Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Secretaría

PUCE

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **ARIEL CRISTINA MARTÍNEZ LÓPEZ** con **CC. 172574035-9,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"EFECTOS PSICÓLOGICOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN ANCIANATOS". Estudio realizado desde un Enfoque Integrativo del Modelo Supra-Paradigmático con personas de la tercera edad, entre 65 y 90 años, en la Institución "Corazón de María" de la ciudad de Quito año 2018.,** previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, agosto 2019

ARIEL CRISTINA MARTÍNEZ LÓPEZ
CC. 172574035-9

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1164
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

"EFECTOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN ANCIANATOS"

Estudio realizado desde un Enfoque Integrativo del Modelo Supra-paradigmático con personas de la tercera edad, entre 65 y 90 años, en la Institución "Corazón de María" de la ciudad de Quito, año 2018

AUTORA: ARIEL CRISTINA MARTÍNEZ LÓPEZ

DIRECTORA: Mtr. Saskia Calahorrano Gómez

QUITO, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN vi

CAPÍTULO I 1

LA TERCERA EDAD 1

1.1. ¿Qué es la tercera edad? 1

1.2. Envejecimiento normal y patológico 2

1.3. Etapas de la tercera edad 3

1.4. Cambios que se dan en la tercera edad 8

1.5. Desarrollo psicosocial 17

II CAPÍTULO 21

MODELO INTEGRATIVO SUPRA-PARADIGMÁTICO 21

2.1. ¿De qué se trata el modelo integrativo supra-paradigmático? 21

2.2. Modelo Integrativo Supra-paradigmático relacionado con los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad 33

III CAPÍTULO 38

INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO 38

3.1. ¿Qué se entiende por internamiento involuntario? 38

3.2. Aspectos legales en la adultez tardía 43

3.3. Derechos y criterios fundamentales de la internalización 51

CAPITULO IV 54

EFECTOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD 54

ANÁLISIS GLOBAL DE DATOS 54

4.1. Objetivos de la investigación 54

4.2. Efectos psicológicos causados por el internamiento involuntario en personas de la tercera edad. 55

4.3. Análisis e Interpretación de datos 58

4.4. Dificultades adaptativas al medio residencial 68

4.5. Cuidados generales y sus distintos tipos 71

4.6. Relación entre el internamiento involuntario y los efectos psicológicos negativos que presentan los adultos mayores y cómo esto influye sobre la calidad de vida en el adulto mayor 72

CONCLUSIONES 77

RECOMENDACIONES 79

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

ANEXOS 93

Bibliografía 104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados globales test FECI-AM Escala de Depresión 59
Tabla 2 Resultados globales test FECI-AM Escala de Ansiedad..... 59
Tabla 3 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoimagen 60
Tabla 4 Resultados globales test FECI-AM EPQ Neuroticismo..... 60
Tabla 5 Resultados globales test FECI-AM EPQ Extroversión..... 61
Tabla 6 Resultados globales test FECI-AM Vulnerabilidad Biológica..... 61
Tabla 7 Resultados globales test FECI-AM Escala de Satisfacción de Pareja..... 62
Tabla 8 Resultados globales test FECI-AM Escala de Perfeccionismo 62
Tabla 9 Resultados globales test FECI-AM Escala de Tolerancia a la Frustración 63
Tabla 10 Resultados globales test FECI-AM Escala de Asertividad 63
Tabla 11 Resultados globales test FECI-AM Escala de Conductas Sociales..... 64
Tabla 12 Resultados globales test FECI-AM EPQ Psicoticismo 64
Tabla 13 Resultados globales test FECI-AM Escala de Satisfacción de Necesidades..... 65
Tabla 14 Resultados globales test FECI-AM Escala de Deshabilidad Social..... 65
Tabla 15 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoestima 66
Tabla 16 Resultados globales test FECI-AM Escala de Irracionalidad Cognitiva..... 66
Tabla 17 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoeficacia 67
Tabla 18 Entrevistas realizadas a los adultos mayores..... 71
Tabla 19 Resultados globales del test WHOQOL-OLD 73
Tabla 20 Puntajes de los resultados del test WHOQOL-OLD..... 73
Tabla 21 Dimensiones del test WHOQOL-OLD 74
Tabla 22 Puntajes de las dimensiones del test WHOQOL-OLD 74
Tabla 23 Encuestas realizadas a los adultos mayores 75

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar cuáles son los efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, y de qué manera estos efectos influyen en su calidad y esperanza de vida. Para poder realizar este trabajo, se contó con una muestra de cinco personas de la tercera edad de la Institución "Corazón de María" de la ciudad de Quito, con edades entre 65 a 90 años. Esta investigación se apoya principalmente en el Modelo Integrativo Supra-paradigmático de Roberto Opazo que contempla los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico.

Para poder realizar esta investigación, se utilizaron varios instrumentos como el FECI-AM (Ficha de Evacuación Clínica Integral) y test de Calidad de Vida WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Old) creado por la OMS para determinar la calidad de vida del adulto mayor, la realización de entrevistas y encuestas a los adultos mayores incluidos en la muestra y que aceptaron la participación voluntaria dentro de esta investigación, además de entrevistas al equipo de psicólogos de la institución "Corazón de María".

Al concluir con esta investigación, se pudo determinar que el internamiento involuntario genera efectos psicológicos negativos como, por ejemplo, depresión, ansiedad y sentimientos de abandono, entre otros en el adulto mayor, los cuales influyen sobre su estado mental, pero se evidencia que tanto la calidad, como la esperanza de vida, no se ven afectados, sino que en estos aspectos los adultos mayores presentan una mejora en la mayoría de los casos, debido al proceso de adaptación que aparece después del internamiento, así como también a otros factores como la resiliencia, la socialización dentro de la institución, la atención integral, es decir, psicológica, psiquiátrica, médica clínica, social y a los cuidados que reciben, ya que el medio ofrece elementos favorables que influyen de manera positiva sobre la calidad y esperanza de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: internamiento involuntario, tercera edad, efectos psicológicos, calidad de vida, esperanza de vida, aspectos legales

INTRODUCCIÓN

Si bien las personas de la tercera edad son un grupo de atención prioritaria, no existen suficientes investigaciones sobre cómo estas personas vivencian ciertas situaciones, como el abandono, la enfermedad, o en este caso, el internamiento involuntario, razón por la cual se considera importante abordar esta problemática, pues no se toma en cuenta el punto de vista de estas personas ni los efectos negativos y problemáticas que se presentan en relación a la misma.

El objetivo principal de esta investigación es generar una visión mucho más profunda sobre cómo el internamiento involuntario en personas de la tercera edad provoca efectos psicológicos que influyen en la forma en que estas personas se enfrentan a la vejez y a la adaptación a un nuevo medio, pues los efectos psicológicos que se producen cuando una persona es internada de manera involuntaria definirán cómo llevan la etapa de vida por la cual se encuentran atravesando. Así mismo, se busca comprender el internamiento involuntario desde la perspectiva de las personas de la tercera edad que vivencian esta situación, y por medio de los resultados obtenidos, generar mayor consciencia e interés acerca de ésta problemática.

Para realizar esta investigación se eligió el Modelo Integrativo Supra-paradigmático, debido a que este abarca varios paradigmas fundamentales que forman parte de la vida de las personas que presentan un impacto debido al internamiento involuntario, como el paradigma biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual, y sistémico; de este modo, mediante los resultados de la investigación, se pudo observar como los efectos psicológicos causados por el internamiento involuntario influyen en cada paradigma, generando efectos negativos en los distintos ámbitos de la vida del adulto mayor.

También, el envejecimiento es un fenómeno que presenta un impacto en el siglo XXI, pues en escalas globales, cada segundo que pasa dos personas cumplen sesenta años, y actualmente existen 810 millones de personas en el mundo mayores a esta edad. En el Ecuador, existen aproximadamente 1.049.824 personas mayores de 65 años, es decir, el 6,5% de la población total. Por esta razón, el gobierno ha implementado políticas que se basan en los derechos y en el reconocimiento del valor de las personas de la tercera edad. Se estima que para el año 2020 esta población será del 7.4% y para el año 2054 el 18% (en el caso de las mujeres, la esperanza de vida será mayor con 83.5% años comparado con los

77.6% años de los hombres), tomando en cuenta que durante este periodo de vida, se presentan mayores limitaciones para el acceso a recursos de subsistencia e se incrementan las necesidades de atención (Económica, 2019).

Igualmente, existen muchos prejuicios en torno al adulto mayor, pues "la vasta mayoría de la población de todas las culturas tienen un cúmulo de conductas negativas hacia las personas viejas, inconscientes algunas veces, pero muchas conscientes y activas" (Salvarezza, 1991, pág. 23), lo que afecta la manera como son tratadas en ámbitos familiares, sociales o laborales

De esta manera, el primer capítulo dentro de esta investigación trata sobre "La tercera edad", y abarca conceptos importantes relacionados a esta etapa, así como también sus cambios principales, envejecimiento normal y patológico, con el fin de lograr una mejor comprensión acerca de lo que es la tercera edad y la forma en como el adulto mayor vive esta etapa.

El segundo capítulo se denomina "Modelo Integrativo- Supraparadigmático", donde se explica de qué manera se encuentra constituido este modelo, basándose en los postulados de autores como Roberto Opazo, Verónica Bagladi entre otros, quienes han escrito las bases teóricas de este modelo. De este modo, habiendo explicado este enfoque, se busca encontrar una relación con los efectos psicológicos del internamiento involuntario, ya que cuenta con varios paradigmas que ayudan a profundizar el análisis acerca del impacto del internamiento involuntario sobre los distintos ámbitos de la vida de los adultos mayores.

El tercer capítulo trata sobre el "Internamiento involuntario" y abarca conceptos importantes como a qué se refiere este concepto, así como los aspectos legales, derechos y criterios fundamentales que se deben tomar en cuenta al momento en el que una persona de la tercera edad va a ser institucionalizada para que, de esta manera, se pueda garantizar la protección hacia este grupo de atención prioritaria.

El último y cuarto capítulo se denomina "Efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario", donde se da a conocer cuáles son los efectos psicológicos negativos en el adulto mayor a causa del internamiento involuntario y la manera en cómo su calidad de vida se ve afectada debido a este, y para esto se aplicó el test FECI-AM, test de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, así como una entrevista y una encuesta a los adultos mayores, para conocer y comprender cuál es su punto de vista acerca del internamiento

involuntario y la manera en cómo consideran que su calidad de vida se ha visto afectada. Se exponen los resultados de los test, de la entrevista y de la encuesta. También, se cuenta con una entrevista a los psicólogos de la institución.

A continuación se presentan las conclusiones a las que se llegó con respecto a los resultados obtenidos por medio de las distintas herramientas, respondiendo de esta manera a la hipótesis: las personas de la tercera edad al ser internadas de manera involuntaria presentan efectos psicológicos que influyen sobre su calidad de vida, verificando si la misma se cumple o no. Finalmente, se plantean las recomendaciones con el propósito de atribuir a una mejora en relación al trato que las personas de la tercera edad reciben al ser internadas, y al cumplimiento de leyes que amparan y protegen al adulto mayor, así como también se da a conocer la perspectiva de las personas de la tercera edad acerca de cómo vivencian la institucionalización en contra de su voluntad.

Este estudio no busca encontrar soluciones a las problemáticas planteadas, sino que tiene como objetivo recopilar información que permita intervenciones futuras para poder mejorar y favorecer la situación de las personas de la tercera edad internadas en contra de su voluntad, e igualmente, se busca generar un mayor interés sobre este tema, ya que no se tiene una perspectiva clara desde cómo se ven afectadas este grupo de personas que son forzadas a internarse por diferentes motivos.

CAPÍTULO I

LA TERCERA EDAD

1.1.¿Qué es la tercera edad?

En el Ecuador, la tercera edad o también conocida como edad adulta tardía, "comienza a partir de los 65 años, en la que el organismo empieza a sentir un declive gradual de su funcionamiento en los sistemas corporales. En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años y se espera que en 20 años este porcentaje aumente el 20%" (Estupiñán, 2015, pág.1); de acuerdo a esto, se espera que en un futuro aumente el número de personas de la tercera edad de 80 años en adelante. A las personas que se encuentran atravesando la tercera edad se los denomina adultos mayores, pero el punto de corte para su definición depende de dos efectos: el primero son los estadísticos que hacen referencia a la edad de 65 años; y el otro son los efectos biológicos que se encuentran marcados por la declinación de las actividades tanto psíquicas como somáticas (Larrínaga, 2006).

De igual forma, la tercera edad se encuentra ligada a los términos envejecimiento y vejez. Para comenzar, Larrínaga (2006) define a la vejez como "un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica". De este modo, existen edades que hacen referencia al término vejez, como, por ejemplo, la edad cronológica, que se refiere a los años que trascurren desde el nacimiento, siendo así una definición arbitraria y referencial; y la edad biológica en la que se toma en cuenta cambios biológicos y físicos que se van produciendo en estructuras celulares, en tejidos, órganos y sistemas. Sin embargo, esta definición se encuentra limitada debido a los diferentes ritmos interpersonales e intrapersonales. La edad psicológica define a la vejez en función de cambios cognitivos, funcionales y de personalidad (Larrínaga, 2006).

Durante el proceso de envejecimiento, el aspecto psicológico se mantiene, conservando así la capacidad de aprendizaje, el rendimiento intelectual, la creatividad, las modificaciones activo-valorativas del presente, pasado y futuro, y el crecimiento personal (siempre y cuando no se presente una discapacidad que dificulte este proceso). Finalmente, la edad social es medida por la capacidad de contribuir con un trabajo, la utilidad social y la protección de grupos que varía según la sociedad, sus leyes, valores, prejuicios y estereotipos, cambiando entre extremos del continuo viejo-sabio o viejo-inútil (Larrínaga, 2006).

1.2.Envejecimiento normal y patológico

El envejecimiento normal se refiere a una vejez libre de enfermedades tanto físicas como mentales, es decir, una persona con un envejecimiento normal no padece de patologías serias o incapacitantes, incluso a una edad avanzada.

Igualmente, es importante mencionar que, dentro de la tercera edad existe un concepto denominado envejecimiento activo o saludable, el cual hace referencia al proceso para mejorar la salud, participación y seguridad, con el fin de optimizar la calidad de vida de las personas a medida que van envejeciendo. Dicho proceso permite la participación continua y prolongada de las personas de la tercera edad en ámbitos sociales, culturales, económicos, cívicos y espirituales, permitiendo así que estas personas encuentren un equilibrio que los ayude a estar y mantenerse saludables, tanto física como psíquicamente. Dentro del envejecimiento activo intervienen varios factores sociales, físicos, y económicos, que están relacionados con el ámbito personal y el estilo de vida de las personas (Ministerio de Educación Política, Social y Deporte, 2008).

Existen múltiples factores que intervienen en un envejecimiento saludable, pues si bien los adultos mayores presentan variaciones genéticas en la salud que afectan su calidad de vida, es importante considerar también que el entorno físico y social tienen mucha influencia sobre la salud, tales como el vecindario, su comunidad, la vivienda, así como las características personales de cada individuo, como el sexo, su etnia o el nivel socioeconómico. De esta forma, cada uno de estos factores va a influir en el proceso de envejecimiento desde etapas tempranas, pues muchos de los entornos y contextos en los

cuales se desarrolla a lo largo de la niñez, incluyendo la etapa embrionaria, tendrán efectos a largo plazo en el modo de envejecimiento.

Igualmente, la actividad física y una dieta equilibrada son dos factores que contribuyen a reducir el riesgo de contraer o padecer ciertas enfermedades no transmisibles, y ayudan también a mejorar y mantener facultades tanto físicas como mentales. De esta manera, una buena alimentación y el ejercicio físico durante la vejez generarán la conservación de masa muscular en el cuerpo, ayudando a preservar así la función cognitiva, retrasando de este modo la dependencia y revirtiendo la fragilidad que se pueda generar con el avance de los años (Salud O.M, 2018).

Por otro lado, el envejecimiento patológico hace referencia a los cambios que los individuos sufren con la edad a consecuencia de enfermedades o de malos hábitos (Jiménez, y otros, 2016). Por ejemplo, existen enfermedades neurodegenerativas tales como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, las cuales están asociadas a la tercera edad y producen no sólo trastornos cognitivos, sino también efectos negativos en el comportamiento, ya que disminuyen de manera notable la calidad de vida del adulto mayor y también la de sus familiares, debido al riguroso cuidado al que éstas personas deben ser sometidas (Jiménez, y otros, 2016).

Es importante tomar en cuenta que no existe una regla general para el envejecimiento, es decir, no existe el adulto mayor específico, pues cada persona tiene su manera propia de envejecer junto con sus propias características; por ésta razón, se debe ofrecer una respuesta de salud pública integral, con el propósito de cubrir las diversas necesidades y dificultades individuales que cada persona presenta a lo largo del envejecimiento (Salud O.M, 2018).

1.3.Etapas de la tercera edad

A lo largo de la tercera edad, las personas atraviesan distintas etapas en las que experimentan cambios a nivel personal, familiar, social, laboral y que en algunas ocasiones representan un desafío para estas. De este modo, Craig & Baucum (2009) proponen cuatro etapas de la tercera edad:

Etapa sexagenaria: esta etapa comienza desde los 60 hasta los 69 años y marca una transición importante, ya que las personas empiezan a adaptarse a nuevas estructuras de roles. Por ejemplo, los ingresos disminuyen debido a la jubilación o a causa de la disminución de horas en el trabajo, ya sea por motivos voluntarios o involuntarios, y familiares o amigos mueren. La sociedad, dependiendo de su cultura y valores, disminuye las expectativas hacia el adulto mayor exigiendo menos dinamismo, independencia y creatividad. Todos estos factores producen en el adulto mayor una serie de efectos negativos, pues a pesar de que algunos se mantienen fuertes y sanos, otros terminan aceptando las expectativas que la sociedad les impone y reducen su ritmo de vida, generando de esta manera una profecía auto-realizadora.

De igual manera, la fuerza física de las personas de la tercera edad decrece, lo cual provoca el surgimiento de problemas para quienes trabajan en industrias y se encuentran activos; sin embargo, muchas personas de la tercera edad poseen suficiente energía y tratan de buscar otro tipo de actividades, ya que aunque algunas de ellas, por razones de edad o de tiempo en sus trabajos se han acogido a la jubilación, se encuentran sanas, son resistentes, cuentan con un elevado grado de escolaridad y son capaces de dedicar su tiempo libre a pasatiempos, actividades comunitarias o a pasar más tiempo con sus seres queridos y amigos. Por otra parte, algunas personas de la tercera edad desean continuar siendo productivas, y, por ejemplo, se convierten en voluntarias de pequeñas empresas.

Se debe tomar en cuenta que la jubilación puede variar según la edad, pues la mayor parte de personas se jubilan a partir de los 65 años, otras a partir de los 55 y algunas a partir de los 75 años o más, y depende también de factores interpersonales, como la salud del cónyuge y la reubicación de sus amigos. También de factores ambientales tales como las finanzas familiares, de la situación o contexto de la persona, como por ejemplo salud, economía, motivación, energía o tipo de trabajo.

Como menciona el especialista en gerontología, Mercader (1992), en una investigación sobre la población anciana institucionalizada de Barcelona, las personas de la tercera edad tienden a adquirir y aceptar la identidad del rol propio de esta edad característica, dependiendo del contexto sociocultural en el cual se encuentran inmersas. Del mismo modo, como se explicó con anterioridad, en esta etapa usualmente las personas se enfrentan a la jubilación, y esto puede influir en la presencia o intensificación de alguna enfermedad debido a la carga emocional que esta etapa puede producir. Siendo la jubilación

una norma social, se espera que las personas se jubilen entre los sesenta y sesenta y cinco años; este factor puede suponer, aunque no en todos los casos, un cambio fundamental para las personas, no solamente debido al cambio de la economía sino también al aparecimiento de ciertas crisis, como sentimientos de soledad, estrés, depresiones, tristeza, y en muchos casos, situaciones de abandono. De esta forma, es importante analizar el lugar en el cual se posiciona el adulto mayor, ya que, si bien existen cambios difíciles de aceptar, es esencial saber reconocer ciertos aspectos positivos y aprovechar la experiencia de los años anteriores (Geis, 2003).

Sin embargo, es posible que las personas de la tercera edad dispongan de mucho más tiempo libre a partir de la jubilación, razón por la cual es necesario que tengan la oportunidad de realizar otras actividades que les brinden satisfacción, tanto física como psicológica. De esta forma también se evitará el aislamiento y los sentimientos de minusvalía que se producen cuando las personas pierden la motivación, y a través de diversas actividades, desarrollen ciertos hábitos que los ayuden a mantenerse en contacto y a relacionarse con el mundo externo. En esta etapa también puede producirse un vacío social, por lo que es importante mantener actividades sociales que sean de gran ayuda para que la persona se sienta útil y activa y así poder superar las depresiones o estados anímicos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que existen adultos mayores que se encuentran totalmente activos después de haberse jubilado, por lo que se puede determinar que la jubilación no afecta de la misma manera a todas las personas (Geis, 2003).

Etapa Septuagenaria: esta etapa se extiende desde los 70 años hasta los 79 años y es considerada como la etapa en la que ocurren los cambios más importantes, pues las personas sufren enfermedades y pérdidas tanto de familiares y amigos y por ésta razón su mundo social se reduce. Del mismo modo, durante esta etapa las personas son mucho más proclives a sentirse inquietos y mostrar irritabilidad. Sus problemas de salud comúnmente suelen agravarse y la actividad sexual disminuye tanto en hombres como en mujeres, en muchas ocasiones debido a la pérdida de pareja o deseo sexual; sin embargo, de acuerdo a Craig & Baucum (2009, pág.553) “muchos septuagenarios logran evitar los efectos más serios de las discapacidades que a menudo acompañan a la senectud. Con frecuencia sobreviven los que sufrieron ataques cardiacos, apoplejías o cáncer —la mayoría sin consecuencias graves— gracias a los avances de la atención médica y a estilos de vida más sanos”.

Según la investigación de Gerontología de Mercader (1992), esta etapa se encuentra atravesada por dos tipos de crisis. La primera crisis se encuentra relacionada a la pérdida del cónyuge o muerte de amigos y familiares cercanos, apareciendo una dificultad para adaptarse al medio y a los nuevos estilos de vida, así como también sentimientos de soledad, aislamiento o pérdida del sentido de vida. La segunda crisis, consiste en la necesidad de crear nuevos enfoques de adaptación frente al proceso de pérdida progresiva de distintas facultades.

En esta etapa, algunas de las personas de la tercera edad deben acostumbrarse a vivir solas, pues tras la muerte del cónyuge uno de los mayores problemas que presentan es la soledad, debido también a que los hijos abandonan el hogar para crear el propio. Es necesario un tiempo de aceptación y adaptación para poder llevar esta etapa de manera saludable y tranquila. Todos estos cambios deterioran de manera progresiva las aptitudes físicas y mentales, pues también con la muerte de familiares y amigos, la persona experimenta con mayor frecuencia sentimientos de soledad y miedo al futuro, ligados al desaliento y desinterés por la vida, y en muchas ocasiones las personas pierden su independencia necesitando la ayuda de cuidadores que se encarguen de satisfacer sus necesidades básicas (Geis, 2003).

Etapa Octogenaria: comienza a partir de los 80 años hasta los 89 años. Esta etapa "es una transición de la etapa del "anciano joven" a la del "anciano viejo. La senectud del octogenario ha sido descrita acertadamente como un "proceso gradual que inicia el día en que comenzamos a vivir de los recuerdos" (Craig & Baucum, 2009, pág., 553). A las personas que se encuentran atravesando esta etapa les resulta mucho más difícil interactuar y adaptarse, pues muchos necesitan de un ambiente más moderno, sin barreras, y capaz de brindar estimulación y privacidad. Del mismo modo, requiere de mucha más ayuda para generar y mantener contactos no solo sociales, sino también culturales.

Si bien algunas personas de la tercera edad en ésta etapa sufren debilidad y pierden su fuerza física, no todas se convierten en seres dependientes o discapacitados; por este motivo, es importante motivar a esta población a que continúe con sus actividades y sean proactivos. Por otra parte, esta etapa también puede producir en las personas discapacidades, generando el traslado a un centro de cuidados del adulto mayor, en donde se evidenciará el grado de pérdida de la autonomía e independencia personal (Mercader, 1992).

Etapa Nonagenaria: desde los 90 años en adelante. Si bien durante esta etapa los problemas de salud son cada vez más graves, el adulto mayor es capaz de modificar las actividades que realiza para aprovechar al máximo sus capacidades. En esta etapa, lo cambios producidos se dan de manera gradual y en un período largo; si las crisis de las etapas pasadas fueron superadas, generará que ésta nueva etapa sea satisfactoria y alegre. Es importante tomar en cuenta que muchas de las personas que llegan a esta etapa, son por lo general personas mucho más sanas y activas que han superado y sobrevivido a enfermedades u otros problemas que pueden causar la muerte (Craig & Baucum, 2009).

Del mismo modo, una investigación de Karen Dayana Rodríguez Daza, investigadora del Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario en Bogotá, presenta los enfoques que explican varias fases que se dan a lo largo de la tercera edad a través del envejecimiento:

El enfoque biológico, en el que explica que el envejecimiento es un proceso por medio del cual el funcionamiento adecuado y eficaz del organismo de las personas empieza a disminuir de manera considerable llevándolos hacia la muerte. De esta manera, existen dos formas de envejecimiento: el envejecimiento primario, el cual se basa en la herencia de la persona y en el que presentan cambios inevitables producidos con el transcurso del tiempo que se generan de manera distinta en cada individuo ; y el envejecimiento secundario, que hace referencia a la disminución o pérdida de las capacidades debido a enfermedades, traumas, o caídas (Daza, 2011).

El enfoque demográfico diferencia dos grupos, es decir, los de la tercera edad y los de la cuarta edad. La tercera edad inicia a partir de los sesenta años hasta los ochenta años, edad donde en la mayoría de los casos se pierde la independencia; a partir de entonces, pasada la edad de ochenta años, se considera como cuarta edad o longevidad (Daza, 2011).

Otro enfoque es el socioeconómico donde se considera que, tras la jubilación, las personas terminan con su ciclo de vida más productivo y sus ingresos disminuyen o son nulos, determinando así su posición socioeconómica, la facilidad o dificultad para acceder a un adecuado e integral servicio de salud, la obtención de una buena calidad de vida, mantenimiento de relaciones sociales o de viviendas. También es importante considerar que debido al aumento de población de personas de la tercera edad, los sistemas de salud pública

no se encuentran preparados para asumir las diversas dificultades o necesidades del adulto mayor de manera integral; por este motivo, las garantías de derechos y calidad de vida del adulto mayor se han visto influenciadas de manera negativa (Daza, 2011).

El enfoque sociocultural explica como la organización jerárquica de cada sociedad, se encuentra basada en el comportamiento según su cultura y desarrollo (Daza, 2011).

El enfoque familiar hace referencia a que las personas de la tercera edad se enfrentan ante la situación de sentirse solos, dado que sus hijos abandonan el hogar para formar uno propio. Esta situación se vuelve problemática ante la pérdida del conyugue o muerte de amigos o familiares cercanos, ya que se acrecienta el sentimiento de soledad. En otras ocasiones, una persona de la tercera edad se ve obligada a vivir con algún miembro de su familia nuclear debido a la pérdida de autonomía que conlleva el envejecimiento, generando de este modo malestar en el adulto mayor a causa de sentimientos de inutilidad o discriminación. Sin embargo, existen situaciones en las que vivir junto a familiares disminuye el riesgo de aislamiento y sentimientos de soledad, puesto que el adulto mayor cuenta con entorno de protección y seguridad (Daza, 2011).

Finalmente, desde el enfoque psicológico, es importante que el adulto mayor sea capaz de reconocer los logros alcanzados a lo largo de su vida y cómo los mismos cumplen un papel muy importante en el proceso de desarrollo personal y calidad de vida, consiguiendo de esta forma que se genere un sentimiento de satisfacción en ellos (Daza, 2011).

De este modo, se deben tomar en cuenta no solo los aspectos físicos de las personas que se van degradando conforme van entrando a la tercera edad, sino que también es necesario comprender el contexto mediante el cual se van desarrollando a lo largo de su vida, así como también las distintas problemáticas no solo personales sino también sociales, incluyendo del mismo modo sus intereses y proyectos de vida dirigidos a un adecuado y satisfactorio desarrollo hasta el fin de sus días (Daza, 2011).

1.4.Cambios que se dan en la tercera edad

Durante la tercera edad, las personas experimentan variados cambios tanto fisiológicos como psicológicos y cognitivos, los cuales se ven influenciados por distintos factores

biológicos, ambientales, sociales, la calidad de vida y el sistema sanitario. Cada uno de estos cambios se encuentran ligados los unos a los otros y la forma en la que cada persona sea capaz de superar o aliviar el malestar dependerá de sus recursos y la facilidad para recurrir a ellos, razón por la cual, es necesario que exista un sistema integral que cubra las necesidades del adulto mayor.

Dentro de los cambios físicos, las personas de la tercera edad pierden el color del cabello debido a la disminución o muerte de las células que producen el pigmento en la base del folículo piloso y se da la aparición de canas y la calvicie, siendo esta última mucho más frecuente en los hombres; se aumenta la presencia de vello en diferentes partes del cuerpo, piernas y labio superior en mujeres u orejas y fosas nasales en hombres. Se generan cambios en la piel apareciendo surcos, flacidez y arrugas no solo a causa de los efectos del tiempo, sino también por las agresiones del medio ambiente como por ejemplo, la exposición a los rayos solares; la dermis pierde elasticidad, la epidermis se adelgaza y se generan más surcos, las glándulas sebáceas disminuyen su actividad y la piel se vuelve áspera, seca y vulnerable al medio (Larrínaga, 2006).

En cuanto al peso, éste aumenta de manera progresiva para estabilizarse alrededor de los 55 años y luego disminuye de forma gradual; la masa muscular se sustituye por tejidos grasos siendo una proporción del 15% a la edad de 30 años, hasta un 30% después de los 65 años y en la mujer puede aumentar a un 40%. Así mismo, la estatura puede disminuir hasta 10 cm debido a la disminución ósea y disminución de discos intervertebrales causados por la pérdida de agua y aumento de la curvatura cifótica, es decir, aumento de la curvatura de la columna vertebral; se dan cambios en la estructura metabólica y celular debido a la pérdida de algunos componentes como por ejemplo el ADN, aumento de tejidos grasos y fibrosos, y dichos cambios también se verán influidos por el ejercicio y el tipo de alimentación (Larrínaga, 2006).

