectar el estilo de vida cotidiana y las relaciones sociales. La pérdida de la visión y/o audición contribuyen al aislamiento social y a la falta de estimulación cognitiva. Por otra parte en el olfato, el gusto y el tacto. Con el avance de los años se produce una lentitud de las funciones motrices (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

La pérdida de velocidad motora se acompaña de: disminución del tiempo de reacción, aumento de la fatiga muscular, dificultad en los desplazamientos fundamentalmente al sentarse y levantarse (temblores) (Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, 2010).

2.2.6. Características principales de la demencia

Problemas para recordar hechos recientes (memoria)

Por lo menos una de las siguientes alteraciones:

- Dificultad para realizar tareas conocidas y habituales.
- Confusión, alteraciones de carácter y de comportamiento.
- Deterioro del razonamiento.
- Dificultad en el lenguaje, en complementar el pensamiento o seguir una instrucción.
- Sentimiento de depresión.
- Vagabundeo.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Cambios de conducta (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003).

Tipos de demencias de acuerdo a su origen

- Demencias degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick y otros).
- Demencias vasculares (infartos cerebrales).
- Demencias infecciosas (Jacob - Kreutzfeldt).
- Demencias traumáticas.
- Demencias tóxicas y metabólicas (alcohol - drogas).
- Demencias causadas por tumores cerebrales (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003).

Enfermedad de Alzheimer (Tipo de demencia más frecuente)

Algunas de las características que puede presentar, en forma progresiva, un paciente con enfermedad de Alzheimer son:

- Pérdida de memoria, principalmente la memoria reciente.

- Dificultad en el lenguaje: problemas para encontrar la palabra adecuada o perder el hilo de la frase.
- Desorientación: pérdida de la noción del tiempo y tendencia a perderse en lugares conocidos.
- Falta de iniciativa.
- Dificultad en el diario vivir, para vestirse, bañarse, comer.
- Es incapaz de vivir solo.
- Se vuelve dependiente de otras personas.
- Tiene trastornos del juicio: puede acusar a los familiares de robo, expresar celos infundados, etc.
- Vagabundeo y otras conductas anormales, incluso reacciones violentas
- No reconoce a familiares o amigos
- Puede llegar a la incontinencia urinaria y fecal
- Puede estar confinado a silla de ruedas o cama (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003)

2.2.7. La estimulación cognitiva y la importancia que puede tener ésta en la intervención con personas adultas mayores

El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad. La estructura poblacional en los últimos años ha marcado una tendencia hacia el envejecimiento de su población, caracterizada por una declinación de las tasas de fecundidad y la reducción en la mortalidad general. De ahí, la necesidad de implementar programas de rehabilitación biopsicosocial que beneficien a las personas adultas mayores a adquirir una mejor calidad de vida a través de una intervención multidisciplinaria (Jara, 2007).

2.2.8. Redes de apoyo social y calidad de vida de personas mayores

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la significación que tienen para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida, no solamente por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, las percepciones que desarrollan las personas mayores que participan con redes respecto al desempeño de roles sociales significativos es considerado un elemento clave en su calidad de vida (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003).

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales, muchas de ellas de apoyo afectivo. Desde el nacimiento y durante todo el curso de vida pasan de unas redes a otras, formando parte crucial del desarrollo individual Hogan (1995) *citado por* (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003).

Muchas de estas redes caminan paralelamente a las instituciones que regulan el tránsito en la sociedad. Si bien su importancia no se puede estimar superior a la de la familia residencial, lo cierto es que los individuos como las familias están conectados a múltiples redes sociales sea en forma individual como grupal. Las virtudes y limitaciones observadas en las redes sociales mostró la necesidad de considerar además la percepción que tienen los mayores de lo que dan y reciben en las redes, de cuán importante son éstas para su calidad de vida (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003).

2.2.9. Calidad de vida de las personas mayores y redes de apoyo

Las preocupaciones sobre el próximo milenio acerca de un planeta demográficamente envejecido han generado consenso para estudiar las

condiciones objetivas de vida (institucional, cultural y social) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel aceptable en su sobrevivencia cotidiana. El sostenido incremento en la esperanza de vida ha llevado a la pregunta de sí el aumento en los años de vida van acompañados de aumentos en los años de vida saludable (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003).

Estas preocupaciones se relacionan con la necesidad de estudiar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud sino también la apreciación individual y valoración de estas condiciones en lo personal. Por ello, ha surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores (National Research Council, 2001) *citado por* (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003), como una combinación óptima de factores objetivos y subjetivos (Guzmán, Huenchuan, & Montes, 2003).

2.3. Postura Teórica

Para Castro, Brizuela, Gómez, & Cabrera, (2010) la familia también cumple un rol fundamental en cuanto al cuidado y protección de los ancianos, pero la realidad nos muestra que en algunos casos la misma familia son las precursora del abandono, ya sean por diferentes factores o porque son considerados como una molestia dentro del grupo familiar y que los llevan a la búsqueda de una institución para que se haga cargo de ellos en cuanto su cuidado y contención, lo que le puede provocar en el anciano cierto trastorno psicológico

El envejecimiento progresivo de la población y los cambios epidemiológicos recientes han traído como consecuencia el aumento del número de adultos mayores que sufre demencia. Se sabe que una gran proporción de adultos mayores con demencia permanecen en sus casas, por tanto el equipo de atención primaria de salud, que tiene un rol significativo en el diagnóstico

precoz de la enfermedad y en la derivación a la atención especializada cuando es necesario, es responsable también del apoyo y capacitación de la familia, particularmente del cuidador primario (Consejo Directivo Fundación del Empresariado, 2003).

Jara (2007) refiere que la reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona. En las personas afectadas con demencia, sabemos todos que tienen más memoria de su juventud, ya que se tratan de recuerdos muy aprendidos, fijados y repetidos o que tienen un especial significado emocional o personal. La estimulación de los recuerdos y la expresión de los mismos puede ser de gran dificultad en aquellas personas con trastornos de lenguaje, pero el utilizar por ejemplo canciones u otro tipo de estimulación sensorial como olores, ruidos puede ayudar a conseguir el efecto que deseamos

El mismo autor cita que es importante conocer las diferencias individuales en el momento de aplicar técnicas de reminiscencia, e incluso prever las posibles reacciones de las personas. Conocer el pasado supone poder entender alguna de las reacciones actuales que presenta. La implantación de programas de entrenamiento cognitivo, en una institución del tipo que sea (centro de día, residencia, club social, centro sanitario), requiere pocos recursos y tiene considerables efectos beneficiosos. No se trata tanto de entretener a los mayores como de generar un punto de vista positivo y activo en ellos(as) y en los que les rodean

Se trata de establecer una disciplina (un programa exige estar pendiente unos días a una hora, para hacer algo) e incitar al esfuerzo con distintos objetivos: prestar atención, hacer trabajar la mente y revisar el fruto del esfuerzo. Se requiere, además, que la persona tenga que desplazarse, estar en grupo y comunicarse con otros. Todo esto es ya un entrenamiento cognitivo. El objetivo debe ser entrenar las funciones que se pierden, no las que se tienen. No se

trata, pues, de un taller de manualidades o de lectura, por ejemplo –sin menosprecio para estas actividades-, sino el entrenamiento de las habilidades que se sabe que están en riesgo en un grupo en particular (Calero, 2003) *citado por* (Jara, 2007).

Como conclusión el mismo autor relata que dar instrucciones sobre la manera de realizar algo no mejora la ejecución. Por ello, el objetivo debe ser ayudar, dar señales para que una persona recupere su modo de hacer las cosas. Generar una habilidad, no de enseñar trucos y ayudas. Los programas que se basan en suministrar ayudas (poner carteles indicadores de colores) no mejoran la habilidad personal, aunque ayuden a que una persona se organice mejor en un determinado contexto

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General o Básica

- La consejería psicoeducacional incide en la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”

2.4.2. Sub-hipótesis o Derivadas

- La consejería psicoeducacional tiene resultados positivos en la adaptación de los familiares de adultos mayores
- La falta de conocimiento dificulta el acceso de los familiares de adultos mayores al programa de consejería psicoeducacional para su adaptación en el Subcentro “San Camilo”
- El programa de consejería psicoeducacional ayudaría en la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”

CAPITULO

III

3. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación. En la presente investigación se consideró una población de estudio determinada en la totalidad de los familiares de adultos mayores del Subcentro "San Camilo"

Se tomó en consideración una población de 134 familiares, la misma que facilitó el estudio y la investigación aplicando la siguiente formula:

Total de Encuestas: 100

n= Tamaño de la muestra

N= Población O Universo

E= Error de muestreo

$$n = \frac{N}{E^2(N-1)+1}$$

$$n = \frac{140}{5^2(140 - 1) + 1} \quad n = \frac{140}{0,0025(139) + 1} \quad n = \frac{134}{1,3475}$$

n: 100

3.1. Análisis e Interpretación de datos

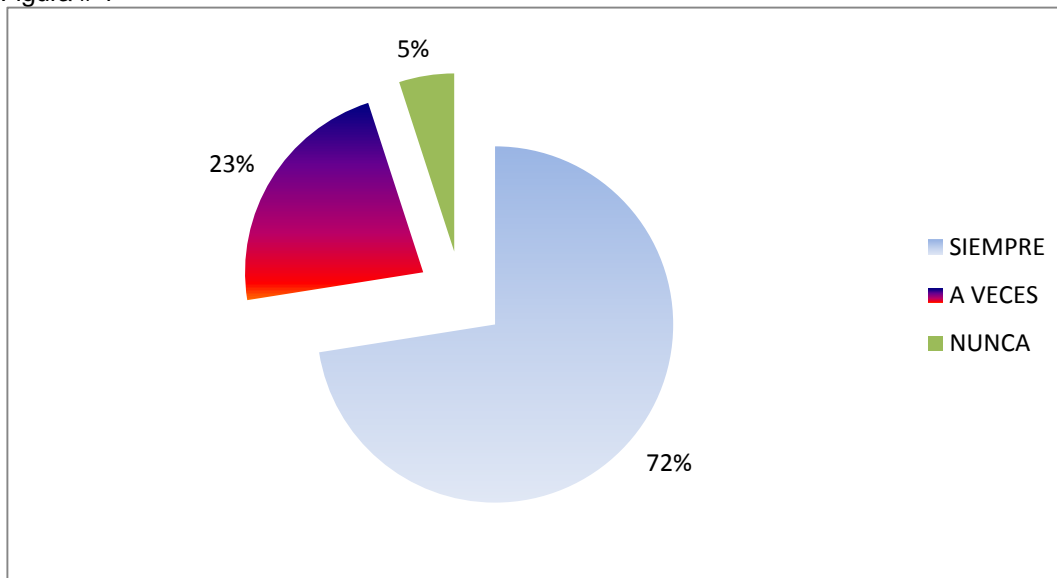
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

1. ¿En algún momento su familiar ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan su vida de joven o adulto?

