



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

**Título del Proyecto:**

**GRUPOS DE APOYO Y DEPRESIÓN DE LOS JUBILADOS DEL INSTITUTO  
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL RIOBAMBA, PERIODO OCTUBRE 2015 –  
MARZO 2016.**

**Autores:**

**ÁNGEL DANIEL ENDARA SÁNCHEZ**

**MARÍA DANIELA RUIZ NARANJO**

**Tutora:**

**DRA. ALEXANDRA PILCO GUADALUPE MSC.**

**RIOBAMBA-ECUADOR**

**2016**

## AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título:

“Grupos de apoyo y depresión de los jubilados del instituto ecuatoriano de seguridad social Riobamba, periodo octubre 2015 – marzo 2016.”

Presentado por: Endara Sánchez Ángel Daniel y Ruiz Naranjo María Daniela y dirigida por: Dra. Alexandra Pilco, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Ramiro Torres  
**Presidenta del Tribunal**



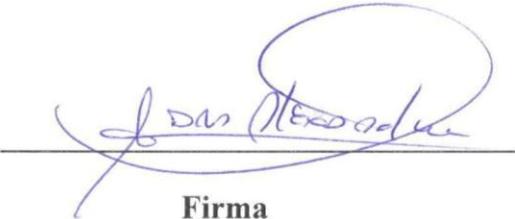
Firma

Dr. Nelson Guato  
**Miembro del Tribunal**



Firma

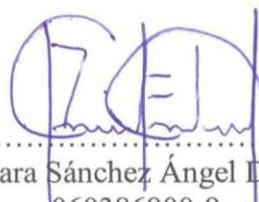
Dra. Alexandra Pilco  
**Miembro del Tribunal**



Firma

## AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Endara Sánchez Ángel Daniel y Ruiz Naranjo María Daniela, dirigida por la Dra. Alexandra Pilco Msc. Y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional del Chimborazo.



.....  
Endara Sánchez Ángel Daniel  
060386900-9



.....  
Ruiz Naranjo María Daniela  
060403615-2

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos agradecer primero a Dios porque a pesar de cada obstáculo que se ha presentado nos ha proporcionado fuerza y sabiduría para poder seguir adelante con nuestro objetivo, es importante también agradecer a nuestra Familia que nos han apoyado día a día , a nuestra razón de ser, nuestro hijo Ángel Daniel, la persona que llena de dicha y alegría nuestras vidas, no vamos a dejar de mencionar a nuestra Tutora de Tesis quien ha estado pendiente y nos ha impulsado para llegar a nuestra meta, gracias por todos sus consejos.

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este triunfo a mis Padres que son las personas que me impulsan día a día a seguir adelante, a mi pequeño hijo que es la razón por la que lucho día a día, a mi Esposa que ha sido mi compañera en todo momento y hemos logrado juntos este objetivo y principalmente a Dios por darme la salud y fuerza para continuar adelante, es importante mencionar a los Docentes que con sus conocimientos han logrado nutrirnos de sabios conocimientos.

***ÁNGEL DANIEL***

Quiero dedicar el presente trabajo a Dios por darme salud y vida para continuar superándome día a día como profesional y persona, dedico a mi Familia ya que son un ejemplo de lucha constante y no me han dejado sola en este camino, quiero especialmente dedicarlo a mis tres Madres, mujeres que con sus consejos y experiencias han podido enriquecer mi mente de valores excepcionales que me han servido para poder desenvolverme en la vida, a mi hijo y esposo que han llenado de amor mi existencia y son mi razón de ser, a mis Docentes quienes han aportado con sus conocimientos a mi formación profesional.