Las uñas se vuelven mucho más gruesas, pero se hacen más débiles; los dientes se tornan algo amarillos y se da la pérdida de los mismos debido a ciertas enfermedades periodontales, gingivitis, o inflamaciones de las encías. Así, estos problemas dentales influyen en la malnutrición debido al cambio de dieta y a la ingesta de alimentos que sean fáciles de masticar. En cuanto al sueño, algunas personas de la tercera edad pueden presentar insomnio, lo que ocasiona que pasen más tiempo en cama debido al cansancio que sienten

en las mañanas, y si bien esto ocurre en un principio, al pasar los años el adulto mayor comienza a dormir con mayor frecuencia (Shaban, 2018).

En cuanto a los cambios fisiológicos, el corazón y las arterias se endurecen, los vasos sanguíneos se encogen, se reduce la capacidad del corazón para bombear sangre a través del sistema circulatorio, y por esta razón, el corazón de una persona de la tercera edad bombea menos sangre. En cuanto al sistema digestivo, éste produce menor jugo gástrico, lo que hace más difícil el digerir ciertos alimentos, causando de esta manera que se produzca el estreñimiento, y el metabolismo se vuelve mucho más lento. El sistema respiratorio se ve afectado, a causa de la disminución de la capacidad de los pulmones para inhalar y exhalar el aire. Esto se debe a que el colágeno de los pulmones disminuye causando que sean menos elásticos, y por ende menos capaces de expandirse y contraerse; también, los músculos del diafragma y del pecho que ayudan a expandir y contraer el pecho se debilitan (Association A. A., 2013).

Entre las enfermedades respiratorias más comunes en de la tercera edad se encuentran el cáncer de pulmón, causado principalmente por fumar, la polución o peligros ocupacionales; el enfisema, que es una condición que actúa destruyendo el tejido pulmonar provocando menor capacidad de elasticidad en los pulmones, por lo que las personas que la padezcan tendrán dificultades para moverse y respirar fácilmente; y la Neumonía, la cual es una inflamación de los pulmones. (Association A. A., 2013).

Con respecto al sistema genitourinario, el adulto mayor tiende a ser mucho más susceptible a enfermedades de los órganos reproductivos y vías urinarias, pues durante el envejecimiento se produce una disminución en el flujo de sangre que va hacia los riñones, y al mismo tiempo los riñones dejan de funcionar de forma eficaz para remover los residuos de la sangre. En las personas de la tercera edad es muy común que se presente incontinencia urinaria, pues tienen dificultades para retener la orina en la vejiga y ésta es involuntariamente eliminada. En el caso de los hombres, la glándula prostática se expande obstruyendo la uretra, bloqueando de este modo el flujo de orina y haciéndolos mucho más propensos a contraer enfermedades e infecciones de la vejiga y otras complicaciones, como el cáncer de próstata o de vejiga. Por otro lado, las mujeres tienen un riesgo más alto de presentar cáncer cervical, prolapso del útero, cáncer de seno o de vulva (Lumen, 2018).

También se producen cambios en el sistema nervioso y en el cerebro, pues la sinapsis se vuelve mucho más lenta y las células nerviosas van disminuyendo en gran cantidad, del mismo modo, la entrada de oxígeno al cerebro disminuye, produciendo de esta manera que los tiempos de reacción sean mucho más lentos. La falta de oxigenación en el cerebro influye en la adquisición de distintas condiciones en el adulto mayor, como, por ejemplo, problemas para dormir, problemas de memoria, y causando irritabilidad, la cual también se encuentra asociada a la disminución del flujo sanguíneo y a los cambios bioquímicos que se dan en el cerebro a lo largo de la vejez (Association A. A., 2013).

A medida que las personas van envejeciendo, los sentidos van perdiendo de manera progresiva su funcionalidad total, pudiendo llegar a afectar la vida cotidiana de las personas. Se dan cambios fisiológicos en torno a los órganos de los sentidos debido al aparecimiento de enfermedades propias de la edad, tales como las cataratas, causando que se produzca un engrosamiento en el lente del ojo, provocando que la visión se vuelva borrosa o nublada, opaca y distorsionada. Igualmente, otra enfermedad que se da a consecuencia de la tercera edad y el declive de los órganos sensoriales es el glaucoma, causando daño en el nervio óptico del ojo debido a la presión producida por la acumulación de fluido en la parte delantera del ojo, lo que aumenta la presión en ojo y daña el nervio óptico; también, la percepción de profundidad disminuye lo cual genera un declive en la visión de las personas. La pupila sufre una considerable reducción de su tamaño generando que la cantidad de luz que llega a la retina sea poca, produciendo cambios en el umbral de la visión (Larrínaga, 2006).

En cuanto al olfato, gusto y tacto, la capacidad de cada uno comienza a decaer con la edad. “Con el envejecimiento, se pueden presentar algunas pérdidas o alteraciones en los receptores por alteraciones en algunas vías neuronales y ello produce cambios en la percepción olfativa y gustativa” (Larrínaga, 2006, pág.93). Los cambios en el gusto y en el olfato generan la alteración en los umbrales perceptivos, en la intensidad con la que se perciben los estímulos y en la capacidad para discriminar un sabor u olor. También se eleva el umbral auditivo con pérdida de la discriminación para las frecuencias elevadas, es decir, se presenta la dificultad para oír bien; además existe una mayor sensibilidad ante la interferencia de ruidos que impiden una adecuada captación de señales más importantes y se presentan dificultades en la localización de sonido. Los reflejos del adulto mayor van disminuyendo causando problemas en la movilidad y en la seguridad (Larrínaga, 2006).

Los cambios fisiológicos generados a causa del envejecimiento provocan el aparecimiento de la artritis, la cual genera una inflamación en las articulaciones acompañadas de dolor, rigidez y problemas para movilizarse; también aparece la osteoporosis, causando la pérdida del tejido óseo provocando debilidad y fragilidad de los huesos (Shaban, 2018). Igualmente, con el paso del tiempo, las funciones motrices se vuelven lentas y usualmente vienen acompañadas de una disminución de los tiempos de reacción, aumento de fatiga muscular, imprecisión de movimientos finos, reducción de movimiento de balance de brazos, dificultad para desplazarse, especialmente al momento de sentarse o levantarse, pérdida progresiva de la flexibilidad motora, temblores, dificultad para realizar movimientos y la aparición de movimientos faciales, como por ejemplo, el de los labios (Larrínaga, 2006).

Otros cambios físicos que se producen según Lumen (2018), consisten en la reducción de la actividad del sistema inmunológico en las personas de la tercera edad, ya que el adulto mayor es mucho más susceptible a contraer enfermedades, como el cáncer, diabetes, etc. Es muy común también que comiencen a presentar problemas en el sistema cardiovascular y respiratorio, pues existe una mayor tendencia a sufrir de arritmia, es decir, alteraciones del ritmo cardíaco y bloqueos o trastornos de la conducción del flujo sanguíneo. Esto puede generar síntomas de diferente intensidad, como palpitaciones, mareos, pérdida de la consciencia, caídas o por otra parte permanecer asintomáticos. Usualmente el pronóstico es favorable con los tratamientos. Otro problema cardiovascular comúnmente evidenciado en el adulto mayor, es el que se refiere a los síndromes coronarios, los cuales abarcan el infarto de miocardio y la angina de pecho. Los síntomas pueden ser atípicos o inclusive no presentar ningún síntoma usual como el típico dolor en el pecho o la sensación de ahogo. También, se puede presentar insuficiencia cardíaca, la cual se manifiesta por el cansancio, dificultad para respirar ante pequeños esfuerzos, y la hinchazón de pies y piernas (Mañas, 2018).

Por otro lado, en la tercera edad también aparecen ciertos efectos psicológicos que influyen de manera significativa en la vida del adulto mayor. Por ejemplo, la depresión es considerada como uno de los problemas más comunes que las personas de la tercera edad presentan y se caracteriza por la presencia de un sentimiento intenso de tristeza y desesperanza; si bien la depresión es un efecto psicológico común en esta etapa, no se presenta en todas las personas (Shaban, 2018).

La existencia de los cambios físicos que se dan a través del envejecimiento pueden estar asociados a la depresión, que puede o no presentarse durante esta etapa, pues no todas las personas de la tercera edad la sufren, ya que, en algunos casos, la disminución en la concentración de folato, es decir, de vitamina B en la sangre y en el sistema nervioso pueden estar ligados y contribuir al aparecimiento de la depresión o el deterioro mental.

También existen otros factores que influyen en el aparecimiento de este trastorno, tales como ciertas enfermedades debilitantes o crónicos, la muerte del cónyuge o de amigos y familiares cercanos, la incapacidad para continuar con actividades que antes eran disfrutadas, el sentimiento de pérdida de control sobre sus propias vidas a causa de problemas con la vista, la pérdida de la audición u otros cambios físicos, o también, a causa de la pérdida de trabajo y la jubilación, presentar recursos financieros limitados, insatisfacción en relación a su vida, sentimientos de soledad y aislamiento, tener sentimientos de inutilidad o ser confinados a un hogar de ancianos. Si bien estos factores pueden contribuir a que se de este trastorno, otras personas pueden no verse afectados por ellos, llevando de este modo una vejez tranquila (Shaban, 2018).

Igualmente, la depresión puede generar en éste tipo de personas cambios en sus hábitos alimenticios dando como resultado la obesidad, o generando la pérdida del apetito provocando la reducción de los niveles de energía, ocasionando de esta manera el surgimiento del trastorno de anorexia geriátrica. De igual forma la depresión ocasiona que se produzca pérdida de memoria o insomnio, y que los tiempos de reacción sean mucho más prolongados, incrementando el riesgo asociado a la culminación de distintas actividades como conducir, cocinar, auto medicarse u otras actividades que demanden mayor atención (Association A. P, 2018).

Otro de los cambios que se dan en cuanto al ámbito psicológico dentro de la tercera edad es la ansiedad. De acuerdo a American (2018), la ansiedad es una emoción caracteriza por sentimientos de tensión, pensamientos preocupantes y cambios físicos tales como el incremento de la presión sanguínea. Las personas con desorden de ansiedad tienden a presentar pensamientos intrusivos o preocupaciones y usualmente evaden situaciones que les produzcan ansiedad; también pueden presentar alteraciones físicas como sudor excesivo, temblores, mareo o palpitaciones aceleradas del corazón; de este modo, la ansiedad puede causar problemas dentro de las actividades diarias de quienes la sufren.

La ansiedad en el adulto mayor puede estar ligada a distintos factores de riesgo, como, por ejemplo, condiciones médicas crónicas. Igualmente, las personas de la tercera edad pueden presentar ansiedad, debido a que en muchos casos son conscientes de su estado de salud y tienen preocupaciones en torno a las complicaciones médicas relacionadas con sus padecimientos; así mismo, la ansiedad puede ser un efecto secundario a consecuencia de los diversos medicamentos, como esteroides, antidepresivos y estimulantes, así como también el abuso de dichos medicamentos. Otra causa que genera ansiedad en las personas de la tercera edad, se relaciona con las limitaciones físicas que muchas veces interfieren es sus actividades diarias, impidiendo que las mismas se lleven a cabo de manera satisfactoria (Association A. A., 2013).

Según un artículo publicado por el psicólogo clínico, Alex Figueroba (2018) de la Universidad de Barcelona, existen cuatro cambios cognitivos principales que se dan en la tercera edad: atención, memoria, inteligencia y creatividad.

La atención "es un proceso básico psicológico e indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad, basada en un complejo sistema neuronal que se encarga del control de la actividad mental de un organismo" (Lodoño, 2009, pág.1). Del mismo modo, según una investigación del neuropsicólogo Lodoño (2009), de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, la atención se clasifica en:

- Span o volumen de aprehensión: relacionado con la cantidad de elementos retenidos tras la primera presentación de la información.
- Atención focalizada: es una función básica para construcción de nuevos aprendizajes, y para la capacidad que tienen las personas para responder de manera simple, directa y estable frente a varios estímulos. También hace referencia a la capacidad para enfocar la atención en un estímulo.
- Atención sostenida: es la capacidad que una persona tiene para mantener una respuesta conductual a lo largo de una actividad, por ejemplo, mantener una charla o realizar tareas.
- Atención selectiva: se refiere a la capacidad de las personas de enfocarse en una tarea, seleccionando la información importante que va a ser procesada, a pesar de tener distractores a su alrededor.
- Atención alternante: es la capacidad para ejecutar actividades que demandan un cambio rápido de un grupo de respuestas hacia otro. Esta habilidad es necesaria para el mantenimiento de la atención frente a distractores. También, "se entiende por atención

alternante la capacidad que permite poder cambiar el foco atencional entre tareas que implican requerimientos cognitivos diferentes" (Lodoño, 2009, pág. 93).

- Atención dividida: es la capacidad de ocuparse de dos cosas al mismo tiempo, por ejemplo, conversar y escuchar la radio al mismo tiempo, siendo este el nivel más elevado con respecto a la atención y a la concentración.

Igualmente, habiendo planteado la definición del concepto de atención y su clasificación, Figueroba (2018) indica que a lo largo de la vejez se produce un declive en el funcionamiento atencional, afectando de este modo a los distintos tipos de atención. En el caso de la atención sostenida, en el adulto mayor se dificulta la capacidad para mantener el foco atencional, lo que los vuelve menos precisos al iniciar ciertas actividades. También se ve afectada la atención dividida, ya que el adulto mayor comienza a tener problemas al momento de alternar el foco atencional entre distintos estímulos y actividades, de esta forma, la eficacia de la actividad es más efectiva si el grado de dificultad es bajo. En cuanto a la atención selectiva, ésta permite atender de manera prioritaria a determinados estímulos, y su funcionamiento se va dificultando a medida que las tareas o actividades se vuelven mucho más complejas.

Otro cambio que se produce a nivel cognitivo es la memoria. De acuerdo a Gerontológico (2014, pág.1), "La memoria humana es la función cerebral resultado de conexiones sinápticas entre neuronas mediante la que el ser humano puede retener experiencias pasadas. Los recuerdos se crean cuando las neuronas integradas en un circuito refuerzan la intensidad de las sinapsis". La memoria se encuentra clasificada en: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

La memoria sensorial:

> Es un sistema preconceptual y preatencional con una estabilidad muy baja. La información ambiental: sonidos, olores, imágenes, etc., se mantienen en la memoria sensorial aproximadamente un segundo. Esta memoria sensorial al almacenar se diferencia entre la memoria icónica que corresponde al sistema visual y la memoria ecónica que corresponde al sistema auditivo (Larrínaga, 2006, pág.130).

La memoria a corto plazo es más estable que la memoria sensorial pero su capacidad es limitada, por esta razón, la información se pierde fácilmente. Este tipo de memoria se encarga de preservar la información en la consciencia y presenta un importante papel en la

asimilación y en el control de la información nueva; es la que permite mantener un número telefónico hasta marcarlo, debido a que la información se pierde en quince segundos aproximadamente. Igualmente, la memoria a corto plazo es utilizada para el procesamiento de información.

La memoria a largo plazo, tiene un potencial ilimitado e implica mecanismos variados y una marcada extensión temporal.

> Es el sistema que mantiene permanentemente la información y a la vez interviene activamente en el recuerdo. Resulta así el almacenamiento individual de la experiencia pasada, los recuerdos del pasado, el conocimiento sobre el mundo, sobre cómo hacer las cosas y la información y la información sobre cómo funcionan los propios procesos del pensamiento (Larrínaga, 2006, pág. 131).

Dentro de los cambios producidos en la tercera edad, la memoria sensorial disminuye como consecuencia del envejecimiento; de igual forma, la memoria a corto plazo se ve afectada, debido al declive y a la dificultad en la velocidad para recuperar la información que es almacenada ya que ésta se vuelve más lenta. Finalmente, la memoria a largo plazo se ve afectada también a consecuencia del envejecimiento, pues se produce un deterioro en los recuerdos episódicos o autobiográficos dependiendo el caso, pero por lo general, el almacenamiento de la información codificada no sufre modificaciones significativas con el envejecimiento; si bien existen déficits de codificación que se presentan en las personas de la tercera edad, tienen diferencias poco significativas. Así se podía decir que el deterioro que se produce en torno a la memoria no se encuentra asociado de manera directa al proceso de envejecimiento, sino que está también ligado a los déficits cognitivos en caso del envejecimiento patológico (Larrínaga, 2006).

Otro aspecto que se debe considerar es la inteligencia y su clasificación, la cual sufre alteraciones a medida que los individuos envejecen. Se puede definir la inteligencia como:

> Es una capacidad mental muy general que implica habilidad para razonar, planificar, resolver problemas, pensar de forma abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia. No supone el mero aprendizaje de un texto, una habilidad académica específica, o resolver test de forma habilidosa. Más bien refleja una capacidad amplia y profunda para la comprensión del entorno, para ser capaz de capturar el significado de las cosas y darles un sentido, o para ingeniárselas a la hora de saber qué hacer (Chacón, 2019, pág. 1).

Existen dos tipos de inteligencia, la inteligencia cristalizada y la fluida. La inteligencia cristalizada se refiere al conocimiento acumulado, al aprendizaje y al manejo del mismo, dicha inteligencia no deja de acumular información a lo largo de la vida. En cambio, la inteligencia fluida está ligada a la eficacia de la sinapsis y a diversos factores biológicos y es la memoria genética que permite reaccionar; en este caso, se evidencia un mayor deterioro a partir de los setenta años de edad. Ambos tipos de inteligencia van mostrando un declive a través de la tercera edad, sin embargo, es importante mencionar que el proceso de envejecimiento se da de manera distinta en cada persona, por lo que si bien pueden aparecer déficits y problemas en la memoria, estos serán menores o mayores dependiendo del caso (Figueroba, 2018). Además, durante el envejecimiento, la inteligencia cristalizada se mantiene de manera general, mientras que la inteligencia fluida se altera.

Finalmente, debemos mencionar a la creatividad, la cual es "la habilidad que le permite al individuo innovar para ofrecer respuestas nuevas, para ubicar de forma nueva y conjunta de elementos que antes no lo estaban, por ello la creatividad resulta asociada a la inteligencia divergente" (Larrínaga, 2006, pág.125). Por ejemplo, Figueroba (2018) indica que, si bien algunas investigaciones relacionadas a la evolución de la creatividad en personas de la tercera edad son escasas, se ha observado que la creatividad se mantiene o inclusive mejora con el paso del tiempo, especialmente en aquellas personas que la ejercitan constantemente; sin embargo, para aquellas personas que no presentan mucho esta habilidad, su capacidad puede disminuir en la vejez en relación a edades más tempranas.

1.5.Desarrollo psicosocial

Los adultos mayores también sufren cambios en su entorno social, los cuales pueden ser tanto positivos como negativos. Para el psicoanalista alemán Erik Erikson (2000), quien desarrollo la teoría del desarrollo psicosocial, el adulto mayor entra en una crisis conocida como "integridad vs desesperación". En esta etapa del desarrollo psicosocial, la persona debe resolver la crisis de la integridad frente a la desesperanza, es decir, la integridad se refiere a la capacidad de la persona de sentirse satisfecha en relación a su vida sin arrepentimientos serios; por el contrario, si la persona se siente insatisfecha en relación a su vida, sentirá desesperanza y negación al momento de aceptar la muerte. Esta última etapa en la vida de

las personas es una etapa de reflexión, donde el adulto mayor visualiza todo lo positivo y negativo que ha hecho y logrado a lo largo de toda su vida. De esta manera, una vida productiva y aprovechada, genera que esta etapa final sea vivida como una etapa íntegra y de satisfacción; sin embargo, cuando las personas sienten que han fracasado en su vida, presentan angustia o remordimientos (Ruiz & Hermosa, 2015).

Erikson (2000) también plantea la necesidad de revisar en cada uno de los ocho estadios, aquellos elementos distónicos y sintónicos que enfrentan las personas de la tercera edad, enfocándose principalmente en aquellas de 80 años en adelante. Estos son:

- Desconfianza versus confianza: esperanza. En este estadio, las personas de la tercera edad comienzan a desconfiar de sus propias capacidades debido a las consecuencias del paso del tiempo y el envejecimiento.
- Autonomía versus vergüenza y duda: voluntad. En esta etapa las personas de la tercera edad pierden la confianza en su autonomía corporal en relación a sus elecciones vitales; la voluntad se debilita y ya casi nada les resulta seguro o sólido.
- Iniciativa versus culpa: finalidad. con el paso del tiempo, el adulto mayor percibe ciertos acontecimientos como excesivos, y los sentimientos de finalidad y entusiasmo se apagan; al momento de llevar a cabo proyectos satisfactorios y atractivos a nivel personal, muchos adultos mayores sienten culpa.
- Industria versus inferioridad: competencia. En la tercera edad, las personas se ven forzadas a dejar ciertas tareas de lado debido a que la industria, considerada como la "fuerza motriz de los cuarenta años, es sólo un recuerdo en la mayoría de los casos" (Erikson, 2000, pág. 2). Esto ocasiona que las personas se sientan inútiles e incompetentes al momento de realizar ciertas tareas que antes realizaban de manera exitosa (Erikson, 2000).
- Identidad versus confusión de la identidad: fidelidad. En este período, las personas de la tercera edad se cuestionan, ¿Quién soy?, ¿Quién quiere ser? o ¿Cómo se ve frente al resto? Y les es difícil encontrar la respuesta adecuada, pues se enfrentan con una confusión de su identidad existencial.
- Intimidad versus aislamiento: el adulto mayor presenta dificultad para confiar de la misma manera en las personas que le rodean, lo que afecta los procesos de interrelación; existe confusión con respecto a las formas de actuar con alguien que no es como el resto de personas.

- Generatividad versus estancamiento: cuidado. “A los 80 o 90 años el sujeto ya tiene menos energías, menos capacidad para adaptarse con rigidez a los precipitados cambios que le rodean y la generatividad, que es el compromiso vital más importante de las personas activas” (Erikson,2000, pág.2). También, la falta de generatividad, creatividad y cariño por parte del resto es agobiante para las personas de la tercera edad, generando sentimientos de inutilidad y al mismo tiempo, la falta de desafíos puede enfrentarlo con el estancamiento.
- Integridad versus desesperanza: sabiduría. Enfrentar la pérdida de las capacidades y la dependencia se vuelve demandante. Resolver los problemas de la vida cotidiana se convierte en una preocupación para el adulto mayor; “la desesperanza como respuesta a esta situación de problemas agudos e inmediatos está en directa dependencia de cómo se haya evaluado el anciano a sí mismo con anterioridad y cómo evalúe su vida” (Erikson, 2000, pág. 2).

De este modo para Erikson, la clave se encuentra en que los adultos mayores puedan ser capaces de adaptarse a los elementos distónicos de sus experiencias. A medida que las personas envejecen, son mucho más propensas a convertirse en personas dependientes; de esta forma, el adulto mayor puede tener malestar debido a sentimientos de culpa, vergüenza o depresión a causa del incremento de dependencia, especialmente en ciertas sociedades donde el adulto mayor es visto como una carga, ya que socialmente existen muchos prejuicios en torno a la vejez y en muchos casos las personas de la tercera edad son tratadas con rechazo.

Para comprender la forma como la sociedad influye en el desarrollo psicosocial del adulto mayor, el Hospital Clínico-quirúrgico Docente "10 de octubre” de Cuba, publicó en la Revista Cubana Hig Epidemiol un estudio a personas de sesenta años en adelante, con el propósito de analizar e identificar los factores psicosociales de la tercera edad, tomando en cuenta el punto de vista del adulto mayor. De esta manera, se encontró que el 98% de las personas de la tercera edad siente la necesidad de ser escuchados y que el 90% siente la pérdida de su rol social (Brañas, Gumenes, Chil, & Mesa, 2001).

Con el paso del tiempo y el aumento de edad, el adulto mayor necesita cuidados mucho más rigurosos y demandantes, y si bien algunas personas tienen la facilidad de vivir con familiares cercanos, ser cuidados por profesionales, amigos o parientes, otros se ven en la necesidad de ser trasladados a un lugar de cuidados para el adulto mayor (Lumen, 2018).

De esta manera, si una persona de la tercera edad es trasladada a una residencia de cuidados para el adulto mayor, siendo distanciada de familiares, amigos, de su comunidad y de su hogar, es muy probable que experimente sentimientos de soledad, aislamiento o trastornos del estado de ánimo. Igualmente, cuando una persona se convierte en un individuo dependiente es más vulnerable, y el riesgo de maltrato físico, emocional y psicológico aumenta (Lumen, 2018).

II CAPÍTULO

MODELO INTEGRATIVO SUPRA-PARADIGMÁTICO

2.1. ¿De qué se trata el modelo integrativo supra-paradigmático?

El modelo Integrativo Supra-paradigmático, propuesto por Roberto Opazo (2001) se constituye como una forma de integrar conocimientos de manera ordenada en función del trabajo terapéutico (Opazo, Psicoterapia Integrativa, 2001). El autor plantea un conjunto de paradigmas y funciones del self, que son integradas para una visión completa del paciente (Soler, s.f, pág. 8).

De igual manera, se puede entender por paradigma a una forma de marco conceptual amplio y compartido, mediante el cual se pueden aportar planteamientos epistemológicos, etiológicos y metodológicos, permitiendo de esta manera facilitar el orden de ciertos datos recolectados y sirviendo como fundamento para una aproximación psicoterapéutica. Por un lado, un supra-paradigma tiene la capacidad de integrar varios paradigmas y marcos conceptuales que sean menos abarcativos (Castro R, O, 2001).

El Modelo cumple una función ordenadora, en la medida que permite contextualizar los datos y comprender la función de las partes en el todo. El Modelo cumple con una función predictiva, y de hecho enriquece sustancialmente la predicción, a partir del conocimiento de todos los elementos que tienen una influencia causal en el resultado y del conocimiento de la función que cumplen esos elementos en la construcción de la experiencia. El Modelo cumple con una función de potenciar las fuerzas de cambio, en la medida que incorpora principios influencias provenientes de diferentes paradigmas y en la medida que permite comprender cómo se puede "potenciar la influencia de cada influencia. Cumple una función guiadora, en la medida que facilita la selección de temáticas relevantes para la investigación y la génesis de preguntas relevantes para el conocimiento clínico (Castro R. O,2001, pág. 123).

Por otro lado, Roberto Opazo (2001) plantea que la Psicoterapia integrativa busca principalmente determinar cuáles son las debilidades y las fortalezas que corresponden a cada uno de los paradigmas que integran el modelo y el sistema self, de las personas (Mariñelarena, D, 2008) Así mismo, Opazo (2001), construye el Modelo Integrativo Supra-paradigmático con el objetivo de buscar la verdad que se encuentra contenida en cada enfoque y en cada paradigma, con el propósito de integrar los conocimientos como una totalidad coherente. Este Modelo habla de una unidad funcionalmente relacionada, comunicada e integrada (Castro, 2001).

Este modelo establece la integración de los paradigmas, tales como el biológico, el cognitivo, el afectivo, el inconsciente, el ambiental/conductual, y el sistémico, en torno al self de la persona; así mismo, dicho sistema self, compromete a la persona como un todo integral en cada una de sus funciones, es decir, identidad, auto organización, significación, control de conducta y búsqueda de sentido (Castro, 2001).

El self es aquel sistema que toma a la persona como una totalidad, es un sistema parcialmente estable y parcialmente cambiante, pues "Las raíces biológicas, las experiencias tempranas, las estructuras afectivas y los referentes tácitos, le dan al sistema SELF su cuota de estabilidad y de resistencia al cambio. Por su parte "los dinamismos biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes, le dan al sistema SELF una opción de fluctuación, de flexibilidad y de apertura al cambio. En cada experiencia el sistema SELF se "desorganiza" lo cual activa su posterior auto-organización" (Castro, 2001, pág. 116) y también, según Clavería y Carrasco (2005, pág. 116) "es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los sub-sistemas biológico, ambiental/ conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente. Siendo sus funciones: Identidad, Auto-Organización, Significación y Control Conductual".

De este modo, el Self del Modelo Integrativo actúa de forma funcional, es decir, organiza, procesa, y actúa en relación los estímulos que recibe del medio, ya sea interno o externo; así, el Self cumple con una función importante dentro del Modelo Integrativo Supra-paradigmático puesto que ayuda a entender de mejor manera el funcionamiento de la persona. Es de esta forma como el Self se define por las varias tareas que realiza y la calidad con que ejecuta sus funciones (Castro, 2001).

En términos descriptivos, en dicho modelo, E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K^1 son las consecuencias inmediatas y K^2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema self, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El modelo integra también las modalidades causales lineal (→) y circular (↔), y otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. En términos funcionales, el modelo asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en cuanto interactúan sujeto/objeto, es decir, la persona cognoscente y el objeto a conocer. En este proceso interaccional el ambiente aporta la «materia prima», la cual será transformada en estímulo efectivo, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema self organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificado por ésta" (Castro R. O, 2004, pág. 119).

El Sistema Self "es la esencia de nuestra personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total" (Castro, 2004, pág. 116). y se encarga de realizar seis funciones principales, las cuales serán explicadas a continuación.

1. Función de toma de consciencia: esta función se encuentra relacionada al insight precediendo las funciones de significación e identidad; dentro de esta función, surge una configuración progresiva del sistema self desde su gestación donde el darse cuenta es un tanto confuso, hasta la capacidad de la persona para lograr responder a la pregunta "¿quién soy"? a través de una significación mucho más madura acerca de lo percibido (Barrientos, 2013). También, según Petersen (2011) esta función de toma de consciencia se encuentra relacionada a distintas preguntas, como, por ejemplo, ¿cómo funciono?, ¿qué quiero?, ¿qué es lo que pienso? o ¿cuál es mi historia? Y del mismo modo, hay una relación con la capacidad de concienciar, es decir, ¿cuál es mi capacidad de observación? o ¿cuál es mi capacidad de introspección?

2. Función de identidad: esta función explica que cada individuo abarca un sentido de "mismidad", es decir, tiene la capacidad de reconocerse a sí mismo permitiéndole cuestionarse y responderse preguntas como por ejemplo, ¿quién soy?, ¿cómo soy?, ¿creo en mí?; de esta forma, también se muestra implicada su autoimagen, autoestima, y autoeficacia (Barrientos, 2013). También, Petersen (2011) menciona que esta función

permite a la persona tener un sentido de continuidad del sí mismo pese a cambios ambientales y el crecimiento individual; la persona puede hacerse también éstas preguntas: ¿cómo quiero llegar a ser?, pregunta que se encuentra ligada al ideal del self, ¿cómo quiero que me vean?, ¿cómo me ven? Y ¿me acepto como soy?