Cuadro # 1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	58	72%
A VECES	18	23%
NUNCA	4	5%
TOTAL	80	100%

Figura # 1



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

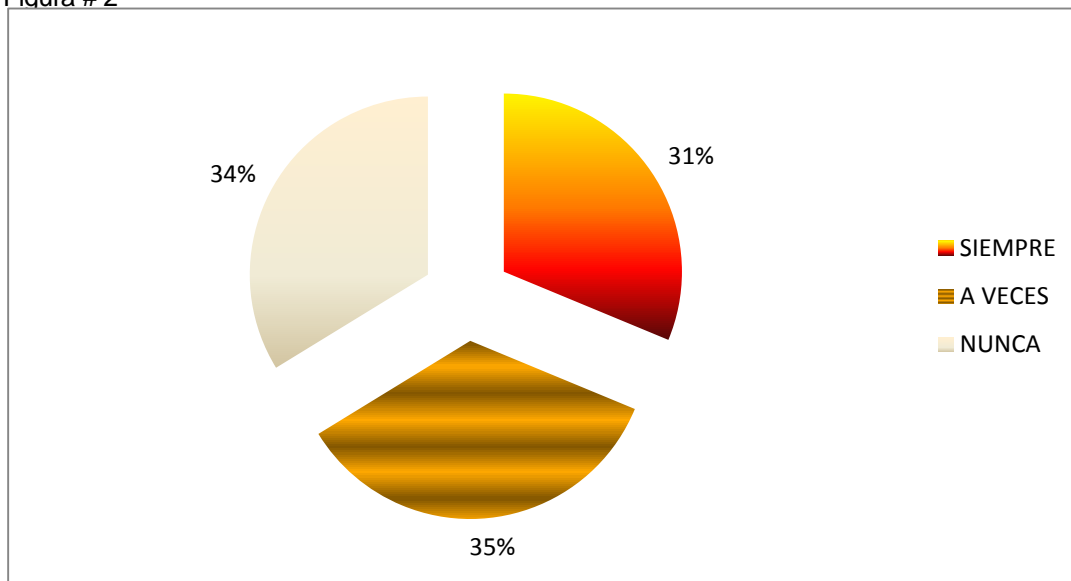
Para el 72% de los encuestados, sus familiares siempre tratan de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan su vida de joven o adulto, el 23% refirió que ha ocurrido sólo a veces y el 5% manifestó que nunca se ha dado esta situación.

2. ¿Hay cosas que su familiar antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Cuadro # 2

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	25	31%
A VECES	28	35%
NUNCA	27	34%
TOTAL	80	100%

Figura # 2



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

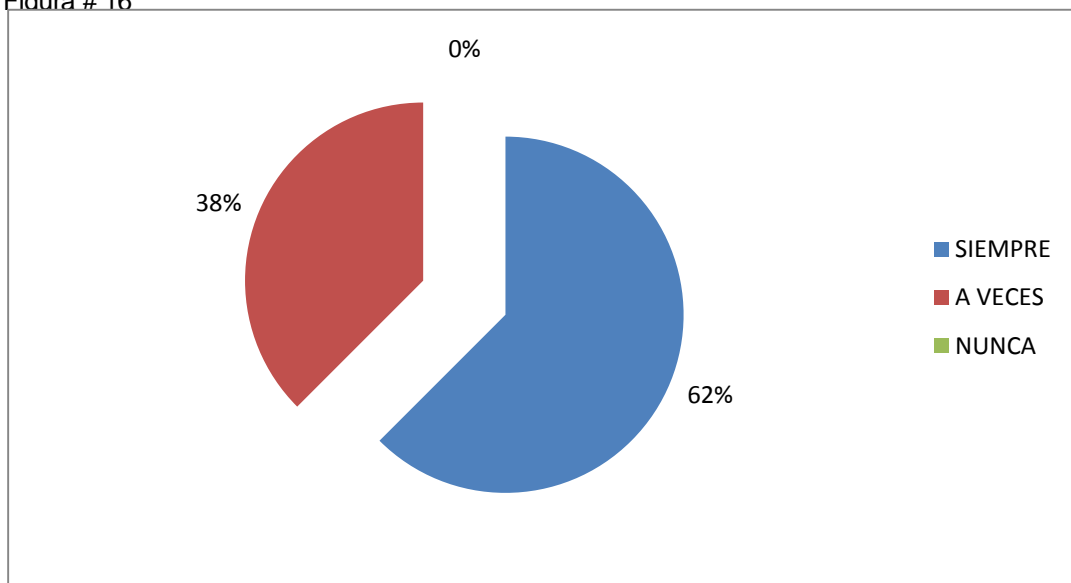
El 66% de encuestados afirmaron que siempre o en algunas ocasiones su familiar no efectúa ciertas actividades que antes realizaba con normalidad y el 34% restante manifestó que esto no ocurre, por lo que se deduce según este último dato que ese número de personas no le afecta tanto como al primer grupo su situación actual como adulto mayor por lo que realiza sus actividades relativamente con normalidad.

1. ¿A su paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su realidad actual?

Cuadro # 16

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	62%
A VECES	3	38%
NUNCA	0	0%
TOTAL	8	100%

Figura # 16



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

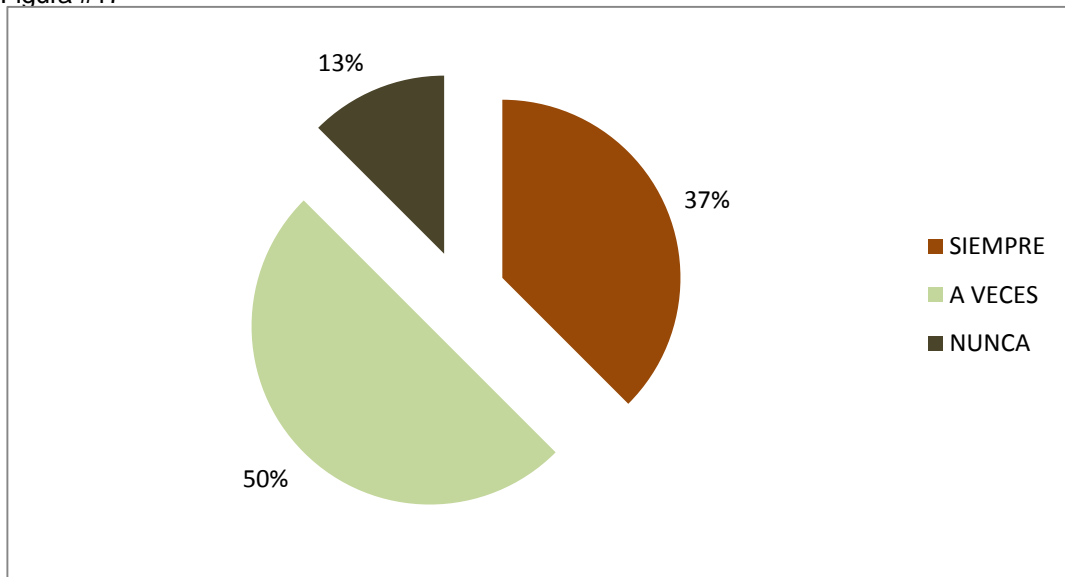
El 100% de los profesionales que participaron en la encuesta consideran que a su paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su realidad actual. Aquí se debe resaltar la importancia de la psicoeducación como instrumento para ayudar de alguna manera a mejorar la situación actual por la que están pasando los adultos mayores y sus familiares ya que sino se brinda la ayuda profesional necesaria se pueden desencadenar otras dificultades de salud.

2. ¿En algún momento su paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Cuadro #17

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	55%
A VECES	4	15%
NUNCA	1	30%
TOTAL	8	100%

Figura #17



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

Para el 70% de los encuestados en algún momento su paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual mientras que para el 30% restante nunca han tenido este tipo de sentimiento. La condición de los adultos mayores es muy frágil y en algunas ocasiones incomprendidas por lo que se debe considerar que la las terapias de psicoeducación no solo se les imparta a ellos sino también a los familiares y amigos más allegados

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.2.1. General

- La tercera edad no debería suponer una suspensión en la vida de la persona, sino más bien debe ser considerado como un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

3.2.2. Específicas

- El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación del mismo individuo, de los fracasos y de los logros conseguidos, por ello es primordial de que se utilicen herramientas como la consejería psicoeducacional, especialmente en la adaptación de los familiares de adultos mayores
- El 70% de los familiares que participaron en la encuesta afirmaron que su familiar adulto mayor presenta problemas en la actualidad para aceptar su condición actual por lo que se considera de que no se ha consolidado la idea de que la vejez en parte de la vida y que, como toda etapa, se debe vivir y ajustarse a las situaciones por las que se debe pasar de una manera positiva para que sea más llevadera.
- Los programas de consejería psicoeducacional es una psicoterapia que ayuda a mejorar la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores considerando que ellos son fundamentales en la inclusión continua de los Gerontes en su última etapa de vida.