***MARÍA DANIELA***

## ÍNDICE GENERAL

<b>AUTORIZACION DEL TRIBUNAL</b>	<b>II</b>
<b>AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>IV</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>4</b>
1. MARCO DE REFERENCIA	4
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	4
1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.	5
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	8
1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS.	8
1.5 OBJETIVOS:	8
1.5.1 Objetivo General:	8
1.5.2 Objetivos Específicos:	9
1.6 JUSTIFICACIÓN.	9
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>11</b>
2. MARCO TEORICO	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	11
2.1.2 Psicología social.	15
2.1.3 Depresión.	33
2.2 HIPÓTESIS Y VARIABLES	65
2.2.1 Hipótesis	65
2.2.2 Variables	65
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	66

<b>CAPITULO III</b>	<b>68</b>
3. MARCO METODOLOGICO	68
3.1 METODO	68
3.1.1 Diseño de investigación:	68
3.1.2 Tipo de investigación:	69
3.1.3 Nivel de investigación:	69
3.2 POBLACION Y MUESTRA:	69
3.3 PROCEDIMIENTOS	70
3.3.1 Técnicas.	70
3.3.2 Instrumentos.	71
3.4 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	72
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>73</b>
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	73
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>120</b>
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	120
5.1 CONCLUSIONES	120
5.2 RECOMENDACIONES.	122
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>168</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Escala de depresión geriátrica – test de Yesavage	73
Tabla N° 2 Frecuencia de asistencia al grupo	75
Tabla N° 3 Convocado por un profesional	77
Tabla N° 4 Proporciona un ambiente agradable	79
Tabla N° 5 Frecuencia de asistencia al grupo	81
Tabla N° 6 Proporciona asistencia en situaciones conflictivas	83
Tabla N° 7 Satisface su necesidad de apoyo	86
Tabla N° 8 Puede hablar de sus preocupaciones	88
Tabla N° 9 Mantiene buena relación con el grupo.	90
Tabla N° 10 Ha mejorado sus relaciones sociales	92
Tabla N° 11 Las actividades son de su agrado	94
Tabla N° 12 Afronta saludablemente su jubilación	96
Tabla N° 13 Proporciona ayuda en situaciones que no favorecen su bienestar	98
Tabla N° 14 Brinda información sobre conflictos	101
Tabla N° 15 Ha reducido sensaciones de inutilidad	104
Tabla N° 16 Ha mejorado su calidad de vida	107
Tabla N° 17 Escala de depresión geriátrica-test de Yesavage	109
Tabla N° 18 Relación del test de Yesavage	1711
Tabla N° 19 Relación del test de Yesavage para evaluar los grupos de apoyo	113
Tabla N° 20 Relación del test de Yesavage para evaluar los grupos de apoyo	114
Tabla N° 21 Análisis estadístico utilizando el criterio t-students para grupos rel.	116
Tabla N° 22 Relación del Test de Yesavage	118

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 Test de Yesavage	73
GRÁFICO N° 2 Frecuencia de asistencia al grupo	75
GRÁFICO N° 3 Convocado por un profesional	77
GRÁFICO N° 4 Ambiente agradable	79
GRÁFICO N° 5 Identificado con miembros del grupo	81
GRÁFICO N° 6 Asistencia en situaciones conflictivas	83
GRÁFICO N° 7 Satisface su necesidad apoyo	86
GRÁFICO N° 8 Hablar de sus preocupaciones	88
GRÁFICO N° 9 Buena relación con el Grupo	90
GRÁFICO N° 10 Mejoramiento de relaciones sociales	92
GRÁFICO N° 11 Actividades de agrado	94
GRÁFICO N° 12 Afronta saludablemente la jubilación	96
GRÁFICO N° 13 Proporciona ayuda en situaciones que no favorecen su bienestar	98
GRÁFICO N° 14 Brinda información sobre conflictos	101
GRÁFICO N° 15 Ha reducido sensaciones de inutilidad	104
GRÁFICO N° 16 Ha mejorado su calidad de vida	107
GRÁFICO N° 17 Test de Yesavage	110
GRÁFICO N° 18 Relación del test de desavahe con la encuesta para evaluar los grupos de apoyo	112

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Diseño de intervención psicológica	151
--	-----

## RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, en el período Octubre 2015 – Marzo 2016, la población con la que se trabajó para este fin, fue de 80 jubilados asistentes al grupo de apoyo, aplicando los criterios de inclusión determinando de esta manera 40 jubilados que presentan depresión, de los cuales 26 poseen depresión severa y 14 depresión moderada.