3. Función de significación:

> Involucra la traducción de la experiencia, traducción que puede estar interferida por expectativas irrealistas, por esquemas rígidos, por sesgos atribucionales, por errores cognitivos de diversa índole. En este aspecto, más que el acceso a la realidad "objetiva", lo que resulta funcionalmente importante es la evaluación de las rigideces y de los sesgos sistemáticos en el procesamiento de la experiencia. Desde la óptica del Modelo, la significación no solo depende del procesamiento cognitivo, sino que es función de los diferentes elementos que estructuran el Modelo Integrativo Supra-paradigmático y que se relacionan significativamente con el input. En ocasiones, el significado puede ser integral, en la medida que se ha comprometido activamente — en la gestación de ese significado — a los diversos paradigmas integrados en el Modelo (Castro, 2001, pág.124-125).

De esta manera, la significación de la persona se la realiza de modo integral la cual se puede evaluar en la medida que la persona pueda responder preguntas como: ¿Qué es más importante?, ¿desde qué perspectivas puedo observar las situaciones?, ¿qué tan bien asimilo mis propias experiencias? (Barrientos, 2013). Así mismo, Petersen (2011) menciona que la función de significación del sistema self se encuentra relacionada a la interpretación de la experiencia donde intervienen estímulos externos los cuales, proveen con materia prima y la influencia ejercida por los paradigmas sobre el sistema self, para después, generar una significación concreta.

4. Función de auto-organización: esta función tiene como propósito la de reconstruirse después de cada experiencia y puede al mismo tiempo verse influida por la biología (Castro, 2001), también, se habla de la función de resiliencia la cual “involucra la capacidad del sistema SELF para no afectarse ante situaciones de alto riesgo de desorganización de la capacidad para "resistir" el impacto de experiencias adversas e incluso la capacidad para crecer en la adversidad (Castro, 2001).

De igual forma, dentro de esta función de auto-organización del sistema self, según Petersen (2011), existe una relación con el mecanismo de recuperación del equilibrio homeostático perdido, y así, se produce un balance de morfogénesis o morfostasis, lo cual significa que se produce una apertura a los distintos cambios sin que la persona pierda su identidad; también, facilita el desarrollo de la resiliencia, evitando que la persona se desorganice frente a situaciones conflictivas, logrando de esta forma el crecimiento y fortalecimiento personal.

5. Función de búsqueda de sentido: por medio de la búsqueda se sentido, las personas construyen ciertos valores que los irán guiando y que permiten que sean mucho más capaces al momento de tomar decisiones importantes, proporcionándoles razón de ser, fundamentos, y la sensación de libertad. Existen ciertas preguntas que son necesarias para poder evaluar esta función, tales como, ¿Cuáles son los valores?, ¿cuál es la fuerza de dichos valores?, ¿qué guía las decisiones?, ¿de qué manera debe uno orientarse?, ¿son capaces las personas de actualizar sus potencialidades y, en qué medida? (Barrientos, 2013).

6. Función de conducción de vida:

> El self se constituye en el epicentro de la dinámica psíquica que confluye desde el exterior e interior y que a la vez repercute de la misma forma tanto a nivel interno como externo, al ser así el SELF debe lidiar con los impulsos, necesidades y deseos internos y responder a exigencias, demandas, necesidades y demás estímulos externos, mantener el equilibrio para satisfacer adecuadamente sus requerimientos constituye una función y responsabilidad bastante delicada que permite un adecuado ajuste social. Por tanto, preguntas claves son: ¿Soy capaz de activarme y responder a mis necesidades?, ¿De preservarme?, ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades?, ¿En qué medida?, ¿Logro postergar mis impulsos?, ¿Cuál es la calidad de mis decisiones?" (Barrientos, 2013, pág.1).

Esta función del sistema self tiene como objetivo el de controlar, regular y guiar la conducta, las emociones, pensamientos y metas de las personas, facilitando su adaptación y desarrollo. Esta función implica ciertas capacidad como, perseverancia,

tolerancia a la frustración, control del impulsos, capacidad para demorar la necesidad de gratificación, desarrollar conductas asertivas, tomar en cuenta la satisfacción de las propias necesidades, y saber respetar los derechos y las necesidades de las demás personas (Petersen, 2011).

De este modo, “las raíces biológicas, las experiencias tempranas, las estructuras afectivas y los referentes tácitos, le dan al sistema SELF su cuota de estabilidad y de resistencia al cambio” (Castro, 1997, pág. 116). Por su parte "los dinamismos biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes, le dan al sistema SELF una opción de fluctuación, de flexibilidad y de apertura al cambio. En cada experiencia el sistema SELF se "desorganiza" lo cual activa su posterior auto-organización (Castro, 1997, pág. 116). En torno al ámbito de la Psicoterapia es importante mencionar que la experiencia terapéutica, dependerá del rol traductor de la experiencia que realiza este sistema, es decir, el significado que cada persona le da a sus experiencias (Castro, 1997).

De esta forma, el paciente en muchas ocasiones tolerará solamente un pequeño cambio en su sistema SELF o en su identidad personal; sin embargo, si el paciente siente que la terapia se vuelve amenazante para su identidad, se activan resistencias al cambio (Castro, 2001).

Habiendo explicado los principales paradigmas y las distintas funciones del sistema Self, a continuación se explicarán otros conceptos que son importantes dentro del Modelo Integrativo Supra-paradigmático, pues son conceptos básicos que permiten sustentar este Modelo contribuyendo de esta manera a su configuración (Castro, 2001).

Para comenzar, el Enfoque Integrativo Supra-paradigmático integra algunas modalidades que sirven para comprender la dinámica psicológica de las personas en torno a los paradigmas y funciones del Self. Tanto las modalidades como los paradigmas y las funciones del Self permiten que las personas mantengan un equilibrio interno que ayuda al funcionamiento adecuado. Así, dentro de este Enfoque se encuentra el término de causalidad lineal, el cual, hace referencia a que un determinado acontecimiento (A) generará o provocará el aparecimiento de otro acontecimiento (B) y éste a su vez otro (C) y así sucesivamente. La causalidad lineal haría de la predicción algo precisa, factible y existiría el desafío de descubrir las causas de los desajustes psicológicos para poderlos modificar con eficacia (Castro, 2001).

Por otro lado, se encuentra el término de causalidad circular, el cual explicado desde un punto de vista sistémico, es una entidad la cual interactúa dentro de un sistema de relaciones donde existe el intercambio de información y donde también hay cierta influencia recíproca, es decir, la información de (A) que pasa a (B) y a (C), retorna nuevamente a (A) (Psicoterapia, 2018). También, Opazo (2001) explica el Principio de influencia el cual, "es propuesto como una adaptación del principio de causalidad a las complejidades de la dinámica psicológica humana. Desde nuestra perspectiva, un principio de influencia involucra una "humanización" del principio de causalidad" (Castro, pág. 100).

El principio de influencia establece la relación entre un hecho específico precedente, y un hecho específico consecuente, de esta manera, la presencia del primer hecho aumenta las probabilidades de que se produzca el segundo; así, se habla de una relación probabilística. "Entre las dimensiones de un principio de influencia están la dirección de la influencia (hacia qué efecto específico), el grado de probabilidad del efecto, y el grado de dependencia de la cultura" (Castro, 2001, pág. 100-101) en este caso, es importante mencionar que la cultura influye en los paradigmas y funciones del self, pues cada cultura tiene sus propias creencias y valores, por esta razón, los significados de ciertos acontecimientos o problemáticas no se verán afectados solamente por la subjetividad de cada persona sino también por su carga cultural.

También, este concepto de principio de influencia ayuda de cierta manera a humanizar el principio de causalidad; permite conocer cuáles son algunos de los reguladores que intervienen dentro de la dinámica psicológica de las personas que facilitan predecir la probabilidad de algún efecto. Del mismo modo, implica reconocer que la complejidad de la dinámica psicológica, las múltiples rupturas predictivas y la acción traductora del sistema SELF de la persona, impiden que existan leyes necesarias y suficientes (Castro, 2001). "Por lo tanto, cada principio de influencia aporta al sistema SELF del paciente una "materia prima " con alta carga interpretativa, es decir con características tales que facilitan una específica "traducción" por parte del sistema SELF, en la dirección de estímulos efectivos consistentes con los objetivos terapéuticos" (Castro, 2001, pág103).

De este modo, la calidad de vida de la persona se verá influenciada de manera positiva al existir un adecuado desarrollo del sistema SELF; las opciones de liberad personales se enriquecerán conforme se vayan fortaleciendo las funciones del sistema SELF, sin embargo, con un sistema SELF débil, no existe un concepto de libertad que pueda ser aplicable (Castro, 2001).

También es importante mencionar que el Modelo Integrativo Supra-paradigmático se encuentra basado en cierta forma sobre el Constructivismo Moderado, donde dentro de sus componentes se establece la Epistemología Evolutiva que hace énfasis a la evolución del sistema nervioso, permitiendo de esta manera un mejor acceso a mejores formas de conocimiento. De esta manera, las personas son en gran parte constructoras de su propia percepción, es decir, no pueden escapar de ellos mismos en su percepción, y de este modo, en cada percepción se observan parcialmente a ellos mismos. La manera mediante la cual los seres humanos son capaces de acceder al conocimiento de la realidad, es a través de unidades cognitivas biológico/ambientales las cuales, impiden el acceso a una objetividad plena (Castro, 2001).

De esta forma, existe un conjunto de pasos que permiten que se tenga acceso a mejores construcciones de la realidad. Igualmente, el Modelo Integrativo Supra-paradigmático permite integrar la cultura en la cual se ve inmersa la persona, pues es la cultura misma la que permite y sostiene la manera en cómo se encuentra organizada la consciencia de cada individuo. Así, la cultura hace referencia a las configuraciones sociales que existen entorno a las personas; de este modo, cada paradigma y el sistema self se encuentran envueltos en la carga cultural que cada persona posea (Soler, s.f.). El Enfoque Integrativo Supra-paradigmático busca también facilitar el proceso de relaciones entre los principios de influencia, los conceptos movilizadores, las técnicas válidas y las fuerzas de cambio provenientes tanto de los seis paradigmas como también de las seis funciones del Self (Petersen, 2011).

Así, este Modelo integra varios paradigmas que ayudan a comprender y explicar la manera cómo cada persona se posiciona frente a determinados estímulos y experiencias, dándoles distintos significados y estableciendo una realidad; también es utilizado para

atender de forma integral a las personas tomando en cuenta cada ámbito de su vida, y la singularidad con la que cada persona los interpreta y se relaciona frente a ellos. También, la cultura cumple un papel fundamental dentro de cada paradigma y función debido a que éstos estarán marcados por las características propias que cada cultura posea. Así, se explicará cada paradigma como también otros elementos importantes que abarca el Modelo, como, por ejemplo, los paradigmas causales como causalidad lineal, causalidad circular, y principio de influencia; pues estos temas son fundamentales para el abordaje de problemas psicológicos.

Castro (2001) propone seis paradigmas dentro del Modelo Integrativo Supra-paradigmático y explica también su relación con el principio de influencia y las estrategias de tratamiento; los siguientes son:

1. Paradigma Biológico afirma que "ciertas características específicas genéticas, endócrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas (las cuales a su vez pueden ser desajustadas" (Castro, 2001, pág. 109). También, dentro de las investigaciones del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) y del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), se ha encontrado que ciertos factores de la personalidad que tiene bases biológicas, tales como la introversión o el neuroticismo, influyen en la autoimagen y en la autoestima de las personas; de este modo, se utiliza el término SELF biológico para hacer énfasis en ciertos aspectos del sí mismo que se encuentras influenciados por la biología.

2. Paradigma Cognitivo: se basa principalmente en el procesamiento e información. De este modo, la presencia de ciertas distorsiones, sesgos o defectos en torno a la percepción e interpretación de las experiencias, puede ocasionar algunas respuestas desadaptativas y generar al mismo tiempo un error sistemático y persistente en el procesamiento de la información que juega un rol en muchas representaciones de la Psicoterapia.

Del mismo modo, los principios de influencia dentro de este paradigma afirman que, la atención selectiva hacia aquello que se considera negativo, tendrá una fuerte influencia en las probabilidades de que se generen efectos negativos, y también, cierta tendencia

para atribuir los éxitos a factores externos y los fracasos a factores internos, influyendo en el deterioro tanto de la autoimagen como de la autoestima. De esta manera, a través de un cambio en el procesamiento de información, se experimentará menos sufrimiento en relación al ambiente y se podrá disfrutar mucho más del mismo (Castro, 2001)

.

Así mismo, según Barrientos, (2013, pág.1),

Lo central es el procesamiento de la información y la información en sí. Por lo tanto, se establece que eventos cognitivos (pensamientos o imágenes transitorias) y/o estructuras cognitivas (valores o pensamientos estables) pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos, es decir, los pensamientos pasarían no solamente a generar emociones e influenciar en el comportamiento, sino que desde el Modelo Integrativo Supra-paradigmático, estas interaccionarían también con aspectos inconscientes y biológicos. De esta manera, la reestructuración cognitiva pasa a transformarse en una reestructuración integral.

3. Paradigma Afectivo: afirma que las estructuras y ciertos eventos afectivos, pueden influir de manera causal originando cogniciones, conductas y hasta cambios fisiológicos en el organismo de las personas.

Para Barrientos, (2013, pág.1),

La respuesta afectiva supone la integración de elementos o dimensiones: en la dimensión subjetiva, la persona vivencia sus cambios fisiológicos (autonómicos y límbicos), los interpreta cognitivamente y los asume con un sentir que se puede presentar en distintos niveles de conciencia. En la dimensión objetiva se pueden precisar los estímulos desencadenantes, las respuestas del sistema nervioso autónomo, las respuestas del sistema límbico, la expresión no verbal y las conductas motrices.

En la dimensión temporal se incorpora el tiempo de reacción (latencia) y duración de la respuesta emocional. El paradigma Afectivo implica entonces que las necesidades y tendencias, umbrales afectivos, motivación al cambio, eventos y estructuras afectivas, balance entre satisfacción y frustración, pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico (Barrientos, 2013).

4. Paradigma Inconsciente:

Involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas "desde aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente; puesto en las palabras de Henri Ey (1970), lo que define al inconsciente es que sea desconocido para la consciencia. Y, en ausencia de control consciente, los dinamismos inconscientes adquieren una "lógica " diferente; todo ello contribuye a perfilar un paradigma con características diferentes" (Castro, 2001, pág. 114).

En cuanto a los principios de influencia, Castro (2001, pág. 114) menciona que:

> La aceptación sin conflicto en la conciencia, de contenidos previamente marginados, aumenta la probabilidad de "relax" en el sistema psicológico de la persona y que la presencia de mecanismos de defensa inconscientes (represión, negación, proyección, etc.) influyen aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de realidad.

También, otra explicación de este paradigma es la de Barrientos, (2013, pág.1) quien indica que:

> El paradigma Inconsciente establece que, desde fuera de la conciencia, las cogniciones y/o afectos pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos conscientes como inconscientes. La dinámica psíquica está movilizada por diferentes factores tales como contenidos reprimidos, estructuras no conscientes, eventos no conscientes y estimulación subliminal, los cuales son regulados por el mecanismo de la represión. En relación al paradigma inconsciente, a simple vista parecería que no se ha tomado en cuenta la vasta producción psicodinámica existente, sin embargo como se dijo anteriormente la selección realizada por Opazo (2001) y sus colaboradores, ha rescatado aquellos postulados refrendados por la investigación, encontrándose que evidentemente el proceso de la represión y los mecanismos de defensa entre otros son irrefutablemente importantes en el funcionamiento psíquico integral, sin embargo existen otras teorizaciones que no aportan a la predicción y al cambio en psicoterapia, las cuales no pueden ser tomadas en cuenta dentro del paradigma.

5. Paradigma Ambiental/Conductual: afirma que, algunas características ambientales pueden influir en el origen de ciertas cogniciones, afectos o conductas que pueden ser vistos o no como desajustados. Así, aquello que sea completo/incompleto en cuanto al repertorio de

conductas de las personas, influirá también en los niveles cognitivos, afectivos y conductuales. Este paradigma también integra el modelo de Pavlov conocido como condicionamiento clásico y el condicionamiento operante de Skinner. De este modo, este paradigma se enfoca principalmente en el rol de las experiencias tempranas, las cuales, "no sólo son fijadas más penetrante y fuertemente, sino que sus efectos tienden a persistir y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías" (Castro, 2001, pág. 111).

6. Paradigma Sistémico: este paradigma afirma que el todo es más que la suma de sus partes, es decir, implica cierto número de elementos que se mantienen en interacción. Es decir, un sistema se comportará concorde a los patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene ni comienzo ni fin.

> La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático (Cannon, 1929) o de conservar su coherencia sistémica (Dell, 1982), lleva a los sistemas a la resistencia al cambio o morfostasis (Maruyama, 1977). Y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas, sean éstas partes cognitivas, afectivas o conductuales (Castro, 2001, pág. 115).

De igual forma, cuando se habla de los principios de influencia relacionados a este paradigma, Castro, (2001, pág. 115) menciona que "la tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático influye aumentando la probabilidad de morfostasis, es decir la resistencia al cambio" y el que "un cambio positivo estable en una parte del sistema, influye "irradiando " su efecto, aumentando la probabilidad de que se presente u n efecto "positivo " estable en el sistema total".

Así, se puede observar cómo los seis paradigmas explicados con anterioridad se encuentran relacionados los unos con los otros, razón por la cual la alteración en alguno de los paradigmas provocará alteraciones en los otros. En relación al internamiento involuntario y sus efectos psicológicos, cada paradigma juega un papel fundamental en la vida del adulto mayor, y cada uno se modificará a causa de dichos efectos psicológicos influyendo en el desenvolvimiento y adaptación al medio residencial.

2.2. Modelo Integrativo Supra-paradigmático relacionado con los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad

Para comenzar, es importante mencionar que se han encontrado muy pocas investigaciones del Modelo Integrativo Supra-paradigmático que tengan relación con los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, por esta razón, dentro de este subtema se expondrán algunas ideas en torno a la tercera edad y sus diversas problemáticas, como por ejemplo, el maltrato, el abandono, la violencia intrafamiliar, y su relación con los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad.

Como se menciona en el capítulo anterior, la tercera edad es una etapa en la cual se generan una serie de cambios de índole físico, biológico y psicológico; el envejecimiento puede ser normal o patológico, y dependiendo de las enfermedades que van apareciendo con el transcurso del tiempo, muchas familias toman distintas decisiones para poder brindar el cuidado apropiado a sus seres queridos, ya sea contratando personas especializadas para el cuidado del adulto mayor o acudiendo a los Centros de atención para adultos mayores. De esta manera, tomando como referencia el paradigma biológico del Modelo Integrativo Supra-paradigmático en relación a la tercera edad, se encuentran ciertos factores de riesgo que generan un nivel de dependencia, como por ejemplo, padecer algún tipo de enfermedad orgánica, tales como el Alzheimer, la demencia senil, u otras enfermedades que impiden que el adulto mayor sea capaz de satisfacer sus necesidades y cuidados corporales básicos (Gabriel, 2015).

Todos estos factores de riesgo, pueden en muchas ocasiones llevar a que existan no solo prejuicios sino también maltrato hacia el adulto mayor, como negligencia activa, la cual hace referencia al descuido por parte del familiar o cuidador para atender de forma integral y óptima a la persona en cuanto a su condición, produciéndose de este modo violencia intrafamiliar; también, el padecer algún tipo de enfermedad orgánica puede requerir la demanda de cuidados paliativos o generales, los cuales muchas veces las familias o las personas que están a cargo del adulto mayor no pueden brindar, y de esta manera, acuden a

centros residenciales, casas hogar, o ancianatos en donde muchas veces se dan abusos físicos, psicológicos o abandono por parte de los cuidadores, provocando que el adulto mayor tenga problemas adaptativos al centro residencial o desarrolle sentimientos de soledad, apatía o baja autoestima, los cuáles vienen a ser efectos psicológicos a causa del internamiento en centros residenciales para el adulto mayor (Gabriel, 2015).

Igualmente, dentro de este paradigma biológico y su relación en torno a la negligencia, la violencia intrafamiliar y el maltrato hacia el adulto mayor, se puede evidenciar el principio de influencia, el cual plantea que mientras mayor sea el nivel de dependencia del adulto, mayor será la posibilidad de ser víctima de violencia intrafamiliar, maltrato u abandono. De esta forma, el principio de influencia, como se explicó con anterioridad, hace referencia a un hecho específico precedente, y a un hecho específico consecuente, donde la presencia del primero aumenta la probabilidad de que se genere el segundo. Así, se puede plantear que el alcanzar una edad avanzada es un factor de vulnerabilidad hacia el maltrato debido a que las capacidades físicas y cognitivas de las personas disminuyen, provocando que se genere mayor dependencia (Gabriel, 2015).

En cuanto al Paradigma Conductual/Ambiental, se puede evidenciar al aislamiento por parte del adulto mayor como un factor de riesgo, definiendo al mismo como "la falta de participación en actividades sociales y profesionales. Las relaciones familiares se ven, asimismo, alteradas muchas veces, siendo con frecuencia muy difícil la convivencia bajo el mismo techo con otras generaciones" (Vera, 2000, pág. 40). En ciertas ocasiones, el adulto mayor puede dejar de ser un miembro activo en la sociedad, que se aísla de su familia de manera voluntaria por los cambios conductuales que se dan en este periodo, dificultando las relaciones familiares, debido a la disputa que se genera en torno a los cuidados del adulto mayor y la custodia del mismo. Otro factor de riesgo que se puede presentar dentro de este paradigma es el del patrimonio. Así, en algunas situaciones existe violencia económica, donde los cuidadores pueden obligar al adulto mayor a firmar ciertos documentos como donaciones o testamentos, con el propósito de adueñarse de su pensión o propiedades, despojando al adulto mayor de su autonomía y su capacidad para tomar sus propias decisiones. Es así como la disminución del repertorio conductual del adulto mayor, es decir, la pérdida de las capacidades físicas y la pérdida de las capacidades cognitivas, pueden convertirse en un factor de riesgo debido a que el medio en el cual la persona se desenvuelve

puede tornarse hostil y violento, como consecuencia de los cambios en la conducta del adulto mayor, posicionándolo ante una situación de vulnerabilidad (Gabriel, 2015) .

De este modo, cuando una persona de avanzada edad es internada en un centro residencial, deja de lado todas sus posesiones y éstas pasan a manos de los hijos o parientes más cercanos, quienes en algunas ocasiones inician trámites legales sin el consentimiento del adulto mayor, dejando de lado su voluntad y autoridad (Gabriel, 2015).

Igualmente, dentro del Paradigma Sistémico se pueden encontrar varios factores de riesgo, como por ejemplo, la disfuncionalidad en el sistema familiar en el cual se encuentra sumergido el adulto mayor; estas disfunciones pueden estar relacionadas a las fallas del subsistema de autonomía de las familia donde se presentan problemas relacionados al cuidado mutuo, disfunciones en el subsistema afectivo-empático, establecimiento de límites, resolución de conflictos o problemas intergeneracionales (Gallegos, 2007). Otro factor de riesgo se puede encontrar dentro de las familias de tipo desligado, las cuales hacen referencia a esas familias donde cada persona no ve por las demás. Hay distanciamiento o alejamiento que suele ser prematuro y descompensado, lo que resulta incompatible con la formación de auténticas individualidades madurativas (Gabriel, 2015). "Estas familias carentes de reglas y estructuras estables, facilitan emocionalmente abandono, malos tratos, abusos sexuales y se constituyen en terreno abonado para las sociopatías y la multiproblematicidad" (Gonzáles, 2007, pág. 114). De esta forma, la falta de estructuras estables dentro de este tipo de familias, provoca que las mismas sean más propensas a presentar maltratos, negligencia u abandono hacia el adulto mayor (Gabriel, 2015).

De la misma manera, es importante mencionar que otro factor de riesgo es el haber sido miembro de una familia desligada, siendo la violencia una manera de resolver los conflictos; pues muchas veces, la violencia llega a ser un patrón transgeneracional. Así, si el adulto mayor en su juventud utilizó la violencia como una forma de educar o de resolver conflictos, es muy probable que el mismo llegue a ser víctima de violencia al alcanzar la tercera edad (Gabriel, 2015).

Dentro del Paradigma Afectivo, un factor de riesgo que se puede ligar a los efectos psicológicos del internamiento involuntario de la tercera edad es la labilidad emocional, la

cual, si bien puede presentarse en el adulto mayor, no es siempre la responsable de las conductas violentas del mismo. El adulto mayor muchas veces no posee estabilidad anímica, por lo que sus cuidadores pueden llegar a sentirse irritados y mostrar conductas violentas hacia la persona de la tercera edad. Al ser internados en un centro residencial, su estado anímico puede decaer, provocando que le sea difícil relacionarse y cooperar con el resto de sus compañeros o el personal del centro. Otro factor de riesgo dentro de este paradigma, es la baja tolerancia a la frustración por parte del adulto mayor; por este motivo, el adaptarse a algún centro residencial puede serle difícil debido a que se expone a un ambiente desconocido con distintas normas y reglas, la convivencia con más personas, la pérdida de la intimidad o autonomía, sufrir de alguna enfermedad y tener miedo ante situaciones de incertidumbre, así, muchas veces el adulto mayor puede reaccionar de manera violenta, con rabia o tristeza excesivas (Gabriel, 2015).

En relación al Paradigma Cognitivo, un factor de riesgo relacionado a los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad es el de tener una autoimagen negativa, la cual:

> Se relaciona con la forma en que los ancianos se perciben a ellos mismos. Los estudios han demostrado que los ancianos que se ven como viejos tienden a ser enfermizos, deprimidos, ansiosos, infelices y menos competentes para manejar sus asuntos. Los que se sienten jóvenes, independientemente de la edad que tengan, tienden a permanecer atentos, vigorosos, activamente participantes e independientes (Beaver & Miller, 1998, pág. 320).

En torno al Paradigma Inconsciente existe un mecanismo llamado ensimismamiento, el cual hace referencia a cuando "el anciano se refugia en su pasado, perdiendo todo contacto interpersonal y mostrando apatía por su entorno y desinterés ante el mundo y las cosas (Vera, 2000, pág. 103). Dentro de los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, algunos pueden mostrar apatía y desinterés en relación a su entorno y con los demás; también experimentan tristeza y pueden presentar deterioros físicos y psicológicos, pues poco a poco van perdiendo su autonomía y su yo también se va

deteriorando; así, su entorno se vuelve negativo y es más difícil que la persona vaya adaptándose al nuevo medio (Gabriel, 2015).

Al haber analizado los variados factores de riesgo que se presentan en los paradigmas del Modelo Integrativo Supra-paradigmático en torno a la violencia, maltrato y abandono hacia el adulto mayor, se visualiza que un punto fundamental es el nivel de dependencia que el adulto mayor presenta en cada paradigma, pues la vejez es una etapa que muchas veces requiere cuidados que el adulto mayor no puede brindarse a sí mismo, y necesita de los demás para satisfacer sus necesidades básicas, haciéndolo mucho más vulnerable (Gabriel, 2015).

"Finalmente, de esta, manera se busca hacer un recorrido por cada paradigma con el fin de poder educar, hacer conciencia y movilizar hacia un rato digno y justo por nuestros adultos mayores" (Gabriel, 2015, pág. 8). Así, el propósito de esta investigación al usar el Modelo Integrativo Supra-paradigmático en torno a los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, es el de explicar de manera integral la forma en como cada paradigma ocupa una parte importante en el sentir de la persona y en la manera en cómo la misma percibe su mundo interno y externo. Trata de explicar los distintos procesos que se producen dentro de cada paradigma y la manera en como esto afecta al adulto mayor en relación al entorno. Así, mediante El Modelo Integrativo Supra-paradigmático, se busca generar una comprensión más amplia acerca de la perspectiva del adulto mayor ante la institucionalización no deseada y los impactos que esto genera sobre su vida cotidiana.

III CAPÍTULO

INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

3.1. ¿Qué se entiende por internamiento involuntario?

Para comenzar, es importante explicar la importancia del término "internamiento", el cual es conocido también como "institucionalización". Este término se refiere al "internamiento de una persona mayor de 60 años o adulto mayor, bajo la jurisdicción o tutela de una institución (hospitales, hogares para ancianos, albergues diurnos, etc.,). De ese modo, se ha aplicado el término de institucionalización a aquellos procesos sociales por los cuales un individuo es ubicado bajo la jurisdicción de una institución formal, ejército, hospital psiquiátrico, sistema carcelario, guardería, centro diurno, etc. (Gonzáles, 2001) en otras palabras, "se refiere a las modalidades de organización social que ejercen un alto grado de control sobre el comportamiento de los individuos bajo su jurisdicción, al punto de regular formalmente la membresía, la entrada y salida de los linderos institucionales" (Gonzáles, 2001, pág. 141).

En el caso de las personas de la tercera edad, el internamiento se da usualmente en hospitales u hogares de ancianos u hospicios. De este modo, muchas de estas instituciones brindan cuidados al adulto mayor a largo plazo, ya sea por condiciones o enfermedades crónicas, que muchas veces sus familiares o cuidadores no pueden cubrir de forma integral. Así mismo, este proceso de internamiento no solamente genera un costo monetario, sino también un costo humano, lo que genera preocupación en los gerontólogos (Gonzáles, 2001).

Según Gonzales (2001), se han realizado varios estudios que han demostrado que el proceso de institucionalización en muchas ocasiones se realiza sin el consentimiento del adulto mayor, tanto en instituciones como en guarderías y centros de cuidado diurno, ya que los familiares recurren a estas alternativas como una solución ante ciertas carencias que el círculo familiar experimenta, tales como la falta de apoyo social o la disminución de los recursos económicos. Del mismo modo, algunos estudios gerontológicos han demostrado

que las probabilidades de que un adulto mayor experimente una institucionalización aumentan de manera drástica a medida en que avanzan de edad, de este modo, casi el 70 por ciento de los individuos que fallecen después de los 85 años han sido internados ya sea en hospitales, hogares para ancianos, o instituciones de custodia o guardería.

