

**FORTALECIMIENTO DE LOS LAZOS AFECTIVOS ENTRE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL C.B.A DE FLORIDABLANCA Y SU FAMILIA**

**CAROLINA LIZCANO DURAN**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
BUCARAMANGA**

**2010**

**FORTALECIMIENTO DE LOS LAZOS AFECTIVOS ENTRE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL C.B.A DE FLORIDABLANCA Y SU FAMILIA**

**INFORME DE PASANTIA PARA OPTAR EL TITULO DE PSICOLOGA  
CAROLINA LIZCANO DURAN**

**ASESOR DE PASANTIA  
PS. ES. ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
BUCARAMANGA**

**2010**

**NOTA DE ACEPTACION:** \_\_\_\_\_

**Presidente del Jurado** \_\_\_\_\_

**Jurado 1** \_\_\_\_\_

**Jurado 2** \_\_\_\_\_

**Bucaramanga** \_\_\_\_\_

## **AGREDECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

## Tabla de Contenido

<b>Nota de Aceptación</b> .....	<b>3</b>
<b>Agradecimientos y Dedicatoria</b> .....	<b>4</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>10</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>12</b>
<b>Objetivo General</b> .....	<b>15</b>
Objetivos Específicos.....	15
<b>Contextualización Institucional</b> .....	<b>16</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>19</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>43</b>
Procedimiento .....	48
<b>Resultados</b> .....	<b>55</b>
Fase I (Diagnóstico) .....	56
Fase II (Implementación y Evaluación).....	70
<b>Análisis de Resultados</b> .....	<b>80</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>88</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>93</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>95</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>98</b>

## Índice de Tablas

### Tablas

Tabla 1	Resultados prueba RELAF aplicada en adultos mayores, para el diagnostico.....	61
Tabla 2.	Resultados prueba RELAF aplicada en la familia para realizar el diagnostico. ....	62
Tabla 3.	Resultado categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicados en adultos mayores. ....	63
Tabla 4.	Respuesta de la población adulta mayor en la categoría de Expresiones Emocionales.....	64
Tabla 5.	Respuesta de la población adulta mayor en la categoría de Recursos Económicos . ....	65
Tabla 6.	Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a la familia. ....	66
Tabla 7.	Respuesta del Grupo Familia a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF. ....	67
Tabla 8.	Respuesta de la familia en la categoría de Recursos Económicos, de la prueba RELAF.....	68
Tabla 9.	Resultados prueba RELAF aplicada en adultos mayores, para evaluar el impacto del programa.. ....	71

Tabla 10. Resultados prueba RELAF aplicada en la familia, para evaluar el impacto del programa..	73
Tabla 11. Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a los adultos mayores.	74
Tabla 12. Respuesta del Grupo adultos mayores a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF.	75
Tabla 13. Respuesta de los adultos mayores en la categoría de Recursos Económicos, de la prueba RELAF.	76
Tabla 14. Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a la familia.	77
Tabla 15. Respuesta del Grupo familia a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF.	78
Tabla 16. Respuesta de la familia en la categoría de Recursos Económicos, de la prueba RELAF.	79

## Índice de Figuras

### Figuras

Figura 1. Selección de muestra a trabajar .....	55
Figura 2. Distribución de adultos mayores con acudientes y sin acudiente ...	56
Figura 3. Relación del parentesco familiar entre el adulto mayor y su acudiente .....	57
Figura 4. Invitación a familiares por contacto telefónico .....	58
Figura 5. Resultados de la prueba APGAR aplicada al adulto mayor y la familia, para el diagnóstico .....	59
Figura 6. Resultados de preferencia en el contacto no familiar del adulto mayor .....	70
Figura 7. Relación Pre-test y Pos-test de la prueba APGAR FAMILIAR, aplicada a los adultos mayores .....	72
Figura 8. Relación Pre-test y Pos-test de la prueba APGAR FAMILIAR, aplicada a la familia .....	80
Figura 9. Relación Pre-test y Pos-test en el contacto entre el adulto mayor y sus redes de apoyo.....	81
Figura 10. Relación pre-test y pos-test del contacto entre la familia y su red de apoyo .....	82
Figura 11. Relación resultados pre-test y pos-test del adulto mayor en la categoría Tiempo de Calidad, de la prueba RELAF .....	84

Figura 12. Relación Pre-Test y Pos-test en la disfuncionalidad familiar del geronte .....	85
Figura 13. Relación Pre-test y Pos-test en el contacto entre el adulto mayor y personas no familiares .....	89
Figura 14. Correlación resultados Pre-test y Pos-test del contacto y funcionalidad de relaciones familiares entre el adulto mayor y su red de apoyo	90

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** FORTALECIMIENTO DE LOS LAZOS AFECTIVOS ENTRE LOS ADULTOS MAYORES DEL C.B.A DE FLORIDABLANCA Y SU FAMILIA

**AUTOR:** CAROLINA LIZCANO DURAN

**FACULTAD:** PSICOLOGIA

**DIRECTOR:** PS. ES. ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

### RESUMEN

El presente trabajo de grado tuvo como propósito fortalecer los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A de Floridablanca y su familia. Para dar cumplimiento a este objetivo se planteó un programa de intervención, comprendido por talleres reflexivos y encuentros de tipo individual aclarándose dudas en la concepción de vejez y los mitos existentes, se dió a conocer el compromiso afectivo del acudiente o red de apoyo para con el viejo, y se profundizó en las expresiones de afecto como necesidad para el bienestar del senescente. Los sujetos de la muestra fueron 43 gerontes institucionalizados, 15 acudientes mayores de 18 años y 22 integrantes del personal donde residen los ancianos. Para el diagnóstico de la situación y funcionalidad familiar de los mayores seleccionados, así como para la posterior evaluación del impacto que tuvo el programa se aplicaron las pruebas APGAR FAMILIAR (Smilkstein, 1978) y RELAF (Cossio, 2005). Los resultados presentaron una diferencia del 27% en la disminución de disfuncionalidad familiar, de igual forma disminuyó en un 10.27% la negativa del adulto mayor a contar con alguna persona. Mostrando finalmente que la efectividad e impacto del programa alcanzó un 10.184% de alza a nivel general. Fortaleciendo al personal como la red de apoyo más cercana del geronte y las expresiones de afecto como herramienta en el mejoramiento de la calidad de vida de los residentes.

**PALABRAS CLAVES:** adulto mayor, lazos afectivos, familia, red de apoyo, calidad de vida, bienestar.

## **GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE**

**TITULO:** FORTALECIMIENTO DE LOS LAZOS AFECTIVOS ENTRE LOS ADULTOS MAYORES DEL C.B.A DE FLORIDABLANCA Y SU FAMILIA

**AUTHOR:** CAROLINA LIZCANO DURAN

**FACULTY:** PSYCHOLOGY

**DIRECTOR:** PS. ES. ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

### **ABSTRACT**

The purpose of this work is to improve the interpersonal relationships between the elderly from CBA Floridablanca and their family. In order to fulfill this goal, an intervention program with reflective workshops and individual meetings was implemented by clarifying doubts about the old age's concept and myths, the affective agreement of the guardian or support network was known, and the expressions of affection were deepened as a necessity for the welfare of the senescent. 43 institutionalized elderly were taken as sample, 15 guardians over eighteen and 22 staff members who work at nursing home. FAMILY APGAR tests (Smilkstein, 1978) and RELAF tests (Cossio, 2005) were implemented for the diagnosis of the situation and family functional from the selected elderly, as well as the later evaluation of the program's impact. The results showed a 27% difference in the decrease of family dysfunction; in the same way, the elderly refusal to be accompanied by someone decreased 10.27%. Finally the effectiveness and impact of this program reached 10.184% of general-level rise. The staff was strengthened as the closest support network in the elderly and the expressions of affection as a tool to improve the quality of residents' life.

**KEYWORDS:** elderly, interpersonal relationships, family, support network, quality of life, welfare.

## JUSTIFICACION

Latinoamérica y el Caribe están presentando un fenómeno de envejecimiento que tendrá gran impacto en el perfil de salud de la región. A comienzos del siglo pasado la expectativa de vida rondaba entre los 30 o 40 años en esta región del mundo, pero de acuerdo a los progresos de las ciencias biomédicas los límites de vida humana puede extenderse de 100 o 120 años aproximadamente. El problema es que el contexto social no parece avanzar al mismo ritmo, en donde lo malo no es que la población envejezca sino que las sociedades no tomen conciencia del fenómeno, pese a considerarse como una característica definitoria del siglo XXI. El envejecimiento demográfico es un proceso que desafortunadamente nos está tomando por sorpresa, debido a que América Latina está envejeciendo a un ritmo cuatro veces más rápido que el que caracterizó el envejecimiento de los países del llamado primer mundo. (Loewy, 2004).

Colombia es uno de los países de América Latina con un impacto mayor en la curva demográfica con tendencia al envejecimiento, con un 9% de la población mayor de 60 años en el 2000 (dato aproximado 4'000.000 de personas), que pasará a un 21,6% en el año 2050 (dato aproximado 15'400.000 personas). La esperanza de vida pasará de 69 años para los hombres en el 2000 a 74 años en el 2015 y de 75 años para las mujeres en el 2000 a 77 años para el 2015. (Alarcón, 2005).

Según la Revista Panamericana de la Salud Pública (2005), este envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida, la familia, la economía, los servicios de salud y el tejido social en general. La longevidad les brinda a las familias el beneficio de un largo contacto entre sus miembros de tres o cuatro generaciones. También obliga a las sociedades a modificar el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria, de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera. Con lo dicho anteriormente se hace necesario que las instituciones de la salud brinden el apoyo pertinente a la población mayor, en donde la Psicología tomando en cuenta el envejecimiento poblacional y como parte del área de la salud ve la urgente necesidad del trabajo en beneficio de esta población.

Uno de los aspectos importantes a trabajar desde el área de la Psicología es la situación familiar, que con la modernización y los estilos de vida urbanos el sistema ha cambiado de extenso a nuclear y de casas amplias a espacios reducidos con un mínimo de habitantes, siendo éstas algunas de las razones por las que se toma más a menudo la opción de institucionalizar a las personas mayores. Con el transcurso de los años las funciones han ido cambiando; anteriormente, las necesidades de los adultos mayores eran suplidas por la familia y la vejez como etapa del ciclo vital transcurría en la casa y junto al seno familiar.; pero como se dijo en párrafos anteriores, la sociedad no está preparada para el envejecimiento de la población, y por tanto no sabe cómo manejar la situación, ni el daño que se ocasiona así misma con el abandono a los gerontes.

Una de las consecuencias de lo anterior es la desvinculación afectiva, que según Covey, (2002; citado por Cossío 2005) resalta, cómo la reacomodación y el cambio en los estilos de vida influyen en el plano afectivo del grupo familiar, perdiendo importancia el ser “afectivos entre sí”. Por lo tanto es abandonada la población mayor y confinada en centros de atención especializada como es el caso del Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II, institución para adultos mayores, la cual tiene un convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana en el área de Psicología clínica y de la Salud, específicamente en la línea de calidad de vida en la tercera edad. Dos entidades que conjuntamente han generado el espacio para trabajar en beneficio de los gerontes, y aunque éste sea un centro muy completo y cuente con el apoyo de otras instituciones especializadas, atendiendo conforme a los parámetros técnicos y médicos, jamás podrá reemplazar ni suplir la función afectiva de la familia.

Es precisamente esta carencia de la función afectiva por parte de los familiares de los gerontes institucionalizados en el centro mencionado lo que hace prioritario, necesario y urgente realizar un trabajo constante con cada familia, o la red de apoyo más cercana al Adulto Mayor, dando a conocer la importancia del senescente en el núcleo familiar y en la sociedad, así como fortalecer la relación afectiva entre los mismos, pues como menciona Ardila (s.f. citado por Cossío 2005) una familia cercana en el plano afectivo y material suple las necesidades de expresión emocional, intimidad, seguridad percibida, relaciones armónicas en el grupo familiar y con la comunidad, todo lo anterior de una manera recíproca; resaltando que los lazos afectivos conforman una serie de sucesos y

sentimientos en la vida de una persona estableciendo su estado emocional, de acuerdo al significado que cada individuo le confiere a dichos eventos.

Es por tanto importante trabajar el ámbito afectivo con los individuos que ingresan a una residencia geriátrica pues éste es un cambio en el estilo de vida que puede generar niveles de estrés afectando su estado de salud físico y emocional.

### **OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A. de Floridablanca y su familia.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Realizar el diagnóstico de la situación actual de los lazos afectivos en los adultos mayores del C.B.A. de Floridablanca.
- ✓ Sensibilizar a la familia en la importancia de su cercanía y muestra de afecto para lograr mantener una buena calidad de vida.
- ✓ Fortalecer el apoyo familiar hacia el adulto mayor.
- ✓ Incentivar la motivación y el compromiso de la familia en busca de óptimo bienestar del adulto mayor.
- ✓ Capacitar a las familias con respecto a la responsabilidad filial.

## **CONTEXTUALIZACION INSTITUCIONAL**

El Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II se encuentra ubicado en la calle 5 n° 8-53 de Floridablanca, frente al parque central del municipio.

### **Misión**

El Centro De Bienestar Del Anciano Juan Pablo II es una entidad sin ánimo de lucro al servicio de los adultos mayores de la comunidad dedicada al cuidado integral de estos; generando beneficio social y confiabilidad a través de la coordinación de un equipo interdisciplinario logrando un mejor desarrollo de la institución.

De la misma manera el empleado, más que buscar el bien común deja ver su ardua labor quijotesca engrandeciendo su espíritu, ayudando a aquellas personas llenas de sabiduría que el destino como premio hizo que el paso por la vida terminara en este hogar de amor y tranquilidad .

### **Visión**

Nuestro objetivo es brindar atención integral a los adultos mayores que residen en la institución, por ende nuestro futuro está proyectado a tener espacios adecuados y adaptados a las necesidades del geronte, así como seguir en la búsqueda de recursos económicos y talento humano para poder brindar una optima calidad de

vida a estos .Explorando nuevos implementos que mejoren las aéreas de fisioterapia, terapias ocupacional, enfermería y Psicología.

El continuo mejoramiento de las actividades que se realicen en el diario vivir permitirá a la institución alcanzar una proyección de servicio y bienestar social a la comunidad.

### **Portafolio de Servicios**

La institución está dirigida por una Junta Directiva cuyo objetivo central es alcanzar el bienestar integral del anciano. Administrada por la comunidad siervas del santísimo liderada por la hermana Nhora Botello Botello, quien es la directora ejecutiva y representante legal. Así mismo cuenta con un equipo interdisciplinar guiado por el departamento de Psicología y conformado por profesionales de la rama de la salud dentro de los cuales está el área de enfermería, trabajo social, fisioterapia y terapia ocupacional; quienes desempeñan diferentes programas de intervención y investigación que contribuyen a fortalecer los estilos de vida saludables del anciano residente en nuestra institución.

De igual forma cuenta con un grupo de empleados que identifican al anciano como eje central del centro, y que son los encargados de proporcionar los cuidados básicos de aseo y alimentación que se requieren.

Actualmente el centro continua funcionando con sus cinco plantas distribuidas así:

- ✓ Sótano: Parqueadero publico del cual se obtienen ingresos para el mantenimiento de la institución.

- ✓ Primer piso: Ubicadas allí las oficinas de Administración, Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Sala de Juntas, zona de lavandería, cocina, peladero, y almacén de ropa usada.
- ✓ Segundo, tercero y cuarto piso: Aquí se encuentran ubicadas todas las habitaciones de los adultos mayores, la enfermería, dos comedores en el segundo y cuarto piso respectivamente, la capilla ubicada en el tercero y las diferentes áreas sociales donde usualmente se reciben las visitas.
- ✓ Quinto piso: Terraza utilizada como zona de ropas.

Dentro de los servicios que la institución brinda al anciano residente, se encuentran: cinco comidas diarias balanceadas de acuerdo a los requerimientos de cada anciano, arreglo de ropa, aseo diario, asistencia permanente de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia psicológica, trabajo social, peluquería y recreación.

Finalmente cabe resaltar que la política de los profesionales que laboran en el C.B.A Juan Pablo II, es que el anciano se sienta como en su casa, sin asilarlo, discriminarlo o hacerlo sentir digno de compasión. En donde el geronte al ingresar encuentre tranquilidad, afecto y estabilidad, razón por la cual es fundamental el trabajo de la mano con las familias, quienes hacen parte activa de nuestro centro y deben fortalecer el trabajo realizado por el equipo interdisciplinario en pro del bienestar del adulto mayor institucionalizado.

## MARCO TEORICO

Dulcey y Uribe (2002), definen el envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva que inicia con la vida y culmina con la muerte, presentándose durante el transcurso de la vida y en cualquier etapa del ciclo vital continuos cambios a nivel histórico, social, cultural, familiar, contextual, cotidiano e individual. Esta perspectiva del ciclo vital intenta superar la dicotomía pérdida y ganancia que se da en la vejez, dando a conocer que en cualquier momento de la vida se pueden presentar. Para comprender este planteamiento del ciclo vital es necesario mencionar una publicación realizada por Dulcey y Uribe (2002) quienes retoman una investigación sobre biografías de bebés, realizando avances longitudinales, en donde profundizan los conceptos existentes sobre el envejecimiento, incluyendo contenidos sobre la dinámica de la familia y el papel de los adultos mayores dentro del grupo, concluyendo que los cambios biológicos no le restan importancia al nivel psicológico de los sujetos, siendo los afectos un componente permanente que subyace a una serie de necesidades emocionales. De acuerdo a lo anterior Orozco (1995) menciona que “el ser humano desde el nacimiento necesita suplir una serie de necesidades primarias, manifestadas en la sed, el hambre, el calor, la estimulación, el contacto físico y muchas otras a las cuales busca una respuesta. Pues bien, existe una relación directa entre las necesidades del organismo y la psicología humana: los sentimientos, las emociones, las pasiones... son manifestaciones a través de las cuales el hombre se expresa y busca respuesta, pues ellos son como ingredientes para sazonar y colorear la vida.” (p. 125)

Una de las organizaciones encargadas de suplir estas necesidades afectivas en el individuo es precisamente la familia, la cual puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. Conocer las estructuras de la familia y conceptualizar sus funciones ayuda a integrar mejor un diagnóstico y ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales. La familia puede ser en sí un elemento de salud o de origen y causa del problema. (Estrada, 1997).