El propósito del proyecto es describir la influencia de los grupos de apoyo en la depresión de los jubilados, la investigación se desarrolló utilizando el método científico, siendo los diseños cuantitativos y cuasi experimental, el tipo de investigación fue transversal, de campo y el nivel de la investigación utilizado fue descriptivo.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: Encuesta para valorar la percepción del grupo de apoyo de los integrantes del grupo de jubilados misma que indican que el 91% de integrantes percibe que el grupo de apoyo contribuye de forma positiva en la disminución de síntomas depresivos, ofreciendo a los asistentes: Apoyo, ambiente agradable, asistencia en situaciones conflictivas, mejorando sus relaciones sociales, contribuyendo al afrontamiento de la jubilación, reduciendo sentimientos de inutilidad, pudiendo compartir sus preocupaciones, al tiempo que es convocado y dirigido el grupo por un profesional (trabajadora social), en cuanto se refiere al test de Yesavage el 32.5% de jubilados presentan una depresión severa, mientras que el 17.5% presenta una depresión moderada, posteriormente estos resultados fueron representados en cuadros y gráficos para elaborar las conclusiones y recomendaciones.

Posterior al análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se plantea una propuesta terapéutica con el fin de modificar los niveles de depresión en los jubilados del Grupo de Apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba”. Obteniendo resultados importantes que han permitido disminuir la población deprimida.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, HUMANAS Y**  
**TECNOLOGÍAS**

**THEME:** SUPPORT GROUPS AND DEPRESSION RETIREES OF THE “INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL RIOBAMBA”, TERM OCTOBER 2015 - MARCH 2016

**AUTHOR:** María Daniela Ruiz Naranjo & Angel Daniel Endara Sánchez

**SUMMARY**

The present study was conducted in the Ecuadorian Institute of Social Security, located in Riobamba, term October 2015- March 2016, 80 retired people were considered in this study by the application of inclusive criteria that determined that 40 people suffer form depression. The purpose of the Project is to describe the influence of supporting groups in depressive retired people, the investigation utilized the scientific method, with a quantitative and quasi-experimental design, it was a transversal and a field research with a descriptive level. The techniques and instruments applied for data collection go as follow: A survey to value the perception of the supporting group of the retired people, a survey that indicates that 91% of these people consider that the supporting group contributes in a positive way in the decrease of symptoms that cause depression due to this group offers: Support, a warm environment, assistance with problematic situations to improve their social relationships to face retirement and reduce the feeling of feelings of worthlessness, being able to share their concerns, while summoned and directed the group by a professional (social worker), as regards the test Yesavage 32,5% of retirees have severe depression, while 17,50 % have moderate depression, then these results were presented in tables and graphs to make conclusions and recommendations. After the analysis and interpretation of the results obtained, a therapeutic proposal to change the levels of depression retirees from the supporting group in the Ecuadorian Institute of Social Security, located in Riobamba obtaining important results that have helped reduce the depressed population.

population.

**Dra. Myriam Trujillo Mgs.**

**DELEGADA DEL CENTRO DE IDIOMAS**



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo tiene el objetivo principal de describir cómo influye los grupos de apoyo en síntomas depresivos; cuando una persona es jubilada, las empresas o empleadores no contemplan las consecuencias negativas que se suscitan a partir de una jubilación, uno de tantos efectos es la depresión, porque la persona se enfrenta a un cambio drástico de actividades, y por consiguiente a su estilo de vida, por ello surge la necesidad de crear estrategias que apoyen este cambio, uno de ellos es el grupo de jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, quienes propone actividades para mantener activos a los adultos mayores.