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.3.1. General

- Reforzar el conocimiento a la comunidad de esta casa asistencial de que la tercera edad no debería suponer una suspensión en la vida de la persona, sino más bien debe ser considerado como un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

3.3.2. Específicas

- Priorizar en los familiares el equilibrio afectivo del senil, considerando que en esta etapa pasa por la aceptación de si mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos, por lo que es primordial de que se utilicen herramientas como la consejería psicoeducacional, especialmente en la adaptación de los familiares de adultos mayores
- Generalizar entre los familiares la importancia de que estos ayuden a sus adultos mayores para que acepten su condición actual aceptando que la vejez en parte de la vida y que, como toda etapa, se debe vivir y ajustarse a las situaciones por las que se debe pasar de una manera positiva para que sea más llevadera.
- Establecer programas de consejería psicoeducacional como una psicoterapia que ayude a mejorar la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores fundamentando que ellos son esenciales en la inclusión continua de los Gerontes en la última etapa de sus vidas.

CAPÍTULO

IV

4. PROPUESTA DE APLICACIÓN

4.1. Propuesta de aplicación de resultados

La presente propuesta dispone una contribución al tema de los Adultos Mayores teniendo como objetivo conocer los efectos psicosociales que produce la Desvinculación Familiar desde su percepción a las personas e edad senil. El aporte al Trabajo Social de este estudio, radica fundamentalmente en el conocimiento de la realidad de los Adultos Mayores que son atendidos en el Subcentro San Camilo y que de alguna manera carecen del factor afectivo de sus familias de origen en forma total o parcial, y conocer esta problemática social que ha sido poco estudiada.

4.1.1. Alternativa obtenida

Esta alternativa se origina del análisis y las conclusiones efectuadas, ajustándose al ámbito del rol profesional de un Psicólogo Clínico, de la Intervención social y de las sugerencias a nivel de la Política pública. Como aporte principal para la aplicación de la propuesta, es indispensable en las instancias en las que estos profesionales trabajan con familias que puedan contener dentro de su estructura debido a que los adultos mayores pueden presentar deterioro en sus habilidades para la vida diaria o que bien se vean complicados en los tiempos disponibles para ellos

4.1.2. Alcance de la alternativa

La presente alternativa de solución ayudaría a prevenir o minimizar los impactos del proceso de desvinculación familiar, activando redes antes de que esto ocurriese o bien acompañando el proceso de inserción en el Subcentro,

sin que esto signifique una desvinculación afectiva con el adulto mayor desde el microsistema familiar.

Principalmente se trabajará través de los mecanismos de Salud, con orientaciones técnicas de los estamentos de salud pública coordinados de manera intersectorial, es decir con una mirada integradora en los programas, evitando desarticulaciones en las acciones a efectuar

4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa

A nivel familiar se debe orientar y educar para que se realicen cambios en la percepción del envejecimiento, y dar a conocer la realidad en lo que está surgiendo en nuestro país, como el crecimiento demográfico y la esperanza de vida. Hoy en día es bastante frecuente que en las familias de adultos mayores no les dediquen mayor atención por el estilo de vida de estos tiempo que es con marcado acento en la producción individual y en los tiempos y espacios personales, no tan sólo por su condición de adulto mayor, sino por los derechos que todas las personas deben tener.

Ciertamente existen familias que no pueden cuidar de los adultos mayores ya sea por que presentan algún tipo de incapacidad física, o por carga laboral no tienen tiempo para cuidarlos, o bien simplemente no desean tenerlos por considerarlos una “carga”.

Es por ello que muchas veces son objeto de abandono y/o marginación por parte de sus propios familiares. Es en estos casos en que se recurren normalmente a medidas como la internación en algunos establecimientos de larga estadía, que les brinden los cuidados necesarios que permitan dicha internación en establecimientos sin fines de lucro o con fines de lucro.

4.2. Antecedentes

El contar con la presencia afectiva de la familia, generalmente ayuda en la adaptación eficaz del adulto senil, manteniendo sus vínculos y conservando algunos de los roles que le dan sentido a su historia vital, minimizando los efectos de la desvinculación, la que sería física, pero no afectiva. En cuanto a la Intervención que puede desarrollarse y la metodología del trabajo social en los diferentes niveles de intervención de las áreas del quehacer profesional del Psicólogo Clínico se pueden realizar diferentes aportes:

En primer lugar, Análisis del Caso; Para ésta área, el psicólogo debe dar origen a acciones sociales que vayan a favor del bienestar de este grupo; es decir atención individualizada con cada sujeto y su familia, a través de programas sociales que trabajen la vinculación familiar.

Además de potenciar a cada persona adulto mayor para que sea un ente activo con injerencia en la evaluación de sus necesidades y en la toma de decisiones; con el fin de no crear relaciones de dependencia y con ello evitar prácticas que no permitan mantener la consejería psicoeducacional, es decir inculcar el aporte de los familiares desde su rol con afectividad para que el paciente se sienta apoyado no solo moralmente.

Por último, siendo lo más importante para la problemática estudiada, se debe realizar una intervención con las familias de las residentes para trabajar en cuanto a la vinculación con los adultos mayores una vez insertados en el entorno en donde puedan continuar aportando desde sus limitaciones que tienen producto de su vejez.

4.3. Justificación

La senectud es definida como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico implican una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

En el subcentro San Camilo se evidencia una creciente necesidad de trabajo social con familias, pues de los 60 adultos Mayores que se atienden, muchos de ellos no cuentan con el apoyo familiar. La situación del Adulto Mayor en situación de discapacidad se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles

Así como en otros hogares Geriátricos, es muy frecuente encontrar Adultos Mayores que no cuentan con el apoyo familiar y por ende nadie allegado los visita; solo son tenidos en cuenta por visitantes particulares que van de paso. Para dar atención a esta situación se debe tener en cuenta que el apoyo de la red familiar es un componente muy importante en el bienestar del Adulto Mayor, pues involucra aspectos afectivos, sociales, emocionales y económicos.

4.4. Objetivos

4.4.1. General

Formular una propuesta de Consejería Psicoeducacional que ayude en la mejora de la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”

4.4.2. Específicos

- Analizar la manera de mejorar la calidad de vida al envejecer de los adultos mayores del Subcentro “San Camilo”
- Fortalecer las capacidades motoras y cognitivas del adulto a través de trabajos lúdico–recreativos en el Subcentro “San Camilo”
- Promover los lazos afectivos entre el Adulto Mayor y su familia o representante, por medio de talleres de sensibilización que aborde diferentes temas relacionados con la senectud

4.5. Estructura general de la propuesta

4.5.1. Título

Propuesta de Consejería Psicoeducacional para mejorar la adaptación afectiva de los familiares de adultos mayores del Subcentro “San Camilo”

4.5.2. Componentes

Componente No. I: **Ámbito Familiar.**

Se enfoca en realizar un proceso de sensibilización con la familia de los Gerontes atendidos en el Subcentro “San Camilo”

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
1. <i>Ámbito Familiar</i>	Trabajo orientado a cultivar las relaciones afectivas entre el Adulto Mayor y su familia.
2. Programa lúdico-recreativo	Corresponde a un programa de juegos y actividades lúdicas dirigido por alumnos de universidades vinculados al Subcentro

GRUPO DE FAMILIAS	DESCRIPCIÓN
Antiguas	<p>Un primer grupo pertenece a las familias y representantes de los Adultos Mayores que no pasaron por un estudio socioeconómico ni un proceso de inducción sobre los deberes que como familia adquieren</p> <p>El resultado de esto, sumado a la inexistencia de un Programa Mensual Familiar, conlleva a que la familia o el representante no hayan adquirido la cultura del apoyo afectivo al Adulto Senil</p>
Nuevas	<p>Un segundo grupo pertenece a las familias de los Adultos Mayores que actualmente ingresan como nuevos a ser atendidos. Con este grupo de familias que en un principio es reducido se propone llevar a cabo desde el momento de la inducción un programa de familia diferente que cuente con un formato de estudio Socioeconómico, un acta de compromiso y un Manual de Deberes y Derechos, el cual se puede utilizar para realizar eficientemente el proceso de ingreso del Adulto Mayor al subcentro de salud.</p> <p>De esta manera la familia se relaciona más con el Adulto Mayor y no delega toda su responsabilidad a los profesionales de este centro medico</p>

El primer componente que involucra el trabajo con Familias está organizado en dos fases:

Fase I: “Sensibilización Familiar”:

El reto de esta primera fase consiste en realizar un proceso de sensibilización con la familia de los adultos mayores del Subcentro “San Camilo”, reducir las ideas erróneas acerca de la vejez y fortalecer los vínculos y valores de la familia.

Aunque existen dos grupos de familias, el trabajo se va a hacer en conjunto con el fin de minimizar gastos y para promover el conocimiento y relaciones sociales entre las mismas familias. El objetivo está orientado a que los familiares o amistades cercanas compartan tiempo con ellos y se responsabilicen de sus necesidades tanto afectivas como económicas; de esta manera se evitan efectos negativos en el adulto mayor como lo es su deterioro físico y mental.

Este primer paso se realizará mediante el desarrollo de 2 talleres por mes, pues hay que tener en cuenta las múltiples ocupaciones de las familias, aunque se deberá ir creando la cultura de participación. Para las familias antiguas, esto es relativamente nuevo, pero según la evaluación realizada por la práctica académica, existen familias interesadas en los talleres y otras con muchos sentimientos de culpabilidad por su lejanía con el adulto senil, lo cual indica una creciente necesidad de atención a estos aspectos.

Se espera que las familias nuevas respondan mejor a los intereses y necesidades de su familiar porque desde el principio tienen un proceso de inducción diferente a las antiguas.

Fase II: “Trabajo Social de caso”:

En esta fase el trabajo está orientado a educar a la familia sobre la forma adecuada de comunicarse con el Adulto Mayor que no los reconoce, pues en el Subcentro San Camilo se podrían presentar la enfermedad de Alzheimer.