## **Familia**

Teniendo en cuenta el origen y fines de la familia y según la tradición Judeocristiana, la cual en la actualidad es muy acogida, se puede observar que para ellos la familia es considerada de origen divino, instituida por Dios al momento de crear el hombre y la mujer, dándoles como misión poblar la tierra. En la cual se encuentra inmersa la presencia de los adultos mayores que hacen parte del grupo familiar, el cual es un apoyo que satisface necesidades básicas como el amor. (Génesis 1: 28).

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, teniendo derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Siendo desde el ámbito social un entramado de relaciones emocionales, cuyo único fin es mantener un equilibrio entre los integrantes y facilitar los procesos de socialización y formación.

Es considerada como un grupo primario y fundamental para todo ser humano, diferenciándose entre otros grupos por su intensidad, historia y tipo de funciones

las cuales se desarrollan de manera permanente. De igual forma es considerada como el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional e interpersonal y el desarrollo de la autoestima. Dando lugar al espacio en donde se experimentan los más profundos e intensos amores y odios, obteniéndose grandes satisfacciones y frustraciones dolorosas. La familia en la unidad social, es la unidad de aprendizaje interpersonal. (González, 2004).

Así mismo es definida por la sociedad y el Estado Colombiano como la unidad estable en la cual, las relaciones entre las generaciones se rige por las costumbres, garantizando la seguridad económica y afectiva de los viejos. Es considerada como el mejor sitio para satisfacer las necesidades del senescente, al desempeñarse como un orientador, jefe, educador y abuelo dentro del grupo familiar. (Echeverri, 1994).

Sin embargo el concepto de familia y su composición ha cambiado considerablemente en los países occidentales debido a los avances de los derechos humanos y a la organización de la tipología familiar. En la actualidad las formas de la familia se amoldan a las condiciones de vida que privan en un lugar y tiempo dados, siendo una institución que evoluciona y es flexible, dando lugar a diferentes tipos de familia que van de acuerdo a la época histórica y cultural en la que se encuentre, generando el cambio y evolución en las funciones de cada uno de los miembros . (González, 2004).

## **Tipos de familias**

Taxonómicamente la familia se divide en:

- Familia nuclear
- Familia extensa
- Familia monoparental
- Familia adoptiva

La familia nuclear está conformada por el padre, la madre y los hijos si los hay, se caracteriza por no compartir el espacio físico con otras personas ajenas al grupo. También se conoce como “círculo familiar”. Teniendo en cuenta lo anterior, Sandoval (1996; citado por González, 2004) resalta que dentro de la familia nuclear hay dos tipos de familia bien diferenciadas: en primera instancia está la familia diádica, en donde independientemente de que existan o no físicamente alguno de los padres, la relación fuerte es entre los padres, la madre y los hijos, o el padre y los hijos; en segundo lugar encontramos la familia triangular, en donde se da un equilibrio relativo en las relaciones entre padre, madre e hijos.

La familia extensa la integran los padres, abuelos, hijos, y pueden llegar a incluir tíos, sobrinos y demás familiares sanguíneos o afines, en cuyo caso es una familia extensa compleja.

La familia monoparental está compuesta por los hijos y uno de los padres, ya sea por separación o por muerte de uno de los progenitores.

La familia adoptiva que incluye los padres y los hijos adoptados. Dentro de esta categoría la familia puede llegar a ser monoparental, nuclear o extensa, pero con el componente de la adopción.

De igual forma se pueden encontrar otros tipos de familia, aquellas conformadas por hermanos, amigos, para quienes la familia no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino con los sentimientos, la convivencia en un mismo entorno por un tiempo considerable, la solidaridad y demás aspectos que generan un vínculo fuerte entre los integrantes de este grupo.

### **Familia y Vejez**

Según Requena (1995; citado por Pinazo y Sanchez, 2005), las teorías tradicionales resaltan que el ser humano le da mayor importancia a la familia a medida que su edad avanza, siendo más importante en las mujeres que en los hombres; para estos últimos la familia ocupa el lugar que ya no llenan otros roles como el laboral, sin embargo para la mujer, la familia siempre ha ocupado un lugar importante, en donde la continuidad de sus roles familiares le permitirá en mayor medida que el hombre, salvar las rupturas asociadas a la vejez.

En un estudio realizado por Martínez-Vizcaino y Lozano (1998; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) con adultos mayores de 65 años no institucionalizados, se encontró que los casados mostraban relaciones más satisfactorias que aquellos que tienen otro estado civil. Así mismo Rubio y Aleixandre (2001, citado por Pinazo y Sánchez, 2005) hallaron puntuaciones medias inferiores en la calidad de vida en los gerontes que no tuvieron hijos con relación a los que si fueron padres.

Reforzando las posturas mencionadas, un estudio del Instituto de la Mujer realizado por Pérez (2003; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) resalta que la frecuencia en el contacto directo entre las mujeres mayores viudas y sus hijos resulta ser uno de los más poderosos factores en la determinación de la satisfacción vital y el principal protector contra los sentimientos de soledad en las mujeres.

De acuerdo a lo anterior, Iglesias (2001; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) considera que la vejez implica un enriquecimiento de las relaciones conyugales y familiares, satisfaciendo al adulto mayor e influyendo positivamente en su bienestar personal y calidad de vida.

Pero en ocasiones lograr satisfacer las necesidades del geronte y mantener un adecuado estilo de vida se ve amenazado por diferentes situaciones que se presentan dentro de la estructura familiar, específicamente en las familias en transición, las cuales son constituidas por migrantes o quienes han tenido rupturas conyugales con sucesivas recomposiciones, haciéndose complicado establecer las responsabilidades filiales dentro del sistema. Lo que finalmente repercute en una gran tendencia a descuidar, explotar, reducir o sobre exigir el soporte económico y emocional en los viejos, confundiendo la compañía y el afecto con el abuso y el desamparo. (Echeverri, 1994).

Dentro de esta tipología familiar Echeverri, (1994) destaca cinco grandes modalidades en cuanto al nivel de estatus y rol del senescente:

1. Familias integradas, constituidas por diferentes inmigrantes de pueblos o áreas rurales, para quienes el adulto mayor ocupa un estatus importante como depositario de tradiciones familiares y comunitarias, siendo los abuelos quienes desempeñan un papel socializador.
2. Familia rota por condiciones socioeconómicas, lo que les hace institucionalizar al viejo, excluyéndolo de su entorno familiar, aunque conservan lazos afectivos y mantienen responsabilidad económica con el abuelo.
3. Aquellas familias que no toman en cuenta la opinión del geronte, para trastearlo de una familia a otra, con la justificación de repartir equitativamente la carga económica, afectiva, y la presencia de éste con sus diferentes parientes. Haciendo que el viejo se sienta dependiente, sin autonomía en sus decisiones y una carga pesada para su familia.
4. Las familias que han sufrido una ruptura, volviendo transitoriamente a la casa paterna mientras reestructuran su unión conyugal, tiempo durante el cual explotan afectiva y económicamente al adulto mayor. En ocasiones son estos últimos quienes asumen las funciones de padres sustitutos con poder, autoridad y los encargados de proveer económicamente toda esta familia. No obstante algunos poseen un estatus de subordinación y dependencia.
5. Por último encontramos a las familias que abandonan a los viejos en sus viviendas cuando son propias, o en instituciones olvidándolos y

omitiendo las responsabilidades afectivas y económicas para con un integrante de su familia.

Sin importar a qué clase de familia pertenece, siempre se busca tomar el camino más fácil y económico en la resolución de conflictos o necesidades, lo que no siempre es la mejor elección en la relación entre los integrantes del grupo. Haciéndose necesario aclarar que cada familia toma las decisiones de acuerdo con su personalidad permitiendo establecer un equilibrio en la funciones y roles de cada uno de los miembros, todo mediante un mutuo acuerdo y dialogo previo. (González, 2004).

Ahora bien, debido a la constante transformación en las condiciones socioculturales de la familia nuclear establecida en las diferentes ciudades, se ha producido un cambio en la visión de los roles sociales y productivos de los ancianos, ocasionándose la transmisión de una inadecuada y peyorativa información sobre la vejez como etapa del ciclo vital, en donde se considera que el viejo tiene un rol no productivo, convirtiéndose en un ser dependiente, subvalorado por la sociedad y con una autoimagen negativa. (Echeverri, 1994).

Siendo precisamente muy común en las sociedades modernas, ver aislado de la familia al geronte, ya sea porque el mismo se siente inferior y se encierra en su soledad, o porque es considerado por los integrantes de la familia como un estorbo en los planes de la cotidianidad familiar, estableciéndose como una carga pesada a nivel económico, en la prestación de cuidados y atenciones, lo que desafortunadamente genera que el adulto mayor se someta ante la voluntad de

sus familiares o a internarse en una institución, siendo esta última una de las menos preferidas por el viejo; lastimosamente la institucionalización resulta ser una de las mejores soluciones para que este tipo de familias salga de su supuesto “problema”.

### **Institucionalización**

Con bastante más frecuencia se observa que para las personas mayores de 65 años, trasladarse a un geriátrico es una alternativa muy tomada en cuenta. Aunque algunos lo deciden libremente, para otros como se mencionó anteriormente resulta una necesidad sin excusa, pues la presencia de una enfermedad crónica, la discapacidad funcional o la soledad, son razones que le obligan a dejar su vivienda e internarse en una institución. (España, 2004).

Según Pinazo y Sánchez (2005), los gerontes que abandonan su lugar de residencia o vivienda, para ingresar a una institución geriátrica, son presionados por diversas circunstancias como los problemas de salud, la muerte de la persona más cercana que se encargaba de su cuidado, o por simplemente dentro de la familia no hay quien se encargue de atenderlo.

En el texto “La problemática del anciano Institucionalizado”, Kaemppffmam, y Minor, (s.f), establecen que los ancianos que son internados en los diferentes geriátricos pertenecen al rango de los 75 años en adelante, con un aumento

progresivo en el nivel de dependencia, requiriendo de un apoyo amplio, y recurriendo por tanto a las diferentes organizaciones e institucionalización.

Decisión en la cual influyen factores de riesgo que vulneran las condiciones de vida de los ancianos, dentro de los cuales se pueden establecer dos grupos:

- En primer lugar se encuentra el factor económico, el debilitamiento de lazos socio familiares, por déficit de vivienda, asociado con ausencia de apoyos familiares; hijos que tienen dificultad económica para sostener familias trigeracionales, hacinamiento, o falta de ingresos y de cobertura social.
- En segunda instancia están las enfermedades y/o discapacidades con limitaciones psíquicas y físicas que colocan a las personas mayores en situación de dependencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la internación del geronte se da en varias ocasiones de forma anticipada por no haber existido acciones preventivas de apoyo en materia habitacional, por fallas de la atención médica previa cuando el anciano padece una enfermedad y cae internado en un hospital o la falta de cuidados y atención por parte de la familia.

Se hacen por tanto necesarias las instituciones para adultos mayores al constituirse como una de las respuestas técnicas pertinentes ante las situaciones críticas como las nombradas en párrafos anteriores a las que se ve enfrentado el geronte. Constituyéndose en un espacio de vida que satisface las necesidades básicas de nuestros mayores.

Cárdenas y Castillo (2007) sostienen que un ancianato tiene como prioridad suplir las necesidades básicas como la alimentación y vivienda, alojando adultos mayores que buscan amparo para subsistir. La misión de estas instituciones es

generar el bienestar emocional para el viejo, intentando proporcionar asistencia y prestaciones sociales

Sin embargo el ingreso a una residencia para Adultos Mayores supone una gama amplia de cambios a los que se debe enfrentar el geronte, siendo una reubicación dura y difícil de elaborar, pues debe incorporarse a un ambiente extraño, desconocido, y artificial. (España, 2004).

En donde Salvarezza (1998; citado por Cárdenas Y Castillo, 2007) “afirma que la degradación social de los viejos, se expresa a través de las instituciones geriátricas. Las que mas allá de su función social para ciertas y limitadas circunstancias, se han constituido en el lugar donde se guardan a aquellas personas que han sido relacionadas por la sociedad, con lo negativo de la humanidad, la decrepitud, la enfermedad y la improductividad”. (Pág. 58).

Para Kaemppffmam y Minor, (s.f), un aspecto negativo de la institucionalización a tener en cuenta es el cambio percibido por el adulto mayor, las pérdidas vividas y la difícil acomodación al nuevo lugar. Al cambiar de contexto el geronte deja de obtener el reconocimiento por parte de la familia, los amigos y vecinos, lo que disminuye su orgullo y autoestima, generando sentimientos de carga e inutilidad. Sentimientos que son reforzados diariamente por la rutina institucional y las prácticas sobre protectoras de los cuidadores a cargo.

Así mismo en estudios realizados por Ames, Parmelee, Kleban y Katz, (s.f) citados por Salvarezza (1998), resaltan que la patología psiquiátrica es uno de los factores principales de riesgo en la institucionalización, pero que de igual manera

la soledad y la necesidad de cuidados así como el mismo ingreso a la institución y los estereotipos propios de la vida en la residencia, pueden actuar como una fuente de estrés y ansiedad capaz de proporcionar el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales, como consecuencia de los problemas de adaptación. España (2004).

Debido a las consecuencias negativas de estar institucionalizado se hace necesario fortalecer los vínculos con la red de apoyo más cercana del geronte, que en algunos casos vienen siendo los cuidadores o quienes tienen mayor contacto al pasar de los días, convirtiéndose en su familia adoptiva por decirlo de alguna manera.

Pues como afirma Pinazo y Sánchez (2005), la existencia de lazos sociales se identifica con la presencia de apoyo social, en otras palabras cuanto mayor es el contacto interpersonal mayor es el grado de apoyo recibido por la red social.

### **Red de Apoyo Social**

Para Guzmán, Huenchuan y Montes (2003; citado por Cárdenas y Castillo, 2007) “ Las redes de apoyo son importantes porque constituyen la base de las ayudas que las personas requieren, son las instancias donde toman sentido los roles sociales, de igual forma, son el soporte de los estímulos sociales que promueven el sentido de pertenencia, generando la integración social”. (p. 45)

El apoyo social es un conjunto de transacciones interpersonales que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que

se intercambia y circula. Este apoyo puede ser de tipo material por medio de recursos económicos y necesidades básicas para sobrevivir; instrumentales a través de cuidado, acompañamiento, ayuda en labores del hogar y transporte; emocionales en cuanto al afecto ofrecido, la atención prestada, y el tiempo dedicado; o el apoyo cognitivo encontrado en acciones como intercambio de experiencias, dar información necesaria para entender una situación y consejos. Este tipo de conductas generan vínculos que facilitan la información, corrigen las desviaciones de la norma que en últimas regula actitudes de riesgo sociales e individuales. (Cárdenas y Castillo, 2007)

De la misma manera es importante resaltar que las relaciones sociales cercanas influyen en la salud y felicidad de las personas, al recibir apoyo se tiene menos riesgo de enfermar o morir prematuramente. Así mismo ayuda en el manejo del estrés, la pérdida y los procesos de duelo. (Myers, 2000).

### **Apoyo social en el Adulto Mayor Institucionalizado**

Todo ser humano hace parte de un contexto en especial, y es este uno de los aspectos a tomar en cuenta a la hora de evaluar las posibles redes de apoyo con las que cuenta. Al hablar específicamente de una población seleccionada como es el caso del adulto mayor institucionalizado, el apoyo social puede provenir de vías formales e informales. Dentro de las formales encontramos las instituciones gubernamentales y las no gubernamentales; por otro lado el apoyo social informal proviene de la familia, los amigos, vecinos, conocidos el personal a cargo de su cuidado y los compañeros del establecimiento al cual hace parte.

La presencia de estas redes de apoyo en el adulto mayor institucionalizado, favorece la integración social, combatiendo el aislamiento. (Cárdenas y Castillo, 2007)

La familia es una red de apoyo social que necesitan todos los seres humanos sin importar en qué etapa del ciclo vital y familiar se encuentran. Lo anterior es corroborado por Coplan (1974; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) quien define el apoyo social como los lazos entre individuos o entre individuos y grupos lo que permite ofrecer consejo y promover el dominio emocional. Sin embargo Cassel (1976; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) postuló que la principal función del apoyo social era favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado, respetado, valorado y que se preocupen por él, haciéndolo miembro de una red de obligaciones mutuas.

Durante el proceso de envejecimiento se dan importantes cambios a nivel personal y social, modificándose las características y el uso que se realiza de la red social y de apoyo, estas transformaciones en la red social pueden ser resultado de la jubilación, la muerte de la pareja, familiares u otras relaciones de amistad así como el deterioro de la salud física o psicológica o de la institucionalización del geronte; evidenciándose que muchas personas mayores tienen una menor actividad social y además están sometidas de forma más frecuente a la pérdida de relaciones sociales relevantes.

Según los datos de la investigación realizada por INSERSO (1995; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) las relaciones más importantes para los adultos mayores

se encuentran en este orden: el cónyuge, los hijos, nietos, resto de familiares y los amigos, a quienes acuden en cualquier necesidad, convirtiéndose en la red de apoyo más deseada por los senescentes.

Aunque lastimosamente no todos los gerontes cuentan con este tipo de apoyo social, pues muchos están aislados de sus familias, ya sea porque nunca se casaron ni conformaron su propia familia nuclear, o porque fueron reclusos por sus familiares en instituciones geriátricas por diversas causas ya mencionadas, posicionándose por tanto la institución como una red de apoyo fuerte y en muchos casos la principal para algunos adultos mayores.

En donde el desafío es gestionar eficazmente, que las instituciones cambien la concepción de asilar, por la promoción de la salud, logrando que el adulto mayor sea el “protagonista” y encuentre sentido a su existencia, sentirse bien y con la dignidad que todo ser humano se merece. (Cárdenas y Castillo, 2007).

Una de las herramientas que contribuirían en la labor mencionada, la ofrece la OMS (1993; citado por Pinazo y Sánchez, 2005) quien en su programa “objetivos para lograr la salud para todos”, propuso incrementar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de las personas mayores por medio de la creación de estrategias y programas que estimulen la participación activa de los gerontes en la vida comunitaria, promoviendo el proceso de envejecimiento saludable mediante cambios en los estilos de vida, suministrando servicios y apoyo suficiente. Reconociendo que la integración y el apoyo social a través de grupos de autoayuda, redes informales, cumplen un rol importante en la promoción y mantenimiento del bienestar físico y psicológico de los senescentes”. (pág. 227).

### **Responsabilidades filiales de la red de apoyo**

La red de apoyo social está formada para contribuir, intercambiar elementos y establecer mecanismos que satisfagan las diferentes necesidades de cada sujeto; constituyéndose en una herramienta relevante para el análisis de la calidad de vida del ser humano.