En cuanto al internamiento involuntario, la página Web Probono.net (2018) hace referencia a la institucionalización de una persona, en este caso de un adulto mayor, la cual se realiza sin el consentimiento de la misma, violando de esta manera sus derechos. Esto genera muchas veces una serie de efectos psicológicos a causa del internamiento, los cuales tendrán un impacto tanto en la calidad como en la esperanza de vida de los adultos mayores internados en contra de su voluntad.

Una investigación realizada por la Revista para el Análisis del Derecho de Barcelona Urtasun (2018, pág. 9) afirma que:

> El consentimiento libre y consciente es el requisito primordial para el ingreso de una persona mayor en un centro residencial, y hasta el momento es el elemento que ha acaparado la atención de las resoluciones judiciales y de la doctrina, pero no es la única exigencia que ha de reunir el internamiento, al menos para algunas leyes autonómicas. Como se verá, el ejercicio de la libertad individual para el ingreso debe ir precedido, de acuerdo con algunas de ellas, del ofrecimiento de una información completa y en términos accesibles a la persona mayor, y además el consentimiento para el ingreso deberá adoptar la forma escrita.

De esta manera, se puede observar que, en países como España, también existen leyes que amparan al adulto mayor al momento de ser ingresado en cualquier centro residencial, pues el Estado reconoce el derecho de las personas de la tercera edad para decidir libremente sobre el ingreso en cualquier tipo de centro residencial (art.4.g). Esta ley no aplica solamente a las personas que no presentan algún tipo de discapacidad, sino que toma en cuenta a aquellas que sí, reconociendo así mismo el derecho que tienen para elegir su centro de residencia (art.18) e impidiendo que sean privadas de libertad (Urtasun, 2018).

De este modo, estas leyes y normas son positivas, ya que permiten reconocer la importancia y la necesidad de que exista consentimiento por parte de las personas de la tercera edad, tengan o no discapacidades, o se encuentren en situación de dependencia. Así,

existe el derecho a la libertad individual de todo adulto mayor, al acceso a servicios residenciales, y no solamente a aquellos que se encuentran en situación de riesgo, abandono, discapacidad o dependencia ya que los beneficios residenciales forman parte de las prestaciones de los servicios sociales (Urtasun, 2018).

Al margen del requisito de la capacidad de la persona mayor para consentir el ingreso, la mayoría de leyes autonómicas de servicios sociales han incorporado el derecho a recibir información previa como un derecho más en el ámbito socio-sanitario, aplicable por tanto al ámbito de los centros residenciales. Algunas de estas normas recogen con carácter general el derecho de los usuarios a recibir información suficiente y en términos comprensibles sobre las prestaciones o servicios disponibles, mientras que otras normas concretan algo más el contenido de la información (Urtasun, 2018).

De igual forma, según la revista para el Análisis del Derecho en Barcelona Urtasun (2018), es necesario exigir que el consentimiento del adulto mayor para ingresar a un centro residencial se dé por escrito, y no solamente de manera verbal; de este modo, se garantiza el derecho de las personas de la tercera edad para decidir libremente sobre su ingreso en una residencia. Esta decisión la puede tomar después de haber recibido la información necesaria acerca de la residencia, y ser consciente de su decisión. Sin embargo, actualmente estas normas no se cumplen, y muchas veces el adulto mayor es internado en contra de su voluntad, dejando de lado los protocolos establecidos y ultrajando así los derechos del adulto mayor (Urtasun, 2018). La libertad de decisión se asienta sobre el presupuesto de que el sujeto tiene capacidad para decidir, y tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia se han ocupado de los internamientos de aquellas personas mayores, que precisamente ya no conservan dicha capacidad; sin duda estos casos van a ser objeto de análisis (Urtasun, 2018).

De este modo, si bien los centros residenciales incluyen actividades que ayudan a que el adulto mayor conserve y fortalezca sus facultades físicas, psicológicas y cognitivas, no se ocupan de urgencias terapéuticas sino solo de asistenciales, y dentro de ellas no existe la posibilidad de que el ingreso sea en contra de la voluntad del adulto mayor; por este motivo, los centros residenciales se verán obligados rechazar a los pacientes incapaces de decidir por sí mismos o que no cuenten con la autorización judicial adecuada, pues el Tribunal Constitucional de España ha afirmado que “los internamientos no autorizados suponen una

situación ilícita de privación de libertad, no siendo convalidables o regularizables mediante la obtención de dicha autorización a posteriori" (Urtasun, 2018, pág. 40). Así, se establece respeto a la capacidad de decisión de los adultos mayores, y se garantiza sus derechos al momento de querer ingresar o ser ingresados en un centro residencial (Urtasun, 2018).

Del mismo modo, el Artículo 153 (Abandono de Personas) del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (2017, pág. 53) menciona que:

> La persona que abandone a personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Las lesiones producto del abandono de persona, se sancionarán con las mismas penas previstas para el delito de lesiones, aumentadas en un tercio. Si se produce la muerte, la pena privativa de libertad será de dieciséis a diecinueve años. Código Orgánico Integral Penal, COIP. (2014-2017). Registro Oficial Suplemento 180. (3-15).

De igual manera, Ricardo Vaca Andrade, especialista en Derecho Penal del Ecuador, en Paredes (2014), afirma que de acuerdo a lo especificado en el Artículo 153 del Código Orgánico Integral Penal no se sanciona únicamente a los familiares, sino también, a aquellas personas que tienen bajo su tutela, cuidado y protección a personas de la tercera edad. Así mismo, Andrade menciona que:

> Es, precisamente, el deber de cuidado el origen de la responsabilidad penal, la misma que puede ocurrir si se expone a los adultos mayores a una situación de desamparo y peligro real. Estos delitos son perseguidos mediante acción pública, es decir cualquier persona puede denunciarlos ante la Fiscalía o la Policía. Después de haber realizado la denuncia, la Fiscalía deberá iniciar el proceso penal correspondiente para constatar la existencia de delito o descartar la misma, y de este modo, identificar a las personas responsables y sancionarlos (Paredes, 2014, pág.1).

Por otro lado, los Psicólogos que trabajan dentro de la Institución "Corazón de María", afirman que existen factores que intervienen para que el adulto mayor no quiera ser institucionalizado, como por ejemplo la restricción de su libertad, ya que consideran que, al

ser ingresados a un asilo, son sometidos a horarios de sueño y de alimentación, así como rutinas propias de cada institución, y además son obligados a realizar y participar en ciertas actividades, aun en contra de su voluntad. De igual manera, el personal de enfermería administra la ropa de los adultos mayores, la cual es entregada diariamente como política de la institución, pues no es permitido que ninguno de ellos posea ningún tipo de pertenencias, ya muchos de ellos sienten la necesidad de acumular objetos y/o ropa.

Otro factor importante mencionado por los Psicólogos de la institución "Corazón de María" donde se realizó este estudio, es la relación que existe entre el adulto mayor y el personal de la Institución. Muchas veces no existe un buen trato por parte del personal que interactúa diariamente con ellos, y el servicio que se brinda al adulto mayor puede ser inapropiado y bastante limitado por parte del personal, el cual no siempre tiene un vasto conocimiento acerca de la tercera edad y los cuidados que el adulto mayor necesita. Por esta razón, el personal de Psicología crea espacios de Psicoeducación dirigidos hacia enfermeros, enfermeras y personal de limpieza, para mejorar el trato y los cuidados de los adultos mayores que se encuentran en la institución.

Otra problemática que se evidencia es la relacionada a la convivencia dentro de la Institución, pues algunos adultos mayores no desean integrarse o tener una buena relación con sus compañeros de cuarto, lo que puede ocasionar riñas, en otros casos, los adultos mayores institucionalizados se retraen y evitan relacionarse con quienes les rodean debido a limitaciones, tales como enfermedades o discapacidades, las cuales no les permiten establecer vínculos amistosos o de confianza. Igualmente, se presentan casos de robos dentro de las habitaciones en donde los adultos mayores se encuentran alojados, lo que ocasiona problemas entre ellos.

Por otro lado, si bien al momento de ingresar a la Institución algunas personas de la tercera edad presentan descuido y abandono por parte de los familiares, después de ingresar suelen mejorar debido a que en la Institución se les brinda cuidados y ayuda; en algunos casos, las personas han podido recuperar su motricidad gracias a la terapia física e incluso han mejorado su apariencia. En otros casos en los que los adultos mayores presentan una descompensación de tipo emocional, son derivados a Psiquiatría, en donde se realiza una evaluación de su salud mental y física, y de los medicamentos prescritos.

Tanto psicólogos, médicos, y psiquiatras, realizan trabajos de acompañamiento y sostenimiento que facilitan su adaptación al medio, tales como terapias individuales, chequeos médicos generales realizados dentro de un tiempo determinado, terapias físicas y ocupacionales, y la administración de medicamentos en caso de ser necesario. Según los psicólogos de esta Institución, los síntomas muchas veces disminuyen a las tres semanas de haber ingresado, pero esto no se observa en todos los casos. Dentro del "Corazón de María" se encuentran también personas que vienen de las calles, por lo que es mucho más fácil para ellos adaptarse a un nuevo entorno de manera más rápida que aquellas que provienen de un hogar.

La Institución "Corazón de María", tiene como objetivo reforzar las visitas de los familiares dentro del protocolo dentro de ésta, y los familiares siempre deberán estar en contacto con el adulto mayor. Sin embargo, en muchas ocasiones, si bien el contacto con la familia es de gran ayuda, en otros casos puede complicar el trabajo que se realiza, ya que, en varios casos, existen conflictos interfamiliares que afectan el estado emocional del adulto mayor.

3.2. Aspectos legales en la adultez tardía

En el plano regional de las Naciones Unidas, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, plantea distintas estrategias para promover y garantizar los derechos de las personas de la tercera edad, como por ejemplo, el envejecimiento activo, productividad y protagonismo del adulto mayor, respeto a la heterogeneidad de personas de la tercera edad, enfoque del ciclo de vida, visión prospectiva a largo plazo y solidaridad intergeneracional (Navarro, 2004).

Según Sandra Huenchuan Navarro, consultora del Área de Población y Desarrollo de la División de Población-CELADE, en un estudio acerca del Marco Legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina, se ha realizado un análisis comparativo de las Constituciones de diferentes países para poder observar una perspectiva de manera general de los derechos del adulto mayor. Por medio de este estudio, se comprobó que en 19 de los 21 países que se analizaron, se establecen derechos para las personas de la tercera edad; en

13 países se enfocan en el derecho al cuidado del adulto mayor; en 12 países se enfocan en la garantía de derechos básicos tales como la seguridad social; en 6 países se reconoce el derecho a la dignidad; en 5 países se establece el derecho al trabajo; en 2 países se instituye la participación del adulto mayor, y finalmente, en 3 países se instaura el voto facultativo de derechos políticos (Navarro, 2004).

El derecho al cuidado es establecido como una garantía particular en países como Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela, y forma parte de la protección hacia grupos más vulnerables, como por ejemplo niños, mujeres o cuidado de personas de la tercera edad en un contexto familiar. En cuanto al derecho a la seguridad social, éste se encuentra dirigido a brindar protección frente a las consecuencias que trae el envejecimiento, otorgando así herramientas necesarias para la promoción y obtención de una buena calidad de vida (Navarro, 2004).

En países como Brasil y Ecuador se ha establecido que el derecho a la seguridad social debe abarcar a la población rural. El derecho al trabajo se encuentra contextualizado, al igual que el derecho a la seguridad social, en la esfera del derecho a la independencia; en Cuba, se hace énfasis en la protección al trabajador de la tercera edad; en Guatemala, se garantiza a los trabajadores de 60 años o más sean tratados con dignidad; y en Panamá, Paraguay y Venezuela se establece el derecho al trabajo sin distinción de edad (Navarro, 2004).

El derecho a la dignidad se encuentra asociado a la eliminación de la discriminación basada en la edad en países como Brasil y en México; en Costa rica y Ecuador a la protección del adulto mayor contra la violencia doméstica; en Paraguay se instaura la promoción de la calidad de vida. El derecho a la participación en países como Brasil y Colombia garantiza la participación de las personas de la tercera edad, promoviendo de este modo integración comunitaria para fomentar y mantener una vida activa durante la vejez. En Ecuador, Brasil y Perú, se ha establecido el voto facultativo para las personas de 60 o 70 años equiparando su estado con personas que no saben leer y escribir (Navarro, 2004).

De igual forma, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, tiene como objetivo motivar e impulsar a los países mencionados a realizar acciones necesarias para lograr y cumplir con los

acuerdos previamente señalados, de este modo, se han tomado medidas para llevar a cabo la aplicación de esta estrategia. Entre estas medidas se encuentran la creación de planes y programas nacionales de envejecimiento, integración del envejecimiento en todos los ámbitos de la política pública, elaboración de un sistema de indicadores de las condiciones de las personas de la tercera edad, diseño de una agenda acerca de las investigaciones realizadas en torno al envejecimiento, y apoyo de organismos internacionales para la ejecución de esta estrategia (Navarro, 2004).

En cuanto a las leyes que protegen al adulto mayor en el Ecuador, según la Constitución de la República Del Ecuador (2008, pág.30), en el Capítulo Tercero de los Derechos de las Personas y Grupos de Atención Prioritaria, se menciona que:

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

De este modo, al establecer que las personas de la tercera edad son un grupo de atención prioritaria, la Constitución de la República Del Ecuador (2008) establece los siguientes artículos para proteger al adulto mayor:

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

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

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2.El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3.La jubilación universal.

4.Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5.Exenciones en el régimen tributario.
6.Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7.El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

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

8.Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9.Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Según la investigación realizada por la Editora Diana Briones, de la Revista La Hora (Briones, 2018), al ser las personas de la tercera edad un grupo de atención prioritaria, se encuentran protegidos por una normativa internacional y estatal; la normativa internacional hace referencia a las obligaciones que los Estados deben cumplir, pues al formar parte de los tratados internacionales, asumen obligaciones y deberes en virtud de los derechos internacionales comprometiéndose a proteger, respetar y promover los derechos humanos (Naciones Unidas, s.f); la normativa estatal establece que:

> El Estado tiene la obligación de velar por la vigencia y protección de los derechos humanos. Dispone que es deber del Estado respetar los derechos humanos reconocidos constitucionalmente y garantizar su libre y eficaz ejercicio y el goce de los mismos, así como de los derechos contenidos en pactos, convenios y más instrumentos internacionales (Estrella C, 2005, pág.1).

Ambas normativas se encuentran emitidas por La Comisión Especializada Permanente de los Derechos Colectivos, Comunitarios y la Interculturalidad de la Asamblea Nacional del Ecuador, para que de esta forma se pueda eliminar cualquier tipo de acción negativa dirigida hacia sus derechos. Se debe tener en cuenta las necesidades de este grupo de atención prioritaria buscando no solamente su seguridad social sino también sus derechos a una buena salud y calidad de vida, vivienda, educación, igualdad y a la no discriminación (Briones, 2018). De esta manera, se presentó un proyecto de Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para:

> Promover, regular y garantizar la plena vigencia y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, con estricta observancia al principio de atención prioritaria y especializada consagrado en nuestra Constitución de la República, instrumentos internacionales de Derechos Humanos y leyes conexas, con un enfoque de género, generacional e intercultural (Briones, 2018, pág.1).

Dicho proyecto fue establecido en el año 2018, creando modificaciones en los Derechos del Adulto Mayor emitidos por la Asamblea Nacional del Ecuador del año 2008, el cual, a través de esta ley, busca garantizar la protección a los derechos del adulto mayor, promoviendo el derecho a la igualdad y a la no discriminación. También, reconoce que el Estado tiene el deber fundamental de crear programas y políticas que ayuden a promover la inclusión del adulto mayor, tomando en cuenta su subjetividad y experiencias de vida, estableciendo de este modo un marco normativo que permita ejercer los derechos del adulto mayor. Así, se busca eliminar cualquier forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia o abuso en contra de este grupo social (Briones, 2018).

Del mismo modo, esta ley toma como adulto mayor a aquellas personas que tienen 65 años en adelante, así, se implementa un Registro Nacional de Personas Adultas Mayores, el cual será guiado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, donde se detallarán nombres, apellidos, fechas de nacimiento, ubicación demográfica, identificación étnica-cultural, estado de salud y contexto familiar. También, se tendrá un registro acerca de personas jurídicas, cuidadores, e instituciones públicas que se dediquen al cuidado y atención del adulto mayor, las cuales deberán tener un permiso otorgado por la autoridad designada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social para su funcionamiento (Briones, 2018).

Sin duda alguna, el Estado Ecuatoriano tiene el deber fundamental de elaborar políticas públicas enmarcadas en la garantía de los derechos de las personas adultas mayores, tomando como base una planificación articulada entre las instituciones que integran el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, además de promover la creación de centros especializados y hospitales geriátricos que brinden atención de primera orden (Briones, 2018).

Por estas razones, se debe sancionar cualquier tipo de maltrato, abuso, violencia o discriminación hacia el adulto mayor. Si bien se han creado leyes que los protegen, existen ciertos casos en donde pueden sufrir discriminación y maltrato ya sea en sus hogares o en los centros residenciales en los que se encuentran; a pesar de la protección que se les brinda, socialmente son un grupo marginado y que muchas veces no puede acceder a servicios de salud pública debido a las condiciones en las que viven, por esto, se debe seguir

implementando leyes que permitan que este grupo social cuente con servicios integrales y de fácil acceso para una buena calidad de vida (Briones, 2018).

La Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores genera beneficios para el adulto mayor, pues existe la reducción del 50 por ciento en tarifas para las personas de la tercera edad y un acompañante en cuanto a transporte, ya sea terrestre, aéreo, fluvial, marítimo, espectáculos culturales, públicos, deportivos, artísticos, parques turísticos o recreacionales y entrada gratuita a museos.

También se establece la reducción del 50 por ciento de los servicios básicos a los adultos mayores, y se les exonera del pago de impuestos fiscales, tasas y contribuciones especiales de mejoras municipales, a quienes hayan cumplido los 65 años de edad y que presenten ingresos mensuales con un máximo de cinco remuneraciones básicas unificadas (Briones, 2018).

Según Briones (2018, pág.1), para La Comisión Especializada Permanente de los Derechos Colectivos, Comunitarios y la Interculturalidad de la Asamblea Nacional del Ecuador, los derechos de las personas de la tercera edad son:

- Derecho a tener una vida digna y para garantizar este derecho es importante hacer efectivo el acceso a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permita fomentar su autonomía personal.
- Derecho a decidir de manera libre, responsable y consciente acerca de su participación en el desarrollo del país y en la definición de su proyecto de vida de acuerdo a sus propias tradiciones y creencias.
- Derecho a un trabajo digno y remunerado en igualdad de condiciones y a no ser discriminado en prácticas de empleo, garantizando de este modo la equidad de género y la interculturalidad.
- Derecho a una vivienda adecuada y digna sin que la familia, cuidadores o apoderados limiten su derecho de uso, goce y disposición.

- El derecho a la accesibilidad a bienes y servicios de la sociedad, eliminando las barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social, garantizando el acceso público en toda obra pública y privada, a través de medios de circulación adecuados para las personas adultas mayores.

- El derecho a la salud integral de manera universal, gratuita, solidaria, equitativa, y oportuna a los servicios de promoción, prevención, recuperación, cuidados paliativos, atención eficiente y rehabilitación especializada permanente, prioritaria en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud con enfoque de género, generacional e intercultural.

- Las personas adultas mayores que carezcan de recursos económicos para su subsistencia o cuando por su condición física o mental no les permita subsistir por sí mismas, tendrán el derecho a una pensión alimenticia por parte de sus familiares que les permita satisfacer sus necesidades básicas y tener una vida en condiciones de dignidad.

- La pensión mensual de alimentos será fijada por las juezas y jueces de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia mediante el trámite definido en la normativa vigente. El monto de las pensiones alimenticias será determinado conforme a la tabla emitida por el rector de Inclusión Económica y Social conforme a las necesidades reales de las personas adultas mayores, y a la capacidad económica de la o las personas alimentantes que deberá enviarse por mensualidades anticipadas, dentro de los primeros cinco días de cada mes.

- Las personas adultas mayores podrán interponer la acción para reclamar su derecho a alimentos a su cónyuge o pareja en unión de hecho, a sus descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad y a los hermanos o hermanas. Si existe más de un pariente la parte demandada deberá incluir a todos los sujetos que compartan el mismo parentesco.

- Un avance en esta normativa es que se reconoce la acción popular en las reclamaciones de alimentos a favor de las personas adultas mayores; por lo tanto, cualquier persona que tenga conocimiento de uno de estos casos, podrá poner esta situación en conocimiento de una jueza o juez Especializado de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia del domicilio de la persona adulta mayor, quien en todo caso iniciará de oficio la acción legal pertinente, y fijará la pensión correspondiente, sin perjuicio de que remita este hecho a la autoridad penal competente cuando exista la presunción de delito de abandono.

- El derecho a percibir la pensión alimenticia se extingue por la muerte de la persona adulta mayor o por la muerte de todos los obligados a prestar alimentos.

También existe el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual:

> Es el conjunto organizado y articulado de instituciones, servicios públicos y privados, normas políticas, planes, programas, mecanismos y actividades orientadas a atender de forma prioritaria y especializada a las personas adultas mayores, así como también a la prevención de todo tipo de violencia y reparación integral de los derechos cuando estos han sido violentados, la autoridad encargada de dirigir este sistema de protección integral es el rector del Ministerio de Inclusión Económica y Social, consagrando la facultad de convocar a cualquier otra entidad pública, privada o de la sociedad civil para dar cumplimiento a lo que establece la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Briones, 2018, pág.1).

De este modo, estas leyes permiten garantizar que las personas de la tercera edad puedan envejecer con seguridad y dignidad, así como garantizar su participación en actividades sociales como ciudadanos con todos sus derechos. En el país, el 75.34 por ciento de la población mayor a 65 años no se encuentran afiliados a un seguro de salud, y tan solo el 24 por ciento de esta población cuenta con una afiliación al IESS. A pesar de que se han logrado grandes avances constitucionales en cuanto a los derechos de las personas de la tercera edad, actualmente no se cuenta con una legislación adecuada que permita acceder y proteger de manera prioritaria e integral al adulto mayor en el Ecuador (Briones, 2018).

3.3. Derechos y criterios fundamentales de la internalización

Es importante conocer cuáles son los derechos y los criterios que se toman en cuenta al momento en que una persona de la tercera edad es ingresada a un centro residencial, pues los derechos del adulto mayor deben ser respetados para garantizar y promover la seguridad del adulto mayor, protegiendo su integridad y mejorando su calidad de vida. De este modo, el objetivo de algunos centros residenciales es:

> Brindar una atención de calidad y calidez personalizada a través de un equipo multidisciplinario, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, en especial de las que se encuentran en situación de abandono indigentes, o que carecieren de familia (Ministerio de Inclusión, 2014, pág.6).

A continuación, se expondrán los criterios de internamiento y el protocolo a seguir dentro de la Institución "Corazón de María", sitio donde se realizó la investigación para esta disertación. La institución "Corazón de María", es una institución sin fines de lucro, ubicada al norte en la ciudad de Quito, que brinda protección y cuidados al adulto mayor. Esta institución ofrece servicios integrales tales como atención médica, terapia física, ocupacional, y trabajo social. Algunas de las personas que se encuentran internadas allí no pagan una pensión y reciben donaciones. Igualmente, se realiza un estudio socioeconómico, analizando el nivel de ingresos de cada adulto mayor, y de acuerdo a esto se designa un monto que pueda aportar a la institución; en caso de que el adulto mayor no cuente con algún tipo de ingreso, no requerirá pagar una pensión.

La institución "Corazón de María" cuenta con algunos requisitos indispensables para garantizar la seguridad y derechos del adulto mayor. Como primer paso, es necesario agendar una cita con la trabajadora social para que analice las condiciones del adulto mayor y descarte una situación de abandono. El ingreso es formal y se debe tomar en cuenta las condiciones físicas de las personas, es decir, si toman medicamentos, sufren alguna enfermedad, si existe riesgo social, como maltrato por parte de familiares o cuidadores, pobreza extrema, amenazas, o en general que las condiciones de vida no sean las adecuadas. De este modo, la trabajadora social realiza una evaluación y posteriormente emite un informe del adulto mayor y todo el contexto que le rodea.

Después del ingreso, los familiares del adulto mayor deben presentar exámenes médicos que se les han realizado previamente, proveer los medicamentos necesarios y cumplir sus obligaciones con el adulto mayor. Así mismo, deberán firmar un documento notariado que indique que se harán cargo de los gastos exequiales; sin embargo, existen salas de velación que tienen convenio con esta institución.

Al ser ingresados, los adultos mayores deberán pasar por el Departamento de Psicología, donde los psicólogos se encargan de brindar contención, es decir, estabilizar a las personas para una mejor adaptación al nuevo medio; además, se aplican varios test:

- Test de Yesavage el cual es un cuestionario utilizado para el tamizaje de la Depresión para personas mayores de 65 años (Iglesia, y otros, 2002).

- Test Mini-Examen Del Estado Mental (MMSE) de Folstein, el cual es utilizado para descartar demencias y evaluar el estado cognoscitivo de los pacientes.
- Otros tipos de test para comprobar o descartar Ansiedad, problemas psicológicos y cognitivos.

Después, se realiza una anamnesis y se explica la dinámica de la institución. También, se lleva a cabo una evaluación de sus capacidades tanto físicas como cognitivas para constatar el estado de los pacientes, es decir, observar su estado emocional, su orientación en el espacio, salud psicológica y salud física, ésta última es analizada por medio de ejercicios a cargo de los fisioterapeutas. Las evaluaciones psicológicas son realizadas cada 6 meses y es un requisito establecido por el MIESS.

Una vez ingresadas, las personas son llevadas a conocer sus respectivas habitaciones y los distintos espacios donde podrán realizar actividades, como por ejemplo el área de bailo terapia, área de terapia física, área de terapia ocupacional y área de rehabilitación, sala comunal, grupo de lectura, biblioteca para el fortalecimiento cognitivo, sala de cine, comedor, y terapia individual, la cual, es realizada dentro del área de Psicología; cada área se encuentra ubicada en diferentes sectores para una mayor dinámica y comodidad; de este modo, dentro de los espacios mencionados se tratan temas como el maltrato o el abandono, que facilitan la catarsis y por lo tanto favorecen el crecimiento personal.

CAPITULO IV

EFECTOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

ANÁLISIS GLOBAL DE DATOS

4.1. Objetivos de la investigación

El objetivo principal de esta investigación fue determinar cuáles son los efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, y de qué manera estos efectos influyen en su calidad y esperanza de vida. Los objetivos específicos incluyen analizar los componentes que abarca la tercera edad y explicar los efectos psicológicos de la misma. Además, se realiza una breve explicación del Modelo integrativo supra-paradigmático, del internamiento involuntario y de los derechos fundamentales de la internalización. Igualmente, se presentan los tipos de efectos psicológicos que se pueden generar a causa del internamiento involuntario, y se da a conocer de qué manera el manejo inadecuado de los cuidados generales influyen en el adulto mayor. Finalmente, se intenta dar una respuesta a la hipótesis acerca de si el internamiento involuntario genera efectos psicológicos en las personas de la tercera edad y de qué manera estos impactan sobre su calidad y esperanza de vida.

4.2. Efectos psicológicos causados por el internamiento involuntario en personas de la tercera edad.

Esta investigación fue realizada a través de una metodología mixta, es decir, cualitativa y cuantitativa, realizada con personas de la tercera edad entre 65 y 90 años de una institución del norte de Quito. Los datos recolectados se obtuvieron mediante entrevistas semi-estructuradas y encuestas realizadas al adulto mayor, así como también por medio del Test de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) el cual es un instrumento que sirve para evaluar la calidad de vida de las personas de la tercera edad; su aplicación dentro de esta investigación tuvo una duración aproximadamente de 15 minutos, y consta de 24 ítems que tienen un rango del 1 al 5; este test se basa en una hoja sociodemográfica en donde se tratan temas como el estado civil, edad, sexo, actividades principales, nivel de estudio y estatus de salud. Así mismo, se encuentra dividido por seis dimensiones: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, participación/aislamiento, intimidad, muerte y agonía. Su interpretación se basa en la suma de los puntajes que oscilan entre 5 y 20 puntos, de este modo, mientras más alta sea la puntuación, más alta será calidad de vida. También se utilizó la Ficha de Evaluación Clínica Integral del Adulto Mayor (FECI-AM) propia del Modelo Integrativo Supra-paradigmático, el cual es un cuestionario de auto-reporte, siendo un instrumento que permite la evaluación integral de las personas para comprender los distintos paradigmas que componen este modelo; este instrumento tiene escalas integradas como el E.P.Q de Eysenk, el Test de Asertividad de Rathus, la Sub-Escala de Gambrill y Ritchie, y escalas que han sido desarrolladas por el equipo ICPSI (Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa), como las escalas de síntomas de Depresión, donde usualmente se encuentran problemas de concentración y atención, inapetencia, irritabilidad, poco deseo sexual, fatiga, insomnio, llanto, exceso de sueño, pena, sentimientos de culpa, aburrimiento, ideas de suicidio, desánimo y tristeza (Bejer,2004); síntomas de ansiedad, donde se presentan en muchos casos problemas de atención y concentración, mareos, problemas de memoria, diarreas, hiperhidrosis y agitación motriz, bruxismo, ideas obsesivas, fatiga, miedos fóbicos, sequedad bucal, angustia, pesadillas, insomnio, cefaleas, hipocondría, taquicardia (Bejer, 2004); autoimagen, que evalúa la actividad de reflexión del sujeto sobre sí mismo (Bejer, 2004); irracionalidad cognitiva, la cual evalúa el procesamiento cognitivo que la persona realiza sobre sí misma y sobre los demás, y puede producir desajustes emocionales y conductuales que usualmente pueden ser desadaptativos, así mismo, se pueden presentar en

pensamientos, conductas o emociones que interfieren en el alcance de metas importantes para las personas (Bejer, 2004); satisfacción de necesidades, que evalúa el grado de satisfacción que las personas sienten con respecto a los diferentes niveles de necesidades humanas (Bejer, 2004); autoestima, que mide tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual, implicando un sentimiento ya sea de gusto o disgusto, agradable o desagradable consigo mismo y sentirse admirado o no frente a su propia valía (Bejer, 2004); satisfacción de pareja, el cual evalúa el índice general acerca de la percepción que el sujeto tiene sobre el bienestar y realización en relación a la pareja en base a la intimidad, proyección y desarrollo (Bejer,2004); repertorio de conductas sociales que evalúa las habilidades sociales, respuestas de enfrentamiento y competencias comportamentales que permiten a las personas manejar las exigencias del mundo exterior (Bejer, 2004); perfeccionismo, el cual evalúa la tendencia para establecer estándares altos de desempeño combinados con una autoevaluación crítica y preocupación por cometer errores (Bejer,2004); y organicidad, que da cuenta de elementos de base orgánica que vulneran y predisponen un desajuste psicológico e inestabilidad.