Dentro de las características de esta Enfermedad se encuentra la afectación de la memoria, la habilidad de la persona para pensar, comunicarse y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. El Geronte puede también experimentar confusión, cambios de personalidad y comportamiento. Es de resaltar que a medida que la enfermedad progresa el enfermo estará más incapacitado para comunicarse, convirtiéndose en uno de los problemas más frustrantes y difíciles para las personas afectada y para sus cuidadores.

El desarrollo de esta segunda fase del programa de intervención familiar se efectuará teniendo en cuenta a las familias con Adultos Mayores enfermos de Alzheimer; para ello es necesario actualizar la base de datos de las familias. Dicha actualización se puede hacer a través de visitas domiciliarias; pero si no hay recursos disponibles para ello, es posible hacerlo mediante la enfermera, pues puede ser la persona que más contacto tiene con las familias de los Gerentes.

Componente no. 2: Programa lúdico-recreativo

Este componente se orienta a desarrollar ordenada y continuamente una serie de actividades para los Adultos Mayores del Subcentro “San Camilo” La importancia de esta propuesta se sustenta en la necesidad que tiene toda persona de realizar actividades de tipo lúdico-recreativo para llevar una vida equilibrada. Como es de esperarse el Adulto Mayor como cualquier otra persona también tiene dicha necesidad y ésta se profundiza aún más porque

ellos ya no tienen un trabajo que desarrollar y así desearan hacerlo no podrían porque su condición de discapacidad ya sea mental o física se los impide.

Para dar atención a la situación presentada se propone llevar a cabo un programa lúdico recreativo que contribuya a minimizar el deterioro intelectual por el que los Adultos Mayores atraviesan, y a la vez promueva experiencias de aprendizaje en un entorno grato y estimulante.

“Se asume por lo tanto que la edad no es necesariamente sinónimo de enfermedad, y que determinados problemas pueden ser superados con la adecuada prevención, tratamiento y aprendizaje. En consecuencia los problemas básicos de la tercera edad se están reorientando y se considera que son más de tipo social que exclusivamente físicos, sin negar su importancia en edades más avanzadas”

El reconocimiento de la recreación es una necesidad y un, por lo cual es importante facilitar las herramientas y el espacio para que los Adultos Mayores del Subcentro “San Camilo” mejoren su calidad de vida.

La creación de este programa se hace necesaria porque los Gerontes de FUNDELUZ especialmente del segundo y tercer piso permanecen mucho tiempo sin hacer nada; generalmente un día de ellos comprende el baño diario, los cambios de pañal, la toma de medicamentos, las cinco comidas del día, la visita de uno que otro familiar y de las personas que llegan a conocer la fundación.

Recreación y Adulto Mayor

Siendo las cosas así de esta manera, queda patente que los Gerontes no satisfacen su necesidad de recreación y lúdica, pues solo llevan a cabo funciones básicas pero no integrales. Se proyecta que la presente propuesta se ejecute mediante la orientación de estudiantes y profesionales en el campo de la psicología, pues sus conocimientos le permiten intervenir teniendo en cuenta una mirada holística de la situación presentada.

Teniendo presente que el Subcentro “San Camilo” no cuenta con el presupuesto para pagar a profesionales que realicen las actividades lúdicas y recreativas a los Gerontes se hace necesario acudir a acuerdos con instituciones educativas para que los estudiantes presenten una sub-propuesta de intervención y desarrollen de manera organizada y consecutiva las actividades.

El segundo componente, el cual abarca el programa Lúdico-recreativo está organizado en dos fases:

Fase I: “Selección del grupo de apoyo”:

En esta primera fase del componente dos se procederá a organizar el grupo de trabajo que va a llevar a cabo las actividades lúdicas recreativas. Es importante contar con el apoyo de la persona encargada de terapia ocupacional en el subcentro. El equipo encargado de coordinar el desarrollo de esta propuesta y la ejecución de algunas actividades específicas estará conformado por estudiantes en práctica de la carrera de psicología,

Se recalca que los estudiantes que harán parte de la propuesta deben demostrar desde el principio firme responsabilidad, compromiso y

conocimiento del trabajo que se va a realizar, para ello se sugiere revisar con antelación el perfil de los estudiantes interesados. Cuando se termine el tiempo de trabajo por parte de los alumnos se procederá a contactar a otros nuevos estudiantes que den continuidad al trabajo iniciado y presenten nuevas propuestas de mejora continua. Como las secciones se deben llevar a cabo de lunes a viernes los estudiantes organizan que día pueden ir, pero todo debe estar previamente organizado.

Fase II: “Educación y recreación para el Adulto Mayor”

Para el desarrollo de esta fase perteneciente al componente dos, se procederá a llevar a cabo una serie de actividades lúdico-recreativas todos los días de lunes a viernes. Estas actividades corresponden a temas sobre: comunicación, ejercicios relajantes, coordinación de juegos (cartas, dominó, parques), relaciones interpersonales, ejercicios de destreza motora, canto, sección de cuentos, entre otros. La idea es que los Gerontes tengan un espacio de “actividad” y recreación, donde mejoren sus capacidades cognitivas, sociales y físicas.

La dirección de la etapa uno y dos se va a llevar a cabo por la profesional o estudiante de Psicología Clínica

MANUAL DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES

El siguiente Manual de deberes y Derechos propende por el respeto y la calidad de vida del Adulto Mayor, su adaptación a la institución y la conservación de la convivencia con todos los integrantes. El incumplimiento de este acarreará sanciones o la cancelación definitiva de los servicios prestados al usuario.

DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES:

- a. Recibir un trato digno y respetuoso de parte de Directivos y empleados que laboran en la institución, acorde a lo contemplado en los estatutos y en la constitución colombiana.
- b. Recibir los servicios de cuidado y protección de acuerdo a la capacidad presupuestal de la Fundación.
- c. Recibir alojamiento en condiciones óptimas de limpieza y salubridad.
- d. Recibir alimentos debidamente preparados según normas de salubridad que rigen para este tipo de Fundación. Los alimentos corresponden a comida básica diaria.
- e. Participar de las diferentes actividades de recreación, lúdica y deporte que organice la Fundación y que propendan por la salud y bienestar de los adultos mayores.
- f. Recibir los servicios médicos y de enfermería que brinda la Fundación.
- g. Ser escuchado por los Directivos cuando este deba hacer peticiones y reclamos.
- h. Recibir ropa limpia para su vestir diario.
- i. Recibir atención Psicosocial.
- j. Recibir atención religiosa
- k. Recibir visitas de familiares y amigos en los horarios establecidos.

- l. Salir a realizar diligencias personales o visitar familiares y amigos en los horarios y fechas previamente autorizadas.
- m. Expresar ideas y sugerencias de mejoramiento para la Fundación.
- n. Obtener estímulos especiales por su participación en las diferentes
- o. actividades que realiza la Fundación.

DEBERES DE LOS ADULTOS MAYORES

- a. Dar trato digno y respetuoso a los Directivos y empleados de FUNDELUZ.
- b. Conocer y cumplir el Manual de Deberes y Derechos.
- c. Cumplir con los horarios establecidos para recibir los diferentes servicios que le ofrece la Fundación.
- d. Presentar en el momento de su ingreso los documentos requeridos.
- e. Participar de las diferentes actividades organizadas por la Fundación.
- f. Cuidar los elementos asignados para su bienestar.
- g. Según su limitación al utilizar los servicios sanitarios dejarlos limpios y aseados.
- h. Seguir las recomendaciones médicas y de enfermería para mantener un buen estado de salud.
- i. No fomentar chismes y comentarios mal intencionados.
- j. Evitar expresiones vulgares u obscenas así como actos que atenten contra la moral y dignidad humana.
- k. Cancelar en las fechas acordadas la contribución por estadía que se acordó al momento del ingreso.
- l. Respetar los bienes y elementos de sus compañeros y empleados.
- m. Respetar y tratar dignamente a sus compañeros, llamarlos por sus nombres y evitar peleas o confrontaciones con ellos.

- n. Preservar el orden y aseo en las diferentes unidades o cubículos de cada paciente

REFLEXION MEDIA COBIJA

Don Roque era ya un anciano cuando murió su esposa, durante largos años había trabajado con ahínco para sacar adelante a su familia. Su mayor deseo era ver a su hijo convertido en un hombre de bien, respetado por los demás, ya que para lograrlo dedicó su vida y su escasa fortuna.

A los 70 años Don Roque se encontraba sin fuerzas, sin esperanzas, solo y lleno de recuerdos. Esperaba que su hijo, brillante profesionista, le ofreciera su apoyo y comprensión, pero veía pasar los días sin que este apareciera y decidió por primera vez en su vida pedir un favor a su hijo. Don Roque tocó la puerta de la casa donde vivía su hijo con su familia.

-¡Hola papá! ¡Qué milagro que vienes por aquí!. Ya sabes que no me gusta molestarte, pero me siento muy solo, además estoy cansado y viejo.

Pues a nosotros, nos da mucho gusto que vengas a visitarnos, ya sabes que esta es tu casa. Gracias hijo, sabía que podía contar contigo, pero temía ser un estorbo. Entonces ¿no te molestaría que me quedara a vivir con ustedes? ¡me siento tan solo!

¿Quedarte a vivir aquí?, si.....claro...pero no sé si estarías a gusto, tu sabes, la casa es chica mi esposa es muy especial...y luego los niños....

Mira hijo, si te causo muchas molestias olvídalos, no te preocupes por mí, alguien me tenderá la mano.

No padre no es eso, solo que....no se me ocurre dónde podrías dormir. No puedo sacar a nadie de su cuarto, mis hijos no me lo perdonarían.... ¿o solo que no te moleste dormir en el patio?

Dormir en el patio está bien. El hijo de Don Roque llamó a su hijo Luis de 12 años.

Dime papá.

Mira hijo, tu abuelo se quedará a vivir con nosotros. Tráele una cobija para que se tape en la noche.

Si con gusto.... ¿y dónde va a dormir?

En el patio, no quiere que nos incomodemos por su culpa.

Luis subió por la cobija, tomó unas tijeras y la cortó en dos. En ese momento llegó su padre.

¿Qué haces Luis? ¿Por qué cortas la manta de tu abuelo?