En la actualidad el continuo desarrollo de la sociedad, trae diferentes tipos de ventajas y desventajas para las personas, misma que se ve fuertemente caracterizada por varios factores, entre esos tenemos varios avances como: leyes a favor de las personas, la industria, y en especial el auge y rápida evolución de la tecnología, obliga a las empresas a disponer cada vez más de personal joven, que se encuentre a la vanguardia de los avances de la sociedad, haciendo que cada empresa tome la resolución de jubilar al personal “obsoleto”, o que haya cumplido cierta edad, en Ecuador la edad de jubilación es de 65 años, de esta forma la persona jubilada comienza un nuevo estilo de vida, en donde tiene que enfrentar el vacío que deja el no laborar. (Sirlin, 2007)

Según Sirlin (2007) mencionando a Miller, al referirse a la jubilación la denomina como “teoría de la crisis”, en donde destaca los elementos negativos de la misma, ya que da importancia al trabajo como factor de integración social y reforzador de los sentimientos de integridad personal, así como constituye la principal fuente de ingreso. Las consecuencias socio – psicológicas difieren de la actividad laboral realizada, sin embargo una persona que se encuentre la gran parte de su vida laborando, y llegado un instante en el que ya no puede ejercerlo, sin duda se presentará consecuencias o síntomas por la separación de sus actividades cotidianas, ya que los sentimientos de utilidad e integridad que le proveía el trabajo ya no se los percibiría y se sobrevendría sentimientos de inutilidad, abandono, dando paso a la depresión.

Es importante tener en cuenta cómo la jubilación en países como México, España y Australia se encuentra una elevada presencia de depresión en población jubilada, en Estados Unidos se reporta pérdidas de 43 millones de dólares anuales a causa de la

depresión, siendo las personas más perjudicadas las de la tercera edad, en Latino América se conoce que en Colombia, se halló una depresión del 6% en los jubilados estudiados, en tanto en Perú se observa que un 15 a un 20 % de personas mayores de 65 años sufren o han sufrido un episodio de depresión, en Ecuador, el programa del adulto mayor, que maneja el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ofrece talleres de terapia ocupacional, recreativas y de integración; en cada provincia del país existe un centro de los mencionados donde los jubilados pueden acudir y escoger las actividades a realizar según su situación de salud, sin embargo no existe un estudio que nos permita conocer la influencia de estos centros en la reducción o eliminación de síntomas depresivos, por ello la importancia de la presente investigación. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2010)

Las consecuencias de la depresión en las personas jubiladas son variadas, ya que se pueden presentar problemas o agravar enfermedades como: enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos (Kales, 2002; Sable, Dunn y Zisook, 2002). Al mismo tiempo suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Blazer, 2003), así mismo se presentan propios síntomas de la depresión como: Sentirse triste o “vacío”, sentirse sin esperanza, irritable, ansioso o culpable, pérdida de interés en actividades favoritas, sentirse muy cansado, no poder concentrarse o recordar detalles, no poder dormir o dormir demasiado, comer demasiado o no querer comer del todo, pensamientos de suicidio, intentos de suicidio, dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos, en la vejez estos cambios son comunes, propios del ciclo vital, y pueden acrecentar más con la pérdida de la actividad laboral (Blazer, 2003).

Según Hilda Gambará (1997), citando a Ana Barrón, indica que: “el Apoyo Social influye en la salud de determinadas personas o colectivos”, por ello es importante la inclusión de los adultos mayores en grupos de apoyo, debido a los beneficios que representa asistir a dichos grupos, entre estos se encuentra mejor autoestima y mejores relaciones sociales.

Por ello consideramos propicia la investigación; debido a que en la actualidad la creciente tasa de vida en las personas (90 años de vida aproximadamente), esto evidencia la creciente población de los adultos mayores.