Cada escala corresponde a cada paradigma, por ejemplo, la escala de síntoma depresivo y ansioso, escala de neuroticismo, extroversión, psicoticismo, deseabilidad social y vulnerabilidad biológica pertenecen al Paradigma biológico; la escala de satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración y autoestima forman parte del Paradigma afectivo, la escala de irracionabilidad cognitiva, autoimagen y perfeccionismo son parte del Paradigma cognitivo; dentro del Paradigma ambiental/conductual se encuentran la escala de repertorio de conductas sociales, auto eficiencia, y asertividad; la escala de satisfacción de pareja se encuentra dentro del Paradigma sistémico; la escala de autoimagen, autoestima, autoeficacia pertenecen al Sistema Self. Consta de 19 escalas clínicas de puntaje cuantitativo. Su aplicación dentro de esta investigación tuvo una duración aproximada de una hora dentro de dos sesiones. Para su interpretación, se suman los puntajes correspondientes a cada escala ubicándolos dentro de un rango bajo, medio o alto, siendo el puntaje más alto un indicador para comprobar la existencia de cualquier síntoma.

También se realizaron entrevistas al equipo de psicólogos, cuyos resultados también se incluyen. En este apartado, el análisis de datos globales será ligado a información complementaría obtenida de diferentes autores para mayor confiabilidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la metodología utilizada en este estudio, se determina que, si bien la institucionalización del adulto mayor en algunos casos es la mejor opción para la familia debido a las dificultades que a veces presentan para brindarles la atención necesaria, ya sea por factores económicos o el requerimiento de cuidados especializados, muchas veces es una situación poco deseada para el adulto mayor, especialmente porque la decisión de ingresar a un centro residencial es tomada sin su consentimiento.

La institucionalización involuntaria afecta negativamente de varias maneras al adulto mayor; al ser separados del medio que conocen, presentan una disminución en la capacidad de adaptación, ya que muchos de los roles que han ejercido durante su vida desaparecen y el contacto social junto con las actividades cotidianas disminuye de manera considerable, lo que genera que la autoestima de la persona se vea afectada.

En caso de que el ingreso al centro residencial sea de manera repentina y violenta, las personas pueden tener problemas relacionados con la orientación espacial y temporal, e incluso, de acuerdo a Quintanar (2007), pueden presentar anomia, la cual hace referencia a "un estado que surge cuando las reglas sociales se han degradado o directamente se han eliminado y ya no son respetadas por los integrantes de una comunidad".

Al ser institucionalizado, el adulto mayor puede presentar también una distorsión relacionada a su autoimagen, lo que provoca que la valoración subjetiva de sí mismo decaiga, influyendo de manera negativa en su habilidad para resolver conflictos y enfrentarse a las dificultades de la vida diaria, por muy pequeñas que estas sean.

A continuación, se realizará el análisis e interpretación de datos de este estudio, acerca de los efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario. En total se analizaron los datos de cinco adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente dentro de este estudio junto con una entrevista realizada a los psicólogos de la institución.

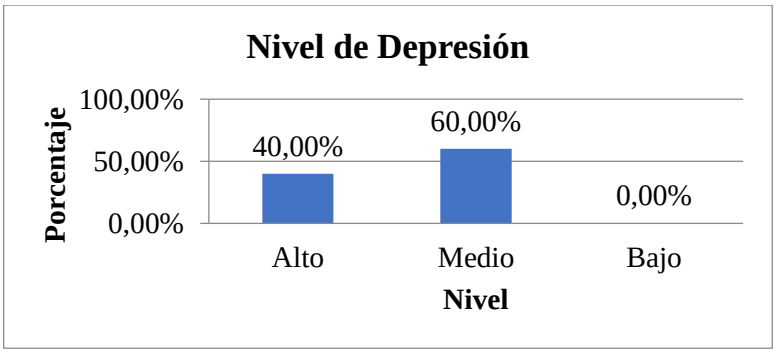
4.3. Análisis e Interpretación de datos

A través de las entrevistas, los Psicólogos de la Institución mencionaron que algunos de los efectos psicológicos que se pueden generar a causa del internamiento involuntario en las personas de la tercera edad son, en primer lugar la Depresión, debido a que los adultos mayores se ven obligados a dejar todas sus pertenencias y su hogar; también presentan ansiedad, ya que para ellos la Institución es un medio desconocido al cual deben adaptarse, así como a los cambios e imposiciones de horarios y por estas razones en muchas ocasiones las personas de la tercera edad sufren una descompensación los primeros días tras el ingreso. Así mismo, suelen presentar sentimientos de soledad y abandono, ira, tristeza, resignación, angustia y preocupación por la incertidumbre e inseguridad; del mismo modo, los adultos mayores muchas veces se vuelven inactivos debido a los cambios en su forma y estilo de vida, lo cual los hace sentirse reprimidos, encerrados o inútiles.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la ficha FECI-AM a los adultos mayores, se pudo determinar algunos de los efectos psicológicos que se producen en el internamiento involuntario. De este modo, como se observa en la Tabla 1, el 40 por ciento de las personas a las cuales se les aplicó la ficha FECI-AM, presentan un 40 por ciento en el nivel alto en la escala Depresión y el 60 por ciento un nivel medio. Esto es debido al distanciamiento con sus familiares, amigos, comunidad y hogar, también, muchos se convierten en individuos dependientes, lo cual los hace más vulnerables. Como se evidencia en la tabla estadística, existe un nivel medio de depresión, pero muchas veces esta puede estar enmascarada por sentimientos de ira o resignación, lo cual se evidenció en todos los casos de la muestra.

Del mismo modo, otro factor que influye en la depresión es el sentimiento de pérdida sobre el control de sus vidas, ya que pierden autonomía, así como la incapacidad para continuar con actividades diarias que antes eran disfrutadas en sus vidas, o la pérdida de ciertos hábitos que los ayudaban a mantener contacto y relacionarse con el mundo externo son reemplazados por nuevos estilos de vida, lo que causa depresión en los adultos mayores.

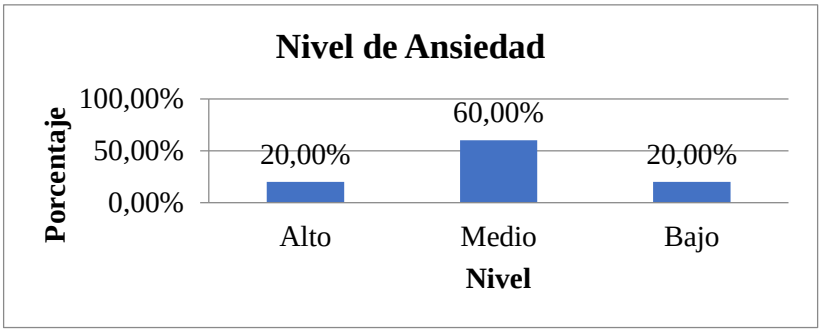
Tabla 1 Resultados globales test FECI-AM Escala de Depresión



Elaborado por: Martínez, 2019

En cuanto a la escala de Ansiedad, la Tabla 2 muestra que el 20 por ciento de las personas presentan un nivel alto de ansiedad, el 60 por ciento un nivel medio y el 20 por ciento un nivel bajo. Esto se debe a la excesiva preocupación que muchos de ellos tienen por problemas externos, como no saber en dónde quedaron todas sus pertenencias o la pérdida de sus bienes, también, en algunas ocasiones los familiares no los van a visitar y esto crea en ellos desesperanza y angustia. Así mismo, la ansiedad se presenta por problemas que existen dentro de la institución, ya sea problemas entre compañeros o dificultad para adaptarse al nuevo medio, así como sentimientos de soledad y abandono.

Tabla 2 Resultados globales test FECI-AM Escala de Ansiedad

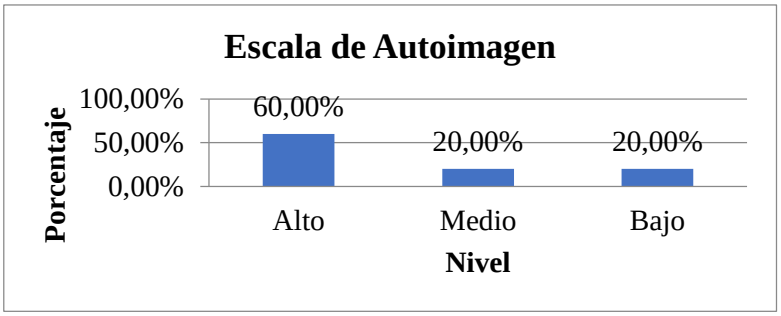


Elaborado por: Martínez, 2019

Para la escala de Autoimagen, la Tabla 3 muestra que el 60 por ciento de las personas presentaron una escala de autoimagen alto, el 20 por ciento una escala de autoimagen medio y el 20 restante una escala de autoimagen baja, lo cual indica que los adultos mayores mantienen positiva la reflexión que elaboran sobre sí mismos; esto se debe al tipo de cuidados y calidad de vida que se les brinda dentro de la institución, ya sea cuidados generales, higiene, y cuidados en la salud física y psicológica, ya que sus necesidades básicas

se encuentran cubiertas y esto genera que el adulto mayor sea capaz de mantener una mejor imagen de sí mismo.

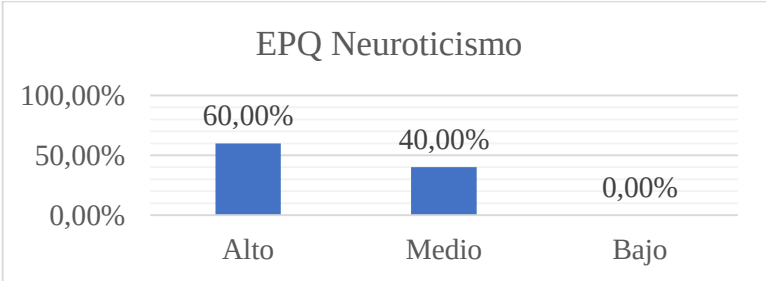
Tabla 3 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoimagen



Elaborado por: Martínez, 2019

Para la escala de EPQ Neuroticismo, en la Tabla 4 se observa que el 60 por ciento de las personas presentan un nivel alto, el 20 por ciento un nivel medio y el 20 por ciento restante un nivel bajo. Esto significa que, en la mayoría de los casos, el adulto mayor presenta un alto grado de emotividad y ansiedad debido a las problemáticas que conlleva el internamiento involuntario, así, muchos adultos mayores deben ser estabilizados emocionalmente las primeras semanas de su ingreso, ya que no todos reaccionan de la misma manera frente a los diversos cambios, estrés y estímulos nuevos a los que son sometidos; esta estabilidad emocional puede ser contenida, pero continua afectado a las personas a lo largo de su internamiento.

Tabla 4 Resultados globales test FECI-AM EPQ Neuroticismo

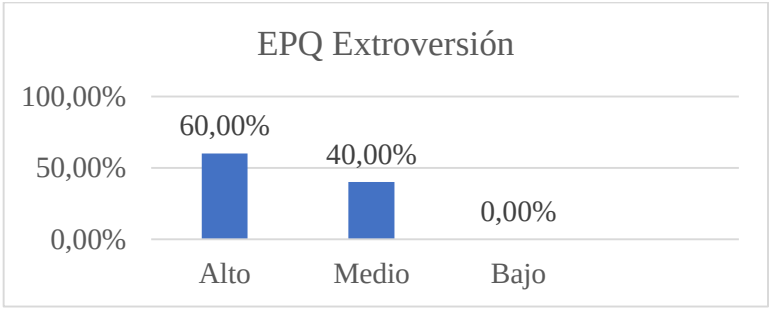


Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de EPQ Extroversión, la Tabla 5 muestra que el 60 por ciento presenta un nivel alto y el 40 por ciento obtuvo nivel medio. La mayoría de adultos mayores se sienten aislados y presentan un vacío social, por lo que buscan constantemente crear nuevos lazos y

relacionarse con más personas, de este modo, se encuentran predispuestos para hablar de varios temas ya sean personales o no, o disfrutan de la compañía de otras personas, así su nivel de extroversión es más alto por la necesidad que sienten por establecer vínculos que los ayuden a lidiar con los sentimientos de soledad y abandono.

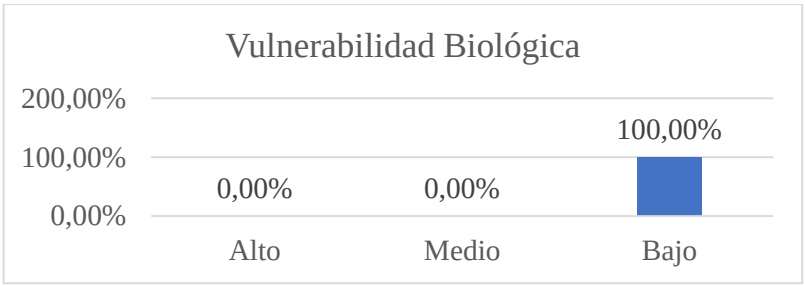
Tabla 5 Resultados globales test FECI-AM EPQ Extroversión



Elaborado por: Martínez, 2019

En cuanto a la escala de Vulnerabilidad Biológica, en la Tabla 6 se observa que el 100 por ciento de las personas presentaron un nivel bajo, lo que indica que, si bien algunos de los adultos mayores presentan problemas gástricos debido a la angustia, no presentan un desajuste psicológico e inestabilidad significativos que representen un riesgo. Esto se debe también a que dentro de la institución el adulto mayor cuenta con una atención integral en donde todas sus necesidades básicas están cubiertas, pues cuentan con chequeos médicos constantes y sus enfermedades están más controladas.

Tabla 6 Resultados globales test FECI-AM Vulnerabilidad Biológica



Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de Satisfacción de Pareja es importante mencionar que no ha sido viable obtener un porcentaje, como lo muestra la Tabla 7, debido a que todas las personas quienes realizaron el test FECI-AM se encuentran sin pareja por distintos motivos. Sin embargo, esto

también se debe a que en las instituciones no existen muchos espacios para socializar entre hombres y mujeres ya que cada uno cuenta con un área propia apartada, lo cual puede influir en su actitud para involucrarse con personas del diferente sexo. Igualmente, presentan mayor dificultad para confiar en las personas que los rodean lo que afecta en sus procesos de interrelación, generando que se agrave esta crisis de intimidad frente al aislamiento.

Tabla 7 Resultados globales test FECI-AM Escala de Satisfacción de Pareja



Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de Perfeccionismo, el 100 por ciento de las personas obtuvieron un nivel bajo como se observa en la Tabla 8, lo cual en este caso indica que los adultos mayores presentan estándares bajos en relación a su desempeño, mostrándose despreocupados y desinteresados en las actividades que realizan en su vida cotidiana. Los adultos mayores presentan en este caso más rigidez y menos capacidad para adaptarse a los precipitados cambios que conlleva el internamiento, de este modo, existe falta de creatividad y generatividad lo que produce sentimientos de inutilidad, e igualmente, la falta de desafíos o del planteamiento de nuevas metas provoca que se genere un estancamiento en la vida del adulto mayor y se sienta desmotivado. Igualmente, la pérdida del sentido de vida genera desaliento y desinterés en la vida del adulto mayor.

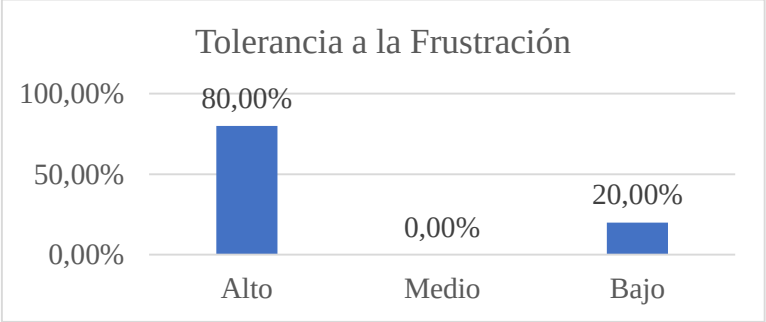
Tabla 8 Resultados globales test FECI-AM Escala de Perfeccionismo



Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de Tolerancia a la Frustración, en la Tabla 9 se observa que el 80 por ciento de las personas obtuvieron un nivel alto y el 20 por ciento un nivel bajo. En este caso, se podría decir que el adulto mayor tiene alta tolerancia a la frustración debido a que se encuentra resignado y no tiene otra opción que aceptar las distintas problemáticas que se presentan en su vida diaria dentro de la institución.

Tabla 9 Resultados globales test FECI-AM Escala de Tolerancia a la Frustración



Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de Asertividad, la Tabla 10 muestra que el 100 por ciento de las personas presentaron un nivel alto. Se observó que el adulto mayor es capaz de expresar lo que piensa y siente, y defiende sus derechos dentro de la institución, pues presenta quejas ante problemas específicos o no tiene miedo de expresar sus ideas o puntos de vista que podrían ayudar a mejorar su comodidad dentro de la institución.

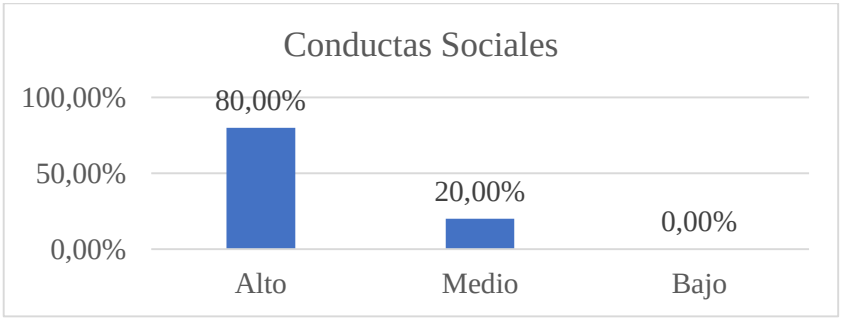
Tabla 10 Resultados globales test FECI-AM Escala de Asertividad



Elaborado por: Martínez, 2019

La Tabla 11 muestra que el 80 por ciento de los adultos mayores presentaron un alto nivel de Conductas sociales, y el 20 por ciento un nivel medio. Debido a la necesidad para generar nuevos vínculos sociales, sus habilidades sociales y competencias comportamentales permiten que algunas personas de la tercera edad sean capaces de relacionarse de forma adecuada con sus compañeros, sin embargo, otras personas se aíslan y presentan confusión en relación a las formas de actuar con el resto, así como también desconfianza en relación a las personas que las rodean, debido a conflictos entre compañeros o falta de interés por parte del adulto mayor.

Tabla 11 Resultados globales test FECI-AM Escala de Conductas Sociales



Elaborado por: Martínez, 2019

En la escala de EPQ Psicoticismo, en la Tabla 12 observamos que el 20 por ciento de las personas obtuvieron un puntaje alto mientras que el 80 por ciento restante obtuvo un puntaje bajo. Esto indica que, si bien el internamiento involuntario impacta de forma negativa al adulto mayor, no existe una ruptura con la realidad; tampoco se evidencia agresividad o impulsividad por parte de los adultos mayores.

Tabla 12 Resultados globales test FECI-AM EPQ Psicoticismo



Elaborado por: Martínez, 2019

De acuerdo a la Tabla 13, el 80 por ciento de las personas presentaron un nivel bajo en cuanto a Satisfacción de Necesidades y el 20 por ciento un nivel alto. Esto significa que los adultos mayores se sienten insatisfechos en relación a sus necesidades básicas que son: la necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de saber, necesidad de amor, y necesidad de desarrollo.

Tabla 13 Resultados globales test FECI-AM Escala de Satisfacción de Necesidades



Elaborado por: Martínez, 2019

En cuanto a la escala de Deseabilidad Social, la Tabla 14 muestra que el 100 por ciento de las personas presentaron un nivel alto, lo que indica que los adultos mayores mantienen su deseo de relacionarse con otras personas, buscan establecer contacto, generar conversaciones o simplemente sentirse acompañados; si bien en muchas ocasiones pueden aislarse, la necesidad de sentirse queridos y de presentar algún tipo de vínculo, sigue presente en ellos a pesar de los cambios que el internamiento produce.

Tabla 14 Resultados globales test FECI-AM Escala de Deseabilidad Social

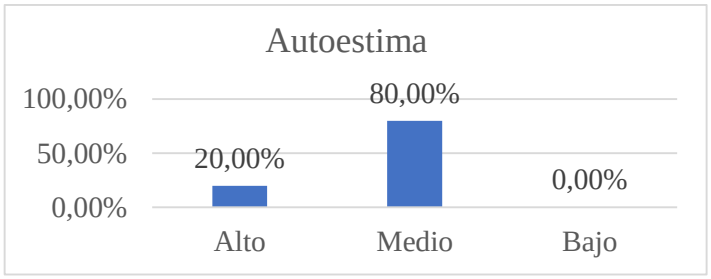


Elaborado por: Martínez, 2019

Para la escala de Autoestima, en la Tabla 15 se observa que el 20 por ciento presenta un nivel alto mientras que el 80 por ciento presenta un nivel medio, lo que indica que los adultos mayores presentan sentimientos negativos hacia sí mismos, como disgusto, desagrado y falta de admiración frente a su auto-valía. Esto es también a causa de los sentimientos de soledad y de minusvalía que presentan al sentirse abandonados en una residencia, así como también

a la desconfianza hacia sus propias capacidades debido a las consecuencias del paso del tiempo y del envejecimiento.

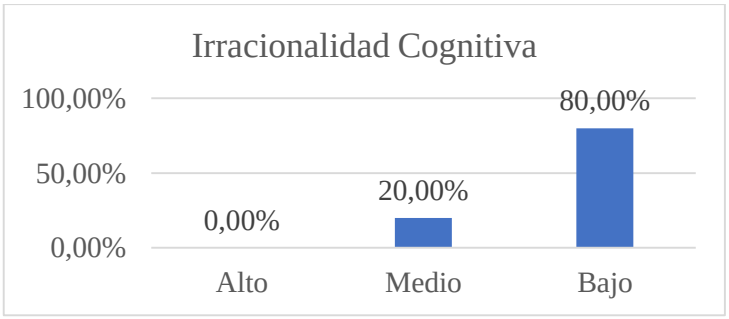
Tabla 15 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoestima



Elaborado por: Martínez, 2019

La Tabla 16 muestra que el 80 por ciento presenta un nivel bajo en la escala de Irracionalidad Cognitiva y el 20 por ciento un nivel medio. Esto indica que los adultos mayores pueden presentar desajustes emocionales o conductuales que pueden ser desadaptativos debido al procesamiento cognitivo que realizan sobre sí mismos y las demás personas, a causa de los conflictos generados por la institucionalización, tales como la baja autoestima, resignación, depresión o ansiedad descritos con anterioridad.

Tabla 16 Resultados globales test FECI-AM Escala de Irracionalidad Cognitiva

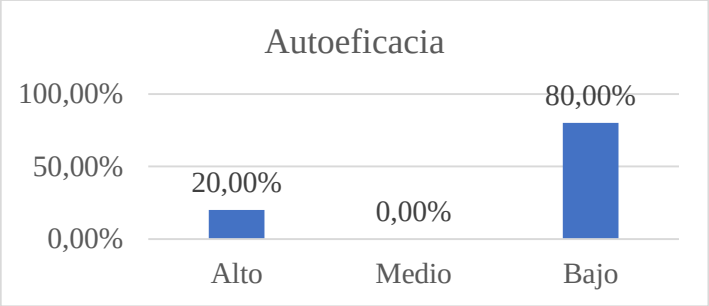


Elaborado por: Martínez, 2019

Finalmente, en la escala de Autoeficacia, en la Tabla 17 se observa que el 80 por ciento de las personas presentan un nivel bajo mientras que el 20 por ciento un nivel alto. Esto indica que su autoeficacia es poco percibida y esto influye en que los adultos mayores se divisen a sí mismos como incapaces para desarrollar conductas en el ámbito social, de relación de pareja y sexual, intelectual y laboral, o bien puedan sentir temor al momento de desenvolverse dentro de estos ámbitos debido a los sentimientos de minusvalía o baja

autoestima que se genera en ellos a causa del internamiento o de los sentimientos de abandono y rechazo generado por parte de familiares.

Tabla 17 Resultados globales test FECI-AM Escala de Autoeficacia



Elaborado por: Martínez, 2019

Con respecto a las entrevistas dirigidas al adulto mayor, se observó que todas las personas han sido internadas en contra de su voluntad; cuatro de cinco de las personas afirman que no se sienten adaptadas a la institución; tres personas presentan sentimientos de soledad y tristeza, y dos de ellas afirmaron que se sienten intranquilas y preferirían salir de la Institución. Del mismo modo, todos los adultos mayores internados expresaron que sintieron malestar emocional al primer día de su ingreso, como, por ejemplo, llanto, sentimientos de abandono, nostalgia, ira, tristeza, inquietud e incertidumbre, resignación y dificultades de adaptación. Igualmente, una persona afirma que con el paso del tiempo fue sintiéndose más tranquila, mientras que los cuatro restantes mencionaron que, si bien iban sintiéndose un poco más tranquilos, al mismo tiempo sentían soledad, tristeza y resignación. Tres personas mencionaron que no desean vivir en la Institución, y dos personas se muestran resignadas. Cuatro personas afirmaron que lo más difícil para ellos al momento de ingresar a la Institución fue dejar todas sus pertenencias y no poder retomar sus actividades, mientras que una persona mencionó que lo más difícil fue no saber hacia dónde iba.

Del mismo modo, todas las personas de la tercera edad que formaron parte del estudio, afirmaron que se vieron afectadas en su salud física y mental al ingresar a la Institución; tres personas presentan sentimientos de soledad y tristeza; una persona menciona sentir ira e inquietud, y otra persona afirma que se ve afectada al no frecuentar ciertos lugares y amistades. Igualmente, dos personas no notan ningún cambio, mientras que los tres restantes, mencionan presentar cambios en su salud física como cefaleas y problemas gástricos, y psicológicamente se sienten deprimidos.

De igual manera, los efectos psicológicos negativos más frecuentes que se evidenciaron en esta investigación son: dificultades de adaptación; sentimientos de soledad y abandono; tristeza; intranquilidad; llanto fácil; sentimientos de nostalgia; ira; inquietud; incertidumbre; sentimiento de resignación; indignación; aburrimiento; temor; angustia; inactividad y represión. Si bien algunas de estas características se pueden presentar a lo largo de esta etapa debido a todos los cambios que conlleva la vejez, el adulto mayor al ser institucionalizado vivencia con mayor fuerza los sentimientos de soledad, ira, y resignación, que muchas veces se encuentran enmascarando una depresión. Esta es una etapa que abarca muchos cambios físicos y psicológicos que impactan en el adulto mayor y generan malestar en el mismo, pues su rol en la sociedad es modificado en base a creencias y prejuicios sociales, por lo que muchos se aíslan, y presentan baja autoestima y una visión negativa de sí mismos; igualmente, se enfrentan a la pérdida de familiares y amigos, lo que hace que la adaptación a la institución sea más difícil para ellos, pues se sienten desconectados del mundo externo y debido a la falta de contacto con las personas que formaban parte de su entorno, sienten un vacío social.

Así, se puede observar que todos los paradigmas que abarca el modelo aplicado se ven impactados debido a los efectos psicológicos del internamiento involuntario, pues las modificaciones que éstos sufren producen malestar en el adulto mayor, generando dificultades adaptativas, desajustes emocionales y conflictos para manejar de forma adecuada las problemáticas que se presentan en los distintos ámbitos de su vida, pues para que una persona pueda sentirse estable, es necesario que cada paradigma este en sintonía con los demás.

4.4. Dificultades adaptativas al medio residencial

En el momento en que el adulto mayor es internado en contra de su voluntad en un medio residencial, las consecuencias negativas no afectan solamente a la persona que recientemente es internada, sino también a las demás personas que ocupan el medio residencial, lo cual genera en ellas malestar y en algunos casos sintomatología ansiosa o depresiva (Nieto del Toro, 2017).

De este modo, las personas que son institucionalizadas en contra de su voluntad al sentirse abandonadas y solas, pueden presentar mayor dificultad frente a la adaptación al medio residencial debido a la falta de apoyo por parte de sus familiares y seres queridos. Así mismo, el hecho de que su internamiento no haya sido una decisión suya, hace que su desenvolvimiento en el medio sea más difícil a causa de la negación y rechazo que presentan a vivir en el mismo.

Así mismo, dentro de los centros residenciales habitan personas que presentan algún tipo de enfermedad, discapacidad, deterioro cognitivo o psicológico, y el contacto con los adultos mayores que han sido internados contra su voluntad, genera en ellos una impresión negativa al verse reflejados de cierta manera el futuro que podría llegar a tener a causa de la edad (Giménez, y otros, s.f).

En las entrevistas realizadas a los adultos mayores, 1 persona de 5, menciona la dificultad que tiene para adaptarse al medio debido a la pérdida de sus objetos dentro de la Institución, así como también a la falta de realización de actividades; otra persona afirma que le es difícil adaptarse debido a que muchas veces las personas son groseras; así mismo, indica que no le agrada la comida que preparan y eso le ocasiona malestar emocional; dos personas mencionaron la dificultad que tienen a la adaptación al medio a causa de las complicaciones que tienen con sus compañeros, o presentan problemas externos relacionados con familiares, bienes materiales o propiedades; finalmente, una persona afirmó su dificultad a la adaptación debido al cese de trabajo y de actividades que realizaba en su vida cotidiana.

También, los Psicólogos de la Institución afirmaron en las entrevistas realizadas, que algunas de las dificultades que presentan los adultos mayores para adaptarse al medio son entre las principales: sentirse deprimidos debido a todo lo que dejan cuando ingresan, como, por ejemplo, sus pertenencias y sus hogares. Entre otros factores que afectan a la adaptación, se encuentran los horarios que se les impone para cada comida, horas de sueño, visitas familiares, o para realizar distintas actividades; de igual manera, algunos presentan dificultad para adaptarse al medio debido a los conflictos que muchas veces tienen con sus compañeros de cuarto, y también por la comida, la que muchas veces no es de su gusto, o el menú que

les ofrecen es muy repetitivo, razón por la cual se cansan y molestan, causándoles un efecto emocional negativo.