Según Pinazo y Sánchez (2005) la funcionalidad de una red en la vejez está dada por la presencia de los apoyos sociales y del cumplimiento de sus funciones, entre las cuales encontramos:

- Apoyo material, tangible o instrumental: que constituye la prestación de ayuda material directa o servicios. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como medio para conseguir objetivos y metas, entre las cuales se encuentran el acompañamiento y colaboración en diversas tareas de la cotidianidad, las cuales se relacionan con el bienestar porque ayudan en la reducción de recargas en las tareas del geronte, lo que le permite mantener mayor tiempo libre que puede dedicarle a actividades de esparcimiento e integración social y crecimiento personal. De igual forma con el cumplimiento de esta función se abarcan todas las necesidades económicas que requiere el geronte, tales como la alimentación, la vivienda, los servicios médicos, el vestuario, y demás necesidades básicas. Cabe resaltar que este tipo de apoyo es muy efectivo cuando la persona que lo recibe como una ayuda adecuada o por el contrario tomado como una amenaza cuando siente afectada su libertad o genera sentimientos de estar en deuda.

- Apoyo informacional o estratégico: es la información suministrada y los diversos consejos que proporcionan ayuda ante situaciones estresantes o problemas sin resolver, siendo difícil separarlo del apoyo emocional, puesto que el consejo es percibido como una expresión de cariño y preocupación.
  
- Apoyo emocional, afectivo o expresivo: una de las funciones más importantes es el apoyo emocional, afectivo o expresivo, refiriéndose específicamente al área afectiva y englobando aspectos como compartir sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad para hablar con alguien, necesidad de expresarse emocionalmente de una forma confiable e íntima, sentimientos de ser querido y amado, de pertenencia y cuidado; siendo este apoyo expresivo un medio a través del cual el individuo satisface las necesidades emocionales y afiliativas. El apoyo emocional supone por tanto un aumento en el autoestima al sentirse valorado, respetado y aceptado por los demás, cumpliendo un papel importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar.

El cumplimiento eficaz de cada uno de las responsabilidades que la red de apoyo sostiene para con el geronte, es de gran relevancia ya que contribuye en el mejoramiento de su calidad de vida. Sin embargo más que cumplir a cabalidad con las funciones otorgadas, lo verdaderamente importante es lo que percibe el receptor de este apoyo.

Caplan (1974; citado por Pinazo y Sánchez 2005) hace una diferenciación entre el apoyo recibido o dimensión objetiva y el apoyo percibido o dimensión subjetiva. Estableciendo que el apoyo recibido está relacionado con el componente conductual, y que hace referencia a los intercambios reales de ayuda entre los miembros de una relación. En cambio el apoyo percibido es la evaluación que cada individuo realiza a la ayuda suministrada por su red de apoyo, ligada con el componente cognitivo.

Lo que finalmente pone en evidencia que lo más importante en las relaciones sociales, el cumplimiento de sus funciones y el adecuado intercambio se encuentra en el ámbito afectivo, reconociendo que “Simplemente el saberse rodeado de personas que nos comprenden y a las que podríamos contar nuestros problemas nos ayuda a superar crisis personales, en ocasiones, sin recabar siquiera la ayuda de esas personas”. (p. 235)

### **Ámbito Afectivo**

El afecto es un proceso de interacción social entre dos o más organismos, siendo algo que se puede proporcionar y recibir. Cuando se dice que el ser humano necesita afecto para su bienestar, en realidad hacen referencia, al hecho de que necesita la ayuda y la cooperación de otros seres humanos para sobrevivir. En otras palabras, la necesidad de ayuda social la expresan como necesidad de afecto o necesidad afectiva. De ahí que el afecto sea considerado esencial en la vida de todo ser humano, estableciendo que dar afecto significa ayudar al otro, procurar su bienestar y su supervivencia. (Barrull, González, Marteles y Pons, 1998).

La expresión de las emociones es un factor importante en la formación de los seres humanos, y por lo general es la familia como núcleo social es la encargada de enseñar la expresión de los afectos a cada uno de sus integrantes, proceso que da inicio desde que se establece una relación entre padres e hijos, que para algunos comienza durante el periodo de gestación, cuando el padre y/o la madre le hablan al niño por nacer, en otras familias esta labor inicia con el nacimiento del bebé, cuando los padres se relacionan con el niño o niña. Aunque lo más frecuente es que la expresión del amor y los sentimientos estén a cargo de la madre, el padre también participa en esta formación. (Santa Cruz, 2007).

Gracias al vínculo afectivo establecido por los padres y seres allegados, el ser humano desde su nacimiento expresa las necesidades y emociones, el bebé expresa sus molestias a través del llanto, su alegría a través de la expresión facial, y con el pasar del tiempo cuando aprende a tener una comunicación más clara con los adultos, expresan sus rabias, dolores y alegrías como algo natural.

Siendo precisamente la comunicación la herramienta más efectiva para enseñar, aprender y expresar finalmente el afecto hacia los seres que nos rodean y hacen parte de una red de apoyo social, determinando que tipo de relaciones interpersonales se tiene con una persona. (González, 2004)

Es por tanto necesario aclarar que la comunicación es un proceso de socialización, que se define como acción y efecto de transmitir algo a alguien, llamándose emisor a quien transmite, receptor a quien recibe la comunicación y mensaje a lo que se comunica. Para lograr entender este proceso es importante aclarar que la

comunicación es una constante en la vida de todo ser humano y se divide en dos áreas básicas: la verbal y la no verbal:

- La comunicación no verbal es toda acción que ejecute el individuo, sin necesidad de transmitir ninguna palabra, pues con sus gestos, movimientos o reacciones, está transmitiendo un mensaje que el emisor descifra de acuerdo a sus vivencias pasadas, o al momento que se está viviendo. Aquí también se puede encontrar el contacto físico como forma de comunicar, en donde por ejemplo los golpes pueden significar rabia, dolor, odio, etc., y las caricias podrían demostrar amor, cariño, amistad, agrado, confianza entre otras.
- La comunicación verbal es aquella en la que el individuo utiliza las palabras para transmitir el mensaje que quiere hacer llegar, ya sea de manera oral o escrita. Las palabras tienen como función ser símbolos para que los participantes se entiendan en una interacción, permitiendo establecer una retroalimentación que podría ser positiva favoreciendo las relaciones interpersonales o negativa alejando a la persona.

Según González (2004) la manera de comunicarse con otros individuos, depende de otros tres factores:

1. Los valores de la persona, es decir sus conceptos acerca de cómo sobrevivir y vivir bien, y acerca de cuáles son los derechos del individuo.
2. Las expectativas del momento, basadas en las experiencias pasadas.

3. Los conocimientos adquiridos, basados en lo que la persona ha vivido y leído, y en lo que le ha sido enseñado.

Más aspectos a tener en cuenta para lograr una adecuada comunicación según Valls (1998) son el espíritu de cooperación y la asertividad a la hora de manifestar los puntos de vista pues estos condicionan el estilo de relación entre las personas.

Para Acuña, Fuentes, Orjuela y Vega (2005), la comunicación asertiva se caracteriza por la capacidad de plantear abiertamente los propios puntos de vista, en donde al mismo tiempo se respeta los puntos de vista de los demás; siendo ésta una comunicación libre, honesta, empática y objetiva. La persona asertiva es responsable de lo que dice y asume sus consecuencias en una eventual confrontación, su apariencia personal es serena, tranquila y receptiva.

Idea reforzada por Valls (1998) al establecer que en el escuchar está la base de todo, teniendo en cuenta que escuchar no es lo mismo que oír, ya que para escuchar se requiere utilizar ojos, oídos y corazón, percibiendo de esta manera la emoción y los sentimientos del interlocutor. Escuchar supone callarse lo cual va mas allá de no decir nada, porque implica estar atento con todo el ser.

Como se menciona antes, la adecuada comunicación es el instrumento más relevante a la hora de expresar el afecto en la constitución de la red de apoyo social, generando por tanto vínculos afectivos que fortalecen la persona y que contribuyen en el mantenimiento de la salud y en el decremento de las enfermedades para los gerontes.

Los lazos afectivos conforman una serie de sucesos y sentimientos en la vida de una persona que establece su estado emocional en función de los significados que le confiere a determinados sucesos. Por tanto en una relación disfuncional, los lazos afectivos son los responsables del malestar psicológico según la teoría cognitiva o conductas mal adaptativas para los conductistas y relaciones conflictivas para los psicoanalistas.

Lo mencionado anteriormente es de gran relevancia a la hora de referirnos a los adultos mayores que por diferentes causas como la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, la soledad, el aislamiento entre otras lo obligan a dejar su domicilio e ingresar a instituciones geriátricas, que aunque éstas le suplan las necesidades básicas, también poseen normas a las que deben regirse, acrecentando con esto la pérdida del control personal, por lo que no resulta extraño que en algún momento se desoriente el adulto mayor ante el desafío impuesto por la nueva realidad. (España, 2004).

Los distintos comparativos sobre los adultos mayores, retomados por diversos autores, señalan que la población senescente que vive en instituciones geriátricas coincide en la presencia de elevadas tasas de trastornos afectivos, deterioro cognitivo y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada.

Según Cossío (2005) en un estudio realizado por la Universidad Pontificia Bolivariana en un ancianato de Bucaramanga, muestra como un número de gerontes son “abandonados” en las instituciones por su núcleo familiar, observándose con frecuencia que estas personas son quienes más se enferman y presentan componentes emocionales disfuncionales.

En otra investigación y corroborando lo anterior, Sims (1983; citado por Ariza 2002) se refirió a la depresión como resultado de la soledad, señalando que las personas deprimidas y con ansiedad eran más susceptibles de enfermar, sugiriendo una relación entre los estados de ánimo y algunas enfermedades como el cáncer. Ahora bien, según Cossio (2005), las alteraciones relacionadas con la edad son más dramáticas si la persona que envejece vive sola y sin el apoyo de la familia. En el grupo familiar, la persona encuentra un espacio para sí mismo, lo que le permite ir adaptándose al proceso transaccional de un estado de fortaleza y fuerza física para dar paso a un estado de dependencia y decrecimiento de la producción en diversos sentidos. Lo antes mencionado no se da si la familia aísla al geronte y lo sume en la soledad generando una desvinculación que afecta el proceso normal del ciclo vital.

Cuando se genera la desvinculación del adulto mayor con su familia, se hace necesario trabajar y fortalecer las redes de apoyo más cercanas con las que cuenta el geronte, que pueden ser los amigos, o las instituciones a las cuales pertenece, lo que le permite establecer nuevos vínculos afectivos que le contribuyan en el mejoramiento de su calidad de vida.

Pensamiento apoyado por la OMS (1993; citada por Pinazo y Sánchez, 2005), quien reconoce el importante rol que la integración y el apoyo social desempeñan en la promoción y mantenimiento del bienestar físico y psicológico en las personas mayores.

Según Cárdenas, y Castillo, (2007) la presencia de redes de apoyo en los gerontes, “favorece su integración social, evitando el aislamiento. La integración social se expresa a través de los apoyos sociales y el desempeño de roles

significativos en la sociedad, en la calidad de vida de las personas y especialmente en las personas mayores” (p. 45)

Así que para contrarrestar esta problemática en la población institucionalizada es de gran relevancia retomar la institución como la red de apoyo social más cercana, específicamente en el área afectiva, pues como se mencionó anteriormente el afecto y el apoyo emocional fomentan y mantienen la salud y el bienestar.

## METODOLOGIA

**Tipo de proyecto:** Trabajo en la modalidad de Intervención

➤ **Población:**

Para este trabajo se seleccionó inicialmente una muestra de ochenta sujetos (80): Cuarenta (40) adultos mayores pertenecientes al Centro de Bienestar del Anciano (C.B.A) Juan Pablo II, ubicado en Floridablanca, y cuarenta (40) personas mayores de dieciocho (18) años, que fueran familiares de los adultos mayores seleccionados, un familiar por cada adulto mayor seleccionado.

Sin embargo la inasistencia de las familias seleccionadas, la disfuncionalidad en términos de sus relaciones familiares y el elevado porcentaje de abandono a los gerontes, imposibilitó el trabajo completo con las familias. Lo que finalmente conllevó a replantear el plan de acción, incluyéndose a su vez el personal que labora todos los días en la institución como parte de la muestra trabajada. Finalmente se pudo trabajar con cuarenta y tres (43) adultos mayores, veintidós (22) integrantes del personal de la institución y quince (15) familiares o allegados al geronte.

✓ **Criterios De Inclusión Para Adulto Mayor Institucionalizado:**

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para seleccionar la muestra fueron:

1. Que el adulto mayor no tuviera discapacidad cognitiva, la cual fue determinada gracias a los resultados que arrojó la aplicación de la prueba Mini - Mental (Orozco y Cols. 2004).
2. Adulto mayor institucionalizado en el C.B.A. de Floridablanca

3. Que el geronte llevara como mínimo un mes de ingreso en la institución a la hora de iniciar el programa.

✓ **Criterios De Inclusión Para El Familiar Del Adulto Mayor:**

Los criterios de inclusión tomados en cuenta para seleccionar la muestra fueron:

1. Familiar o persona allegada responsable del adulto mayor en el C.B.A
2. Persona con mayoría de edad (desde los 18 años en adelante)
3. Que haya convivido con el adulto mayor durante su vida como mínimo un año.

✓ **Criterios De Inclusión Para El Personal de la Institución:**

Para seleccionar la muestra del personal que hizo parte del programa se tomo en cuenta:

1. Persona que labore en el C.B.A Juan Pablo II
2. Que su tiempo laboral sea de mínimo dos días en la semana.
3. Que en el desempeño de sus funciones tenga contacto con el geronte.

✓ **Instrumentos:**

1. Prueba de *Mini - Mental*, de Orozco, L & cols. (2004) se utilizo para evaluar el aspecto cognitivo del adulto mayor, cuyos resultados facilitaron la selección de la muestra requerida para el proyecto. Cumpliendo el criterio de inclusión que decía que la población escogida no debería presentar discapacidad cognitiva.

2. Ficha socio demográfica (*FISOCAB*) diseñada y aplicada a los gerontes pertenecientes a la muestra, lográndose evaluar la situación social actual del geronte residente en el C.B.A de Floridablanca y contribuyendo en el diagnostico realizado de la situación familiar del geronte.

3. Prueba *APGAR FAMILIAR*:

Con el fin de evaluar la funcionalidad familiar de la población seleccionada, se opto por utilizar y aplicar esta prueba.

Nombre de la prueba: Escala de Apgar familiar

Autor: Smilkstein

Año de publicación: 1978

Nombre Original: *Family APGAR*

*Origen del nombre:* El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

*Ventajas del Instrumento:* Esta validada en España y algunas poblaciones Latinoamericanas por Bellon, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996).Así mismo al compararla con otras escalas como CES, Mc Master, FACE III, Pless-Satterwhite, presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación pues puede ser administrada por el entrevistador o auto aplicado.

*Descripción de la prueba:* Consta de 8 ítems, con tres posibles repuestas cada una, donde el valor más bajo es cero, el valor intermedio es un punto y el puntaje más alto es de dos puntos.

*Puntuación:* Se tomo la puntuación utilizada por Cossio (2005) en el "Diseño de implementación de un programa reconstructivo de vínculos afectivos en familia del

adulto mayor”, en donde los rangos de funcionalidad se midieron de 0 a 5 disfuncional, 6 a 10 funcional y 11 a 16 muy funcional.

*Aplicaciones:* Herramienta útil para detectar disfunción familiar.

*Fiabilidad:* En la validación Española, la fiabilidad test-retest es superior a 0.75.

Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

*Validez:* Posee un grado alto de correlación (0.80) en el trabajo original con el Pless-Satterwhite Family Function Index. Además el análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 8 ítems miden aspectos del mismo concepto, que en este caso es la disfunción familiar.

#### **4. Prueba de Relaciones Afectivas (RELAF):**

Con el objetivo de realizar el diagnóstico de la situación familiar de los gerontes pertenecientes al C.B.A. Juan Pablo II

Autor: Cossio

Año: 2005

*Descripción de la prueba:*

Número de ítems: 7

Opciones de respuesta: 6

Tiempo aproximado para responderla: 15 minutos

Número de variables:

- 1) Nivel de apoyo entre los miembros
- 2) Grado de confianza en el grupo
- 3) Toma de decisiones compartidas
- 4) Tiempo de calidad
- 5) Expresión de afecto entre el grupo

6) Respuesta del grupo a las expresiones

Emocionales

7) Recursos económicos

Según Cossio (2005) a través de los siete elementos se puede llegar a acercarse a la dinámica afectiva de la familia, posibilitando un diagnóstico sobre el tipo de las relaciones afectivas que mantiene el grupo familiar.

Una de las ventajas que presenta es la aplicación, ya que puede ser administrada por el entrevistador o auto aplicada por el entrevistado.

**5.** Formato de Registro del número de visitas del adulto mayor, se realizó una hoja por cada adulto mayor institucionalizado que pertenecía al programa. Esta hoja contenía el nombre del adulto mayor, la fecha, una casilla para colocar el nombre del visitante y otra casilla para colocar el parentesco con el adulto. Se elaboró con el fin de utilizarlo para el diagnóstico y posteriormente para la evaluación del impacto del programa.

**6.** Entrevista semiestructurada diseñada y aplicada al personal seleccionado, para conocer la importancia que estos sujetos le dan al ámbito afectivo en la relación con el adulto mayor de la institución.

**7.** Test de Palmore (1988 citado por Buz, José y Melero, Juli. 2002). utilizado para evaluar los mitos sobre la vejez presentes en el personal seleccionado, antes de la aplicación del programa. Escala de 18 ítems que contiene afirmaciones sobre las personas mayores (p. ej., “Las personas mayores necesitan más tiempo para aprender cosas nuevas”). Nueve de los ítems eran verdaderos y los nueve restantes falsos. La respuesta se debía señalar escogiendo la que se consideraba verdadera. Para la obtención de la puntuación total se tuvo en cuenta el número

de errores total, independientemente de que cada error consistiese en la asunción de un estereotipo o en el rechazo de un enunciado verdadero.

8. Formato de auto registro de la observación realizada durante y posterior a la aplicación de los respectivos talleres implementados con la población.

9. Formato que evalúa el impacto del programa en el personal de la institución seleccionado.

### ✓ **PROCEDIMIENTO**

Una vez realizado el diagnóstico de la situación familiar del geronte institucionalizado, se procedió con el diseño del programa adaptándolo para los nuevos integrantes del mismo, es decir se incluyó al personal de la institución como la red de apoyo más cercana al geronte, la que en algunos casos cumple la función de la familia, con la que no cuentan por diferentes circunstancias en particular.