Sabes papá, estaba pensando. -¿Pensando en qué?

En guardar la mitad de la cobija para cuando tú seas viejo y vayas a vivir a mi casa.

SEGUNDO TALLER

EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".

- Calidad de vida individual
- Calidad de vida grupal
- Calidad de vida social
- Calidad de vida y medio ambiente

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- Cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- Cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.

Podemos clasificar las necesidades de las personas en cuatro tipos:

- Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos, etc...
- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal, etc...
- Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre,

EL ADULTO MAYOR Y LA SOLEDAD

(Reflexión)

“Ya decía yo que de mis cuatro hijos, por lo menos uno tenía que venir a saludarme” fueron las palabras con que me recibió mi padre al visitarlo en su cumpleaños número 82, celebrado en noviembre. Nadie imaginó que ese sería su último cumpleaños. Esa navidad un paro cardiaco acabaría con su existencia. A pesar que era una persona poco comunicativa, ese día pasamos varias horas conversando de todo un poco. Vi su entusiasmo al hablar de ciertos temas de actualidad. Siempre se preocupó por estar informado, ya sea por televisión o por los diarios.

Cuando nos despedimos, me sentí bien, porque lo deje con una sonrisa en los labios y en su semblanza distinguí cierta paz. Pensé que si fue difícil vivir solo la mitad de su existencia (mis padres se divorciaron cuando cumplí 6 años) más difícil sería al llegar a la vejez. Con mi esposa comentamos lo bien que lo pasamos y prometimos hacerlo más seguido. Ahora comprendo lo que debe de haber significado esa visita para él y lo que significaría para cualquier otro adulto mayor que se encuentra solo, que necesita relacionarse con otras personas, conversar, sentirse útil, no ser dejado de lado. Y digo que se encuentra solo, y no, que viva solo, porque a pesar de estar rodeado de familiares, estos no le prestan la atención debida.

Lastimosamente en nuestra cultura los adultos mayores están marginados y lo peor de todo que por sus propios familiares. Lo paradójico con respecto a los familiares que rodean al adulto mayor, es que estos muestran indiferencia hasta que lo pierden y recién se preocupan por hacerles el mejor velatorio, el mejor entierro, las mejores misas, visitarlos continuamente al cementerio, cosas que él nunca disfrutará. Si a tu alrededor tienes a un adulto mayor,

préstale mayor atención y trátalo como te gustaría que te traten cuando tu llegues a dicha edad, absorbe de su experiencia.

MANTENGA ACTIVA LA MEMORIA DEL ADULTO MAYOR

Quizás uno de los principales temores del adulto mayor es enfrentar la progresiva pérdida de la memoria, pues la edad produce en ella una serie de alteraciones que dificultan la vida cotidiana de quienes superan los 65 años de edad. Estas alteraciones pueden deberse al proceso natural de envejecimiento y, también, a diferentes formas de demencia senil, como el Alzheimer. Nuestro cerebro al igual que todo nuestro cuerpo necesita ejercitarse para que conservemos la lucidez, potenciemos nuestra memoria y mejoremos nuestra capacidad de atención.

Para ello existe la gimnasia cerebral, una práctica poco conocida, que consiste en realizar una serie de ejercicios de estimulación social y cognitiva que ayudan a mejorar la circulación de la sangre en el cerebro y optimizan el funcionamiento de las redes neuronales. La experiencia científica ha demostrado que cuando nuestra mente no se entrena, las consecuencias se ven reflejadas en la memoria, que se torna débil y en la atención que se vuelve deficiente. Sin embargo, estos problemas pueden ser revertidos por la gimnasia cerebral, que entrena las funciones intelectuales y cognitivas, el proceso del pensamiento, el lenguaje y el conocimiento.

Para mantener la memoria en buena forma, los especialistas recomiendan a los adultos mayores dejar de lado la monotonía diaria y dedicarle tiempo a la solución de crucigramas, rompecabezas, adivinanzas y realizar actividades manuales.

Otra alternativa, es aprender a prestar atención con todos los sentidos. Ello se logra agudizando la observación, ejercitando la escritura, fomentando la lectura y expresando lo comprendido. Por ejemplo, por la mañana se puede leer un pequeño texto, ya sea de un libro o de un diario, y por la noche, antes de dormir, se debe escribir en un papel la idea central del texto.

La memoria se ejercita al aprender una canción, un verso, una rutina de ejercicios o una danza.

a. Resultados esperados de la alternativa

- Que se logren abordar los temas de la senectud llevando a cabo un estudio integral del Adulto Mayor, esto es un abordaje multidimensional e interdisciplinario que comprenda los aspectos físicos, mentales, espirituales, sociales y culturales.
- Estimular el cuidado, la protección y calor humano de parte de la familia y de las personas que atienden a los Adultos Mayores del subcentro San Camilo manteniendo un plan de trabajo con las familias de los Gerontes, ya que es de suma importancia que el Adulto Mayor esté respaldado emocional y físicamente por una red social; ya sea su familia, sus amigos o la sociedad.
- Que se analice al Adulto Mayor desde una perspectiva amplia incluyendo el contexto que le rodea y las características individuales de cada Geronte evitando obtener conclusiones apresuradas.
- Que se logre contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores capacitando al profesional para comprender en su complejidad la situación por la que estos atraviesan.

BIBLIOGRAFÍA

Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.

Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., & Cabrera, J. (2010). Adultos mayores institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Revista Margen* 59, 1-18.

Consejo Directivo Fundación del Empresariado. (2003). *Adulto Mayor: Una Nueva Etapa de Vida*. Chihuahuense-México: Consejo Directivo Fundación del Empresariado.

Contreras, J., & Suárez, A. (2014). *Efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situación de abandono familiar, en el establecimiento de larga estadía del adulto mayor "Huerto de Paz" de la comuna de alto hospicio*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas . Iquique – Chile: Universidad Arturo Prat.

Delgado, J. (2012). *Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir Mies Fedhu-2012*. Facultad de Ciencias Psicológicas . Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil.

Erazo, O. (2012). Reflexiones sobre la psicología educativa. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 139-157.

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Loyzaga, C., García, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental, 24*(2), 36-40.

González, M., Ramírez, L., & Montero, A. (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Ministerio de Salud. Santiago-Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.

Guzmán, J., Huenchuan, S., & Montes, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas* (págs. 1-20). Santiago de Chile: Congreso Internacional de Americanistas.

Imsero. (23 de Febrero de 2010). *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. Obtenido de Instituto de Mayores y Servicios Sociales: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/idi135_07psicoeducacion.pdf

Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula, 4*-14.

Máiquez, M., & Capote, C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención Psicosocial, 10*(2), 185-198.

Ministerio de Salud. (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Santiago-Chile: Gobierno de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra : Centro

de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht

Rosales, M. (1997). *“Los moldes Cognitivos–Afectivos y la adaptación psicológica: Definición y Evaluación”*. La Laguna: Universidad de La Laguna.

Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L., & Illesca, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 49-61.

ANEXOS

**ANEXOS
CRONOGRAMA DEL PROYECTO**

Tiempo Actividades	2016																			
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Enunciado del problema y tema	x																			
Formulación del problema	x																			
Planteamiento del problema		X																		
Formulación del objetivo			X	X																
Marco teórico de la investigación					x															
Hipótesis						x	X													
Variables operacionales								X												
Metodología de la investigación									x	X										
Presentación del proyecto											x	X								
Conclusiones, recomendaciones y propuestas													x	x	X					
Revisión final del tutor y lector																X				
Presentación																			x	
Subtema final																				x

Estimado(a) familiar, su opinión sobre la consejería psicoeducacional y la adaptación afectiva de los adultos mayores es muy importante. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

1. ¿En algún momento su familiar ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan su vida de joven o adulto?

Siempre () A veces () Nunca ()

2. ¿Hay cosas que su familiar antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Siempre () A veces () Nunca ()

3. ¿Cree que para su familiar el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

4. ¿En algún momento su familiar ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Durante la mayor parte del tiempo su familiar se siente fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿En algún momento su familiar se ha sentido "atontada/o", aturdida/o conmovionada/o por su edad actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿A su familiar le cuesta o tiene dificultad para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su realidad actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿En algún momento su familiar ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

Estimado(a) profesional, su opinión sobre la consejería psicoeducacional y la adaptación afectiva de los adultos mayores es muy importante. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

1. ¿En algún momento el adulto mayor ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Siempre () A veces () Nunca ()

2. ¿Considera que existen cosas que el adulto mayor solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Siempre () A veces () Nunca ()

3. ¿Cree que para su paciente el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

4. ¿En algún momento su paciente ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Durante la mayor parte del tiempo el adulto mayor se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿En algún momento su paciente se ha sentido "atontada/o", aturdida/o conmovionada/o por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿A su paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su realidad actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿En algún momento su paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

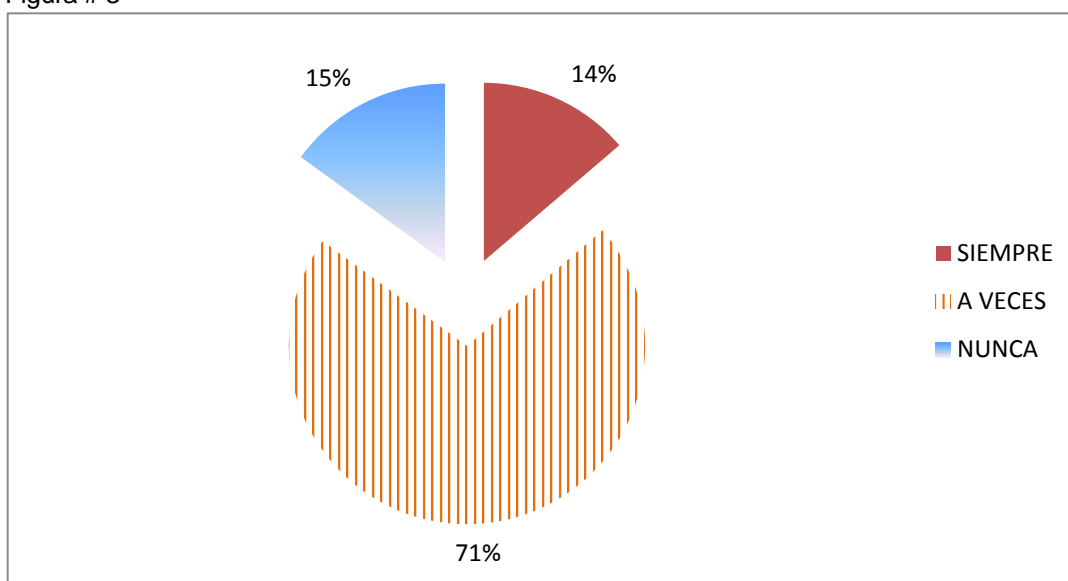
Encuesta aplicada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"