4.5. Cuidados generales y sus distintos tipos

En cuanto a los cuidados generales, mediante las entrevistas realizadas a los adultos mayores, se observa que:

Tabla 18 Entrevistas realizadas a los adultos mayores

	¿Cuál es su punto de vista frente a su estancia en esta Institución?	¿Cómo se siente frente a los cuidados que recibe?	¿Qué tipos de cuidado recibe?	¿Qué piensa acerca del personal que le brinda de estos cuidados?	¿Qué piensa acerca de estos cuidados?
Paciente #1	El lugar es bonito, pero no me gusta	No me gusta, no se tiene confianza en nadie	Me curan cuando algo me duele. Me bañan todos los días, me cambian de ropa todos los días, si es bueno. Pero soy independiente"	Si me llevo pero no les tomo mucho en cuenta	Si son buenos
Paciente #2	Si me gusta, a veces atiende bien y a veces no. La gente a veces es grosera	A veces bien, a veces mal	Me cuidan la dieta, me dan refrigerios. Me bañan y ayudan en el aseo personal y en la limpieza	Sí son buenos	Son buenos, si me gustan. Son limpios
Paciente #3	No me gusta	Bien, son buenos	Nos dan medicamentos. Nos cuidan. Ayudan en la limpieza y aseo personal	Todos me caen bien. Si nos llevamos, como además soy chistoso	Sí son buenos
Paciente #4	No me gusta. No creo que sea un lugar en el quiero estar. No puedo estar tranquilo. La comida me parece fea	Nosotros mismos nos dirigimos tranquilamente	Ninguno	Sí son buenos, pero a veces otros son groseros	Son buenos. Nos dan las pastillas y no he tenido ningún tropiezo
Paciente #5	Me toca soportar hasta que Dios me lleve	Excelente	De los cuidados recibo mucho porque estoy bien, pero si me alivian dolores. De ahí la limpieza y el aseo	Sí son excelentes	Sí son buenos

Elaborado por: Martínez, 2019

Los cuidados generales que recibe el adulto mayor dentro de la institución son, aseo y limpieza personal, administración de medicamentos, cuidados sobre la dieta y nutrición y vestimenta. Del mismo modo, existe una buena percepción acerca de estos cuidados y sobre el personal que los lleva acabo. Los cuidados generales que reciben los adultos mayores influyen en la facilidad o dificultad que tendrán para adaptarse de forma adecuada al medio, pues al ser un medio diferente a su hogar, el adulto mayor puede presentar miedo, angustia, inquietud o ansiedad, dificultando su capacidad para enfrentarse ante situaciones estresantes.

4.6. Relación entre el internamiento involuntario y los efectos psicológicos negativos que presentan los adultos mayores y cómo esto influye sobre la calidad de vida en el adulto mayor

Como se ha podido observar con anterioridad, se podría decir que sí existe una relación entre el internamiento involuntario y los efectos psicológicos negativos que se producen mediante la institucionalización involuntaria del adulto mayor. Igualmente, de acuerdo a las entrevistas realizadas a los Psicólogos de la Institución se encontró que el internamiento involuntario si produce efectos psicológicos negativos, ya que muchas de las personas se descompensan los primeros días después de su ingreso, por lo que se debe brindar acompañamiento y sostenimiento psicológico, así como también contención, y para eso precisamente se acude al psiquiatra y al psicólogo para que las personas puedan estar más estables. Además, los efectos psicológicos negativos que presentan sí influyen en su manera de relacionarse con el entorno, pero mediante distintas terapias y ayuda se trata de contener al adulto mayor e impulsarlo a que se integre a este nuevo entorno; en muchos casos la calidad de vida mejora el pronóstico de las personas en cuanto a enfermedades orgánicas de los adultos mayores, por lo que, en este sentido, no siempre se ve afectada la esperanza de vida.

De igual manera, en otra entrevista realizada a los Psicólogos de la Institución en torno a la influencia del internamiento involuntario y sus efectos psicológicos sobre la

calidad y esperanza de vida de las personas de la tercera edad, y de cómo éstas se ven afectadas, afirman que no existe una mayor afectación tanto sobre la calidad como esperanza de vida, pues muchas veces las personas que ingresan provienen de hogares donde no recibían una atención integral adecuada, y en consecuencia presentan descuido por parte de los familiares; por esta razón su calidad de vida mejora ya que por medio de los cuidados que reciben en las instituciones, el adulto mayor mejora su apariencia, cuentan con sus medicinas, comida, ropa, asistencia médica y psicológica, tienen todas sus necesidades básicas cubiertas. Entonces, la calidad de vida no presenta afectación alguna sino al contrario, mejora, y con la esperanza de vida es igual debido a que las enfermedades que presentan están mucho más controladas, las personas tienen chequeos médicos que ayudan a diagnosticar y prevenir ciertas enfermedades, las medicinas son traídas por los familiares y la administración se lo hace de manera adecuada generando que la recuperación sea eficaz o al menos a que la enfermedad esté controlada; lo que hace que la esperanza de vida no disminuya sino que, al igual que la calidad de vida, muchas veces presenta un buen pronóstico.

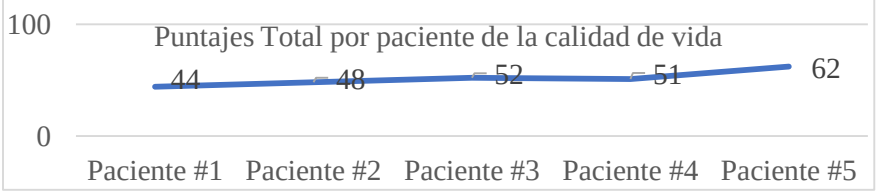
Del mismo modo, mediante la aplicación del Cuestionario WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality Of Life- Older Adults) realizado por los adultos mayores de la institución se obtuvo como resultado que 4 de 5 personas no se encuentran ni satisfechas ni insatisfechas con su vida, y solamente una persona de las 5 presenta un nivel alto de calidad de vida lo cual indica que se encuentra satisfecha. Ninguna de las 5 personas se encuentra insatisfechas con su calidad de vida.

Tabla 19 Resultados globales del test WHOQOL-OLD

0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho

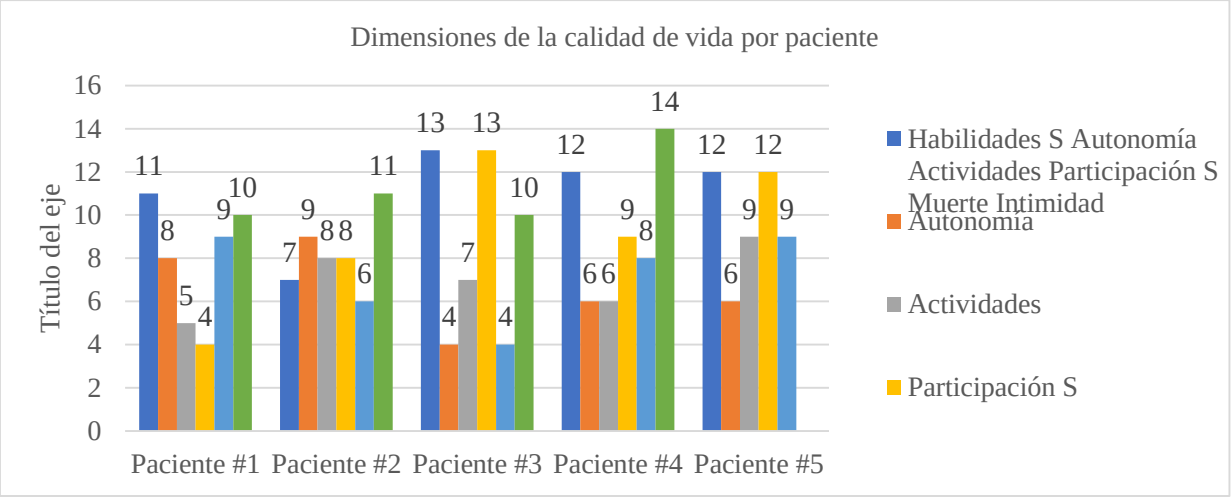
Elaborado por: Martínez, 2019

Tabla 20 Puntajes de los resultados del test WHOQOL-OLD



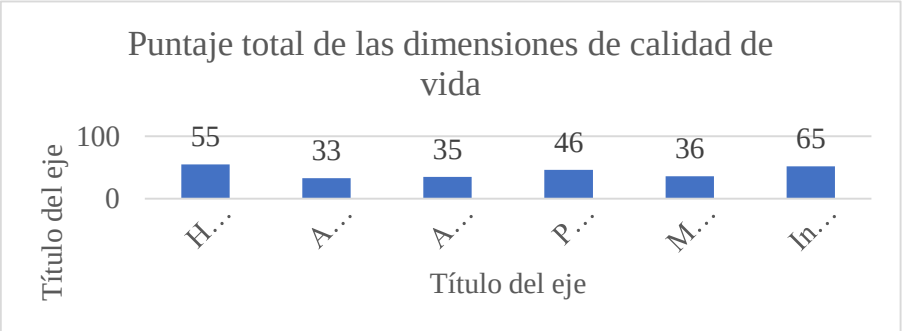
Elaborado por: Martínez, 2019

Tabla 21 Dimensiones del test WHOQOL-OLD



Elaborado por: Martínez, 2019

Tabla 22 Puntajes de las dimensiones del test WHOQOL-OLD



Elaborado por: Martínez, 2019

Se pudo constatar por medio de la aplicación del WHOQOL-OLD, que los adultos mayores presentan una buena calidad de vida. Mayoritariamente, la salud del adulto mayor ha mejorado, y al aumentar positivamente su calidad de vida se obtiene un mejor pronóstico sobre su esperanza de vida. De este modo, se evidencia cómo la calidad de vida del adulto mayor no se ve afectada por los efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario, sino que la misma muchas veces mejora debido a la atención integral y especializada que les brinda la institución.

En cuanto a las encuestas realizadas al adulto mayor acerca de la calidad de vida se pudo evidenciar que:

Tabla 23 Encuestas realizadas a los adultos mayores

	¿Qué significa para usted "esperanza de vida"?	¿Qué significa para usted calidad de vida?	Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que el haber ingresado a la institución le ha ayudado a mejorar su calidad de vida	Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que su salud ha mejorado?	Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que su salud ha empeorado?
Paciente 1	Los años que una persona cree que puede vivir	Circunstancias en las que una persona vive, cuando tiene cubierta sus necesidades.	4	4	1
Paciente 2	El tiempo que voy a vivir	Cómo viva una persona, si vive bien o mal	5	4	1
Paciente 3	La cantidad de años que viven las personas	Vivir bien	5	5	1
Paciente 4	Querer vivir	La manera en cómo viven las personas, si tienen una buena vida o no	3	1	1
Paciente 5	Los años que tiene una persona para vivir	La forma en cómo se vive	5	4	3

Elaborado por: Martínez, 2019

Los resultados encontrados indican que los adultos mayores presentan una buena calidad de vida, sienten que su salud se ha mantenido o mejorado, y sus condiciones de vida son mucho mejores.

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, el internamiento involuntario sí genera efectos psicológicos negativos sobre las personas de la tercera edad, y estos influyen en su manera de relacionarse con el entorno, sin embargo, a través de un acompañamiento psicológico se ayuda al adulto mayor a que sea capaz de integrase de mejor manera al nuevo medio. Igualmente, su calidad de vida mejora debido a los cuidados integrales que la institución les brinda, pues cubre todas sus necesidades básicas; de esta manera, la esperanza de vida también presenta un pronóstico favorable debido al control y prevención que se tiene sobre las enfermedades orgánicas mediante chequeos médicos constantes; los medicamentos son administrados por el personal de enfermería de forma adecuada por lo que la recuperación suele ser mucho más eficaz. Es importante mencionar que, si bien la calidad de vida mejora, no significa que no se presenten efectos psicológicos en el adulto mayor institucionalizado, pues las personas de la tercera edad se ven impactadas por los sentimientos de soledad, minusvalía, culpa, vacío social, desconexión con su mundo externo, distanciamiento de familiares y amigos, inactividad, aburrimiento, entre otros, por lo que una buena calidad de vida no garantiza sintonía en los paradigmas de las personas.

CONCLUSIONES

- El internamiento involuntario es un evento que provoca efectos psicológicos negativos en el adulto mayor, pues presentan un impacto sobre cada paradigma, tales como inseguridad y miedo, sentimientos de soledad y abandono, sentimientos de desconfianza, temor al rechazo y sentimientos de invalidez; también depresión, ansiedad, vulnerabilidad biológica, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, irracionabilidad cognitiva, disminución de su autoeficacia, y dificultades adaptativas.

- La imposición de normas y horarios junto a la dificultad para tomar decisiones causa en el adulto mayor sentimientos de pérdida de autonomía.

- No existe necesariamente una influencia negativa de los efectos psicológicos del internamiento involuntario sobre la calidad y esperanza de vida del adulto mayor, pues sus necesidades básicas en general se encuentran satisfechas, y en la gran mayoría de los casos, el adulto mayor tiene un mayor acceso a medicamentos y a atención médica constante. Al mejorar la calidad de vida del adulto mayor, se genera un mejor pronóstico sobre la esperanza de vida, sin embargo, como se evidencio en este trabajo, una buena calidad de vida no significa que no existan efectos psicológicos negativos que afecten los paradigmas del adulto mayor.

- Dentro de esta investigación observó que la ausencia de la familia de los adultos mayores, crea sentimientos de tristeza, soledad y ansiedad, pues en muchos casos los familiares no visitan regularmente a los adultos mayores que han sido internados, e incluso muchos son abandonados, lo cual repercute en su adaptación y sensación de bienestar.

- Se han implementado leyes que brinden seguridad y protección al adulto mayor, sin embargo, no todos los centros residenciales las aplican y no todas las familias o cuidadores toman en cuenta las opiniones o deseos del adulto mayor, dirigiéndose en contra de sus derechos y de su libertad; así mismo, los criterios que se toman en cuenta al momento de la institucionalización no abarcan de manera integral las problemáticas del

adulto mayor, por lo que muchas personas no pueden acceder a sistemas de salud públicos completos y especializados.

- A través de las entrevistas y visitas a la institución "Corazón de María", se pudo reconocer y analizar el punto de vista de los adultos mayores que participaron en este estudio, de acuerdo a sus vivencias durante el proceso de institucionalización involuntaria, tomando en cuenta el área, personal, social y familiar, y además identificar la importancia de una interacción con el personal que los atiende. De igual forma, este estudio permitió rescatar aspectos significativos que resaltan la importancia de no solo dar una mejor atención a las necesidades físicas, sino también a las psicoemocionales de los adultos mayores.

- Se analizaron los efectos del internamiento involuntario como un proceso que es cada vez más normalizado, pero que implica un gran número de aspectos significativos que deben ser tomados en cuenta, para dar respuesta a las necesidades físicas y emocionales de los adultos mayores, en un momento tan crítico de sus vidas.

RECOMENDACIONES

- Generar espacios que ayuden al adulto mayor a tratar y sobrellevar los efectos psicológicos negativos que se presentan en torno al internamiento involuntario, brindando contención y acompañamiento psicológico y psiquiátrico.

- Implementar estrategias que permitan a los adultos mayores sobrellevar de una mejor manera el internamiento involuntario, permitiendo que expresen sus necesidades, que puedan tener de alguna manera independencia, y que se sientan útiles, para evitar la rutina y la sensación de falta de sentido y propósito de vida. Para esto, es necesario que, al momento del ingreso, los adultos mayores no pierdan del todo el contacto con su medio familiar y social; se debería permitir que los adultos mayores que son internados tengan acceso a objetos que tienen un valor sentimental para ellos, para que se sientan más seguros y cómodos dentro del nuevo medio.

- Implementar talleres para el adulto mayor dentro de las instituciones que trabajen temas como los efectos psicológicos del internamiento involuntario como una forma de mejorar la calidad de vida no solamente para su parte física sino también psicológica y que de esta manera puedan llevar una mejor adaptación al medio y bienestar psicológico.

- Crear políticas dentro de la Institución que fomenten las visitas familiares (en caso de tener familia) frecuentes, siempre y cuando esto genere bienestar en el adulto mayor, y además de proporcionar información al adulto mayor acerca de las decisiones que toman los familiares en torno a su condición.

- Demandar la aplicación de las leyes que protegen al adulto mayor para regular las situaciones en las que el internamiento involuntario es justificado, tomando en cuenta todos los factores que afectan al adulto mayor, tanto en la salud mental y física de la persona, así como también sus deseos.

- Ejecutar talleres de Psicoeducación con el personal responsable del cuidado de los adultos mayores para concientizar sobre los distintos aspectos que conlleva cuidar a las personas de la tercera edad, y trabajar en la comprensión en torno a las demandas y necesidades del adulto mayor, como, por ejemplo, ser atento y paciente frente a quejas o sugerencias de éste, proporcionando soluciones que conlleven al bienestar y satisfacción del adulto mayor dentro de la institución.

- Es importante destacar que, lograr la adaptación total del adulto mayor no es fácil, pues no solo es necesario aliviar sus malestares físicos y administrar medicamentos, sino también atender a las necesidades emocionales, y por esta razón, es importante que las personas que los cuidan en las instituciones muestren dedicación, respeto, empatía y sobretodo afecto, pues de acuerdo a las entrevistas las personas de la tercera edad manifestaron la necesidad de una mayor atención hacia sus necesidades emocionales durante el proceso de institucionalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC, D. (2017). *Definición de dependencia.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/general/dependencia.php

ABC, D. d. (2017). *Definición de abandono.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/general/abandono.php

Abello Llanos , R., & Madariaga Orozco, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? *Psicología desde el Caribe*, 50- 64.

Agustín, A. O., Durana, I. A., González, A. U., & Velasco, Á. R. (2010). *Psicogeriatría.* Barcelona-España: ELSEVIER MASSON.

Andrea Isabel Robles-Espinoza, B. R.-J.-G.-Z. (Septiembre-Diciembre de 2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente, 11*(3), 120-125. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf

Ángel, J. S. (27 de Febrero de 2011). *El Roble Oso Grandio´s Blog.* Obtenido de https://elrobleosograndio.wordpress.com/2011/02/27/envejecimiento-normal-vs-envejecimiento-patologico/

Arrazola, F. J. (Marzo de 1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *34*(2), 59-122. Obtenido de http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672

Association, A. A. (2013). *Late Adulthood.* Obtenido de http://www.adaa.org/

Association, A. P. (2017). *La tercera edad y la depresión.*

Association, A. P. (2018). *La tercera edad y la depresión.* Obtenido de https://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx

Assosiation, A. P. (2018). *Anxiety.* Obtenido de https://www.apa.org/topics/anxiety/

Azul, L. C. (Abirl de 2018). *Etapas en la tercera edad.* Obtenido de https://lacruzazul.com/etapas-en-la-tercera-edad/

Balarezo Chiriboga, L. (2012). *Psicoterapia.* Quito: PUCE, Centro de Publicaciones.

Barenys, M. P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontologia*, 9.

Barrientos, J. C. (2013). *Enfoque Integrativo Supra-paradigmatico.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Beaver, M. L., & Miller, D. A. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores: intervención primaria, secundaria y terciaria.* Barcelona: Paidós. Obtenido de http://bdigital.unal.edu.co/32643/1/32196-118632-1-PB.pdf

Bembibre, C. (2007). *Definición ABC.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/salud/ira.php

Bolaños, J. C. (23 de Febrero de 2018). *Ley del Adulto Mayor busca ratificar derechos y garantizar una vejez digna.* Obtenido de Extra.ec: https://www.extra.ec/actualidad/adultomayor-vejez-ancianos-asambleanacional-estadisticas-YD2050890

Branden, N. (1995). *Desarrollo de la autoestima.* (Piadós, Ed.) Barcelona.

Brañas, S. F., Gumenes, M. A., Chil, O. A., & Mesa, B. B. (16 de Enero de 2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Hig Epidemiol*(130), 78, 79, 80. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n2/hie01201.pdf

Brañas, S. F. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Hig Epidemiol* , 78, 79, 80.

Briones, D. (2018). *DerechoEecuador.com.* Obtenido de Ley del Adulto Mayor: https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor

C.A.., V. C. (2018). *CONCEPTODEFINICIÓN.DE.* Obtenido de https://conceptodefinicion.de/resignacion/

Calenti, J. C. (2011). *Gerontología y psiquiatría.* Madrid-España: Editorial médica panamericana.

Castro, R. O. (1997). In the Hhurricane´s Eye: A supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*(1), 116.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago de Chile: ICPSI.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago-Chile: Ediciones ICPSI.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Una delimitación clínica.* Santiagao-Chile: ICPSI Instituto Chilenode Psicoterapia Integrativa.

Castro, R. O. (2004). *Psicoterapia Integrativa y desarrollo personal. En H. Fenández Álvarez y R. Opazo (Eds.), La Integración en Psicoterapia.* . Barcelona : Paidós.

Causaubon, M. E. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto disfuncional o dependiente.* Mexico: Literatura y Alternativas en Servicios Sociales SC.

Causaubon, M. E. (s.f). *Manual de cuidados gennerales para el adulto mayor disfuncional o dependiente.* Mexico: Literatura y Alternativas en Servcios Editoriales SC .

Cerón, A. B. (6 de Mayo de 2011). Impacto de la ley de dependencia en las personas con enfermedad mental, desde la óptica de la autonomía personal.

Chacón, C. S. (2019). *El Mundo del Superdotado.* Obtenido de https://www.elmundodelsuperdotado.com/blog/

Chile, S. d. (25 de Mayo de 2016). *Infecciones más comunes en el adulto mayor.* Obtenido de https://www.socgeriatria.cl/site/?p=489

Clavería, V. M., & Carrasco, I. Q. (2005). Un Estudio Hermenéutico De La Práctica Clínica Psicológica. *SUMMA Psicológica UTS*, 28-32.

Consumo, M. d. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Madrid: Agencia Laín Entralgo. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf

Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico* (Novena Edición ed.). México: Pearson.

criminal), C. (. (2009). *CFEC.* Obtenido de https://www.estudiocriminal.eu/blog/definicion-de-abandono/

Cruz, B. A. (2008). La población adulto mayor en la ciudad de Quito, estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. *Instituto nacional de estadíticas y censos*, 8-32.

Cueva, S. E. (2014). *Factores psicosociales que afectan a las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor* . Ddisertación, Pontificia Universidad Ccatólica del Ecuador , Quito. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7230/8.14.001759.pdf?sequence=4

Daza, K. D. (2011). *Vejez y Envejecimiento.* Bogotá: Universidad de Rosario.

DeSignificados.com. (s.f). *De Significados.* Obtenido de Desconfianza: https://designificados.com/desconfianza/

Económica, M. d. (2019). *Dirección Población Adulta Mayor.* Obtenido de https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

ECUADOR, C. D. (2008). Obtenido de https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf

Educalingo. (2018). *Educalingo.* Obtenido de https://educalingo.com/es/dic-es/institucionalizacion

Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado.* Barcelona: Paidós.

Estadísticas, O. N. (s.f). Esperanza de vida. *O.N.E*, 1.

Estrella, C. (24 de Noviembre de 2005). *Sistema Nacional de Protección de los Derechos Humanos.* Obtenido de https://www.derechoecuador.com/sistema-nacional-de-proteccioacuten-de-los-derechos-humanos

Estupiñan, E. B. (23 de Noviembre de 2015). La edad adulta tardía. *El Universo*. Obtenido de https://www.eluniverso.com/opinion/2015/11/23/nota/5257791/edad-adulta-tardia

Figueroba, A. (2018). *Psicología y Mente.* Obtenido de Los 4 cambios psicológicos de la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad): https://psicologiaymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez

Gabriel, N. (5 de Agosto de 2015). Violencia Intrafamiliar hacia el adulto mayor: una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*. Obtenido de https://docplayer.es/12711812-Violencia-intrafamiliar-hacia-el-adulto-mayor-una-mirada-desde-el-enfoque-integrativo-supraparadigmatico.html

Gallegos, J. M. (2007). La Familia Como Sistema. *Revista Paceeña De Medicina Familiar*, 114.

Geis, P. P. (2003). *Tercera edad: actividad física y salud.* Barcelona: Paidotribo.

Gerontológico, I. (2014). *Instituto Gerontológico.* Obtenido de La memoria: http://www.igerontologico.com/aviso-legal

Giménez, Z. B., Fernández, G. M., Alcaraz, P. G., Navarro, L. A., Escámez, I. M., Najarín, Y. M., . . . Rodríguez, L. P. (s.f). *Protocolo de adaptación.* Obtenido de https://www.laresmurcia.org/download/PROTOCOLO%20DE%20ADAPTACI%C3%93N.pdf

Gonzales, J. H. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales.* San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Obtenido de https://books.google.com.gt/books?id=y5Not4XsWvkC&pg=PA141&dq=institucionalizaci%C3%B3n+de+adultos+mayores&hl=en&sa=X&ei=3tJkUYP7DKPs2QXviYDIDw&redir_esc=y#v=onepage&q=institucionalizaci%C3%B3n%20de%20adultos%20mayores&f=false

Gónzales, J. H. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales.* San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=y5Not4XsWvkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Greenberg, L., Elliot, R., & Lietaer, G. (1994). *Research on humanistic and experimental psycotherapies* . New York : Wiley.

Iglesia, J. M., Vilches, O., Herrero, D., Colomer, A., Taberné, C. A., & Luque, R. L. (2002). Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM, 12*(10), 620-630. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf

Jiménez, S. B., Sánchez, M. P., Arellano, J. M., Carrasco, P. M., Peña, M. M., & Áviles, J. M. (2016). *Factores protectores del envejecimieto cognitivo.* Madrid: UNED.

Klein, A. (Agosto de 2016). Paradigmas en la vejez: homogeneización y transiciones cinematográficas. *SciELo*.

Larrínaga, M. A. (2006). *Vejez: Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.* Córdoba-Argentina: Brujas.

Lodoño, L. P. (19 de Marzo de 2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia: Pensando Psicología, 5*(8).

López Rosetti, D. (2018). *Emoción y sentimientos: No somos seres racionales, somos seres emocionales que razonan.* Barcelona: Grupo Planeta.

López, A. M. (Diciembre de 2005). *AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.* Obtenido de http://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicolgicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor

Lumen. (2018). *Boundless Psychology.* Obtenido de Aging: Late adulthood: https://courses.lumenlearning.com/boundless-psychology/chapter/aging-late-adulthood/

Mañas, L. R. (2018). La madurez de nuestro corazón. *Corazón y Salud*(49).

Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*, 55-69.

Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades 2008 IX*, 58.

Matamales, M., Skrbis, Z., Hatch, R. J., Balleine, B. W., Gotz, J., & Berltran-Gonzales, J. (20 de Abril de 2016). Aging-Related Dysfunction of Striatal Cholinergic Interneurons Produces Conflict in Action Selection. *Neuron, 20*(2), 362-373.

Mercader, F.-X. A. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona- España: Boixareu Universitaria.

Miers, M. d. (2015). *La revolución de la tercera edad.* México: Trillas.

Mimenza, O. C. (s.f.). *Psicología y Mente.* Obtenido de Apatía: Síntomas y causas de este sentimiento: https://psicologiaymente.com/clinica/apatia

Ministerio de Educación Política, S. y. (2008). *La participación social de las personas mayores.* España.

Montilla, E. (2004). *Viviendo la tercera edad: un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento.* Barcelona- España, Editorial Clie: Editorial Clie.

Morales, M. G. (4 de Julio de 2014). El proceso de Institucionalizacion en la tercera edad. Córdoba. Obtenido de file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Internamiento%20involuntario.pdf

Morales, M. G. (Julio de 2014). *Institucionalización de la tercera edad.* Obtenido de http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1

MX, E. D. (16 de Diciembre de 2014). *Definición MX.* Obtenido de Autoimagen: https://definicion.mx/autoimagen/

Naciones Unidas. (s.f). *Fundamento de las Normas Internacionales de Derechos Humanos.* Obtenido de https://www.un.org/es/sections/universal-declaration/foundation-international-human-rights-law/index.html

Navarro, S. H. (Abril de 2004). Marco legal y de políticas. *Población y desarrollo*(51), 15,16,17,18,19,20. Obtenido de http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_152.pdf

OMS. (2013). *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud.* Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Género: https://www.who.int/topics/gender/es/

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa.* Santiago: ICPSI.

Opazo, R. (2006). *Enfoque Integrativo Supraparadigmático.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Opazo, R. (2010). *Enfoque Integrativo Supraparadigmático.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Paredes, K. (30 de Agosto de 2014). *Diario El Telégrafo.* Obtenido de https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/el-abandono-a-adultos-mayores-ahora-se-castiga-con-prision

Paredes, K. (30 de Agosto de 2014). *eltelégrafo.* Obtenido de El abandono a adultos mayores ahora se castiga con prisión: https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/el-abandono-a-adultos-mayores-ahora-se-castiga-con-prision

Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 27.

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2011). *Inteligencia emocional.* Obtenido de https://definicion.de/inteligencia-emocional/

Petersen, M. L. (2011). Terapia Grupal en Depresión: una mirada Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPI, volumen 3*, 43.

Porto, J. P., & Gardey, A. (2008). *Definicion.de: Definición de anomia.* Obtenido de https://definicion.de/anomia/

Porto, J. P., & Gardey, A. (s.f.). *Definición. De.* Obtenido de https://definicion.de/ansiedad/

Porto, J. P., & Merino, M. (2013). *Definición. De.* Obtenido de https://definicion.de/vinculo/

Press, O. U. (2018). *Oxford Living Dictionaries.* Obtenido de https://es.oxforddictionaries.com/definicion/trastorno

Probono.net. (2018). *Ayudalegalpr.org.* Obtenido de Salud mental: Información básica sobre el ingreso involuntario en hospitales o instituciones mentales (Ley Núm. 408): https://ayudalegalpr.org/resource/informacin-bsica-sobre-el-ingreso-involuntario-en-hospitales-o-instituciones-por-salud-mental?ref=YEQKC

Producciones, M. (2018). *Espacio Logopédico.* Obtenido de https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=143

Psicoterapia, T. (2018). *Tándem psicoterapia.* Obtenido de http://www.tandempsicoterapia.com/equipo

PUCE. (2018). *Protocolo de actuación frente a casos de violencia de género en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.* QUITO.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida.* México: Pax México.