El programa “Fortalecimiento de Lazos Afectivos entre el Adulto Mayor del C.B.A Juan Pablo II y su familia” se aplicó por un lado a los gerontes institucionalizados y sus familias y por otra parte a los adultos seleccionados y las personas que laboran en el Centro de Bienestar. Para dar inicio se realizó un taller de sensibilización, en la cual se dió a conocer el objetivo del mismo y se motivó en la continuidad y asistencia al programa. (Ver anexo 8 y 9).

### **SUBFASE I DE TALLERES**

A todos los participantes se les aplico tres talleres, siempre separando a la familia de la red de apoyo, es decir que la ejecución de estos talleres se llevo a cabo por

un lado el grupo de familia y en otro momento con el personal de la institución.(ver anexo 8)

✓ TALLER N° 1

Tema: Auto esquemas (Autoconocimiento, auto aceptación y autoestima)

Objetivo: Visualizar la importancia que tiene la tercera edad como etapa del ciclo vital, en la sociedad y específicamente en la familia de cada uno.

Modalidad: Taller reflexivo

Población: Adultos mayores

Duración: 2 horas

✓ TALLER N°2

Tema: Responsabilidad Filial

Objetivo: Dar a conocer los tipos de responsabilidad filial, haciendo énfasis en la responsabilidad afectiva para con el adulto mayor.

Modalidad: Taller reflexivo

Población: Familiares o red de apoyo del adulto mayor

Duración: 2 horas

✓ TALLER N°3

Tema: Comunicación (formas de comunicar, comunicación asertiva)

Objetivo: Sensibilizar sobre la importancia de tener una comunicación asertiva y constante dentro de los miembros de la familia

Modalidad: Capacitación y taller reflexivo

Población: Adultos mayores y familiares o red de apoyo

Duración: 2 horas

✓ TALLER N°4

Tema: Expresión de sentimientos

Objetivo: Visualizar la necesidad de expresar los sentimientos de afecto de forma constante hacia los miembros de la familia.

Modalidad: Taller vivencial, en donde por medio de experiencias, dinámicas y juegos se logro expresar los Sentimientos de afecto.

Población: Adultos mayores y familiares o red de apoyo

Duración: 2 horas

Durante la aplicación de los respectivos talleres se observó una baja asistencia por parte de las familias, quienes a pesar de ser invitadas constantemente a cada encuentro por los diferentes medios de publicidad como las carteleras diseñadas exclusivamente para la familia, las cartas y volantes, así como el contacto telefónico, desistieron de participar en el programa, solo 15 familiares o acudientes mantuvieron la asistencia a los diferentes encuentros programados con anticipación. De todas formas con la población participante se trabajo y se aplicaron los talleres programados, destacándose la receptividad y calidez con el que los asistentes se mantenían en cada taller, así como la constante participación en preguntas y opiniones respecto de cada tema tratado.

Por otro lado los talleres aplicados a las personas que laboran en el Centro, se efectuaron con asistencia de todos los integrantes de esta población seleccionada, resaltaron tener gran interés en conocer a fondo los diferentes

aspectos que influyen en el bienestar del senescente, de igual forma compartieron las diferentes experiencias personales, algunas de los integrantes de este grupo dieron a conocer que los talleres aplicados tuvieron buenos resultados tanto en la relación con los adultos mayores con quienes tienen permanente contacto, como en el mejoramiento del clima organizacional en las relaciones con sus compañeras de trabajo, y finalmente pero no menos importante dentro de su grupo familiar .

#### SUBFASE II DE ENTREVISTA FAMILIAR:

- **Familia:** Se citaron a las diferentes familias de forma individual para realizar una entrevista e indagar acerca de la situación familiar que se estaba viviendo, en donde se encontró que la dinámica familiar se encontraba alterada por diferentes problemáticas, entre las cuales está la mala comunicación como una de las más usuales con un 75% de coincidencia, la falta de asertividad y el mínimo tiempo dedicado para compartir y conocerse. Posteriormente se llamaron a nueva reunión para evaluar cómo estaban evolucionando y al mismo tiempo para dar a conocer las nuevas normas de la institución frente a sus responsabilidades filiales, resaltando el compromiso afectivo como uno de ellos. Durante el funcionamiento del programa se realizaron constantes contactos telefónicos con la población seleccionada, con el fin de evaluar el proceso y recalcar la importancia de las expresiones de afecto para la salud del geronte institucionalizado.

- **Red de Apoyo Social:** Se dividieron en tres áreas al personal, trabajando por subgrupos de acuerdo a las funciones que desempeñan en la institución, de la siguiente manera:
  1. Área servicios generales: Compuesto por 8 participantes, seleccionado el grupo porque mantienen contacto directo con los gerontes todos los días y son las encargadas de mantener la institución en orden, hacer y servir el alimento y arreglar las pertenencias de los gerontes cuando alguna se daña.
  2. Área enfermería: Integrado por 4 personas, quienes tienen contacto directo con los gerontes a diario, encargándose de todo lo relacionado con la salud, es decir entrega de medicamentos, baño a quienes lo necesiten, supervisión de arreglo y cuidado personal, controles médicos, comunicación directa con los familiares en todos los aspectos del residente.
  3. Área de acompañantes: Grupo formado por 10 personas, encargadas de los cuidados básicos y compañía de aquellos adultos que más lo requieran, es decir para quienes presentan alguna limitación física o mental. Cabe resaltar que con esta población se realizó un trabajo más constante, pues se diseñó un pequeño programa llamado **“Nuestro Día Ideal”**, con el objetivo de generar mayor contacto entre el adulto mayor y los ancianos residentes, lo que finalmente contribuyó en el fortalecimiento del vínculo afectivo tanto entre adultos mayores y acompañantes, como entre el mismo grupo de acompañantes. Pues se fortaleció el

trabajo en equipo y se mejoro el clima laboral, disminuyendo las discordias o malos entendidos generados por la inadecuada comunicación. (Ver anexo 15).

Con estos participantes se realizaron cuatro entrevistas, por medio de las cuales se indago acerca de los mitos sobre la vejez que se tenían, por medio de la aplicación del Test de Palmore, hallándose una media de 55.5% de aciertos, posteriormente se reforzó el concepto de vejez y se aclararon las confusiones a cerca de la misma, en otro encuentro se aplico una entrevista semiestructurada diseñada para indagar sobre las expresiones de afecto presentes entre la persona que labora y los senescentes, con el objetivo de conocer y consecutivamente sensibilizar en la importancia del afecto y las expresiones del mismo en la salud y bienestar de los gerontes (ver anexo 13).

En un tercer momento se aplico el cuestionario *“Mi envejecer”*, el cual consta de preguntas personales a cerca de la vejez teniendo en cuenta que el participante debe hacer los diferentes ejercicios propuesto para poder desarrollarlo, dentro de los cuales estaba sentirse como si tuviera 80 años o más, es decir creer que se encuentra en la etapa de vejez, en donde se hallo que un 80% opinaba que llegar a la vejez era volver a la etapa de la niñez , y que por ende el trato hacia el adulto mayor era como el de un niño. Aclarándose por tanto este mito, y explicando a cada participante cual era el adecuado trato hacia el geronte, para evitar deterioros y disminución del autoestima en el viejo.

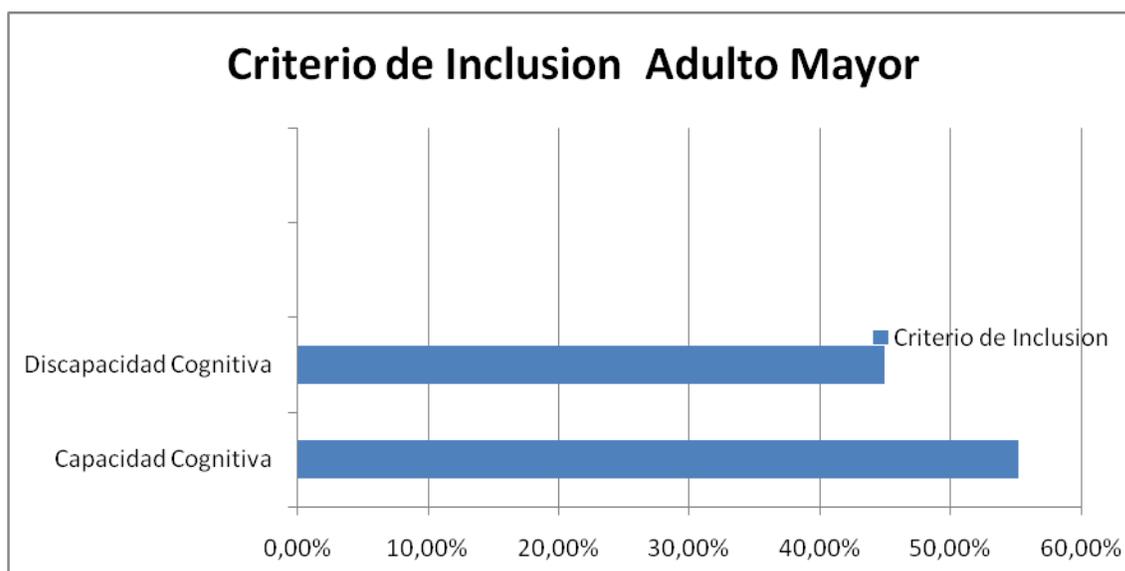
Finalmente se realizó la evaluación del programa, por medio de la aplicación de un formato de evaluación, cuyos resultados fueron positivos, pues a nivel general

un 85% del grupo considero que los talleres y las entrevistas individuales realizadas contribuyeron al mejoramiento en el desempeño de sus funciones, en los conocimientos adquiridos sobre el ciclo de la vejez y en el ámbito personal.

## RESULTADOS

A continuación se encuentran los resultados hallados en la aplicación de las diferentes pruebas suministradas a la población seleccionada, desde la selección de la muestra, pasando por el diagnóstico y culminando con la evaluación del impacto del programa.

**Figura 1. Selección de muestra a trabajar**

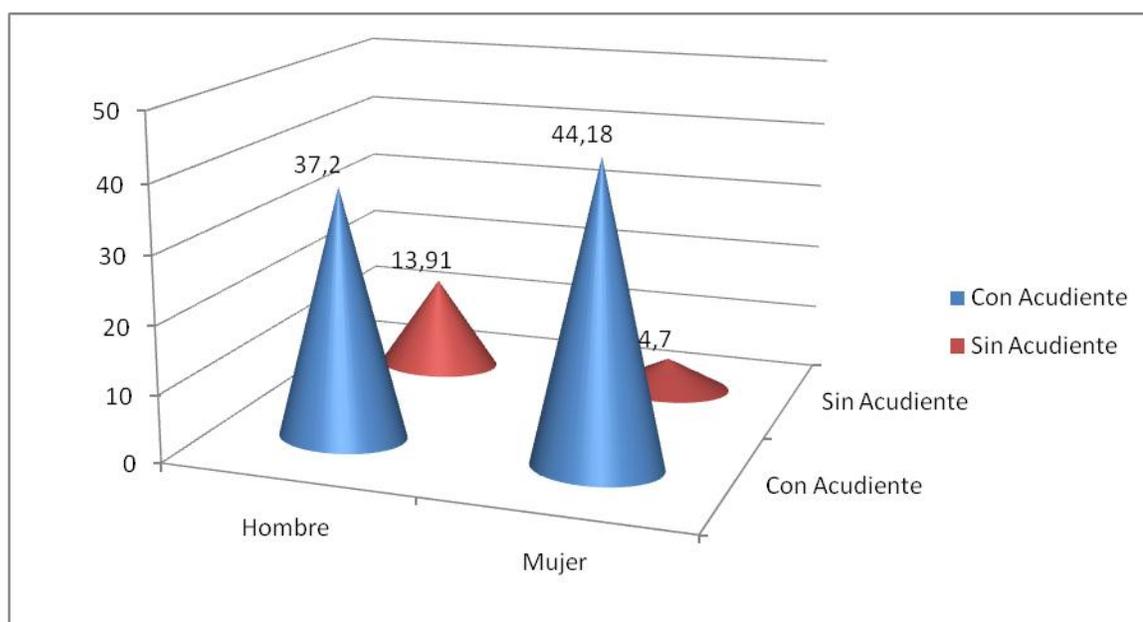


Los resultados del Mini-Mental (Orozco, L & cols. 2004) mostraron que de 78 Adultos Mayores a los que se les aplicó la prueba, 43 sujetos se encuentran dentro del rango de normalidad en su capacidad cognitiva, cumpliendo estos con el criterio de inclusión necesario para pertenecer al programa, mientras que 35 presentaron un nivel de discapacidad cognitiva, lo que les impidió hacer parte de la muestra. Es decir que el 55.12 % de los Adultos mayores residentes en el Centro de Bienestar Juan Pablo II se encuentran bien cognitivamente. (Ver anexo 2).

### ✓ FASE I DE DIAGNÓSTICO

Una vez seleccionados los adultos mayores que hicieron parte de la muestra, se inicio la aplicación de la ficha socio demográfica (FISOCAB), en la cual se encontró que del total de gerontes seleccionados el 81.39% tienen una persona que figura como acudiente y el 18.61% no reporta ningún conocido o persona con la cual la institución pueda contar. Es decir que de los 43 gerontes que fueron seleccionados, 35 tienen acudiente y 8 no cuentan con ningún familiar o persona allegada. (Ver anexo 2).

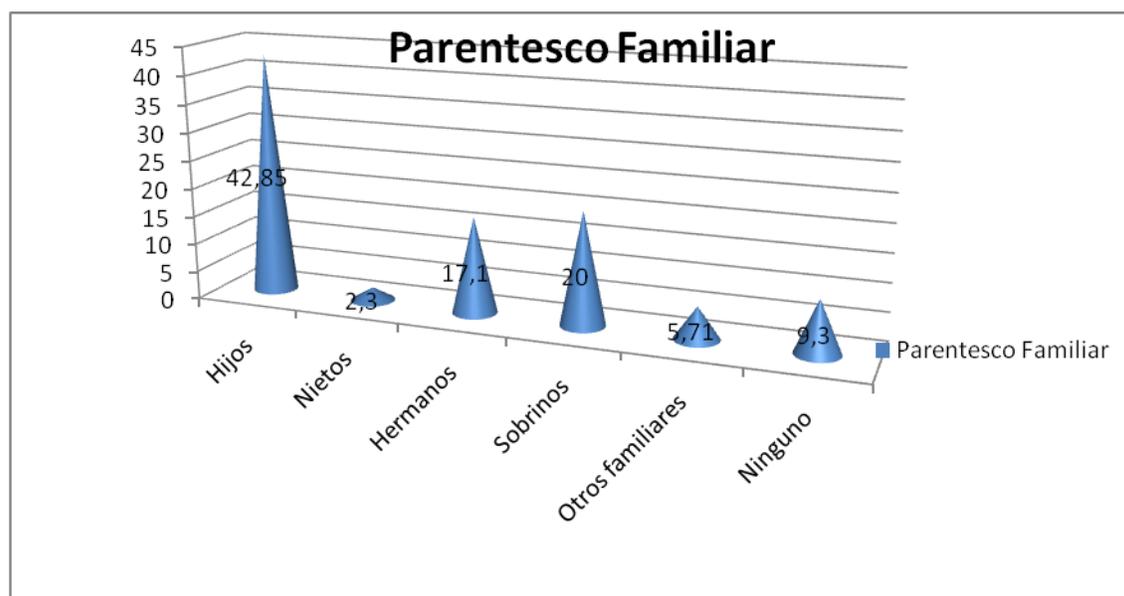
**Figura 2. Distribución de adultos mayores con acudientes y sin acudiente**



Dentro de los resultados expuestos en la figura 2, también se puede observar que los hombres en comparación con las mujeres de esta institución son quienes cuentan con un porcentaje más elevado en la ausencia de algún acudiente.

De igual forma dentro del estudio socio demográfico, se indago el parentesco del acudiente con el adulto mayor, evidenciándose que el porcentaje más elevado lo tienen los hijos con un 42.86%, le sigue los sobrinos con un 20%, luego se encuentran los hermanos del geronte con un 17.1%, otros familiares con un 5.71%, los nietos con un 2.3% y sin ningún parentesco familiar con un 9.3%. (Véase Figura 3)

**Figura 3. Relación del parentesco familiar entre el adulto mayor y su acudiente.**

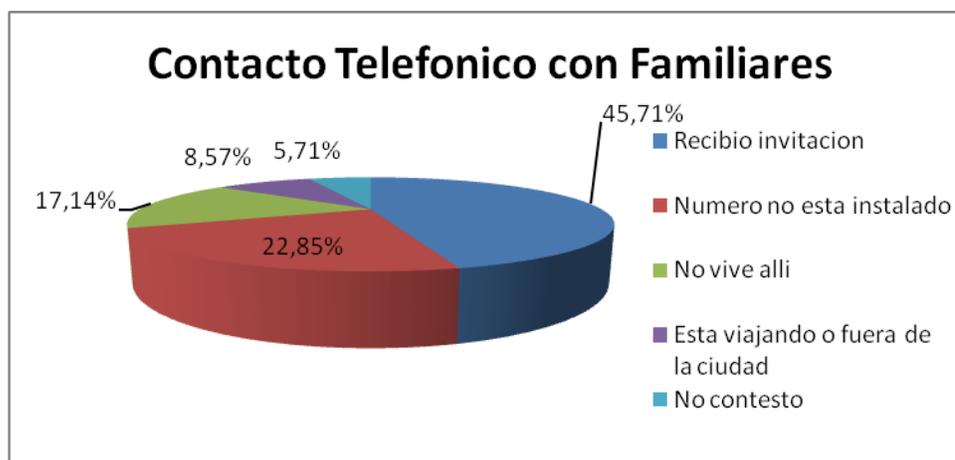


Una vez se conoció la cantidad de familiares con los cuales se podía contar como posible muestra, se procedió a realizar la respectiva invitación para hacer parte del programa de “Fortalecimiento de Lazos afectivos entre el geronte institucionalizado y su familia” . Esta invitación se hizo llegar a los familiares por medio de anuncios publicados en las diferentes carteleras ubicadas en puntos estratégicos del Centro, así mismo por una carta de invitación que fue entregada

por el vigilante a cada uno de los familiares durante las visitas que realizaban al Adulto Mayor. Pero de manera más directa se hizo por medio del contacto telefónico, para lo cual se recurrió a la base de datos de los familiares de residentes que la institución posee.