Todas aquellas personas que están en edad de jubilarse o desvincularse de actividades laborales o que sin estar sujetos a una actividad específica, perciben claramente que "no pueden realizar determinadas tareas", lo que motiva a estas personas a integrarse a grupos de apoyo ya sea en entidades públicas o privadas con el fin de dar y recibir ayuda; por lo cual el aporte de la presente investigación, es la elaboración de un plan de intervención psicológica, que permita fortalecer el Grupo de Apoyo de jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

El presente trabajo investigativo consta de cinco (VI) capítulos que se irán desarrollando de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I:** Corresponde al Marco Referencial, en el que se describe el problema, justificación y los objetivos planteados a alcanzar con respecto al tema planteado.

**CAPÍTULO II:** Corresponde al Marco Teórico, el cual contiene la fundamentación teórica, hipótesis, se describe aspectos relevantes como: definición de las variables, características de los grupos, consecuencias y causas de la depresión, la jubilación con relación a la depresión.

**CAPÍTULO III:** Consta del Marco Metodológico.

**CAPÍTULO IV:** Se realiza el Análisis e Interpretación de resultados obtenidos mediante cuadros y representaciones gráficas.

**CAPÍTULO V:** Se presentan las Conclusiones y Recomendaciones a las que se llegó una vez culminado el presente proyecto de investigación.

**CAPITULO VI:** Diseño de intervención Psicológica para el fortalecimiento del Grupo de Apoyo, Talleres Terapéuticos desarrollados.

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La jubilación es un proceso natural que se presenta en todo ser humano e implica un cambio general de actividades, sobre todo en lo laboral, al cual el adulto mayor debe adaptarse, sin embargo si no existe una adecuada planificación para el tiempo que se dispondrá, se podría presentar varias dificultades, debido a que dichas actividades se remplazan generalmente por sedentarismo y aislamiento, ocasionando sensaciones y sentimientos displacenteros a la persona, entre ellas se puede presentar sentimientos de inutilidad, vacío, tristeza, baja autoestima, etc. Por el cese de actividades.

Este evento podría llevar al jubilado a presentar varios problemas de salud, en especial cuando el apoyo familiar es escaso (debido a que los familiares no cuentan con el tiempo suficiente por motivos laborales), desarrollando o agravándose enfermedades físicas e incluso psicológicas, siendo la depresión una de estas patologías que pudiese presentar el adulto mayor.

Las consecuencias en la salud física por la presencia de la depresión en un anciano son devastadoras, así lo mencionan Aguilar y Ávila (2006): “La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, osteoporosis, y a una tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios”.

Este problema representa un gasto mayor para los servicios sanitarios, por la constante demanda de servicios médicos, según Aguilar y Ávila (2006), indican: “En Estados Unidos, la depresión genera un gasto anual de 43 mil millones de dólares”, (Aguilar & Avila, 2007).

Por ello es imperioso que las estrategias implementadas, apunten a minimizar estas patologías, contribuyendo a una mejor calidad de vida de los adultos mayores; una de estas estrategias, son los grupos de apoyo que se han desarrollado paralela a la terapéutica tradicional, contribuyendo al anciano con apoyo, esencia en esta etapa de vida, y proporcionando actividades recreativas que mantiene activo al adulto mayor, con

una constante interacción entre pares, generando en los adultos mayores sentimientos de utilidad, nuevas formas de afrontar dificultades, sociabilidad, mejora de autoestima, en consecuencia mejorando los síntomas depresivos.