Ramos, O. P. (1999). Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico. *Editorial*.

Rivas, E. M. (Junio de 2014). Autoimagen del adulto mayor institucionalizado. Guatemala. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Garcia-Estela.pdf

Riviére, P. (2000). *Teoría del vínculo.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Ross, E. K. (2014). *Aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida: con plantas medicinales, alimentación sana, terapias alternativas y complementarias.* La Paz, Bolivia: SENTEC.

Rossell, N. Y., Herrera, R. R., & Rico, M. A. (2004). *Introdicción a la psicogerontología.* España-Madrid: PIRÁMIDE.

Ruiz, A. R., & Hermosa, S. G. (2015). *Guía didáctica lúdica para incetivar el desarrollo integral de los niños y niñas de 12 a 36 meses del centro infantil del buen vivir "Semillas de miraflores alto" del cantón Cayambe* . Universidad Politecnica Salesiana de Quito, Quito. Obtenido de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7743/1/UPS-QT06527.pdf

Salud, O. M. (Febrero de 2018). *Envejecimiento y salud.* Obtenido de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Salud, O. M. (Agosto de 2017). *Cuidados Paliativos.* Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/

Salud, O. M. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.*

Salud, O. M. (2017). *Depresión.* Obtenido de http://www.who.int/topics/depression/es/

Salud, O. M. (2017). *Enfermedades Crónicas.* Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Salud, O. M. (2018). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Salud, O. M. (2018). *Depresión.* Obtenido de https://www.who.int/topics/depression/es/

Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría.* Buenos Aires: Paidós.

Sena, C. M., Moral, J. C., & Pardo, E. N. (Diciembre de 2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología, 24*(2), 312-319.

Shaban. (2018). *Adulthood Age Group Growth and Development.* Obtenido de https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001242_Adulthood%20Age%20Group%20GD.pdf

Significado.com, Q. (s.f). *Que Significado.* Obtenido de Inseguridad: https://quesignificado.com/inseguridad/

Significados. (2018). *Significados de Autonomía*. Obtenido de https://www.significados.com/autonomia/

Significados.com. (31 de Marzo de 2016). *Tristeza.* Obtenido de https://www.significados.com/tristeza/

Social, M. d. (2013-2014). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los Centros Residenciales del Buen Vivir para el Adulto Mayor.* Obtenido de Lineamientos técnicos para la orientación del personal de los servicios de Atención Residencial del Buen Vivir para adultosmayores, construido en base a un modelo de atención y gestión: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-RESIDENCIAL.pdf

Soler, G. (s.f). Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPsl)*, 8.

Soler, G. (s.f). Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*, 9. Obtenido de https://www.academia.edu/23658623/Una_Dimensi%C3%B3n_Evolutiva_En_el_Contexto_del_Enfoque_Integrativo_Supraparadigm%C3%A1tico

Soler, G. (s.f.). *Una dimensión evolutiva en el contexto del enfoque integrativo supra-paradigmático.* Obtenido de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TAE3S67Vfg8J:https://www.researchgate.net/profile/Gabriel_Soler2/publication/290468513_Una_Dimension_Evolutiva_En_el_Contexto_del_Enfoque_Integrativo_Supraparadigmatico_An_Evolutive_Dimension_in_the_Co

Spanish. (2017). *Oxford Living Dictionaries.* Obtenido de https://www.oxforddictionaries.com/?region=us

Ucha, F. (27 de Enero de 2010). *Definición ABC.* Obtenido de Soledad: https://www.definicionabc.com/general/soledad.php

Ucha, F. (06 de Mayo de 2009). *Definición ABC.* Obtenido de Indiferencia: https://www.definicionabc.com/?s=Indiferencia

Urtasun, L. E. (2018). Ingresos de persones mayores en centros residenciales. *Revista para el análisis de derecho*. Obtenido de http://www.indret.com/pdf/1365_2.pdf

Vera, J. V. (2000). *ABC de la depresión en personas mayores.* Madrid: Grupo Aula Médica. Obtenido de https://www.agapea.com/libros/ABC-de-la-depresion-en-las-personas-mayores-9788478852369-i.htm

Yauri, J. R. (s,f). *Apectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad.*

Zuñiga, O. (2017). *La mente es maravillosa.* Obtenido de https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/

ANEXOS

Anexo A. Plan de tesis

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PLAN DE DISERTACIÓN

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN ANCIANATOS

ESTUDIO REALIZADO DESDE UN ENFOQUE INTEGRATIVO DEL MODELO SUPRA-PARADIGMATICO CON PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ENTRE 65 Y 90 AÑOS, EN LA INSTITUCIÓN "CORAZÓN DE MARÍA" DE LA CIUDAD DE QUITO AÑO 2018-2019

ARIEL MARTINEZ

QUITO, FEBRERO-JULIO 2018

Título: "Efectos psicológicos negativos del internamiento involuntario en ancianatos"

Subtítulo: Estudio realizado desde un enfoque integrativo del modelo supra-paradigmático sobre las personas de la tercera edad, entre 65 y 90 años, en la institución "Corazón de María" de la ciudad de Quito año 2018.

JUSTIFICACION

Si bien las personas de la tercera edad son un grupo de atención prioritaria, no se pone énfasis en la manera en cómo estas personas vivencian ciertas situaciones, como, por ejemplo, el abandono, la enfermedad, o en este caso, el internamiento involuntario, razón por la cual se considera importante abordar esta problemática ya que se deja de lado lo que estas personas puedan estar sintiendo o piensen en torno a dicho internamiento.

La presente disertación busca investigar sobre los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad y la importancia que existe en conocer a fondo los efectos psicológicos que tanto el internamiento involuntario, como el ambiente en el cual se desenvuelve la persona ,y la negligencia en torno a los cuidados generales influyen en su degradación psicológica y física, y de qué manera esto también afecta su esperanza de vida, siguiendo de esta forma una línea explicativa del Modelo Integrativo Supra-Paradigmático, este modelo establece la integración de ciertos paradigmas como, el biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental o conductual, y sistémico en torno al self de la persona, así mismo, dicho sistema self compromete a la persona como un todo integral en cada una de sus funciones, es decir, identidad, auto organización, significación, control de conducta y búsqueda de sentido, etc., (Mariñelarena-Dondena, Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia, 2008). También, los cuidados generales y las relaciones dentro de las instituciones son de gran importancia, se trata de ofrecer comodidad y seguridad a las personas que han sido internadas, respondiendo así a sus necesidades, del mismo modo, los cuidados generales ayudan a que no solo las personas internadas obtengan una mejor calidad de vida, sino que se brinda ayuda a los familiares que, por distintas razones, no pueden ofrecer este tipo de cuidados a sus allegados.

Del mismo modo, es importante conocer cuáles son algunos de los efectos psicológicos que el internamiento involuntario pude ocasionar en las personas de la tercera edad, puesto que varios estudios indican que estas personas pueden presentar ansiedad, depresión, angustia, sentimientos de soledad o de abandono, dificultades para adaptarse al medio, pérdida de la intimidad, desconfianza hacia el doctor, temor al rechazo, desconfianza hacia sí mismos, sentimiento de invalidez, etc., (Yauri, s,f).

Dicha investigación ayudará a generar una visión mucho más profunda sobre cómo el internamiento involuntario en personas de la tercera edad provoca efectos psicológicos que influyen en cómo estas personas se enfrentan a la vejez y a la adaptación a un nuevo medio, pues los efectos psicológicos que se producen cuando una persona es internada de manera involuntaria definirá cómo la misma lleva la etapa de vida por la cual se encuentra atravesando, así mismo, se trata de lograr ubicar la perspectiva desde la que las personas de la tercera edad vivencian esta situación. De esta manera, por medio de los resultados se espera conocer los puntos de vista de éstas personas y así, generar mayor consciencia e interés acerca de ésta problemática.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETIVO

En la presente disertación se investigará sobre cuáles son los efectos psicológicos causados por el internamiento involuntario de personas de la tercera edad. Se trabajará con personas desde los 65 hasta 90 años en el ancianato "Corazón de María", ubicado en el sector de La Prensa de la ciudad de Quito, en el cual, se realizarán entrevistas semi-estructuradas a las personas de la tercera edad, así como también la aplicación de técnicas e instrumentos de evaluación tales como el FECI-AM (Ficha de Evaluación Clínica Integral para Adultos Mayores) el cual permite una evaluación integral de las áreas de auto imagen, auto estima, expectativas de eficacia persona, forma de procesar la información, modalidades de autocontrol y su administración conductual, y el SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of LifeDirect Weight) para evaluar la calidad de vida de las personas. Así mismo, se trabajará con personas que se encuentren con un estado de salud mental estable, es decir, personas que se encuentren atravesando por un envejecimiento normal para poder realizar las entrevistas y la aplicación de los instrumentos de evaluación, también, se escogerán personas que no padezcan algún tipo de enfermedad crónica o que se encuentren incapacitadas de manera física. Las personas serán de ambos sexos. Del mismo modo, se contará con la participación de personas que trabajen dentro de

la institución a quienes se les realizarán entrevistas acerca de los tipos de cuidados generales y cómo el mal manejo de los mismos influye y afectan a la vida de las personas que residen en el ancianato.

Este estudio no busca encontrar soluciones a las problemáticas planteadas posteriormente, sino que se tiene como objetivo recopilar información que permita intervenciones futuras para poder de esa manera mejorar y favorecer la situación de las personas internadas de la tercera edad en este tipo de instituciones, del mismo modo, se tratará de generar un mayor interés sobre este tema ya que no se tiene una perspectiva desde cómo se ven afectadas de manera psicológica las personas que son internadas de manera involuntaria. Del mismo modo, se tratará de encontrar respuesta a la siguiente pregunta, ¿Es posible determinar la existencia de cierta influencia de los efectos psicológicos sobre el pronóstico y tiempo de vida esperado de una persona y que el mismo disminuya?

Objetivo general

Identificar cuáles son los efectos psicológicos que tiene el internamiento involuntario en personas de la tercera edad.

Objetivos específicos

- Analizar los componentes de la tercera edad.
- Explicar sobre los efectos psicológicos de la tercera edad.
- Realizar una breve explicación acerca del Modelo integrativo supra paradigmático.
- Exponer acerca del internamiento involuntario y derechos fundamentales de la internalización.
- Presentar los tipos de efectos psicológicos que se pueden generar a causa del internamiento involuntario.
- Conocer de qué manera el manejo inadecuado de los cuidados generales influyen en las personas de la tercera edad.
- Identificar si existe relación alguna entre los efectos psicológicos del internamiento involuntario y la esperanza de vida de las personas.

ANTECEDENTES O MARCO REFERENCIAL

Si bien las personas de la tercera edad son un grupo de atención prioritaria, no se han encontrado estudios previos que den importancia a los efectos psicológicos que produce el internamiento involuntario y cómo éste tipo de personas vivencias ésta situación.

Según (Cruz, 2008), esta población en el Ecuador está representada por el 6,7% del total de sus habitantes, sin embargo, no se han encontrado porcentajes de aquellas personas que han sido internadas de manera involuntaria, también, se ha identificado que uno de los temas más tratados sobre la institucionalización en el adulto mayor es la depresión. Se han encontrado varios documentos, como por ejemplo uno de ellos es el de Maritza, M., & Vivar, V. (2015) en el cual se estudia la depresión en la institucionalización del adulto mayor, pero deja de lado el internamiento involuntario y otros tipos de efectos psicológicos a causa del mismo.

En primer lugar, The American Phychological Association indica que "Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía" (Association A. P., La tercera edad y la depresión, 2017), por lo cual, es importante tomar en cuenta los efectos psicológicos que se producen en personas de avanzada edad y de qué manera los mismos se incrementan por medio del internamiento involuntario, pues como se explica con anterioridad, no se toma en cuenta una perspectiva más amplia de cómo este grupo de personas vivencian esta situación.

Del mismo modo, (Morales M. G., 2014) indica que las instituciones para la tercera edad vistas como un movimiento social emergente implican ciertas particularidades, las cuales si bien en varios casos aportan de manera beneficiosa para la sociedad, en otras ocasiones representan una realidad que es poco deseada para las personas que son internadas dentro de ellas.

En segundo lugar, un tema que influye dentro de los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad son los cuidados generales, de acuerdo a esto, Marcelo Ebrad Causaubon dice que "Los cuidados personales para el adulto mayor son muy importantes para su desarrollo cotidiano, es por ello que

debemos someter regularmente al adulto mayor a un chequeo médico y nunca permitir que asista a consulta solo; revisar y vigilar qué tipo de medicinas toma y dárselas personalmente; analizar en forma detallada lo que le está sucediendo día tras día para informarle a su médico tratante; buscar signos de fiebre, enfriamiento o infección" (Causaubon, Manual de cuidados gennerales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, s.f), de esta manera, cabe recalcar que los cuidados generales son una de las temáticas más importantes a tratar dentro de esta disertación puesto que el manejo inadecuado de los mismo puede generar complicaciones para el adulto mayor.

También, es importante tener en cuenta la existencia de prejuicios que existen hacia el adulto mayor, pues "la vasta mayoría de la población de todas las culturas tienen un cúmulo de conductas negativas hacia las personas viejas, inconscientes algunas veces, pero muchas conscientes y activas" (Salvarezza, 1991).

MARCO TEORICO

En el primer capítulo se hablará sobre la tercera edad, definiendo este concepto como "el conjunto de modificaciones tanto morfológicas como fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción que tiene el tiempo sobre todos los seres vivos, esto supone cierta disminución en la capacidad de adaptación en los órganos, aparatos y sistemas, y también en la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en cada individuo (Spanish, 2017), también, la tercera edad se constituye como "un nicho ecológico, es decir, que se han adaptado a un entorno limitado y que su ajuste a las actividades de la vida cotidiana se reduce a una rutina regular" (Salvarezza, 1991). Después, se explicará acerca de las etapas, cambios y desarrollo psicosocial en la tercera edad.

En el segundo capítulo se hará una breve descripción sobre el Modelo Integrativo Supra-Paradigmático, dentro de un marco conceptual amplio con un enfoque epistemológico, metodológico y etiológico que permita comprender los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad (Opazo, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, 2010), y así mismo, se explicará de qué manera está relacionado a los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad.

En el tercer capítulo se hablará sobre la institucionalización del adulto mayor, se explicarán cuáles son los derechos fundamentales de la internalización y los criterios

de internamiento establecidos por la institución en la cual se llevará a cabo la investigación, así como también, se explicarán ciertos aspectos legales que se trabajan dentro de la adultez tardía.

En el cuarto capítulo se realizará un recorrido sobre cuáles son los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad, se describirán las variadas dificultades adaptativas al medio residencial, así como el manejo de las relaciones interpersonales. Del mismo modo, se hablará sobre los cuidados generales y sus diferentes tipos, este análisis se basará en estudios realizados por el autor (Causaubon, Manual de cuidados gennerales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, s.f) y de (Rossell, Herrera, & Rico, 2004). De igual manera se expondrá sobre si existe o no alguna relación entre el internamiento involuntario, los efectos psicológicos que presentan las personas de la tercera edad y de qué manera esto afecta a su esperanza de vida.

MARCO CONCEPTUAL

Ageism: en castellano hace referencia a "viejismo" lo cual se define como "el conjunto de prejuicios, estereotipo y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad. En sus consecuencias, son comparables a los prejuicios que se sustentan contra las personas de distinto color, raza o religión, o contra las mujeres en función de su sexo" (Salvarezza, 1991).

Cuidados generales: son aquellos que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas brindándoles bienestar y comodidad, cumpliendo y acomodándose a las necesidades de cada persona.

Envejecimiento normal vs Envejecimiento patológico: "El envejecimiento normal es aquel que se produce sin que se den patologías mentales. Por el contrario, el envejecimiento patológico se caracterizaría por venir marcado por patologías médicas y distintos síndromes de enfermedades físicas y mentales (ejemplo Enfermedad de Alzheimer). Estas patologías y síndromes pueden llegar a impedir a la persona llevar las actividades instrumentales y/o básicas de la vida diaria. Cuando en una persona se combinan varios trastornos físicos y mentales se habla de comorbilidad" (Ángel, 2011).

Envejecimiento: "Tipo de ancianidad que adviene con la edad, y que aparentemente supone un declinar del hombre por cierta repercusión cualitativa en su personalidad, en el modo de relacionarse consigo mismo y con los demás" (Miers, 2015). También, "Denominamos envejecimiento al proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos (Calenti, 2011).

Gerontología: La gerontología es definida como " la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores" (Ramos, 1999).

Modelo supra-paradigmático: "modelo que busca integrar elementos de diferentes paradigmas como, el biológico, cognitivo, afectivo, etc. para la aplicación clínica. Roberto Opazo (2001) plantea cómo estos paradigmas buscan generar predicción y cambio a nivel terapéutico" (Soler, Una dimensión evolutiva en el contexto del enfoque integrativo supra-paradigmático).

Paradigma afectivo: "El paradigma Afectivo implica que las necesidades y tendencias, umbrales afectivos, motivación al cambio, eventos y estructuras afectivas, balance entre satisfacción y frustración, pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico" (Opazo, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, 2006).

Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Salud O. M., ¿Cómo define la OMS la salud?, 2018).

Sentido de vida: "en esta etapa de la vida adquiere relevancia la toma de consciencia de la propia mortalidad; este hecho hace que la persona anciana reorganice el tiempo y la memoria de los momentos vividos del pasado" (Agustín, Durana, González, & Velasco, 2010).

Tercera edad: el Oxford English Dictionary define a la tercera edad como el conjunto de modificaciones tanto morfológicas como fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción que tiene el tiempo sobre todos los seres vivos, esto supone cierta disminución en la capacidad de adaptación en los órganos, aparatos y sistemas, y también en la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en cada individuo (Spanish, 2017).

Vínculos: "Es la mínima unidad de análisis"3 de la psicología social. Esto significa que el objeto de estudio de ésta, no es el individuo, la persona o el sujeto en sí mismo, como lo es para la psicología o el psicoanálisis, sino el vínculo que un sujeto pueda establecer con otro sujeto" (Riviére, 2000).

ESQUEMA BASICO DE CONTENIDOS

Resumen

Introducción

1. La tercera edad
   1.1 ¿Qué es la tercera edad?
   1.3. Etapas de la tercera edad
   1.4. Cambios que se dan en la tercera edad
   2.4. Desarrollo psicosocial

2. Modelo integrativo supra-paradigmático

   2.1. ¿De qué se trata el modelo integrativo supra-paradigmático?
   2.2. Modelo integrativo supra-paradigmático relacionado a los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad.

3.Internamiento involuntario

3.1 ¿Qué se entiende por internamiento involuntario?
   3.2. Derechos y criterios fundamentales de la internalización
   3.3. Aspectos legales en la adultez tardía

4. Efectos psicológicos del internamiento involuntario de personas de la tercera edad

   4.1. Efectos psicológicos causados por el internamiento involuntario en personas de la tercera edad
   4.2. Definición de los principales conceptos
   4.3. Dificultades adaptativas al medio residencial
   4.4. Cuidados generales y sus distintos tipos.
   4.5. Relación entre el internamiento involuntario, los efectos psicológicos que presentan algunas personas de la tercera edad a causa de dicho internamiento y de qué manera esto influye sobre su esperanza de vida.

Conclusiones

Bibliografía

HIPÓTESIS

Las personas de la tercera edad al ser internadas de manera involuntaria presentan efectos psicológicos que influyen sobre su esperanza de vida.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓNVARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Efectos psicológicos

VARIBALE INDEPENDIENTE: Internamiento Involuntario

INDICADORES

Consecuencias en distintos ámbitos como:

- Estado de la salud
- Estado físico
- Estado emocional
- Paradigma sistémico
- Paradigma afectivo
- Paradigma biológico
- Paradigma cognitivo
- Paradigma ambiental-conductual
- Vínculos
- Abandono
- Dependencia

PROCEDIMIENTO- MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Esta investigación posee una metodología mixta, es decir, cualitativa y cuantitativa, la investigación se realizará con personas de la tercera edad entre 65 y 90 años en el ancianato "Corazón de María", se harán visitas semanales para observar, conocer el lugar y a las personas que trabajan y residen allí, a continuación, se explicará a las personas con quienes se hará la investigación, el propósito de la misma y se les entregará un

consentimiento informado. Del mismo modo, se harán entrevistas semi-estructuradas a las personas de la tercera edad que residen en la institución y se recolectarán datos con los cuales se realizarán categorizaciones y descripciones. También, se utilizarán instrumentos de evaluación tales como la Ficha de Evaluación Clínica Integral para Adultos (FECI-AM) y el SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of LifeDirect Weight).

TÉCNICAS

Se realizarán entrevistas semiestructuradas las cuales constarán aproximadamente de 20 ítems, como por ejemplo edad, sexo, tiempo que reside en el ancianato, etc., También, se utilizará el FECI-AM (de Evaluación Clínica Integral para Adultos) el cual permite una evaluación integral de las personas en las áreas de auto imagen, auto estima, expectativas de eficacia persona, forma de procesar la información, modalidades de autocontrol y su administración conductual, también, se utilizará la escala de SEIQoL-DW(Schedule for the Evaluation of Individual Quality of LifeDirect Weight) para evaluar la calidad de vida de las personas. A continuación, se analizarán y se sistematizarán los datos recolectados. Para la aplicación de estos instrumentos se tomará en cuenta solamente personas de la tercera edad entre los 65 y 90 años.

UNIVERSO MUESTRA

Se trabajará con personas de la tercera edad, desde 65 hasta los 90 años, en el ancianato "Corazones de María" de la ciudad de Quito, que hayan sido internadas de manera involuntaria.

Criterios de inclusión: se escogerán personas de la tercera edad entre edades desde 65 hasta 90 años, de igual manera, las personas deberán tener un estado de salud mental estable para las entrevistas, también, se escogerán personas que no padezcan algún tipo de enfermedad crónica o que se encuentren incapacitadas de manera física. Las personas serán de ambos sexos.

Criterios de exclusión: no se tomará en cuenta a personas que padezcan cualquier tipo de discapacidad mental o envejecimiento patológico, tampoco se contará con la participación de personas con edades menores a la de 65 años y mayores de 90 años.

Hipótesis	VARIABLE (S)	INDICADORES	INSTRUMENTOS

El internamiento involuntario genera efectos psicológicos que influyen en la esperanza de vida de las personas de la tercera edad.	Dependiente: Efectos psicológicos	Paradigma afectivo, paradigma biológico, paradigma cognitivo, paradigma ambiental-conductual, paradigma sistémico.	Entrevistas semiestructuradas FECI-AM SEIQoL-DW
	Independiente: Internamiento involuntario	Vínculos, abandono, dependencia, estado de la salud, estado físico, estado emocional.	Entrevista semiestructurada FECI-AM SEIQoL-DW

Bibliografía

ABC, D. (2017). *Definición de dependencia.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/general/dependencia.php

ABC, D. d. (2017). *Definición de abandono.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/general/abandono.php

Abello Llanos , R., & Madariaga Orozco, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? *Psicología desde el Caribe*, 50- 64.

Agustín, A. O., Durana, I. A., González, A. U., & Velasco, Á. R. (2010). *Psicogeriatría.* Barcelona-España: ELSEVIER MASSON.

Andrea Isabel Robles-Espinoza, B. R.-J.-G.-Z. (Septiembre-Diciembre de 2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente, 11*(3), 120-125. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf

Ángel, J. S. (27 de Febrero de 2011). *El Roble Oso Grandio´s Blog.* Obtenido de https://elrobleosograndio.wordpress.com/2011/02/27/envejecimiento-normal-vs-envejecimiento-patologico/

Arrazola, F. J. (Marzo de 1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 34*(2), 59-122. Obtenido de http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672

Association, A. A. (2013). *Late Adulthood.* Obtenido de http://www.adaa.org/

Association, A. P. (2017). *La tercera edad y la depresión.*

Association, A. P. (2018). *La tercera edad y la depresión.* Obtenido de https://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx

Assosiation, A. P. (2018). *Anxiety.* Obtenido de https://www.apa.org/topics/anxiety/

Azul, L. C. (Abirl de 2018). *Etapas en la tercera edad.* Obtenido de https://lacruzazul.com/etapas-en-la-tercera-edad/

Balarezo Chiriboga, L. (2012). *Psicoterapia.* Quito: PUCE, Centro de Publicaciones.

Barenys, M. P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontologia*, 9.

Barrientos, J. C. (2013). *Enfoque Integrativo Supra-paradigmatico.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Beaver, M. L., & Miller, D. A. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores: intervención primaria, secundaria y terciaria.* Barcelona: Paidós. Obtenido de http://bdigital.unal.edu.co/32643/1/32196-118632-1-PB.pdf

Bembibre, C. (2007). *Definición ABC.* Obtenido de https://www.definicionabc.com/salud/ira.php

Bolaños, J. C. (23 de Febrero de 2018). *Ley del Adulto Mayor busca ratificar derechos y garantizar una vejez digna.* Obtenido de Extra.ec: https://www.extra.ec/actualidad/adultomayor-vejez-ancianos-asambleanacional-estadisticas-YD2050890

Branden, N. (1995). *Desarrollo de la autoestima.* (Piadós, Ed.) Barcelona.

Brañas, S. F. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Hig Epidemiol* , 78, 79, 80.

Brañas, S. F., Gumenes, M. A., Chil, O. A., & Mesa, B. B. (16 de Enero de 2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Hig Epidemiol*(130), 78, 79, 80. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n2/hie01201.pdf

Briones, D. (2018). *DerechoEecuador.com.* Obtenido de Ley del Adulto Mayor: https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor

C.A.., V. C. (2018). *CONCEPTODEFINICIÓN.DE.* Obtenido de https://conceptodefinicion.de/resignacion/

Calenti, J. C. (2011). *Gerontología y psiquiatría.* Madrid-España: Editorial médica panamericana.

Castro, R. O. (1997). In the Hhurricane´s Eye: A supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*(1), 116.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago de Chile: ICPSI.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago-Chile: Ediciones ICPSI.

Castro, R. O. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Una delimitación clínica.* Santiagao-Chile: ICPSI Instituto Chilenode Psicoterapia Integrativa.

Castro, R. O. (2004). *Psicoterapia Integrativa y desarrollo personal. En H. Fenández Álvarez y R. Opazo (Eds.), La Integración en Psicoterapia. .* Barcelona : Paidós.

Causaubon, M. E. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto disfuncional o dependiente.* Mexico: Literatura y Alternativas en Servicios Sociales SC.

Causaubon, M. E. (s.f). *Manual de cuidados gennerales para el adulto mayor disfuncional o dependiente.* Mexico: Literatura y Alternativas en Servcios Editoriales SC .

Cerón, A. B. (6 de Mayo de 2011). Impacto de la ley de dependencia en las personas con enfermedad mental, desde la óptica de la autonomía personal.

Chacón, C. S. (2019). *El Mundo del Superdotado.* Obtenido de https://www.elmundodelsuperdotado.com/blog/

Chile, S. d. (25 de Mayo de 2016). *Infecciones más comunes en el adulto mayor.* Obtenido de https://www.socgeriatria.cl/site/?p=489

Clavería, V. M., & Carrasco, I. Q. (2005). Un Estudio Hermenéutico De La Práctica Clínica Psicológica. *SUMMA Psicológica UTS*, 28-32.

Consumo, M. d. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Madrid: Agencia Laín Entralgo. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf

Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico* (Novena Edición ed.). México: Pearson.

criminal), C. (. (2009). *CFEC.* Obtenido de https://www.estudiocriminal.eu/blog/definicion-de-abandono/

Cruz, B. A. (2008). La población adulto mayor en la ciudad de Quito, estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. *Instituto nacional de estadíticas y censos*, 8-32.

Cueva, S. E. (2014). *Factores psicosociales que afectan a las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor .* Ddisertación, Pontificia Universidad Ccatólica del Ecuador , Quito. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7230/8.14.001759.pdf?sequence=4

Daza, K. D. (2011). *Vejez y Envejecimiento.* Bogotá: Universidad de Rosario.

DeSignificados.com. (s.f). *De Significados.* Obtenido de Desconfianza: https://designificados.com/desconfianza/

Económica, M. d. (2019). *Dirección Población Adulta Mayor.* Obtenido de https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

ECUADOR, C. D. (2008). Obtenido de https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf

Educalingo. (2018). *Educalingo.* Obtenido de https://educalingo.com/es/dic-es/institucionalizacion

Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado.* Barcelona: Paidós.

Estadísticas, O. N. (s.f). Esperanza de vida. *O.N.E*, 1.

Estrella, C. (24 de Noviembre de 2005). *Sistema Nacional de Protección de los Derechos Humanos.* Obtenido de https://www.derechoecuador.com/sistema-nacional-de-proteccioacuten-de-los-derechos-humanos

Estupiñan, E. B. (23 de Noviembre de 2015). La edad adulta tardía. *El Universo*. Obtenido de https://www.eluniverso.com/opinion/2015/11/23/nota/5257791/edad-adulta-tardia

Figueroba, A. (2018). *Psicología y Mente.* Obtenido de Los 4 cambios psicológicos de la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad): https://psicologiaymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez

Gabriel, N. (5 de Agosto de 2015). Violencia Intrafamiliar hacia el adulto mayor: una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*. Obtenido de https://docplayer.es/12711812-Violencia-intrafamiliar-hacia-el-adulto-mayor-una-mirada-desde-el-enfoque-integrativo-supraparadigmatico.html

Gallegos, J. M. (2007). La Familia Como Sistema. *Revista Paceeña De Medicina Familiar*, 114.

Geis, P. P. (2003). *Teercera edad, actividad fisica y salud.* Barcelona: Paidotribo.

Geis, P. P. (2003). *Tercera edad, actividad física y salud.* Barcelona: Paidotribo.

Geis, P. P. (2003). *Tercera edad: actividad física y salud.* Barcelona: Paidotribo.

Gerontológico, I. (2014). *Instituto Gerontológico.* Obtenido de La memoria: http://www.igerontologico.com/aviso-legal

Giménez, Z. B., Fernández, G. M., Alcaraz, P. G., Navarro, L. A., Escámez, I. M., Najarín, Y. M., . . . Rodríguez, L. P. (s.f). *Protocolo de adaptación.* Obtenido de https://www.laresmurcia.org/download/PROTOCOLO%20DE%20ADAPTACI%C3%93N.pdf

Gonzales, J. H. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales.* San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Obtenido de https://books.google.com.gt/books?id=y5Not4XsWvkC&pg=PA141&dq=institucionalizaci%C3%B3n+de+adultos+mayores&hl=en&sa=X&ei=3tJkUYP7DKPs2QXviYDIDw&redir_esc=y#v=onepage&q=institucionalizaci%C3%B3n%20de%20adultos%20mayores&f=false

Gónzales, J. H. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales.* San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=y5Not4XsWvkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Greenberg, L., Elliot, R., & Lietaer, G. (1994). *Research on humanistic and experimental psycotherapies .* New York : Wiley.