Sin embargo no se pudo tener comunicación con todas las familias de los gerontes seleccionados, solo un 45.71% recibió la invitación, con el resto no se pudo establecer ningún contacto, resaltando que un 22.85% suministro datos falsos, pues el número telefónico no estaba instalado, y un 17.14% no vive allí, ya sea porque también suministro falsos datos o porque se cambio de residencia y no los actualizo. De todas formas estos resultados ponen en duda el interés que tiene la familia por el geronte institucionalizado, ya que esta información es de gran relevancia dentro del funcionamiento del Centro de Bienestar pues es la única forma de comunicarse con la familia en caso de emergencia. (véase Figura 4).

**Figura 4. Invitación a familiares por contacto telefónico**



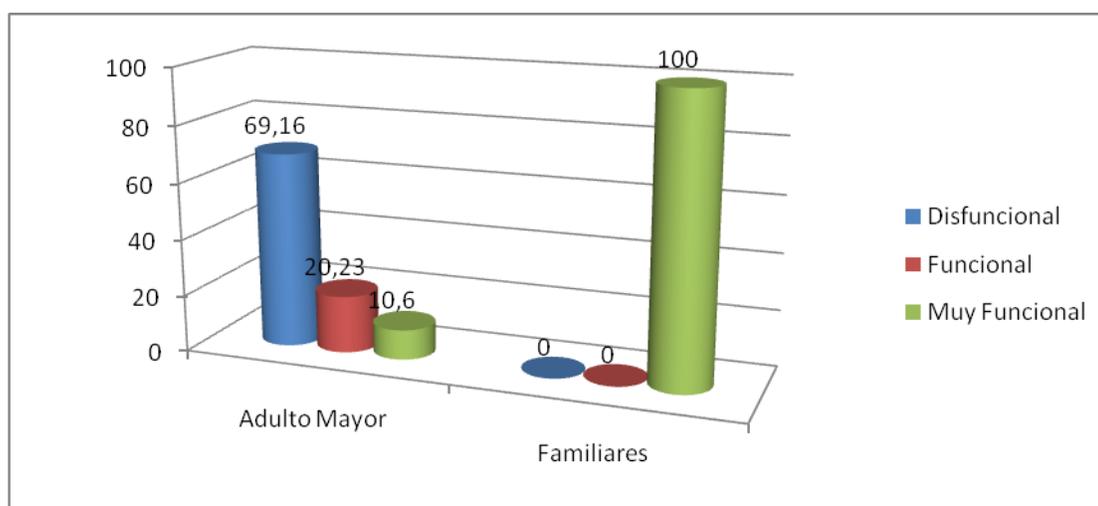
*Nota. Es importante aclarar que los datos fueron suministrados por la familia en el momento en el que el senescente ingreso a la institución.*

Terminado el proceso de selección de la muestra y realizada la invitación a la población seleccionada a participar del programa, se inicio con el taller de introducción y sensibilización en el cual se realizó el enganche con los gerontes y sus familiares para continuar vinculados al programa. Lastimosamente la asistencia de los familiares de los gerontes seleccionados fue muy baja, en principio porque de los 43 seleccionados, solo 35 reportaron tener acudiente y de estos solo el 42.85% asistieron al taller, es decir 15 personas.

Sin embargo durante esta reunión se realizó la aplicación de las pruebas APGAR FAMILIAR (Smilkstein, 1978) y RELAF (Cossio, 2005), con los asistentes a la misma, arrojando los siguientes datos:

### **Prueba APGAR**

**Figura 5. Resultados de la prueba APGAR aplicada al adulto mayor y la familia, para el diagnostico.**



Según los resultados que arroja el APGAR se puede decir que el adulto mayor del Centro de Bienestar Juan Pablo II, seleccionado en el momento de la aplicación presentaba un alto grado de disfuncionalidad familiar reflejado en un 69.16 %, situación contradictoria con los resultados que muestran los familiares, porque para ellos la familia se encuentra en un 100% en el grado de *Muy funcional*, dato que no hace muy confiable la validez y sinceridad con que el familiar seleccionado contestó la prueba.

**Prueba RELAF****Tabla 1. Resultados prueba RELAF aplicada en adultos mayores, para el diagnóstico.**

	CT1			CT2			CT3			CT5			T RT			TOT %		
	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV
<b>PADRES</b>	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	172	0	0	100	0
<b>HIJOS</b>	6	32	5	8	35	0	7	35	1	9	33	1	30	135	7	17,44	78,49	4,07
<b>ABUELOS</b>	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	172	0	0	100	0
<b>PAREJA</b>	1	42	0	2	41	0	2	41	0	2	41	0	7	165	0	4,07	95,93	0
<b>OTRO FAMILIAR</b>	9	34	0	11	32	0	10	33	0	9	31	3	39	130	3	22,67	75,58	1,74
<b>NO FAMILIA</b>	11	31	1	8	29	6	12	31	0	10	32	1	41	123	8	22,67	71,51	4,65
<b>TOTAL (media)</b>	27	225	6	29	223	6	31	226	1	30	223	5	117	897	18	11,34	86,92	1,74
<b>PORCENTAJE</b>	10,5	87,2	2,326	11,2	86,4	2,33	12,02	87,6	0,39	11,6	86,43	1,938	11,34	86,92	1,7442	100		
<b>NRT</b>	258			258			258			258			1032					

*Nota.*

*CT1: Nivel de Apoyo entre sus miembros*

*CT2: Grado de Confianza*

*CT3: Toma de Decisiones Compartidas*

*CT5: Expresión de afecto entre el grupo*

*AV: A veces*

*TRT: Total Respuestas*

*TOT%: Total porcentaje*

Tomando en cuenta los datos de la tabla 1 se puede evidenciar que los adultos mayores en un 86.92% prefieren no acudir a nadie, manteniendo un mínimo contacto familiar, lo cual corrobora, la disfuncionalidad familiar que se observó en los resultados de la prueba APGAR , aplicada a esta población.

**Tabla 2. Resultados prueba RELAF aplicada en la familia para realizar el diagnóstico.**

	CT1			CT2			CT3			CT5			T RT			TOT %		
	S I	N O	AV	SI	N O	A V	SI	N O	AV	SI	N O	AV	SI	NO	A V	SI	NO	AV
<b>PADRES</b>	5	8	2	6	9	0	4	11	0	9	5	1	24	33	3	26, 67	36, 67	3,3 3
<b>HIJOS</b>	6	8	1	9	6	0	7	8	0	11	4	0	33	26	1	36, 67	28, 89	1,1 1
<b>ABUELOS</b>	0	1 5	0	1	14	0	0	15	0	3	1 2	0	4	56	0	4,4 44	62, 22	0
<b>PAREJA</b>	1 1	3	1	12	3	0	11	4	0	11	3	1	45	13	2	50	14, 44	2,2 2
<b>OTRO FAMILIAR</b>	6	5	4	6	4	5	4	8	3	8	5	2	24	22	4	26, 67	24, 44	15, 6
<b>NO FAMILIA</b>	2	1 0	3	0	11	4	0	12	3	2	7	6	4	40	1 6	26, 67	44, 44	17, 8
<b>TOTAL (media)</b>	3 0	4 9	11	34	47	9	26	58	6	44	6	10	134	190	3 6	37, 22	52, 78	10
<b>PORCENTAJE</b>	3 3	5 4	12, 2	37, 8	52, 2	1 0	28, 89	64, 4	6,6 7	48, 9	4 0	11, 11	37, 22	52, 78	1 0	100		
<b>NRT</b>	90			90			90			90			360					

*CT1: Nivel de Apoyo entre sus miembros*

*CT2: Grado de Confianza*

*CT3: Toma de Decisiones Compartidas*

*CT5: Expresión de afecto entre el grupo*

*AV: A veces*

*TRT: Total Respuestas*

*TOT%: Total porcentaje*

Al comparar la Tabla 2 con el resultado de la prueba APGAR de la Familia, se observa que la aproximación es muy remota, puesto que en la prueba Apgar se reflejaba una funcionalidad familiar extraordinaria, mientras que en la prueba de RELAF, se evidencia que un 52.78% de los participantes no recurren a nadie en sus situaciones cotidianas, y a la vez presenta un mínimo contacto con su familia.

**Tabla 3. Resultado categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicados en adultos mayores.**

	CT4			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	10	30	3	43	23	69,8	7
V B	8	33	2	43	19	76,7	4,7
V C	29	9	5	43	67	20,9	12
V D	19	22	2	43	44	51,2	4,7
V E	10	23	10	43	23	53,5	23
V F	18	21	4	43	42	48,8	9,3
<b>TOTAL (media)</b>	94	138	26	258	36	53,5	10
<b>PORCENTAJE</b>	36,434	53,49	10,1		100		
<b>NRT</b>	258						

*Nota.*

*CT4: Categoría Tiempo de Calidad*

*VA: Participa en actividades recreativas*

*VB: Solo se llaman por teléfono*

*VC: No se comunican*

*VD: Prefieren estar con gente que no es de la familia*

*VE: Prefieren estar solos*

*VF: A nadie le importa lo que hacen los demás.*

Se encontró además que los adultos mayores no tienen comunicación con su familia en un 67%, lo que es un porcentaje bastante elevado, sumado a esto también se encontró que un 23% de estos senescentes prefieren estar solos, y un 23% más en algunas ocasiones también lo desean. Lo que hace notar que un gran porcentaje de los adultos mayores seleccionados son personas carentes de afecto por parte de su familia, pues empezando estos no tienen comunicación frecuente, no se encuentran ni se hablan por ningún medio.(véase Tabla 3).

**Tabla 4. Respuesta de la población adulta mayor en la categoría de Expresiones Emocionales.**

	CT6			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	10	25	8	43	23,26	58,1	18,6
V B	14	24	5	43	32,56	55,8	11,6
V C	10	32	1	43	23,26	74,4	2,33
V D	8	32	3	43	18,6	74,4	6,98
V E	6	31	6	43	13,95	72,1	14
V F	3	31	9	43	6,977	72,1	20,9
<b>TOTAL (media)</b>	51	175	32	258	19,77	67,8	12,4
<b>PORCENTAJE</b>	19,767	67,83	12,4		100		
<b>NRT</b>	258						

*Nota.*

*CT6: Categoría Expresiones Emocionales*

*VA: Son comprensivos y tolerantes*

*VB: Lo ven como algo natural*

*VC: Demuestran indiferencia*

*VD: Aparentan que no les molesta*

*VE: Se molestan y el ambiente se pone tenso*

*VF: Manifiestan desagrado*

En esta categoría se encontró que para los Adultos mayores la familia es comprensiva y tolerante en un 23.26%, posicionándose en un nivel bajo, en cuanto a la tolerancia y las manifestaciones de afecto positivas.

**Tabla 5. Respuesta de la población adulta mayor en la categoría de Recursos Económicos**

	CT7			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	6	27	2	35	17,1	77,1	5,714
V B	16	7	12	35	45,7	20	34,29
V C	15	9	11	35	42,9	25,7	31,43
V D	17	15	3	35	48,6	42,9	8,571
V E	18	10	7	35	51,4	28,6	20
V F	16	15	4	35	45,7	42,9	11,43
<b>TOTAL (media)</b>	88	83	39	210	41,9	39,5	18,57
<b>PORCENTAJE</b>	41,9	39,5	18,6		100		
<b>NRT</b>	210						

**Nota.**

CT7: Categoría recursos económicos

VA: La utilización de dinero es motivo de peleas en la familia

VB: El grupo familiar comparte cosas materiales

VC: Los miembros de la familia son generosos y solidarios

VD: Prefiere busca ayuda económica de personas ajenas a la familia

VE: Cada quien maneja su dinero sin pensar en los demás

VF: El dinero es un asunto que no causa problemas

Se debe resaltar que los resultados que se muestran en la Tabla 5 se hace tomando en cuenta que de los 43 participantes, solo 35 tienen familia o acudiente, mientras que los 8 restantes no cuentan con ninguna persona fuera de la institución que responda por él.

**Tabla 6. Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a la familia.**

	CT4			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	9	1	5	15	60	6,67	33
V B	5	8	2	15	33	53,3	13
V C	3	11	1	15	20	73,3	6,7
V D	0	11	4	15	0	73,3	27
V E	1	11	3	15	6,7	73,3	20
V F	1	11	3	15	6,7	73,3	20
<b>TOTAL (media)</b>	19	53	18	90	21	58,9	20
<b>PORCENTAJE</b>	21,111	58,89	20		100		
<b>NRT</b>	90						

**Nota.**

*CT4: Categoría Tiempo de Calidad*

*VA: Participa en actividades recreativas*

*VB: Solo se llaman por teléfono*

*VC: No se comunican*

*VD: Prefieren estar con gente que no es de la familia*

*VE: Prefieren estar solos*

*VF: A nadie le importa lo que hacen los demás.*

En esta categoría aplicada a las familias se observa que medianamente el grupo familiar se dedica tiempo para compartir, comunicare y fortalecer su vinculo, sin embargo esto no quiere decir que allí este incluido el adulto mayor institucionalizado.

**Tabla 7. Respuesta del Grupo Familia a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF.**

	CT6			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
<b>V A</b>	12	3	0	15	80	20	0
<b>V B</b>	7	4	4	15	46,67	26,7	26,7
<b>V C</b>	2	10	3	15	13,33	66,7	20
<b>V D</b>	3	9	3	15	20	60	20
<b>V E</b>	4	9	2	15	26,67	60	13,3
<b>V F</b>	3	8	4	15	20	53,3	26,7
<b>TOTAL (media)</b>	31	43	16	90	34,44	47,8	17,8
<b>PORCENTAJE</b>	34,444	47,78	17,8		100		
<b>NRT</b>	90						

*Nota.*

*CT6: Categoría Expresiones Emocionales*

*VA: Son comprensivos y tolerantes*

*VB: Lo ven como algo natural*

*VC: Demuestran indiferencia*

*VD: Aparentan que no les molesta*

*VE: Se molestan y el ambiente se pone tenso*

*VF: Manifiestan desagrado*

De acuerdo a los porcentajes arrojados en la Tabla 7, se podría decir que dentro de la dinámica familiar solo un 17.1% de las familias evidencian comprensión y tolerancia entre sus miembros, lo que se da cuando alguno de ellos presenta alguna alteración o expresión de una emoción negativa, (rabia, etc.).

**Tabla 8. Respuesta de la familia en la categoría de Recursos Económicos, de I aprueba RELAF.**

	CT7			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	4	11	0	15	26,7	73,3	0
V B	12	3	0	15	80	20	0
V C	13	0	2	15	86,7	0	13,33
V D	3	10	2	15	20	66,7	13,33
V E	1	13	1	15	6,67	86,7	6,667
V F	5	10	0	15	33,3	66,7	0
<b>TOTAL (media)</b>	38	47	5	90	42,2	52,2	5,556
<b>PORCENTAJE</b>	42,22	52,2	5,56		100		
<b>NRT</b>	90						

*Nota.*

*CT7: Categoría recursos económicos*

*VA: La utilización de dinero es motivo de peleas en la familia*

*VB: El grupo familiar comparte cosas materiales*

*VC: Los miembros de la familia son generosos y solidarios*

*VD: Prefiere busca ayuda económica de personas ajenas a la familia*

*VE: Cada quien maneja su dinero sin pensar en los demás*

*VF: El dinero es un asunto que no causa problemas*

Finalmente se tomo como referencia el número de visitas y la frecuencia con la que se hacen las mismas a los gerontes institucionalizados, lo cual no fue muy alentador, pues de los 35 gerontes que tienen familia, solo 18 recibieron visitas esporádicas, al mismo tiempo se realizaron algunas observaciones de la calidad de visita es decir del tiempo dedicado al senescente para dialogar y compartir un momento agradable con él, Encontrándose que los familiares en su mayoría asisten a la institución no solamente para hacer la visita, sino porque también tienen otra diligencia que realizar, es decir aprovechan cuando pagan la mensualidad, o cuando necesariamente deben llevar al médico a control su familiar, para realizar su supuesta visita.

Tomando como referencia los resultados de los diferentes instrumentos aplicados durante la fase de diagnostico, se pudo concluir que la población Adulta Mayor seleccionada, presenta una alta disfuncionalidad familiar, no cuenta con el suficiente apoyo por parte de su familia y mantiene un mínimo contacto con los miembros de la misma. Así mismo la lejanía y falta de comunicación entre la familia y la institución refleja el desinterés de la familia por el geronte institucionalizado y el abandono afectivo al que lo tiene sometido.

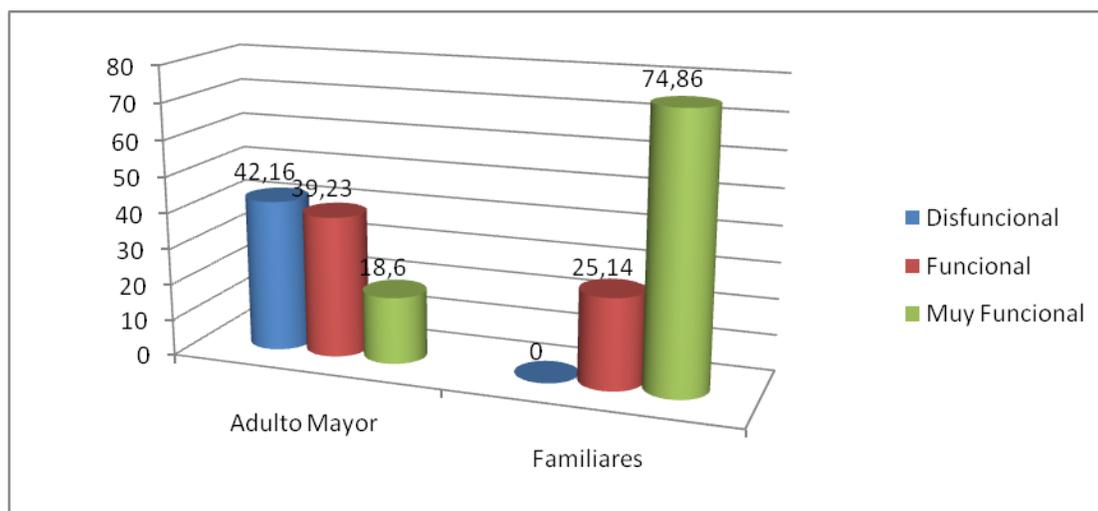
Estos aspectos generaron gran dificultad a la hora de llevar a cabo el programa para fortalecer los lazos afectivos entre el adulto mayor y su familia, por tal motivo fue necesario replantear el programa e incluir la red de apoyo más cercana al geronte y trabajar con ella, que en este caso es la institución y específicamente el personal que labora en este Centro.