## **1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.**

En el continuo cambio de la sociedad, que es altamente consumista, las industrias comerciales tiene exigencias de mayor productividad y eficacia para sus empleados, haciendo imprescindible que los trabajadores se renueven constantemente, para satisfacer la demanda de las sociedades, llevando a las empresas a buscar personas jóvenes para el trabajo, que sean capaces de desenvolverse bajo una constante presión, siendo esta una razón por la que los empleadores jubilan al personas con más edad, considerados incapaces de realizar un trabajo de presión, otra de las razones es básicamente que las personas tiene un límite de edad en cuanto a su vida laboral, por lo que son jubiladas, muchas veces en contra de su voluntad, o simplemente las personas deciden jubilarse porque sienten que ya han cumplido con su vida laboral que han realizado durante varios años.

Sea la razón por la que una persona es jubilada, lo cierto es que esta, se enfrentan a un nuevo estilo de vida, que para algunas personas seria gratificante, debido a que tienen tiempo de realizar actividades que antes no lo hacían por trabajar, otras, en su gran mayoría, se enfrentan aun vida monótona en donde queda el vacío del trabajo, si no es aprovechado el tiempo que ahora tiene la persona, se sobrevienen problemas, uno de ello es la depresión.

De allí nace la necesidad de crear grupos de apoyo, que contribuyan a las personas jubiladas a no sentir el vacío que deja el trabajo, que no sobrevenga los sentimientos de inutilidad y vacío, dando lugar a la depresión; esto permite que las personas se mantengan en constante actividad, supliendo de esta forma al trabajo.

Según Killilea (1976), los grupos de apoyo ofrecen guía, consejo, información sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos; todo esto conlleva a que los Jubilados se sientan en un ambiente confortable para mejorar su calidad de vida y poder proyectar su bienestar a la Familia y la Sociedad.

Las personas que se acogen a la jubilación afrontan diversos factores estresantes que desarrollan múltiples enfermedades en diferentes ámbitos de su vida biopsicosocial, la depresión es una de las enfermedades a las que se enfrenta, es por ello que se han formado grupos, clubes o asociaciones de personas jubiladas con el fin de brindar y recibir ayuda para que puedan mantener un estilo de vida activo.

Las personas jubiladas se han desvinculado de su vida activa, motivo que ha causado una pérdida de interés en seguir adelante, tienen sentimientos de inutilidad, su atención y concentración ha disminuido, mantienen el pensamiento de que son inferiores a los demás y pierden la confianza en sí mismos.

Hay significados que se manifiestan de manera contradictoria y van desde la sensación de libertad, disposición de tiempo y oportunidad de descanso hasta la creencia de que se acabó la vida, entre otros. El retiro, que normalmente es un derecho laboral al comienzo de la vejez, puede contribuir a crear un sentimiento de subvaloración en algunos que puede terminar por desencadenar la depresión.

La revisión teórica de los anteriores aspectos, indica que generalmente la depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, en las personas de más edad, en aquellos que tienen un nivel educativo inferior, y en quienes están viviendo sus primeros años de jubilación. Se da en menor medida en los jubilados que continúan laborando, en los que tienen una percepción buena de su economía, en quienes no sufren enfermedades incapacitantes y en los que no consumen medicamentos que alteran el estado de ánimo. Por último, las adecuadas relaciones familiares y la práctica regulada de ejercicio físico se asocian con una menor sintomatología depresiva en las personas retiradas.

Las personas acogidas a la jubilación han desarrollado características como sensación de tristeza, decaimiento emocional, pérdida de interés por las actividades que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y psicológico.

Existen algunos aspectos asociados con los trastornos depresivos en las personas jubiladas: demográficos (sexo, edad, grado de escolaridad y tiempo de jubilación), económicos (actividad laboral y percepción de la situación económica), de salud (enfermedad incapacitante y consumo de medicamentos), afectivo-familiares (estructura familiar, aceptación familiar y muerte de familiares) y de utilización del tiempo.

Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio. En este contexto podemos decir que este grupo poblacional se está incrementando y adquiriendo mayores necesidades propias de esta edad como el aislamiento, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes muchas patologías, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías, requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepresivo. (Licas, 2015)

La disminución de atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, idea de culpa e inutilidad, trastornos del sueño y pérdida de apetito CIE – 10, son síntomas que pueden estar experimentando personas que se han alejado de su vida laboral para acogerse a la Jubilación, si estos síntomas son detectados y tratados a tiempo los resultados son positivos y con una evolución favorable.