3. Cree que para su familiar el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Cuadro # 3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	11	14%
A VECES	57	71%
NUNCA	12	15%
TOTAL	20	100%

Figura # 3



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

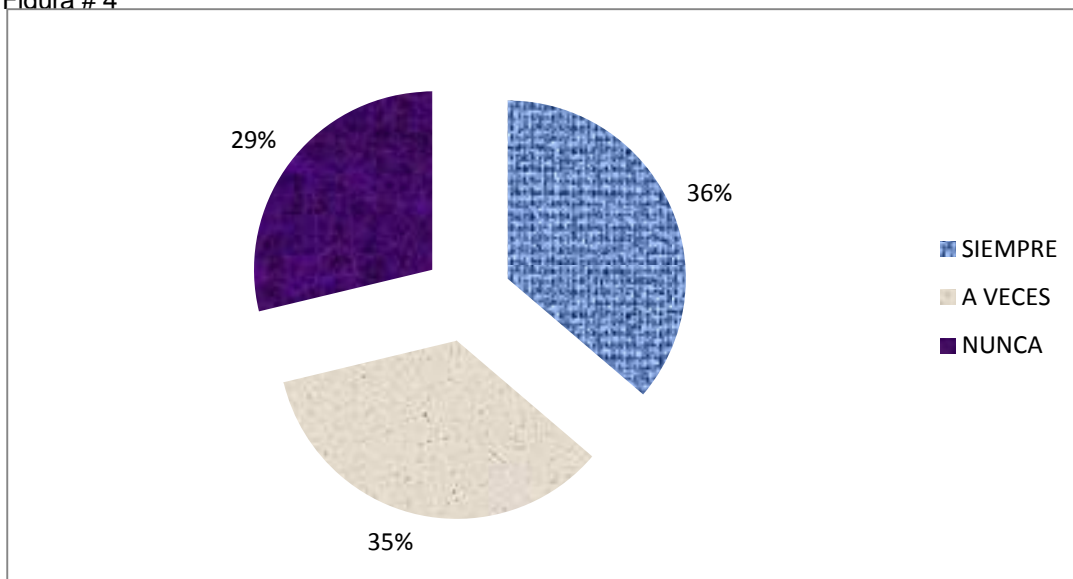
Para el 85% de las personas encuestados refirió que para su familiar siempre o en algunas ocasiones el futuro no tiene sentido, y que todo es inútil por su situación actual, en cambio el 15% restante afirmó que tienen siempre una actitud positiva. A las personas adultas mayores se les debe inculcar la necesidad de adaptarse a las circunstancias de su vejez por las que deben pasar en la actualidad.

4. ¿En algún momento su familiar ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Cuadro # 4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	29	36%
A VECES	28	35%
NUNCA	23	29%
TOTAL	80	100%

Figura # 4



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

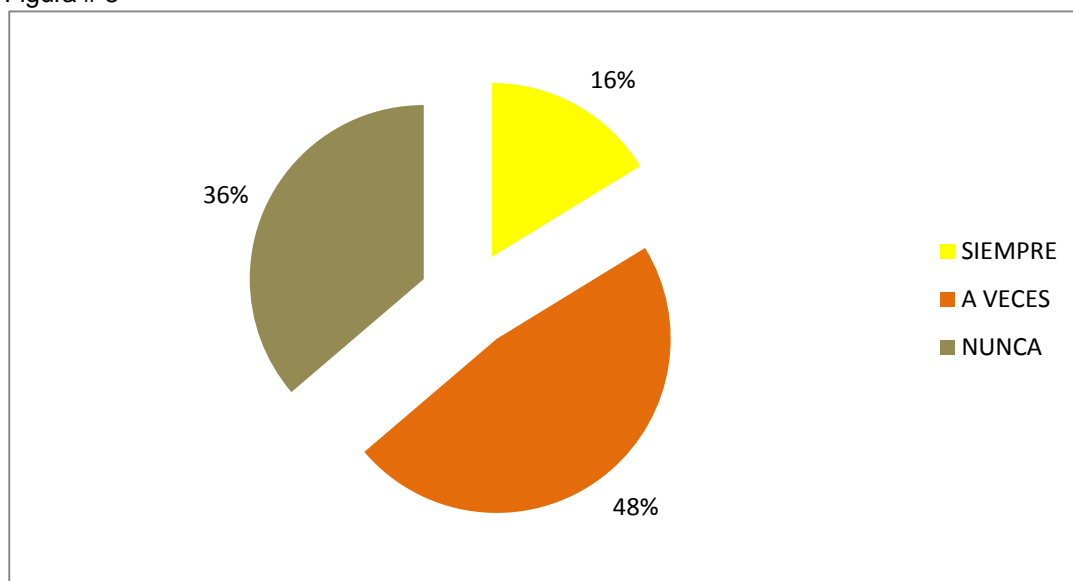
El 71% de los familiares encuestados revelaron que siempre o en algunas situaciones su familiar ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás y el 29% restante confirmó que el adulto mayor jamás tiene ese tipo de emociones y estados de ánimos. Es importante recalcar la importancia de incluir a los conocidos y demás allegados a las terapias con las personas mayores ya que esto ayudará a mejorar su salud mental.

5. ¿Durante la mayor parte del tiempo su familiar se siente fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Cuadro # 5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	13	16%
A VECES	38	48%
NUNCA	29	36%
TOTAL	80	100%

Figura # 5



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

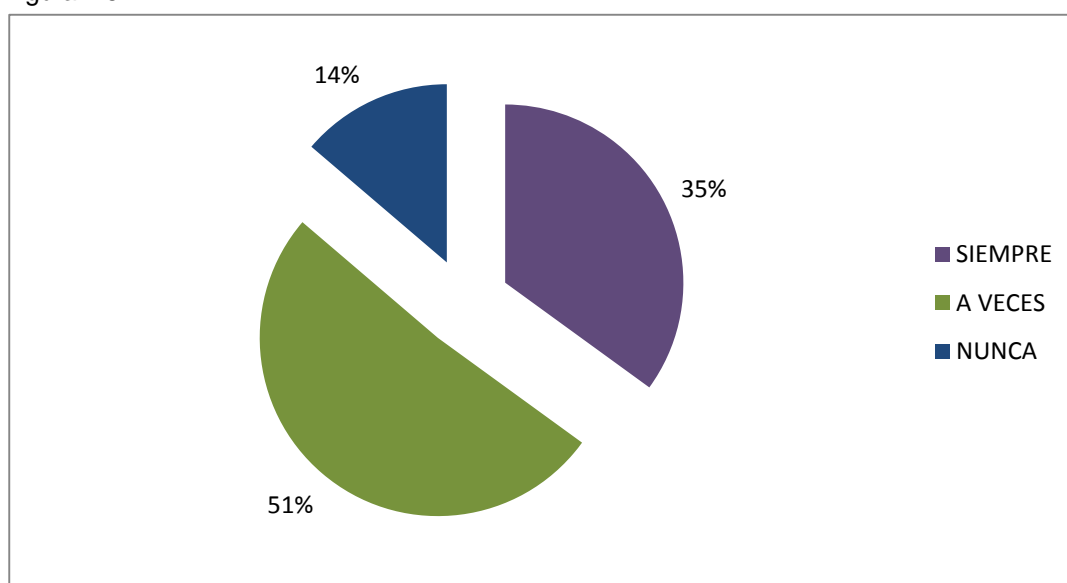
De los encuestados el 64% afirmó que sus familiares siempre o en algunos ocasiones son insensibles durante la mayor parte del tiempo y el 36% restante manifestó que sus adultos mayores no tienen este tipo de demostraciones apáticas hacia sus familiares o amigos. Es importante la socialización de actividades a los familiares para que ayuden en el proceso de inclusión de los adultos mayores a la sociedad y que exista una interacción por parte de ellos.

6. ¿En algún momento su familiar se ha sentido "atontada/o", aturrida/o conmocionada/o por su edad actual?

Cuadro # 6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	28	35%
A VECES	41	51%
NUNCA	11	14%
TOTAL	80	100%

Figura # 6



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

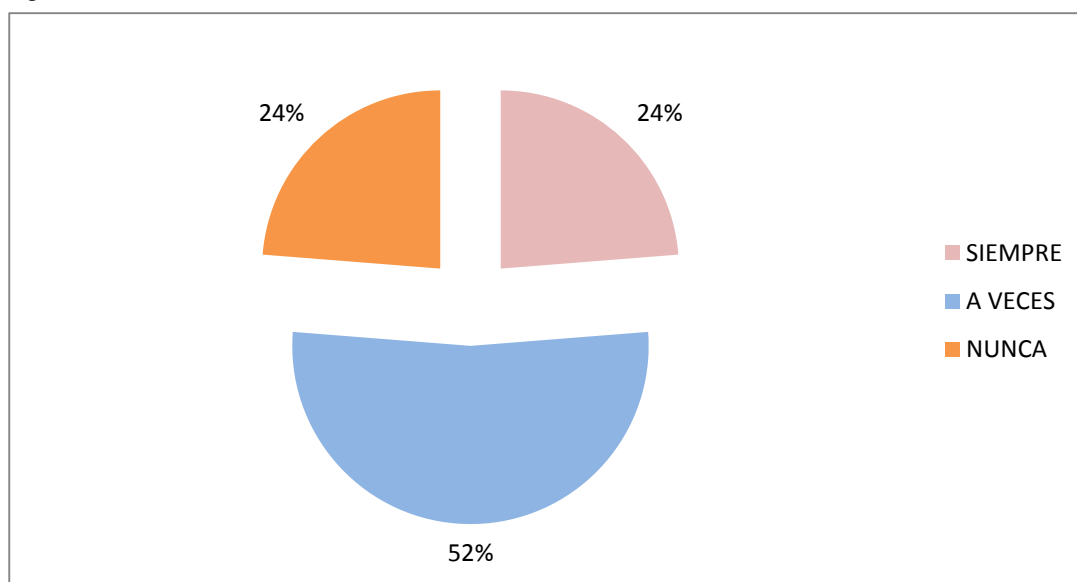
Para el 36% de los encuestados su familiares siempre se sienten algo aturridos producto de la edad, el 51% refirió que esto ocurre en algunas ocasiones mientras que el 14% restante afirmó que su familiar siempre mantiene una coordinación normal de sus movimientos. Los profesionales en el campo deben incluir a los familiares y amigos en las psicoterapias de adaptación para que todos entiendan la situación de un adulto mayor.