✓ **FASE II DE IMPLEMENTACION Y EVALUACIÓN**

Durante el transcurso de esta fase, se procedió a culminar el programa, y a realizar la respectiva aplicación de las pruebas APGAR FAMILIAR (Smilkstein 1978) y RELAF (Cossio, 2005), a los adultos mayores y familiares o acudientes que participaron en el programa. A continuación se presentan los datos obtenidos en el proceso de evaluación.

**Prueba APGAR FAMILIAR**

**Figura 6. Relación resultados prueba APGAR entre el adulto mayor y su familia.**



Se observa que la disfuncionalidad familiar en el geronte se mantiene aunque con una mínima diferencia de 2.93% con el rango de funcionalidad y un poco más elevado con 23.56% en comparación con el rango de muy funcional.

Lo que en comparación con los familiares se observa gran diferencia, pues estos mantienen un alto grado de funcionalidad, resultado que a primera vista causaría controversia pues no se encuentra ninguna similitud entre los datos arrojados por los adultos mayores y los dados por los familiares o acudientes. Sin embargo se debe tomar en cuenta que no todos los acudientes son familiares directos del senescente, pues incluso en un porcentaje del 9.3% (véase Figura 2) ni siquiera tienen un vínculo consanguíneo, por lo cual desde este ámbito no se podría evaluar la efectividad del programa en los familiares o acudientes.

### Prueba RELAF

**Tabla 9. Resultados prueba RELAF aplicada en adultos mayores, para evaluar el impacto del programa.**

	CT1			CT2			CT3			CT5			T RT			TOT %		
	S I	N O	A V	SI	N O	A V	SI	N O	A V	SI	N O	AV	SI	NO	AV	SI	NO	A V
<b>PADRES</b>	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	172	0	0	100	0
<b>HIJOS</b>	1 3	27	3	15	28	0	11	31	1	12	27	4	51	113	8	29, 65	65, 7	4, 65
<b>ABUELOS</b>	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	43	0	0	172	0	0	100	0
<b>PAREJA</b>	1	42	0	2	41	0	2	41	0	2	41	0	7	165	0	4,0 7	95, 93	0
<b>OTRO FAMILIAR</b>	1 2	31	0	15	28	0	11	30	2	15	24	4	53	113	6	30, 81	65, 7	3, 49
<b>NO FAMILIA</b>	2 7	10	6	20	15	8	21	22	0	29	9	5	97	56	19	30, 81	32, 56	11
<b>TOTAL (media)</b>	5 3	19 6	9	52	19 8	8	45	0 3	21 3	58	18 7	13	208	791	33	20, 16	76, 65	3, 2
<b>PORCENT AJE</b>	2 1	76	3, 49	20, 2	76, 7	3, 1	17, 44	81, 4	1, 16	22, 5	72	5,0 39	20, 16	76, 65	3,1 98	100		
<b>NRT</b>	258			258			258			258			1032					

Nota.

CT1: Nivel de Apoyo entre sus miembros

CT2: Grado de Confianza

*CT3: Toma de Decisiones Compartidas*

*CT5: Expresión de afecto entre el grupo*

*AV: A veces*

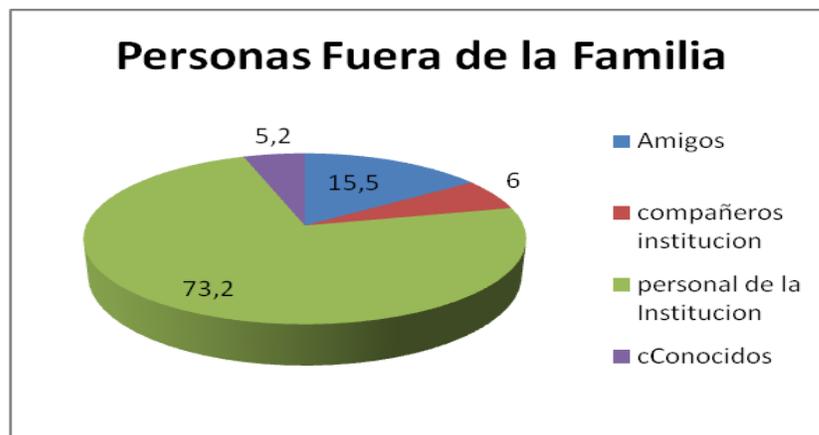
*TRT: Total Respuestas*

*TOT%: Total porcentaje*

Para la aplicación de esta prueba en los gerontes se anexo una nueva pregunta, que se hacía al participante en el momento que su opción de respuesta era la variable “ **A personas fuera de la familia**”, todo con el objetivo de evaluar el impacto del programa aplicado a los adultos mayores y al personal de la institución, la pregunta diseñada era:

- Cuando se refiere a “personas fuera de la familia”, a quienes hace referencia:
  - a. Amigos
  - b. Compañeros de la institución
  - c. Personal de la institución
  - d. Conocidos

**Figura 7. Resultados de preferencia en el contacto no familiar del adulto mayor.**



Los resultados obtenidos fueron a favor del programa aplicado, puesto que de 116 respuestas positivas en la variable “A personas fuera de la familia”, 85 clasificaron en la opción que resalta el “Personal de la institución”, 18 optaron por la opción “Amigos”, 7 escogieron a “Compañeros de la institución” y 6 optaron por “conocidos”. (Véase Figura 7).

**Tabla 10. Resultados prueba RELAF aplicada en la familia, para evaluar el impacto del programa.**

	CT1			CT2			CT3			CT5			T RT			TOT %		
	S I	N O	A V	SI	N O	A V	SI	N O	A V	SI	N O	AV	SI	NO	AV	SI	NO	A V
<b>PADRES</b>	9	4	2	8	5	2	6	8	1	11	2	2	34	19	7	37, 78	21, 11	7, 78
<b>HIJOS</b>	8	5	2	10	5	0	9	6	0	12	3	0	39	19	2	43, 33	21, 11	2, 22
<b>ABUELOS</b>	1	1 4	0	1	14	0	0	15	0	3	2	0	5	55	0	5,5 56	61, 11	0
<b>PAREJA</b>	1 2	2	1	12	3	0	12	2	1	13	1	1	49	8	3	54, 44	8,8 89	3, 33
<b>OTRO FAMILIAR</b>	7	4	4	8	2	5	4	8	3	9	3	3	28	17	15	31, 11	18, 89	16, 7
<b>NO FAMILIA</b>	5	7	3	2	9	4	1	11	3	4	5	6	12	32	16	31, 11	35, 56	17, 8
<b>TOTAL /media)</b>	4 2	3 6	12	41	38	1	32	50	8	52	6	12	167	150	43	46, 39	41, 67	11 ,9
<b>PORCENT AJE</b>	4 7	4 0	13 ,3	45 ,6	42 ,2	1 2	35, 56	55, ,6	8, 89	57, ,8	2 9	13, 33	46, 39	41, 67	11, 94	100		
<b>NRT</b>	90			90			90			90			360					

*Nota.*

*CT1: Nivel de Apoyo entre sus miembros*

*CT2: Grado de Confianza*

*CT3: Toma de Decisiones Compartidas*

*CT5: Expresión de afecto entre el grupo*

*AV: A veces*

*TRT: Total Respuestas*

*TOT%: Total porcentaje*

**Tabla 11. Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a los adultos mayores.**

	CT4			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	15	24	4	43	35	55,8	9,3
V B	12	25	6	43	28	58,1	14
V C	21	16	6	43	49	37,2	14
V D	28	11	4	43	65	25,6	9,3
V E	7	29	7	43	16	67,4	16
V F	14	25	4	43	33	58,1	9,3
<b>TOTAL (media)</b>	97	130	31	258	38	50,4	12
<b>PORCENTAJE</b>	37,597	50,39	12		100		
<b>NRT</b>	258						

*Nota.*

*CT4: Categoría Tiempo de Calidad*

*VA: Participa en actividades recreativas*

*VB: Solo se llaman por teléfono*

*VC: No se comunican*

*VD: Prefieren estar con gente que no es de la familia*

*VE: Prefieren estar solos*

*VF: A nadie le importa lo que hacen los demás.*

**Tabla 12. Respuesta del Grupo adultos mayores a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF.**

	CT6			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	17	18	8	43	39,53	41,9	18,6
V B	15	23	5	43	34,88	53,5	11,6
V C	9	31	3	43	20,93	72,1	6,98
V D	7	27	9	43	16,28	62,8	20,9
V E	4	34	5	43	9,302	79,1	11,6
V F	3	31	9	43	6,977	72,1	20,9
<b>TOTAL (media)</b>	55	164	39	258	21,32	63,6	15,1
<b>PORCENTAJE</b>	21,318	63,57	15,1		100		
<b>NRT</b>	258						

Nota.

CT6: Categoría Expresiones Emocionales

VA: Son comprensivos y tolerantes

VB: Lo ven como algo natural

VC: Demuestran indiferencia

VD: Aparentan que no les molesta

VE: Se molestan y el ambiente se pone tenso

VF: Manifiestan desagrado

**Tabla 13. Respuesta de los adultos mayores en la categoría de Recursos Económicos, de I prueba RELAF.**

	CT7			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	6	27	2	35	17,1	77,1	5,714
V B	17	5	13	35	48,6	14,3	37,14
V C	19	8	8	35	54,3	22,9	22,86
V D	19	14	2	35	54,3	40	5,714
V E	18	10	7	35	51,4	28,6	20
V F	17	14	4	35	48,6	40	11,43
<b>TOTAL (media)</b>	96	78	36	210	45,7	37,1	17,14
<b>PORCENTAJE</b>	45,71	37,1	17,1		100		
<b>NRT</b>	210						

*Nota.*

*CT7: Categoría recursos económicos*

*VA: La utilización de dinero es motivo de peleas en la familia*

*VB: El grupo familiar comparte cosas materiales*

*VC: Los miembros de la familia son generosos y solidarios*

*VD: Prefiere busca ayuda económica de personas ajenas a la familia*

*VE: Cada quien maneja su dinero sin pensar en los demás*

*VF: El dinero es un asunto que no causa problemas*

**Tabla 14. Resultados categoría Tiempo de Calidad de la prueba RELAF aplicada a la familia.**

	CT4			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	10	1	4	15	67	6,67	27
V B	3	9	3	15	20	60	20
V C	2	13	0	15	13	86,7	0
V D	0	11	4	15	0	73,3	27
V E	0	13	2	15	0	86,7	13
V F	1	14	0	15	6,7	93,3	0
<b>TOTAL (media)</b>	16	61	13	90	18	67,8	14
<b>PORCENTAJE</b>	17,778	67,78	14,4		100		
<b>NRT</b>	90						

*CT4: Categoría Tiempo de Calidad*

*VA: Participa en actividades recreativas*

*VB: Solo se llaman por teléfono*

*VC: No se comunican*

*VD: Prefieren estar con gente que no es de la familia*

*VE: Prefieren estar solos*

*VF: A nadie le importa lo que hacen los demás.*

**Tabla15. Respuesta del Grupo familia a la categoría de Expresiones Emocionales de la prueba RELAF.**

	CT6			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	9	3	3	15	60	20	20
V B	8	6	1	15	53,33	40	6,67
V C	2	10	3	15	13,33	66,7	20
V D	1	11	3	15	6,667	73,3	20
V E	6	6	3	15	40	40	20
V F	6	7	2	15	40	46,7	13,3
<b>TOTAL (media)</b>	32	43	15	90	35,56	47,8	16,7
<b>PORCENTAJE</b>	35,556	47,78	16,7		100		
<b>NRT</b>	90						

*Nota.*

*CT6: Categoría Expresiones Emocionales*

*VA: Son comprensivos y tolerantes*

*VB: Lo ven como algo natural*

*VC: Demuestran indiferencia*

*VD: Aparentan que no les molesta*

*VE: Se molestan y el ambiente se pone tenso*

*VF: Manifiestan desagrado*

**Tabla 16. Respuesta de la familia en la categoría de Recursos Económicos, de I aprueba RELAF.**

	CT7			TRT	TOT%		
	SI	NO	AV		SI	NO	AV
V A	3	11	1	15	20	73,3	6,667
V B	10	5	0	15	66,7	33,3	0
V C	12	0	3	15	80	0	20
V D	3	9	3	15	20	60	20
V E	1	12	2	15	6,67	80	13,33
V F	6	9	0	15	40	60	0
<b>TOTAL (media)</b>	35	46	9	90	38,9	51,1	10
<b>PORCENTAJE</b>	38,89	51,1	10		100		
<b>NRT</b>	90						

Nota.

CT7: Categoría recursos económicos

VA: La utilización de dinero es motivo de peleas en la familia

VB: El grupo familiar comparte cosas materiales

VC: Los miembros de la familia son generosos y solidarios

VD: Prefiere busca ayuda económica de personas ajenas a la familia

VE: Cada quien maneja su dinero sin pensar en los demás

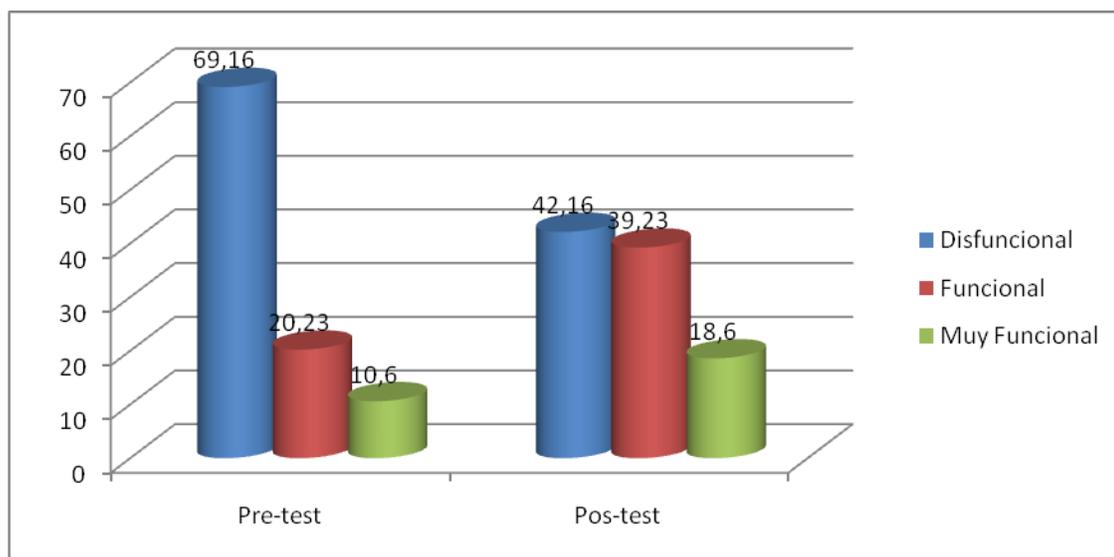
VF: El dinero es un asunto que no causa problemas

## ANALISIS DE RESULTADOS

Posterior a la implementación del programa, se volvió a evaluar la funcionalidad familiar entre el geronte y su familia, resaltando el ámbito afectivo, aplicándose nuevamente las pruebas APGAR FAMILIAR (Smilkstein 1978) y la Escala de Relaciones Afectivas (Cossio 2005), las cuales arrojaron datos positivos en cuanto a la efectividad que tuvo el mismo. A nivel general el Adulto mayor fue quien presentó mejores resultados, es decir que la efectividad se dio en los gerontes en un porcentaje más elevado que en la familia.

### Prueba APGAR FAMILIAR

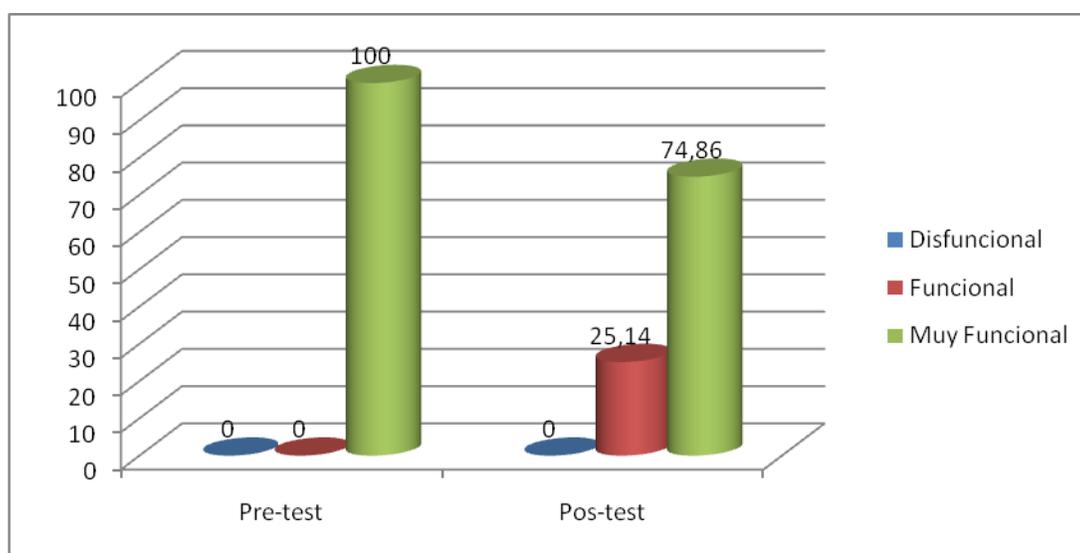
**Figura 8. Relación Pre-test y Pos-test de la prueba APGAR FAMILIAR, aplicada a los adultos mayores.**



Según los resultados que arroja el APGAR se puede decir que el adulto mayor del Centro de Bienestar Juan Pablo II, seleccionado en el momento de la evaluación

presento un grado funcionalidad relativamente mejorado en comparación con los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico. Reflejado en una diferencia de 27% en la disminución de disfuncionalidad, el 19% y el 8% en el aumento en los rangos de funcional y muy funcional respectivamente. (véase Figura 8).