Iglesia, J. M., Vilches, O., Herrero, D., Colomer, A., Taberné, C. A., & Luque, R. L. (2002). Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM, 12*(10), 620-630. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf

Jiménez, S. B., Sánchez, M. P., Arellano, J. M., Carrasco, P. M., Peña, M. M., & Áviles, J. M. (2016). *Factores protectores del envejecimieto cognitivo.* Madrid: UNED.

Klein, A. (Agosto de 2016). Paradigmas en la vejez: homogeneización y transiciones cinematográficas. *SciELo*.

Larrínaga, M. A. (2006). *Vejez: Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.* Córdoba-Argentina: Brujas.

Lodoño, L. P. (19 de Marzo de 2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia: Pensando Psicología, 5*(8).

López Rosetti, D. (2018). *Emoción y sentimientos: No somos seres racionales, somos seres emocionales que razonan.* Barcelona: Grupo Planeta.

López, A. M. (Diciembre de 2005). *AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.* Obtenido de http://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicolgicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor

Lumen. (2018). *Boundless Psychology.* Obtenido de Aging: Late adulthood: https://courses.lumenlearning.com/boundless-psychology/chapter/aging-late-adulthood/

Mañas, L. R. (2018). La madurez de nuestro corazón. *Corazón y Salud*(49).

Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*, 55-69.

Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades 2008 IX*, 58.

Matamales, M., Skrbis, Z., Hatch, R. J., Balleine, B. W., Gotz, J., & Berltran-Gonzales, J. (20 de Abril de 2016). Aging-Related Dysfunction of Striatal Cholinergic Interneurons Produces Conflict in Action Selection. *Neuron, 20*(2), 362-373.

Mercader, F.-X. A. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer.* Barcelona- España: Boixareu Universitaria.

Miers, M. d. (2015). *La revolución de la tercera edad.* México: Trillas.

Mimenza, O. C. (s.f.). *Psicología y Mente.* Obtenido de Apatía: Síntomas y causas de este sentimiento: https://psicologiaymente.com/clinica/apatia

Ministerio de Educación Política, S. y. (2008). *La participación social de las personas mayores.* España.

Montilla, E. (2004). *Viviendo la tercera edad: un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento.* Barcelona- España, Editorial Clie: Editorial Clie.

Montilla, E. (2004). *Viviendo la tercera edad: un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento .* Barcelona- España: Editorial Clie.

Morales, M. G. (4 de Julio de 2014). El proceso de Institucionalizacion en la tercera edad. Córdoba. Obtenido de file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Internamiento%20involuntario.pdf

Morales, M. G. (Julio de 2014). *Institucionalización de la tercera edad.* Obtenido de http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1

MX, E. D. (16 de Diciembre de 2014). *Definición MX.* Obtenido de Autoimagen: https://definicion.mx/autoimagen/

Naciones Unidas. (s.f). *Fundamento de las Normas Internacionales de Derechos Humanos.* Obtenido de https://www.un.org/es/sections/universal-declaration/foundation-international-human-rights-law/index.html

Navarro, S. H. (Abril de 2004). Marco legal y de políticas. *Población y desarrollo*(51), 15,16,17,18,19,20. Obtenido de http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_152.pdf

OMS. (2013). *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud.* Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Género: https://www.who.int/topics/gender/es/

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa.* Santiago: ICPSI.

Opazo, R. (2006). *Enfoque Integrativo Supraparadigmático.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Opazo, R. (2010). *Enfoque Integrativo Supraparadigmático.* Obtenido de https://sites.google.com/site/barrientospsico/psintegrativa

Paredes, K. (30 de Agosto de 2014). *Diario El Telégrafo.* Obtenido de https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/el-abandono-a-adultos-mayores-ahora-se-castiga-con-prision

Paredes, K. (30 de Agosto de 2014). *eltelégrafo.* Obtenido de El abandono a adultos mayores ahora se castiga con prisión: https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/el-abandono-a-adultos-mayores-ahora-se-castiga-con-prision

Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 27.

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2011). *Inteligencia emocional.* Obtenido de https://definicion.de/inteligencia-emocional/

Petersen, M. L. (2011). Terapia Grupal en Depresión: una mirada Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPI, volumen 3*, 43.

Porto, J. P., & Gardey, A. (2008). *Definicion.de: Definición de anomia.* Obtenido de https://definicion.de/anomia/

Porto, J. P., & Gardey, A. (s.f.). *Definición. De.* Obtenido de https://definicion.de/ansiedad/

Porto, J. P., & Merino, M. (2013). *Definición. De.* Obtenido de https://definicion.de/vinculo/

Press, O. U. (2018). *Oxford Living Dictionaries.* Obtenido de https://es.oxforddictionaries.com/definicion/trastorno

Probono.net. (2018). *Ayudalegalpr.org.* Obtenido de Salud mental: Información básica sobre el ingreso involuntario en hospitales o instituciones mentales (Ley Núm. 408): https://ayudalegalpr.org/resource/informacin-bsica-sobre-el-ingreso-involuntario-en-hospitales-o-instituciones-por-salud-mental?ref=YEQKC

Producciones, M. (2018). *Espacio Logopédico.* Obtenido de https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=143

Psicoterapia, T. (2018). *Tándem psicoterapia.* Obtenido de http://www.tandempsicoterapia.com/equipo

PUCE. (2018). *Protocolo de actuación frente a casos de violencia de género en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.* QUITO.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida.* México: Pax México.

Ramos, O. P. (1999). Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico. *Editorial*.

Rivas, E. M. (Junio de 2014). Autoimagen del adulto mayor institucionalizado. Guatemala. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Garcia-Estela.pdf

Riviére, P. (2000). *Teoría del vínculo.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Ross, E. K. (2014). *Aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida: con plantas medicinales, alimentación sana, terapias alternativas y complementarias.* La Paz, Bolivia: SENTEC.

Rossel, N. Y., Herrera, R. R., & Rico, M. A. (2004). *Intriducción a la Psicogerontología.* Madrid: Pirámide.

Rossell, N. Y., Herrera, R. R., & Rico, M. A. (2004). *Introdicción a la psicogerontología.* España-Madrid: PIRÁMIDE.

Ruiz, A. R., & Hermosa, S. G. (2015). *Guía didáctica lúdica para incetivar el desarrollo integral de los niños y niñas de 12 a 36 meses del centro infantil del buen vivir "Semillas de miraflores alto" del cantón Cayambe .* Universidad Politecnica Salesiana de Quito, Quito. Obtenido de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7743/1/UPS-QT06527.pdf

Salud, O. M. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.*

Salud, O. M. (Agosto de 2017). *Cuidados Paliativos.* Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/

Salud, O. M. (2017). *Depresión.* Obtenido de http://www.who.int/topics/depression/es/

Salud, O. M. (2017). *Enfermedades Crónicas.* Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Salud, O. M. (2018). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Salud, O. M. (2018). *Depresión.* Obtenido de https://www.who.int/topics/depression/es/

Salud, O. M. (Febrero de 2018). *Envejecimiento y salud.* Obtenido de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría.* Buenos Aires: Paidós.

Sena, C. M., Moral, J. C., & Pardo, E. N. (Diciembre de 2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología, 24*(2), 312-319.

Shaban. (2018). *Adulthood Age Group Growth and Development.* Obtenido de https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001242_Adulthood%20Age%20Group%20GD.pdf

Significado.com, Q. (s.f). *Que Significado.* Obtenido de Inseguridad: https://quesignificado.com/inseguridad/

Significados. (2018). *Significados de Autonomía.* Obtenido de https://www.significados.com/autonomia/

Significados.com. (31 de Marzo de 2016). *Tristeza.* Obtenido de https://www.significados.com/tristeza/

Social, M. d. (2013-2014). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los Centros Residenciales del Buen Vivir para el Adulto Mayor.* Obtenido de Lineamientos técnicos para la orientación del personal de los servicios de Atención Residencial del Buen Vivir para adultosmayores, construido en base a un modelo de atención y gestión: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-RESIDENCIAL.pdf

Soler, G. (s.f). Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPsI)*, 8.

Soler, G. (s.f). Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*, 9. Obtenido de https://www.academia.edu/23658623/Una_Dimensi%C3%B3n_Evolutiva_En_el_Contexto_del_Enfoque_Integrativo_Supraparadigm%C3%A1tico

Soler, G. (s.f.). *Una dimensión evolutiva en el contexto del enfoque integrativo supra-paradigmático.* Obtenido de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TAE3S67Vfg8J:https://www.researchgate.net/profile/Gabriel_Soler2/publication/290468513_Una_Dimension_Evolutiva_En_el_Contexto_del_Enfoque_Integrativo_Supraparadigmatico_An_Evolutive_Dimension_in_the_Co

Spanish. (2017). *Oxford Living Dictionaries.* Obtenido de https://www.oxforddictionaries.com/?region=us

Ucha, F. (06 de Mayo de 2009). *Definición ABC.* Obtenido de Indiferencia: https://www.definicionabc.com/?s=Indiferencia

Ucha, F. (27 de Enero de 2010). *Definición ABC.* Obtenido de Soledad: https://www.definicionabc.com/general/soledad.php

Urtasun, L. E. (2018). Ingresos de persones mayores en centros residenciales. *Revista para el análisis de derecho*. Obtenido de http://www.indret.com/pdf/1365_2.pdf

Vera, J. V. (2000). *ABC de la depresión en personas mayores.* Madrid: Grupo Aula Médica. Obtenido de https://www.agapea.com/libros/ABC-de-la-depresion-en-las-personas-mayores-9788478852369-i.htm

Yauri, J. R. (s,f). *Apectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad.*

Zuñiga, O. (2017). *La mente es maravillosa.* Obtenido de https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/

CRONOGRAMA

		TIEMPO																											
	ACTIVIDADES	ENERO 14				FEBRERO 14				MARZO 14			ABRIL 14				MAYO 14				JUNIO 14				JULIO 14				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Aprobación plan																												
2	Recopilación de Bibliografía																												
3	Primer capítulo																												
4	Segundo capítulo																												
5	Tercer capítulo																												
6	Sexto capítulo																												

Anexo B. Entrevistas realizadas a los Psicólogos

Entrevista realizada a la los Psicólogos de la Institución "Corazón de María"

1. ¿Considera usted que la calidad y esperanza de vida de una persona de la tercera edad se ve afectada debido al internamiento involuntario?

   No, muchas veces las personas que ingresan provienen de hogares en donde no se les podía brindar una atención integral adecuada, presentan descuido por parte de los familiares y aquí su calidad de vida mejora ya que no les hace falta nada, mejora su apariencia, tienen sus medicinas, comida, ropa, asistencia médica y psicológica, tienen todas sus necesidades básicas cubiertas. Entonces, si, la calidad de vida no presenta afectación alguna sino al contrario, mejora, y con la esperanza de vida es igual debido a que las enfermedades que presentan están mucho más controladas, las personas tienen chequeos médicos que ayudan a diagnosticar y prevenir ciertas enfermedades, las medicinas son traídas por los familiares y la administración se lo hace de manera adecuada generando que la recuperación sea más eficaz o al menos a que la enfermedad esté controlada; de este modo las enfermedades no siguen avanzando rápidamente sino que son más controladas lo que hace que la esperanza de vida no disminuya sino que, al igual que la calidad de vida, muchas veces presenta un buen pronóstico y mejora. Por ejemplo, muchas personas al ingresar presentaban problemas para caminar y apenas podían hacerlo, pero aquí reciben terapia física por lo que sus habilidades motrices con el

tiempo comienzan a funcionar mucho mejor. De igual manera, se les brinda contención, y para esto la psiquiatra interviene para poder saber si toman algún medicamento o qué tipo de medicamento toman, de este modo, existe un trabajo de acompañamiento y seguimiento para poder cubrir de forma adecuada las necesidades del adulto mayor. Entonces sí, su calidad de vida mejora y algunas personas viven en mejores condiciones. Se ha visto en muchos casos que los síntomas comienzan a disminuir a partir de las tres semanas de haber ingresado, pero para otras personas es difícil por todo lo que dejan, es decir, todas sus pertenencias. Para las personas que vienen de la calle es mucho más fácil adaptarse ya que aquí dentro tienen todo y una mejor calidad de vida que la que tenían afuera, y también porque en sí no llevan muchas pertenencias con ellos.

2. ¿Cree usted que se generan efectos psicológicos a causa del dicho internamiento involuntario, y en caso de ser así, considera que los mismos influyen sobre la esperanza de vida y calidad de vida? Sí/ No/ ¿Cuáles? ¿Por qué?

   Sí, muchas de las personas se descompensan los primeros días por lo que se debe brindar acompañamiento y sostenimiento psicológico, así como también contención y para eso precisamente se acude al psiquiatra para que las personas puedan estar mucho más estables. También se deprimen debido a todo lo que deben dejar cuando ingresan, como sus pertenencias y su hogar; presentan ansiedad ya que para ellos es un medio desconocido al cual deben adaptarse y muchas veces se les dificulta esta adaptación debido a los horarios que se les impone, ya sea de comida, horas de sueño, visitas familiares, o para realizar actividades; también otra dificultad que tienen para adaptarse al medio son los conflictos que muchas veces presentan con sus compañeros de cuarto, y también por la comida, ya que muchas veces no les gusta lo que se prepara o es muy repetitivo por lo que se cansan y eso también les afecta emocionalmente. Otro efecto podría ser también el sentimiento de abandono y de soledad, se sienten tristes o también muchas veces presentan ira ya que se sienten abandonados por sus familiares o los mismo no van a visitarlos mucho, en caso de tener familia claro. Hay personas que no quieren estar aquí pero no les queda de otra así que simplemente se resignan. También presentan mucha angustia y preocupación por los problemas de afuera, ya sean familiares o acerca de sus pertenencias, no todos pueden salir ya que para eso se necesita de un permiso especial, entonces el no salir les deprime bastante; muchas personas dejan de ser igual activas al momento de ingresar debido a que dejan de realizar las mismas actividades que

les gustaba realizar antes, se sienten reprimidos y encerrados. Los efectos psicológicos que presentan sí influyen en su manera de relacionarse con el entorno, pero mediante distintas terapias y ayuda se trata de contener al adulto mayor y ayudarlo a que se integre a este nuevo entorno, pero la calidad de vida que se les brinda mejora muchas veces el pronóstico de las personas en cuanto a enfermedades orgánicas por lo que en este sentido no siempre se ve afectada la esperanza de vida.

Anexo C. Entrevista realizada los adultos mayores

Entrevista realizada a las personas de la tercera edad de la Institución "Corazón de María"

Edad:

Sexo:

1. Presencia de enfermedades SI NO ¿Cuáles?
2. Tempo que reside en la Institución
3. ¿Por qué se encuentra usted aquí?
4. ¿Ingresó de manera voluntaria?
5. ¿Se siente adaptado a la residencia? SI/NO ¿POR QUÉ?
6. ¿Cómo se siente actualmente en la residencia?
7. ¿Cómo se sentía los primeros días de su ingresó?
8. ¿Cómo fue sintiéndose con el paso del tiempo?
9. ¿Cómo se siente actualmente?
10. ¿Cómo se siente con respecto a vivir en el hogar geriátrico?
11. ¿Qué piensa o cuál es su punto de vista frente a su estancia en esta residencia?
12. ¿Cómo se siente frente a los cuidados que recibe?
13. ¿Qué tipo de cuidados recibe?
14. ¿Qué piensa acerca del personal que le brinda estos cuidados?
15. ¿Qué piensa de los cuidados que recibe en la Institución?
16. ¿Qué fue lo que se le hizo más difícil al momento de ingresar a la Institución?

17. ¿Piensa usted que el haber ingresado a la Institución le ha afectado de alguna manera?
18. ¿Cómo considera que es el ambiente en el cual se desenvuelve?
19. ¿Cómo se lleva con el resto de sus compañeros?
20. ¿Qué facilita su adaptación a la residencia?
21. ¿Qué dificulta su adaptación a la residencia?
22. ¿Ha notado cambios con respecto a su salud física y mental? SI/NO CUALES

Anexo D. Encuesta realizada a los adultos mayores

Encuesta dirigida hacia las personas de la tercera edad de la Institución "Corazón de María"

1. ¿Qué significa para usted "esperanza de vida"?
2. ¿Qué significa para usted calidad de vida?
3. Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que el haber ingresado a la institución le ha ayudado a mejorar su calidad de vida?
4. Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que su salud ha mejorado?
5. Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 extremadamente, ¿considera usted que su salud ha empeorado?

Anexo E. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes

PARTE I. INFORMACIÓN

Título de la investigación: "Efectos psicológicos del internamiento involuntario en ancianatos"

Objetivo: Analizar desde el Enfoque Integrativo Supra-Paradigmático cuáles son los efectos psicológicos del internamiento involuntario en personas de la tercera edad entre 65 y 90 años en la Institución "Corazón de María" y de qué manera (si es el caso) influyen sobre la esperanza y calidad de vida de las personas.

Procedimiento: Aplicación de entrevista, test FECI-AM, Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, encuesta al adulto mayor.

La participación en este grupo es voluntaria.

Duración: La entrevista durará aproximadamente una hora. La aplicación del FECI-AM durará alrededor de una hora. El cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD aproximadamente media hora. La encuesta durará 15 minutos.

Confidencialidad: La participación es anónima y todos los documentos originales se mantendrán en estricta confidencialidad.

Beneficios (individual y social): la participación beneficiará a la sociedad en el análisis y comprensión de esta problemática que afecta al adulto mayor.

Riesgos o molestias: La participación en el estudio no implica ningún riesgo.

Costos, incentivos o recompensas: El participante no recibirá ningún tipo de recompensa económica por su participación en este estudio.

Derecho a retirarse: El participante podrá abandonar su participación en cualquier momento.

Manejo de datos y resultados: Los resultados de esta investigación se publicarán través de medios científicos especializados como revistas, libros, ponencias, conferencias, etc. El participante podrá tener acceso a los documentos públicos que se generen de esta investigación.

Mayor información:

En caso de que quiera más información se puede comunicar con la investigadora responsable Ariel Martínez, al teléfono 0995171481 o al correo electrónico criscri_ari@hotmail.com.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con cédula de Identidad _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado por Ariel Cristina Martínez López estudiante egresada de la Facultad de Psicología de la PUCE; he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de mi participación para el trabajo de disertación titulado "Efectos psicológicos del internamiento involuntario en ancianatos" y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento

que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicho trabajo de disertación y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

C.I. _____

Anexo F. Test FECI-AM

INSTITUTO CHILENO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ADULTOS MAYORES

(F.E.C.I. - AM)

La presente ficha de Evaluación deriva del **Modelo Integrativo Supraparadigmático del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI)** y procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo psicológico Implica una decisión importante, que supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido, cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de éste, Ud. podrá responderlo en dos o más etapas, si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Por favor responda con interés y veracidad, en la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente **confidencial**. Trate de responder a todas las preguntas.

Anexo G. Test WHOQOL-OLD

CUESTIONARIO: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

OLDER ADULTS (WHOQ0L-OLD) Versión Española adaptada*

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona mayor de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Á veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Por favor, tenga en cuenta sus normas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

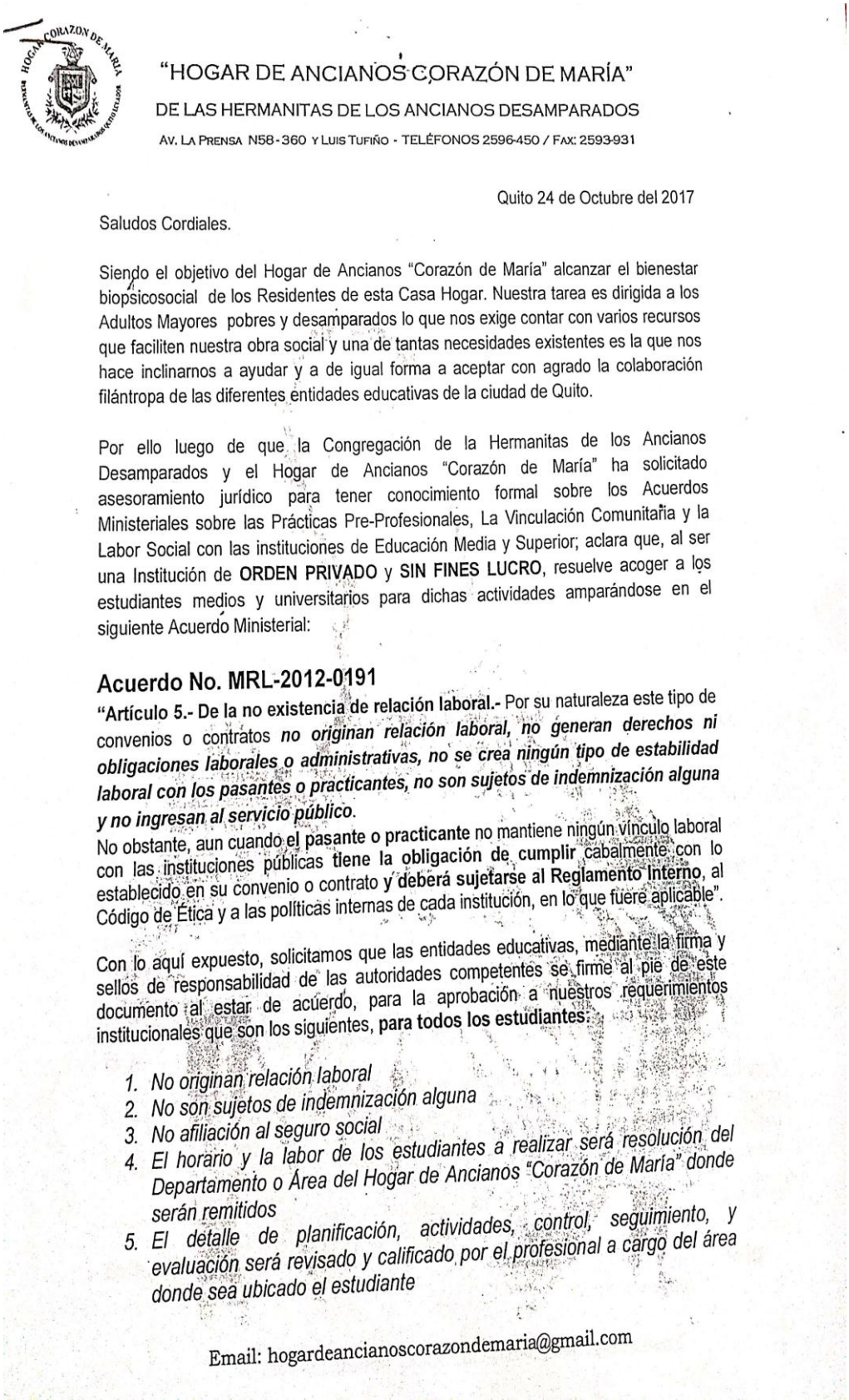
Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas. Así, hará un círculo en el número 4 si usted se ha preocupado sobre su futuro "Bastante ,o un círculo en el número I si usted se ha preocupado "Nada " sobre su futuro.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y elija su respuesta haciendo un círculo en el número que mejor le corresponda.

¡Gracias por su ayuda!

Anexo H. Permiso de la Institución para realizar la investigación



"HOGAR DE ANCIANOS CORAZÓN DE MARÍA"

DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

AV. LA PRENSA N58-360 Y LUIS TUFIÑO - TELÉFONOS 2596-450 / FAX: 2593-931

Quito 24 de Octubre del 2017

Saludos Cordiales.

Siendo el objetivo del Hogar de Ancianos "Corazón de María" alcanzar el bienestar biopsicosocial de los Residentes de esta Casa Hogar. Nuestra tarea es dirigida a los Adultos Mayores pobres y desamparados lo que nos exige contar con varios recursos que faciliten nuestra obra social y una de tantas necesidades existentes es la que nos hace inclinarnos a ayudar y a de igual forma a aceptar con agrado la colaboración filántropa de las diferentes entidades educativas de la ciudad de Quito.

Por ello luego de que la Congregación de la Hermanitas de los Ancianos Desamparados y el Hogar de Ancianos "Corazón de María" ha solicitado asesoramiento jurídico para tener conocimiento formal sobre los Acuerdos Ministeriales sobre las Prácticas Pre-Profesionales, La Vinculación Comunitaria y la Labor Social con las instituciones de Educación Media y Superior; aclara que, al ser una Institución de **ORDEN PRIVADO** y **SIN FINES LUCRO**, resuelve acoger a los estudiantes medios y universitarios para dichas actividades amparándose en el siguiente Acuerdo Ministerial:

Acuerdo No. MRL-2012-0191

"Artículo 5.- De la no existencia de relación laboral.- Por su naturaleza este tipo de convenios o contratos ***no originan relación laboral, no generan derechos ni obligaciones laborales o administrativas, no se crea ningún tipo de estabilidad laboral con los pasantes o practicantes, no son sujetos de indemnización alguna y no ingresan al servicio público.***

No obstante, aun cuando **el pasante o practicante** no mantiene ningún vínculo laboral con las instituciones públicas **tiene la obligación de cumplir** cabalmente con lo establecido en su convenio o contrato **y deberá sujetarse al Reglamento Interno**, al Código de Ética y a las políticas internas de cada institución, en lo que fuere aplicable".

Con lo aquí expuesto, solicitamos que las entidades educativas, mediante la firma y sellos de responsabilidad de las autoridades competentes se firme al pie de este documento al estar de acuerdo, para la aprobación a nuestros requerimientos institucionales que son los siguientes, **para todos los estudiantes:**

1. *No originan relación laboral*
2. *No son sujetos de indemnización alguna*
3. *No afiliación al seguro social*
4. *El horario y la labor de los estudiantes a realizar será resolución del Departamento o Área del Hogar de Ancianos "Corazón de María" donde serán remitidos*
5. *El detalle de planificación, actividades, control, seguimiento, y evaluación será revisado y calificado por el profesional a cargo del área donde sea ubicado el estudiante*

Email: hogardeancianoscorazondemaria@gmail.com

"HOGAR DE ANCIANOS CORAZÓN DE MARÍA"
DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS
AV. LA PRENSA N58 - 360 Y LUIS TUFIÑO - TELÉFONOS 2596-450 / FAX: 2593-931

6. *Se suspenderán de inmediato las horas de práctica pre-profesional o vinculación y labor social, ante algún incumplimiento del reglamento interno del Hogar, sean estos por motivos de mala conducta o comportamiento, si así lo considerara la Dirección*
7. ***Las fotografías** de la "**PRÁCTICA FORMATIVA" SÓLO SERÁN AUTORIZADAS PARA LOS ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR O UNIVERSITARIO, QUE SE ENCUENTREN REALIZANDO PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES,** No Acción Social Ni Vinculación Comunitaria. Las fotografías **no deberán pasar de 10** bajo estricto control del profesional del área, esto quiere decir que serán previamente aprobadas por él, las fotos deberán ser tomadas con ética, y sin mostrar de frente los rostros de los adultos mayores.*
8. ***Las fotografías están prohibidas subirlas a las redes sociales, sólo se da aprobación para que sean utilizadas en trabajos académicos.***
9. ***Está prohibido la realización de videos con la participación de los adultos mayores***
10. *Los **nombres** utilizados para los informes, test, fichas o cualquier documento de práctica formativa serán **ficticios o N.N***
11. *En cuanto a la asistencia a la práctica pre-profesional y la vinculación o labor social se exigirá puntualidad y dependiendo el tiempo a realizarse, podrán tener dos faltas justificadas, de lo contrario si estás excedieran lo acordado se suspenderá definitivamente la actividad del estudiante*
12. *En el caso de los estudiantes de educación media sólo serán acogidos entre las edades de 16 a 18 años, los mismos que deberán venir acompañados de un tutor de la entidad a la cual pertenezcan*
13. *De manera obligatoria se solicita que todos los estudiantes asistan a la charla que se les ofrece en el primer día de integración a nuestras jornadas de labor en el Departamento de Psicología Clínica*
14. *La certificación sólo se entregará luego de concluir sin novedad el periodo de Prácticas Pre Profesionales, que no deberán exceder de 4 horas diarias y por un periodo de tres meses y en el caso de los estudiantes de nivel medio sólo se entregará la certificación si su actividad la cumplió con responsabilidad y la constancia de la hoja de asistencia debidamente firmada por las Hermanas Religiosas que atienden cada Área de la Casa Hogar a la cual fueron remitidos*

Agradecidos por su bondad y atención a esta solicitud, y seguros de contar con su comprensión, les damos la bienvenida al Hogar de Ancianos "Corazón de María " a todas la entidades educativas y a sus estudiantes.

Atentamente:

Madre Myrian Pedraza
Directora del Hogar de Ancianos
"Corazón de María"

Sor. Rosa Guerrero
Representante Legal

Email: hogardeancianoscorazondemaria@gmail.com

HOGAR DE ANCIANOS "CORAZON DE MARIA" QUITO - TEL. 596-450

HOGAR "CORAZON DE MARIA"
Dep. De Psicología Clínica

"HOGAR DE ANCIANOS CORAZÓN DE MARÍA"

DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

AV. LA PRENSA N58-360 Y LUIS TUFIÑO - TELÉFONOS 2596-450 / FAX: 2593-931

De Uso de la Entidad Educativa

Fecha:	04/12/2018
Institución Educativa:	Universidad Católica del Ecuador.
Nombre de Representante Institución Educativa:	Mg. Saskia Calahorrano Gómez
Cargo:	Docente - Directora de Tesis
Teléfono Convencional:	299 1700 ext. 1999
Teléfono Celular:	0992460153
E.mail:	scalahorrano422@puce.edu.ec
Firma:	SASKIA

Nombre del Estudiante:	Ariel Martínez
Año y/o Nivel:	
Especialidad y/o Carrera:	Psicología Clínica
A realizar: Vinculación Comunitaria Labor Social Prácticas Pre – Profesionales	Investigación acreditación
Teléfono Convencional:	
Teléfono Celular:	0995171981
E.mail:	crisch_ari@hotmail.com
Firma:	

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Sellos De Entidad Educativa:

Email: hogardeancianoscorazondemaria@gmail.com