7. ¿A su familiar le cuesta o tiene dificultad para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su realidad actual?

Cuadro # 7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	19	24%
A VECES	42	52%
NUNCA	19	24%
TOTAL	80	100%

Figura # 7



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

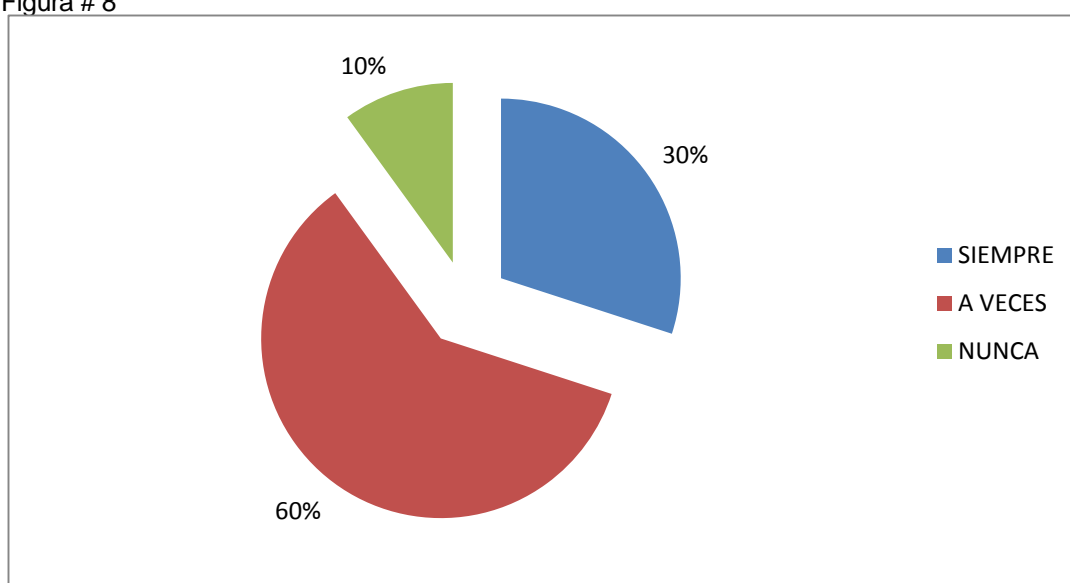
Según el 76% de los encuestados a su familiar adulto mayor siempre o en algunas ocasiones tienen dificultad para hacer las cosas que hacían normalmente porque se enfocan negativamente en su realidad actual y el 24% restante manifestaron que esto nunca ocurre con su familiar. Los familiares y amigos deben ayudar permanentemente en los ajustes que se deben realizar con el propósito de ayudar en la adaptación del adulto mayor.

8. ¿En algún momento su familiar ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Cuadro # 8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	24	55%
A VECES	48	15%
NUNCA	8	30%
TOTAL	80	100%

Figura # 8



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

El 70% de los encuestados afirmaron que su familiar adulto mayor siempre o algunas veces tienen problemas para aceptar su condición actual mientras que el restante 30% contestó que nunca ocurre eso con su longevo. Se debe ayudar a entender que la vejez es parte de la vida y que, como toda etapa, se debe vivir y ajustarse a las situaciones por las que se debe pasar de una manera positiva para que sea más llevadera.

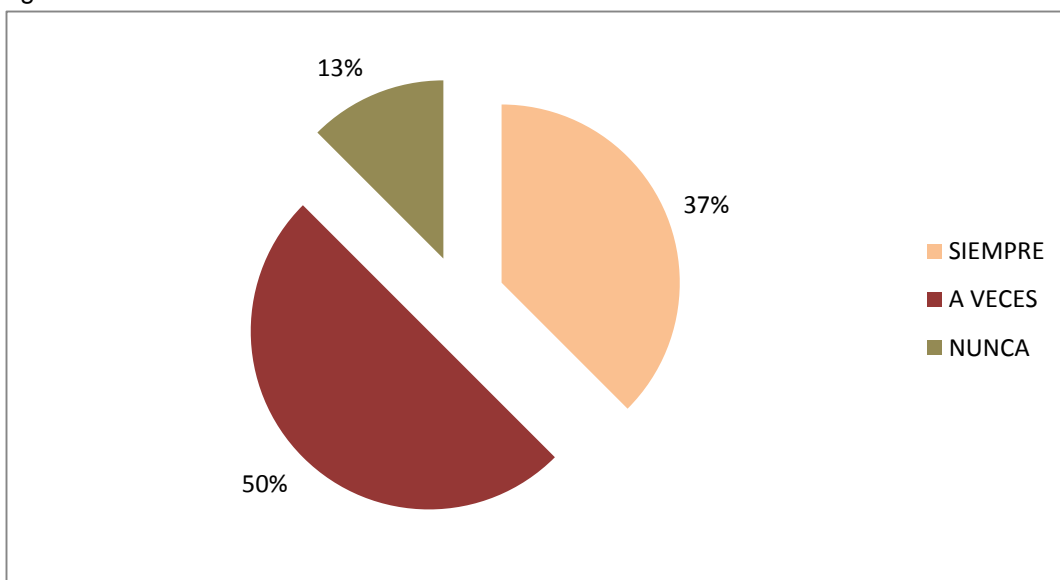
Encuesta aplicada a los profesionales del Subcentro “San Camilo”

3. ¿En algún momento el adulto mayor ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Cuadro # 10

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	37%
A VECES	4	50%
NUNCA	1	13%
TOTAL	8	100%

Figura # 10



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro “San Camilo”
ELABORACIÓN: La autora

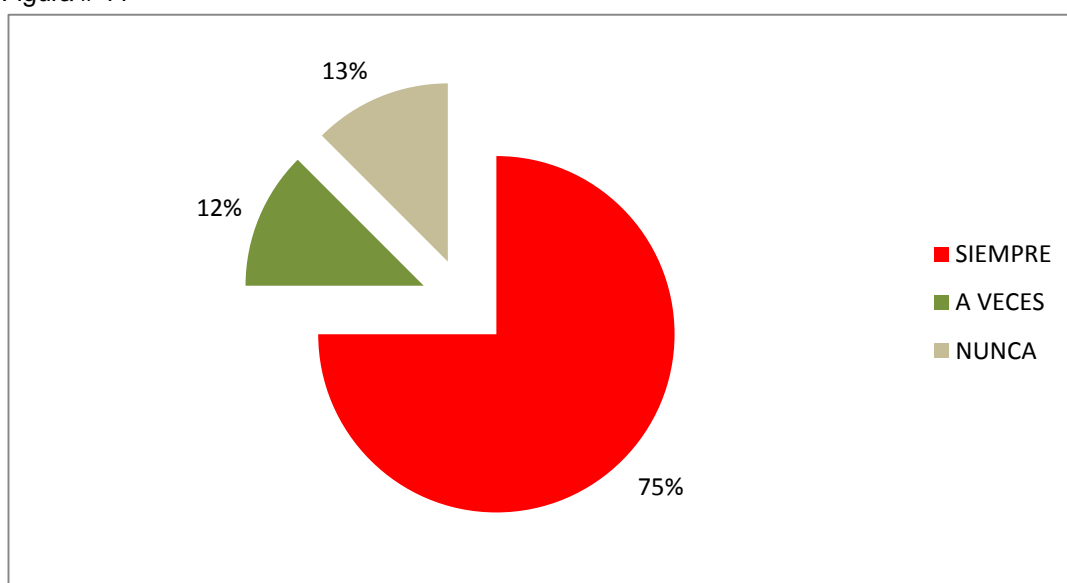
El 87% de los profesionales encuestados afirmaron que su paciente siempre o casi siempre ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal y el restante 13% contestó que no ha ocurrido eso con sus pacientes.