**Figura 9. Relación Pre-test y Pos-test de la prueba APGAR FAMILIAR, aplicada a la familia.**



*Nota.*

*Pre-test: Fase de diagnóstico*

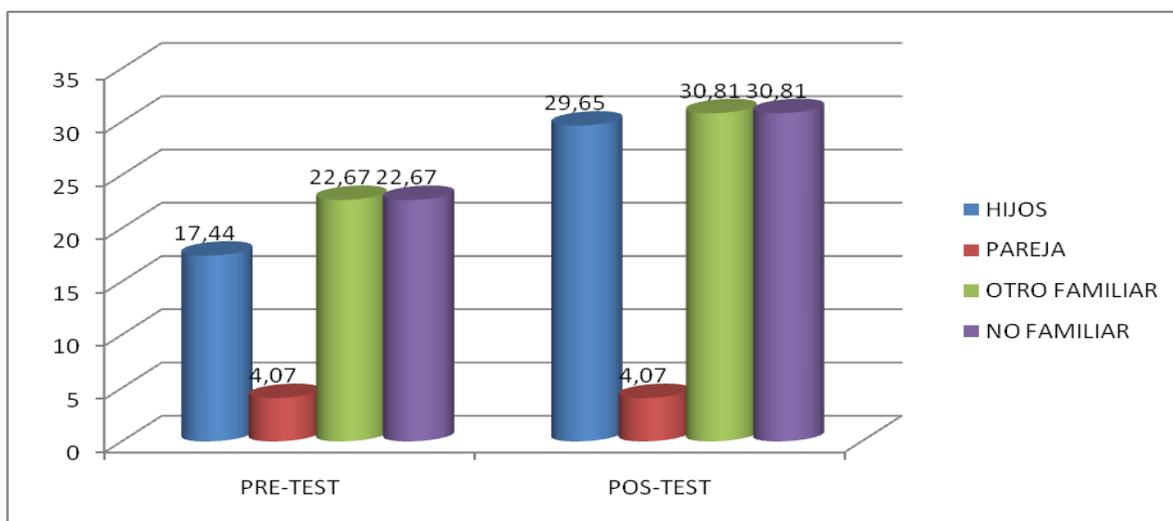
*Pos-test: Fase de evaluación*

Observando los datos obtenidos en las fases de diagnóstico (pre-test) y evaluación (pos-test) respectivamente, se podría decir que la funcionalidad familiar se mantuvo, y que en comparación con los resultados de la fase diagnóstica, los cuales generaron desconfianza, estos últimos datos obtenidos en la fase de evaluación evidencian un poco más de sinceridad, validez y confianza.

### Prueba RELAF

Al realizar el respectivo análisis de esta prueba en las categorías que median el nivel de apoyo entre sus miembros, el grado de confianza, la toma de decisiones compartidas y las expresiones de afecto entre los miembros del grupo (véase *Tabla 2 y 9*), se reflejó que entre los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico (pre-test) y los de la fase de evaluación (pos-test), hay un 8.819% de alza en la opción de contar *siempre* con sus familiares o seres queridos, y un 1.365% en la opción de *A veces* cuanta con su familia o seres queridos, dando un 10.27% de alza a nivel general, evidenciándose diferencia a favor de la efectividad del programa y el impacto positivo que sufrió la población perteneciente al programa de fortalecimiento de lazos afectivos. (Véase Figura 10).

**Figura 10. Relación Pre-test y Pos-test en el contacto entre el adulto mayor y sus redes de apoyo.**



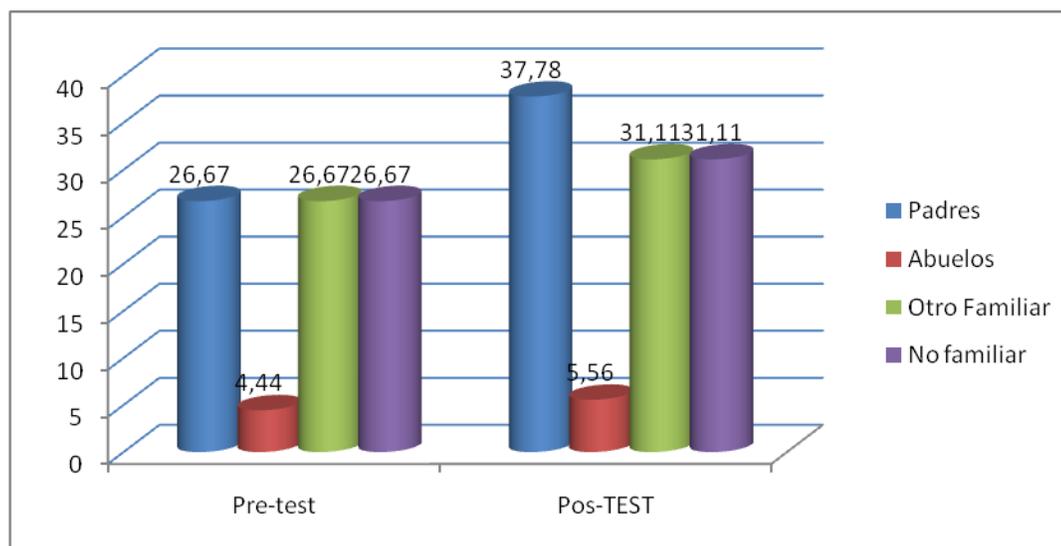
El nivel de contacto entre el adulto mayor y sus redes de apoyo más cercanas ha aumentado sustancialmente, dentro de las variables a resaltar se encuentra que las personas *no familiares* lograron posicionarse con un 30.81% como una de las redes más importantes para estos gerontes.

Recordando que dentro de esta opción el 73.2% hace referencia al personal que labora en la institución y por ende a la población seleccionada en la aplicación del programa. Demostrándose de esta manera que la institución donde residen y específicamente las personas que laboran allí, pueden convertirse en seres de gran relevancia para los senescentes institucionalizados, logrando generar un vínculo afectivo fuerte, a tal punto que sean ellos quienes suplen las carencias que la familia no puede, por causas personales y/o particulares. Convirtiéndose finalmente en una red de apoyo importante y necesaria para el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

### **Prueba RELAF en Familia**

Tomando como referencia los datos obtenidos en la fase de diagnóstico es decir antes de aplicar el programa y comparándolos con los hallados en la fase de evaluación al finalizar las actividades planteadas para el fortalecimiento de los lazos afectivos, se evidencio que entre ellos como acudientes y el geronte familiar o allegado se generó un fortalecimiento afectivo, y un aumento en la funcionalidad familiar de los mismos. Todo esto evidenciado en un aumento de 10.36% en las categorías que median el nivel de apoyo entre sus miembros, el grado de confianza, la toma de decisiones compartidas y las expresiones de afecto entre los miembros del grupo (véase Tabla 3 y 10), especificado de la siguiente manera: 9.17% de alza en la opción de contar *siempre* con sus familiares o seres queridos, y un 1.19%% en la opción de *A veces* cuanta con su familia o seres queridos.

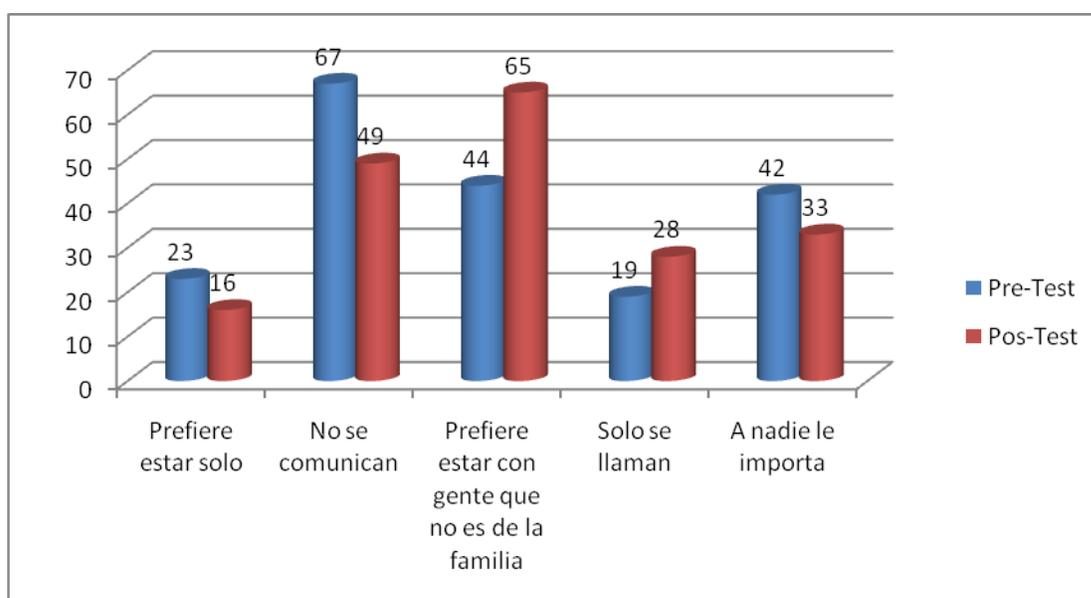
**Figura 11. Relación pre-test y pos-test del contacto entre la familia y su red de apoyo.**



Aumentando sustancialmente el nivel de apoyo y contacto con los padres, otros familiares y no familiares, que en relación con los datos suministrados por la ficha socio demográfica en el parentesco familiar entre el geronte seleccionado y los familiares asistentes, tiene gran concordancia. Pues un 42.85% de asistentes eran hijos, un 14.81% se encontraban entre otros familiares como sobrinos y hermanos, y un 9.3% eran personas no familiares. (Véase Figura 3)

Por otra parte es importante destacar que en los resultados obtenidos en la fase de evaluación en comparación con la fase de diagnóstico en la categoría “*Tiempo de Calidad*”, (véase Tablas 3 y 11 ) se encontró un importante resultado, que contribuye en el fortalecimiento de los lazos afectivos entre el geronte y su familia o red de apoyo.(véase Figura 12)

**Figura 12. Relación resultados pre-test y pos-test del adulto mayor en la categoría *Tiempo de Calidad*, de la prueba RELAF.**



De acuerdo a los resultados evidenciados en la Figura 12, se pueden resaltar diferentes aspectos, en primera instancia la disminución en 7 puntos de porcentaje en la opción "*Prefiere estar solo*", es decir que de 10 adultos mayores que preferían la soledad quedaron 7 que permanecieron con esta condición. De igual forma en la opción "*No se comunican*" también se presentó una disminución del 18%, lo cual quiere decir que la comunicación entre los adultos mayores y su familia o red de apoyo mejoró, reflejada también en la observación que se realizó en el aumento del número de visitas y en el contacto telefónico entre la familia o acudiente y el geronte, corroborando esta información con los datos obtenidos en la opción "solo se llaman" la cual aumento en un 9%.

Lo que quiere decir que gracias a la implementación del programa "Fortalecimiento de lazos afectivos entre el adulto mayor del C.B.A Juan Pablo II y su familia", aplicado durante la pasantía se generó un mayor contacto entre el geronte y su familiar o acudiente, beneficiando así la relación y fortaleciendo el vínculo afectivo, y por ende la salud y bienestar del geronte.

Es importante también tomar en cuenta los resultados obtenidos en la opción "*Prefiere estar con gente que no es de la familia*", presentando un aumento significativo del 21%, lo que en otras circunstancias daría a entender disfuncionalidad familiar, pero en el desarrollo de este programa no es así, puesto que cuando el geronte respondía afirmativamente a la opción antes mencionada, inmediatamente se le preguntaba ¿Con quien prefiere estar? dando varias opciones de respuesta entre las cuales se encuentra el "*Personal de la institución*", opción a la que el geronte le dio un mayor porcentaje (72.3%).

Concluyendo que para el caso de los Adultos mayores residentes que no tienen familia o acudiente o presentan un distanciamiento marcado con su grupo familiar, la opción preferida es el personal que labora en la institución donde residen, que en este caso es el Centro de Bienestar Juan Pablo II.

Cumpliendo por tanto la institución y su integrantes un rol muy importante para los ancianos residentes, pues se convierten en una red de apoyo primordial y para algunos la única posibilidad para tener con quien compartir sus ratos libres, sus alegrías o tristezas en el transcurrir de su vida.

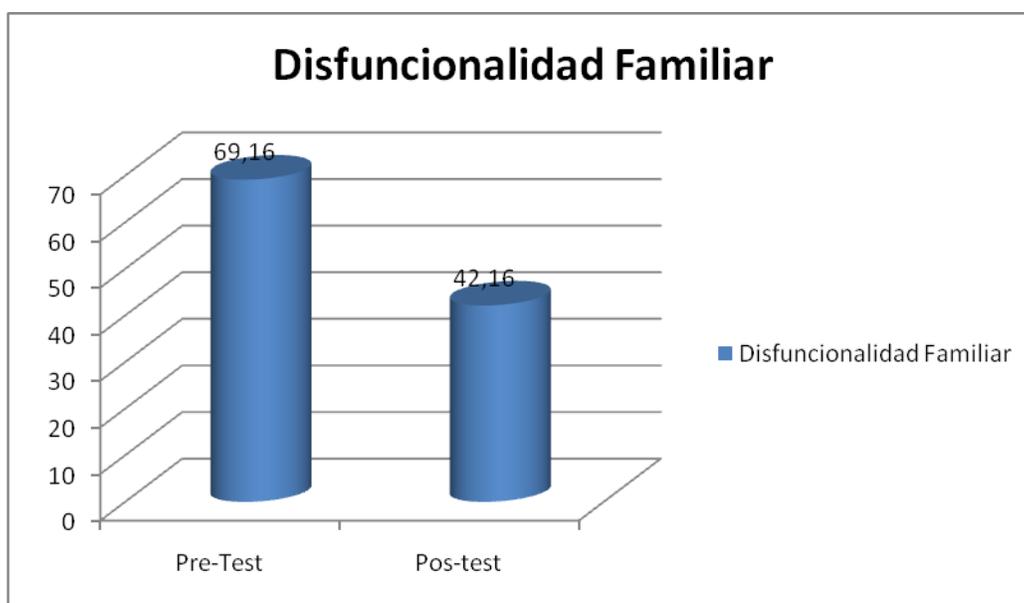
## CONCLUSIONES

Las relaciones interpersonales y el apoyo social constituyen una de los aspectos esenciales en el bienestar subjetivo de los individuos, sin importar en que etapa del ciclo vital se encuentren. Señalando que las redes sociales fortalecidas integran a la persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. (Castillo y Cárdenas, 2007).

Lo mencionado en el párrafo anterior fue lo que a grandes rasgos se logro durante la pasantía por medio del programa “Fortalecimiento de lazos afectivos entre el Adulto Mayor del C.B.A Juan Pablo II y su familia”.

En relación con la disfuncionalidad familiar presente en el geronte se observo un grado de funcionalidad relativamente mejorado en comparación con los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico. Evidente en una diferencia de 27% en la disminución de disfuncionalidad, reflejado en los cambios de comportamiento de los asistentes al programa quienes aumentaron considerablemente en el número de visitas al geronte, de igual forma mejoró en las responsabilidades filiales para con al senescente, sobre todo en el ámbito de salud, asistiéndolo cuando este lo necesita y proporcionando lo que a su familiar le hacía falta . (Véase Figura 8 y 13).

**Figura 13. Relación Pre-Test y Pos-test de la disfuncionalidad familiar del geronte.**

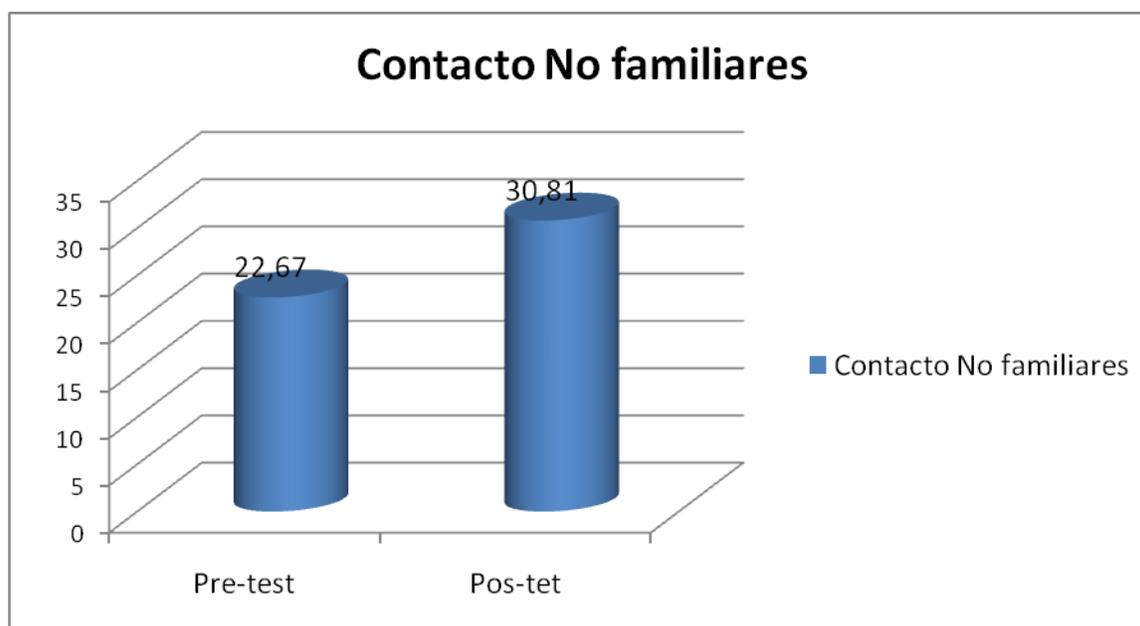


Cabe resaltar que durante este periodo se generó un mayor contacto entre el geronte y su familiar o acudiente, beneficiando así la relación y fortaleciendo el vínculo afectivo entre ellos.

Sin embargo estos beneficios en la funcionalidad familiar y contacto permanente con los miembros de su grupo familiar, no fueron efectivos en todos los adultos mayores seleccionados, todo debido a que el 18.61% no reporta ningún conocido o persona con la cual la institución pueda contar. Es decir que de 43 gerontes seleccionados 8 no presentan acudiente y de los 35 restantes solo el 45.71% se pudo contactar y seleccionar en la implementación del programa (Véase Figuras 2, 3 y 4). Haciéndose necesario trabajar con la red de apoyo más cercana de los senescentes, que en este caso fue la institución y particularmente el personal que labora en ella.

Trabajo que arrojó excelentes resultados pues la población mayor considera que las personas *no familiares* lograron posicionarse con un 30.81%, es decir con un aumento del 8.14% en comparación con la fase de diagnóstico, tomándose como una de las redes más importantes para estos gerontes. Recordando que dentro de esta opción el 73.2% hace referencia al personal que labora en la institución y por ende a la población seleccionada en la aplicación del programa. (Véase Figuras 7, 10 y 14).