El Cantón Riobamba, ubicada en el centro del país y por ser una de las más comerciales a nivel de productos agrícolas, observamos en las últimas décadas la población adulta ha crecido por diferentes causas: mayor atención médica y social, programas gerontológicos, concientización en el modo de vida etc. En la provincia de Chimborazo se puede constatar a diario el incremento de adultos mayores candidatizándose como jubilados.

Debido a ello en la ciudad de Riobamba se ha creado un grupo con la finalidad de combatir problemas de su salud física, lo que ha provocado descuido en su salud mental, dando así lugar a la depresión, enfermedad o trastorno que en menor proporción se ha tomado en cuenta por parte de los Jubilados, conociendo que si no es tratado a tiempo ni de la forma correcta puede desencadenar impactando su calidad de vida y la de su entorno.

Con este antecedente se ha decidido trabajar con el Grupo de Apoyo de Diabéticos, Hipertensos y Osteoporosis, el mismo que está consolidado y reconocido por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, afortunadamente hemos recibido la aceptación de este Grupo de Apoyo para poder llevar a cabo nuestro proyecto, se ha trabajado con cada integrante jubilado, luego de establecer empatía se pudo evidenciar mediante el dialogo sentimientos de abandono e inutilidad, dejaron de lado actividades que antes realizaban debido al cambio tan brusco que la Jubilación les dejó. Los 40 participantes con los que se trabajó mostraron interés y prestaron la colaboración necesaria para llevar a cabo el proyecto.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cómo influyen los grupos de apoyo en la depresión de los jubilados del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba? ¿Periodo octubre 2015 – marzo 2016?

### **1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS.**

- ¿Los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba perciben al grupo al que asisten como un grupo de apoyo?
- ¿Existe depresión en los jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba?
- ¿Cómo ayudan los Grupos de Apoyo en la superación de la depresión?
- ¿Qué se puede aportar al Grupo de Apoyo de jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba?

### **1.5 OBJETIVOS:**

#### **1.5.1 Objetivo General:**

Describir la influencia de los Grupos de Apoyo en la Depresión de los jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, período Octubre 2015–Marzo 2016.

### **1.5.2 Objetivos Específicos:**

1. Determinar la percepción de los Jubilados sobre la pertenencia a un Grupo de Apoyo.
2. Identificar el nivel de Depresión de los Jubilados del Grupo de Apoyo.
3. Elaborar y Experimentalmente comprobar una propuesta Psicoterapéutica para mejorar la depresión de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

### **1.6 JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo tiene gran importancia porque parte del estudio de la depresión en jubilados, ya que este evento al representar cambios significativos en la rutina de la vida cotidiana puede ser una de las causas de esta tensión, por tanto el trastorno presenta gran influencia en distintas áreas de la persona, generando consecuencias en la salud tales como: inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social, fatiga, insomnio, pérdida de peso, pobre concentración, entre otros.

Los seres humanos cumplen un ciclo vital, y al llegar a la última etapa, la vejez, generalmente estos son desplazados por considerarse inútiles, lo que genera sentimientos de minusvalía, inutilidad; siendo que en esta etapa el apoyo social es muy determinante, porque el adulto mayor atraviesa un período en el cual deja de cumplir varias actividades, al igual que se enfrenta a pérdidas, enfermedades, disminución de fuerza física, deterioro cognitivo, y al no encontrar dicho apoyo, puede convertir al anciano vulnerable a desarrollar depresión.