4. ¿Considera que existen cosas que el adulto mayor solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Cuadro # 11

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	75%
A VECES	1	13%
NUNCA	1	12%
TOTAL	8	100%

Figura # 11



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

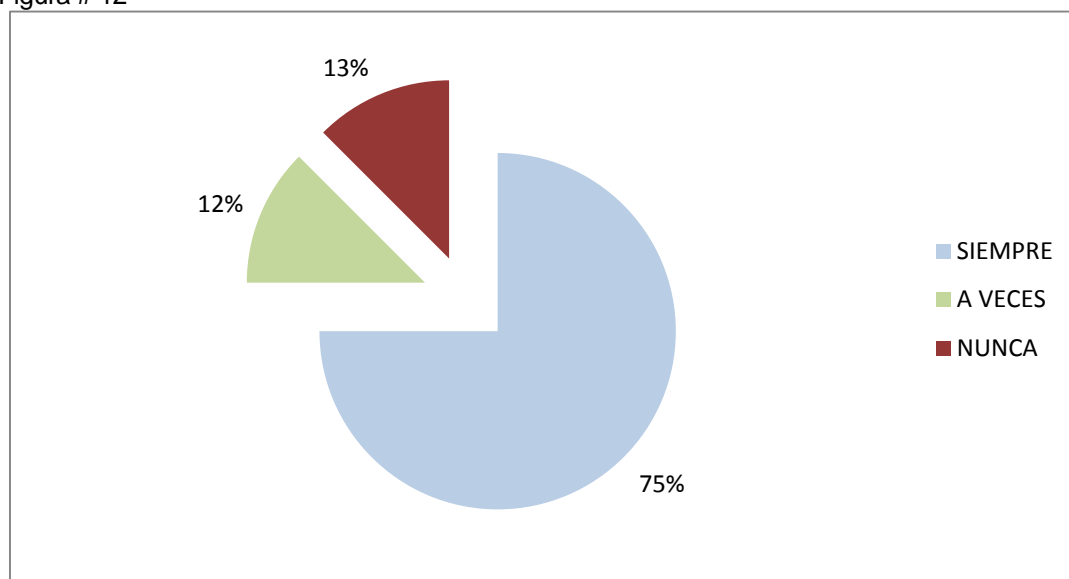
Para el 88% de los profesionales encuestados su paciente considera que ya no puede efectuar las mismas cosas que realizaba anteriormente y el restante 12% manifestó que sus pacientes nunca tienen esos pensamientos o actitudes. El profesional debe siempre influir positivamente en el adulto mayor y esto incluye inducirle actitudes positivas que los ayuden en la adaptación de su vida longeva y que esta es una consecuencias de los años que ya vivió con delantera de los demás.

5. ¿Cree que para su paciente el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Cuadro # 12

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	75%
A VECES	1	13%
NUNCA	1	12%
TOTAL	8	100%

Figura # 12



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

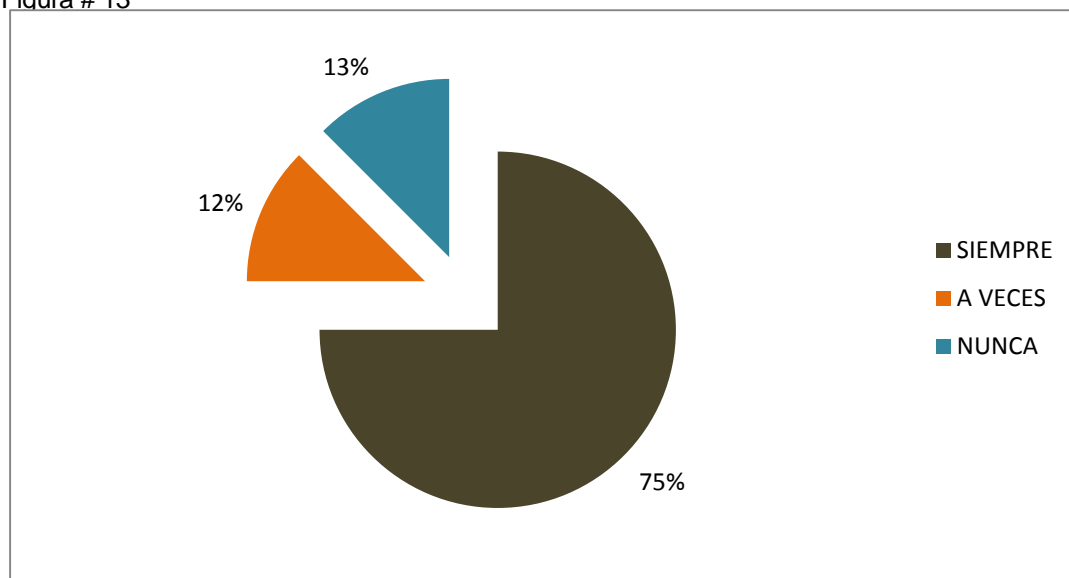
El 88% de los profesionales encuestados afirmaron que sus pacientes siempre o casi siempre creen el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual y el 12% no lo considera así sino que tienen una actitud más positiva frente a sus circunstancias. Como se recalca anteriormente, es significativo que se establezca la psicoterapia como herramienta fundamental para ayudar a que el adulto mayor tenga una salud mental plena en su última etapa de vida.

6. ¿En algún momento su paciente ha estado distante de las personas a quienes les importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Cuadro # 13

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	75%
A VECES	1	13%
NUNCA	1	12%
TOTAL	8	100%

Figura # 13



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

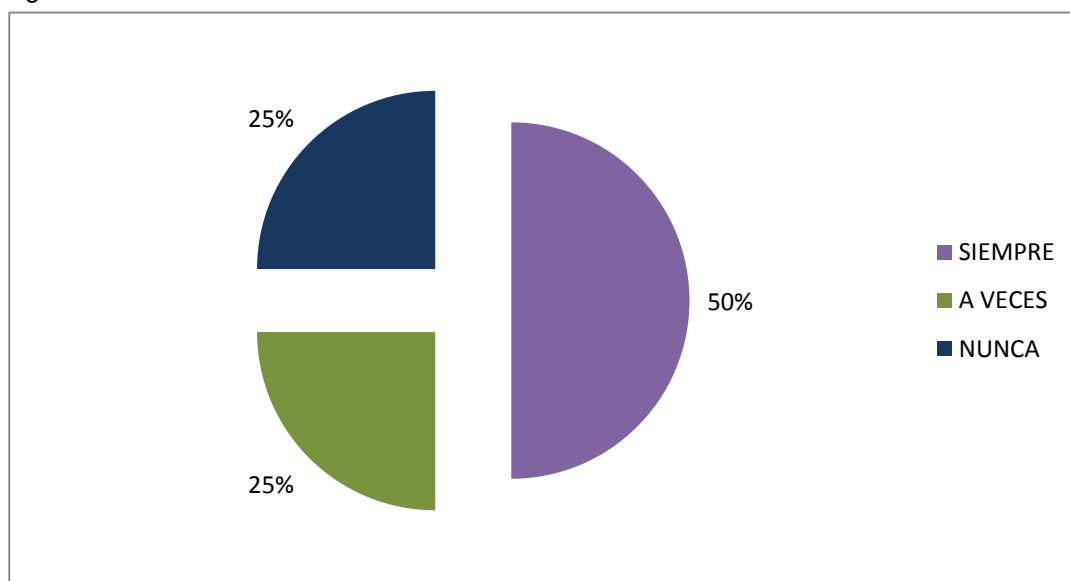
A esta pregunta planteada el 75% de encuestados manifestaron que en algún momento sus pacientes han estado distante de las personas a quienes les importa o han tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás, el 13% refirió que ha ocurrido en algunas ocasiones y el restante 12% asintió que nunca ha tenido un caso así con sus pacientes.

7. ¿Durante la mayor parte del tiempo el adulto mayor se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Cuadro # 14

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	2	25%
A VECES	4	50%
NUNCA	2	25%
TOTAL	8	100%

Figura # 14



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

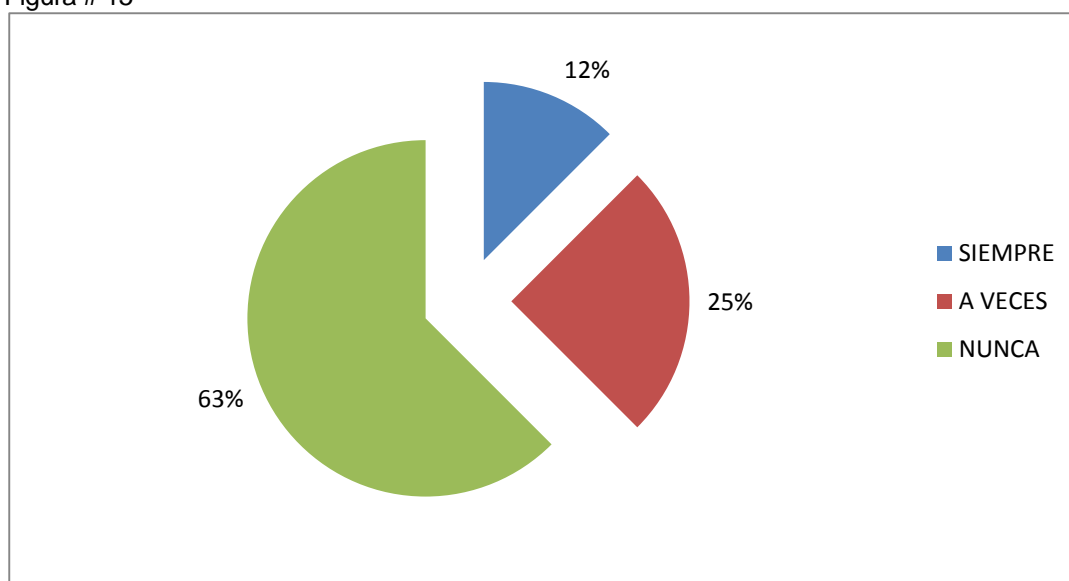
El 75% de los profesionales que participaron en la encuesta afirmaron que sus pacientes siempre o algunas veces durante la mayor parte del tiempo el adulto mayor se siente insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera y el 25% restante refirió que no tienen estos tipos de casos con sus pacientes longevos. Se debe destacar que los adultos mayores necesitan mucha atención no sólo familiar sino también profesional para que su adaptación a su etapa de vida sea más plena y satisfactoria.

8. ¿En algún momento su paciente se ha sentido "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual?

Cuadro # 15

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	1	12%
A VECES	2	25%
NUNCA	5	63%
TOTAL	8	100%

Figura # 15



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del Subcentro "San Camilo"
ELABORACIÓN: La autora

El 12% de los encuestados afirmaron que su paciente siempre se siente aturdido o conmocionado por su situación actual, el 25% contestó que esto ha ocurrido en algunas ocasiones y el restante 63% refirió que nunca ha ocurrido esto con algún interno longevo. Se debe señalar que es prioridad que los profesionales en el campo ayuden en que en esta etapa se mantenga la vida saludable tanto en lo físico y también en lo mental