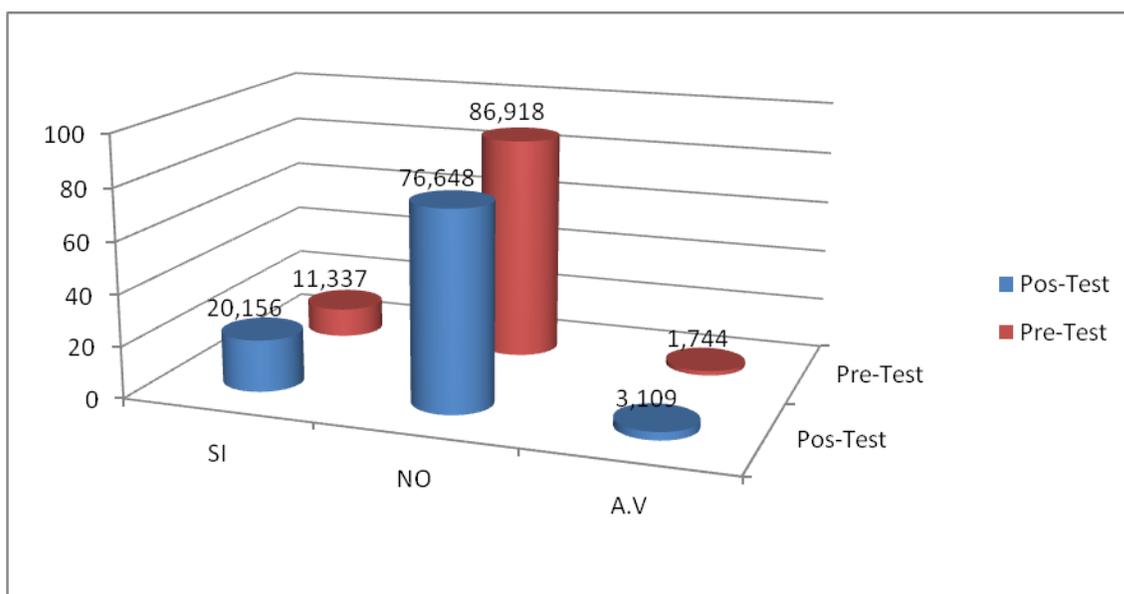
**Figura 14. Relación Pre-test y Pos-test en el contacto entre el adulto mayor y personas no familiares.**



Cumpliendo por tanto el personal que labora en este Centro un rol importante y de gran relevancia para los senescentes institucionalizados, logrando generar un vínculo afectivo fuerte, a tal punto que sean ellos quienes suplen las carencias que la familia no puede, por causas personales y/o particulares. Convirtiéndose

finalmente en una red de apoyo importante y necesaria para el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado

**Figura 14. Correlación resultados Pre-test y Pos-test del contacto y funcionalidad de relaciones familiares entre el adulto mayor y su red de apoyo.**



*Nota. SI: Mantiene contacto afectivo con sus redes de apoyo*

*NO: ningún contacto afectivo presente entre el adulto mayor y sus redes de apoyo.*

*A.V: En algunas ocasiones evidencia contacto entre el adulto mayor y seu redes de apoyo.*

Tomando en cuenta los resultados expuestos en la Figura 14, se puede concluir que la negativa del adulto mayor a contar con alguna persona disminuyó en un 10.27% y que la efectividad e impacto del programa en la población seleccionada alcanzó un 10.184% de alza a nivel general, favoreciendo los objetivos propuestos, es decir que se logró fortalecer los lazos afectivos del

senescente con su red de apoyo más cercana, ya sea la familia y/o con el personal que labora en el Centro de Bienestar Juan Pablo II donde residen los adultos mayores que hacen parte de la población seleccionada.

## RECOMENDACIONES

Buscar y mantener el bienestar y un estilo de vida saludable en pro del mejoramiento de la calidad de vida de todo adulto mayor que pertenece al Centro de Bienestar Juan Pablo II, es el objetivo primordial de esta institución. Lo cual permite establecer algunas recomendaciones que contribuyan en el cumplimiento del objetivo y razón de ser de este Centro.

En primera instancia es de gran relevancia realizar un trabajo de sensibilización con la familia de los posibles gerontes residentes, aclarando la importancia de mantener el contacto familiar entre el anciano y su familia posterior a la institucionalización, postulando esta condición como una norma para mantener el cupo. De igual forma redactarla e incluirla dentro de las normas del Centro, dándolas a conocer el día de ingreso en la reunión en la que se forman las actas aceptando las condiciones y deberes del familiar o acudiente para con el anciano.

Cuando el adulto mayor que ingresa no tiene familia o no cuenta con ellos, es importante reforzar la red de apoyo mas cercana que tienen estas personas, sean los conocidos o amistades; y si en llegado caso no tiene vincularlo a la institución y hacerle sentir el apoyo de la misma para con el. Esto gracias a las expresiones de afecto, buen trato y atención que se le brinda en el transcurrir de su estadía en la institución, así mismo trabajar el autoestima del geronte, fortalecer su amor propio por medio de talleres de reflexión y terapia ocupacional, creándoles una función a cumplir y resaltando su utilidad e importancia en el C.B.A. Juan Pablo II.

Otro aspecto importante a trabajar desde del Departamento de Psicología, es la adecuada selección del personal que ingrese a laboral en la institución, pues de esto depende en gran parte la estabilidad del adulto, considerando que este Centro es una red de apoyo importante para los residentes, y para algunos su único apoyo, considerándola su familia.

Una vez se selecciona el personal adecuado para trabajar con esta población, se debe realizar una adecuada inducción recalcando la importancia del anciano en la institución y el trato que se merecen. También es importante despejar dudas sobre los mitos en la vejez que pueda tenerse y recalcar la importancia de las expresiones de afecto en el bienestar y salud de los abuelos.

Para mantener presente estos aspectos es necesario realizar constantes capacitaciones con el personal, reforzando la importancia del ámbito afectivo y el buen trato en el mantenimiento de la salud del adulto mayor, la adaptación del mismo y la calidad de vida del geronte institucionalizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ Alarcón, R. (2005) Revisión de Temas: Epidemiología del deterioro cognitivo y demencias. Asociación Colombiana de Psiquiatría, (26), 3-19.
  
- ✓ Ariza, G. (2002) Programa de apoyo a grupos de la tercera edad. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.
  
- ✓ Barrull E, González M, Marteles P y Pons C (1998) Que es el Afecto. Disponible en [http:// www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que es el afecto. htm/](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que%20es%20el%20afecto.htm/).
  
- ✓ Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención primaria; 18(6): 289-96.
  
- ✓ Castillo, D Y Cárdenas, S. (2007) Relación entre las determinantes organizacionales y la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, Trabajo de Grado. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
  
- ✓ Cossio, P. (2005) Diseño de implementación de un programa reconstructivo de vínculos afectivos en familia del adulto mayor, Trabajo de Grado. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.

- ✓ Dulcey, R. Y Uribe C. (2002) Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. Revista Latinoamericana de Psicología, 34,17.
  
- ✓ España, A. (2004) Impacto de la Terapia Cognitiva sobre la depresión originada por las pérdidas en la vejez en los adultos mayores institucionalizados, Trabajo de Grado. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
  
- ✓ Estrada L.(1997) El ciclo vital de la familia. México: Editorial Grijalbo, S.A.
  
- ✓ González, J. (2004) Relaciones Interpersonales. México. Editorial El Manual Moderno.
  
- ✓ Hansen B, (2007) Desarrollo en la edad adulta. Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.
  
- ✓ Hernández A. (1998) Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Santa fe de Bogotá: Editorial el Búho.
  
- ✓ Loewy. M.(2004). La vejez en las Américas. Revista de la organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/vejezenlasamericas.pdf>.

- ✓ Minor, L y Kaemppffmam, G (s.f) La problemática del anciano institucionalizado. Disponible en: [http:// www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/la-problematika\\_del\\_anciano\\_institucionalizado.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/la-problematika_del_anciano_institucionalizado.pdf).
  
- ✓ Myers D, (2000). Psicología Social. Santa Fe de Bogotá D.C. Colombia: Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A.
  
- ✓ Orozco, G. (1995) Tú familia la mejor inversión. Medellín- Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
  
- ✓ Orozco, L & Cols. (2004). Prueba Mini-Mental
  
- ✓ Pinazo y Sánchez, (2005) Gerontología Actualización, innovación y propuestas. México. Editorial Prentice Hall.
  
- ✓ Salvarezza L. (1998). La vejez. Una mirada Gerontológica actual. Paidós. Buenos Aires Argentina.
  
- ✓ Santa Cruz X, (2007) Modelos Familiares y Expresión de Sentimientos. Disponible en [http: // www.ecovisiones.cl/informacion/revista](http://www.ecovisiones.cl/informacion/revista)

## ANEXOS 1

## 3. Mini - Mental

Nombre  Terapeuta  Fecha

## CONSIGNA:

"A continuación voy a hacerle algunas preguntas y solicitarle que efectúe algunas tareas. Por favor responda y realice lo planteado"

A. DATOS GENERALES	RESPUESTAS
Nombre del entrevistado:	
Edad: ____ /años	
Escolaridad: ____ (años primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)	

B. ORIENTACIÓN			
¿En qué año estamos?	Año		0 1
¿En qué mes del año estamos?	Mes		0 1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día		0 1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha		0 1
¿Qué hora es?	Hora		0 1
¿En qué departamento estamos?	Departamento		0 1
¿En qué país estamos?	País		0 1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad		0 1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio		0 1
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Barrio		0 1
<b>Subtotal Parte B / 10</b>			

C. RETENCIÓN			
Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa		0 1
	Árbol		0 1
	Perro		0 1
<b>Subtotal Parte C / 3</b>			

D. ATENCIÓN Y CÁLCULO			
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces. (Dé un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta.)	93		0 1
	86		0 1
	79		0 1
	72		0 1
	65		0 1
<b>Subtotal Parte D / 5</b>			

<b>E. EVOCACION</b>			
Pedir que repita las palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa		0   1
	Árbol		0   1
	Perro		0   1
<b>Subtotal Parte E / 3</b>			

<b>F. LENGUAJE</b>			
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Lápiz		0   1
	Reloj		0   1
<b>Puntaje / 2</b>			
Pedir que repita: "Si no bajo entonces usted suba". (Dar un punto si es correcta)	Repetición		0   1
	<b>Puntaje / 1</b>		
Decir: A continuación le voy a dar una orden; escúchea toda y realízela: "Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo". (De un punto por cada paso correcto)	Toma el papel en su mano derecha		0   1
	Lo dobla por la mitad		0   1
	Lo coloca en el suelo		0   1
<b>Puntaje / 3</b>			
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: "Cierre los ojos". (Dar un punto si lo hace correctamente)	Cierra los ojos		0   1
	<b>Puntaje / 1</b>		
Pedir que escriba una frase. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase		0   1
	<b>Puntaje / 1</b>		
<b>Subtotal Parte F / 8</b>			

<b>G. COPIA</b>			
Copiar dos pentágonos cruzados en un ángulo. -Se muestra el dibujo-. (Dar un punto si lo hace exactamente).	Dibuja pentágonos		0   1
<b>Subtotal Parte G / 1</b>			

<b>ADICIÓN DE PUNTOS</b>			
(sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente)	Alteración visual evidente		0   2
(sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años)	Mayor de 65 años		0   1
(sumar 2 punto sujetos mayores de 75 años)	Mayor de 75 años		0   2
<b>Subtotal Adición de puntos</b>			

<b>TOTAL GENERAL / 30</b>	
---------------------------	--

**Observaciones:**

---



---



---



---



---

**ANEXO 2**

 <p><b>UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA BUCARAMANGA</b></p>	<p><b>FISOCAB</b> <b>Ficha Socio Demográfica</b></p>	<p><b>CENTRO DE BIENESTAR JUAN PABLO II DE FLORIDABLANCA</b></p>
--	--	--

**DATOS PERSONALES:**

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

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de nacimiento:

DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_ GENERO: F: \_\_\_\_\_

M: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**

Casad@ \_\_\_\_\_ Solter@ \_\_\_\_\_ Viud@: \_\_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_\_

Divorciad@: \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:**

Primaria: \_\_\_\_\_ Bachiller: \_\_\_\_\_ Universitario: \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_

**RELIGION:** \_\_\_\_\_

**SEGURIDAD SOCIAL:**

ARS:\_\_\_\_\_ EPS:\_\_\_\_\_ SISBEN:\_\_\_\_\_ OTROS:\_\_\_\_\_

¿Cuáles?:\_\_\_\_\_

**INSTITUCION:**

- ¿SU INGRESO A LA INSTITUCION FUE VOLUNTARIO? SI:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_
- ¿ESTA CONFORME CON LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION?: SI\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_
- LA RELACION CON EL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCION ES:  
  
EXCELENTE:\_\_\_\_\_ BUENA:\_\_\_\_\_ REGULAR:\_\_\_\_\_ MALA:\_\_\_\_\_
- ¿CUENTA CON UN ACUDIENTE? SI:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES:**

- ¿SU FAMILIA LO VISITA CON FRECUENCIA? SI:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_
- ¿SU ACUDIENTE ES UN FAMILIAR SUYO? SI:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_

**ANEXO 3****RESULTADOS FISOCAB****ADULTOS MAYORES SELECCIONADOS**

<b>NOMBRE ADULTO MAYOR</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>RESULTADO MINI-MENTAL</b>	<b>ACUDIENTE</b>
1. Albertina Ramírez	<b>90</b>	<b>3° Bachiller</b>	<b>27</b>	<b>si</b>
2. Alonso Jaimes	<b>82</b>	<b>1° primaria</b>	<b>25</b>	<b>Si</b>
3. Amado Hernández	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>Si</b>
4. Ana Josefa Plata	<b>93</b>	<b>11° bachiller</b>	<b>29</b>	<b>Si</b>
5. Angélica Pérez Ortiz	<b>89</b>	<b>2° primaria</b>	<b>20</b>	<b>Si</b>
6. Antonio José Bastos	<b>81</b>	<b>3° primaria</b>	<b>31</b>	<b>Si</b>
7. Argilio Osorio Roa	<b>73</b>	<b>3 primaria</b>	<b>32</b>	<b>No</b>
8. Benito Mantilla Torres	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>Si</b>
9. Cándida Barajas	<b>85</b>	<b>3° primaria</b>	<b>27</b>	<b>Si</b>
10. Carmen Castillo	<b>82</b>	<b>5° primaria</b>	<b>26</b>	<b>Si</b>
11. Clemente Lamus Lamus	<b>78</b>	<b>5 primaria</b>	<b>27</b>	<b>Si</b>
12. Evangelina Lozano Ordoñez	<b>87</b>	<b>1 primaria</b>	<b>24</b>	<b>Si</b>

**RESULTADOS FISOCAB****ADULTOS MAYORES SELECCIONADOS**

13. Florentino Martínez	<b>85</b>	<b>5</b> <b>primaria</b>	<b>27</b>	<b>si</b>
14. Héctor José Laguna Martínez	<b>79</b>	<b>5°</b> <b>Primaria</b>	<b>28</b>	<b>no</b>
15. Héctor Julio Camacho	<b>91</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>no</b>
16. Humberto Acosta	<b>71</b>	<b>5</b> <b>primaria</b>	<b>26</b>	<b>si</b>
17. Jacinto Olivo Santos	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>si</b>
18. José Del Carmen Lozano	<b>75</b>	<b>3°</b> <b>primaria</b>	<b>23</b>	<b>no</b>
19. José Vicente Barrera	<b>86</b>	<b>5</b> <b>primaria</b>	<b>28</b>	<b>si</b>
20. Juan De Dios Sarmiento	<b>83</b>	<b>2</b> <b>primaria</b>	<b>22</b>	<b>Si</b>
21. Julio Contreras	<b>74</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>no</b>
22. Luis Dulcey Rivera	<b>81</b>	<b>5</b> <b>primaria</b>	<b>27</b>	<b>Si</b>
23. Margarita Fuentes De Carrillo	<b>88</b>	<b>3°</b> <b>primaria</b>	<b>27</b>	<b>si</b>
24. María Del Carmen Arguello	<b>76</b>	<b>2</b> <b>primaria</b>	<b>22</b>	<b>Si</b>
25. María Del Carmen Silva	<b>74</b>	<b>3</b> <b>bachiller</b>	<b>28</b>	<b>Si</b>
26. María Del Carmen Rodríguez	<b>86</b>	<b>1</b> <b>primaria</b>	<b>20</b>	<b>si</b>

**RESULTADOS FISOCAB****ADULTOS MAYORES SELECCIONADOS**

27. María Del Carmen Tasco	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>si</b>
28. María Del Rosario Parra	<b>80</b>	<b>3</b> <b>primaria</b>	<b>22</b>	<b>si</b>
29. María Eloísa Ochoa	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>si</b>
30. María Eva Sánchez	<b>71</b>	<b>1</b> <b>primaria</b>	<b>26</b>	<b>Si</b>
31. María Ignacia Niño	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>si</b>
32. María Sinfrosa Jaimes	<b>89</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>Si</b>
33. Martin Romero	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>si</b>
34. Mercedes Ardila	<b>89</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>si</b>
35. Mercedes Torres Caballero	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>No</b>
36. Pedro Álvarez López	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>si</b>
37. Pedro Zabala	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>No</b>
38. Ramón Beltrán	<b>88</b>	<b>5</b> <b>primaria</b>	<b>25</b>	<b>Si</b>
39. Santiago Tarazona	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>No</b>
40. Sofía Acevedo	<b>92</b>	<b>11</b> <b>bachiller</b>	<b>34</b>	<b>Si</b>
41. Teresa De Jesús Ramírez	<b>87</b>	<b>1</b> <b>primaria</b>	<b>27</b>	<b>Si</b>
42. Waldo Basto	<b>85</b>	<b>4</b> <b>primaria</b>	<b>25</b>	<b>si</b>
43. Yuby Fierro	<b>85</b>	<b>4</b> <b>bachiller</b>	<b>26</b>	<b>si</b>



## ANEXO 5

ÁPGAR FAMILIAR  
PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

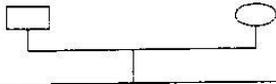
Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Estado civil: C\_\_ S\_\_ UL\_\_ Vdo. \_\_ Spdo. \_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_



**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada uno de las preguntas que están en los cuadros. Luego marque con un círculo o una equis (X) la respuesta que considere que más se acerque a su situación personal o la de su familia.

No	Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1	¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?	0	1	2
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, como grupo familiar?	0	1	2
4	¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia lo ama?	0	1	2
6	¿Resuelve su familia sin demora las dificultades como roces y peleas?	0	1	2
7	¿Siente que la familia disfruta como grupo cuando va de paseo o hace reuniones?	0	1	2
8	¿Cuándo es necesario, la familia apoya económicamente?	0	1	2
<b>Puntaje total</b>				

**ANEXO 6 Y 7**

**ANEXO 8, 9 Y 10**

## **ANEXO 11**

## **ANEXO 12**