Al terminar la vida laboral una persona, si no se encuentra preparada para la jubilación, se puede sobrevenir diferentes problemas y enfermedades, uno de ellos es la depresión, es por ello que se han creado grupos de ayuda, con la finalidad de ofrecer actividades para las personas jubiladas, de esta forma se disminuye los síntomas depresivos que se sobreviene por el cese de actividades; Las relaciones socio afectivas tienen un papel muy importante porque proporcionan sentimientos de utilidad, arraigo y seguridad, por tanto una alternativa es acudir a los centros de ayuda, los mismos que se encuentran capacitados para poder ofrecer herramientas que contribuyan a afrontar los diferentes inconvenientes que se les presenta, uno de ellos es la depresión la cual está atacando a las personas que se acogen a la jubilación.

Es importante implementar nuevas estrategias para que su calidad de vida mejore y puedan vivir a plenitud esta etapa, es por ello que esta investigación se propone la elaboración de una intervención psicológica que fortalezca las actividades ejecutadas en el grupo de apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, siendo beneficiarios directos los jubilados.

Se considera al estudio factible, se cuenta con la autorización y colaboración de los jubilados que asisten al grupo de apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, se ha utilizado bibliografía actualizada, con los recursos económicos necesarios, materiales, tiempo requerido, y aceptación del director del Instituto al igual que la coordinadora de los grupos del lugar en donde se realizó el estudio, ofreciendo una apertura para la ejecución del proyecto.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en las cuales se encontró relación entre las variables de jubilados y depresión, en donde se hace hincapié en la prevalencia de la depresión en diferentes situaciones demográficas (edad, sexo, nivel de estudio, economía, situaciones familiares), sin tomar en cuenta de forma directa, la influencia (que puede ser positiva o negativa) que ejercen los grupos de apoyo frente a problemas o enfermedades que surgen a partir de la jubilación, entre estos síntomas depresivos, es así como tenemos diferentes estudios que se vinculan al presente proyecto investigativo, sin embargo no existen investigaciones que se relacione de forma directa a la presente propuesta.

Así se presentan las siguientes investigaciones:

Hidalgo (2002), menciona que: La jubilación viene a representar una crisis muy severa, sobre todo para aquellas personas que no han elaborado proyectos de vida y contactos sociales fuera del trabajo, lo que hace que el ajuste a la jubilación les sea más dificultoso. Las pérdidas como elemento inherente a la jubilación son definidas como todo acontecimiento significativo para un ser humano en el que se rompe o deteriora un eslabón, lazo o nexo, bien sea afectivo emocional, social o simbólico, biológico o de cualquier otra naturaleza que sea de importancia para el individuo.

Es fundamental, comprender las implicaciones que tienen para la persona las pérdidas, contemplar el concepto sobre el grado de apego que tenía la persona ante el objeto, sujeto o hecho que le causó el sentimiento de pérdida. Ese apego viene determinado por la necesidad que tiene de seguridad y protección. Por esa razón al romperse el eslabón, la persona se ve amenazada al punto de desatar estados de ansiedad que pueden tener diversas manifestaciones: llanto, enojo y hasta la muerte. En el caso de que el pesar sea muy intenso y prolongado los efectos para la salud serán muy dañinos. De ahí la importancia de que los duelos se puedan resolver satisfactoriamente, que el individuo

experimente un sentido pleno de abandono, y esto solo es posible cuando se da la ruptura del eslabón con la persona o la situación ausente (Hidalgo, 2002).

**“Factores Psicológicos y Salud Asociados con un Nuevo Perfil de Jubilados”**, estudio realizado en España, pretende crear un nuevo perfil de jubilados: “el objetivo principal de esta investigación ha sido analizar el grado de interacción que pudieran tener determinadas variables sociales, psicológicas y de salud en la tipología de un posible nuevo perfil del jubilado. Participaron en este estudio un total de 161 jubilados (mayores de 55 años) sin deterioro cognitivo. Un modelo de ecuaciones estructurales muestra que algunas variables de tipo social, psicológicas y de salud (por ejemplo, niveles bajos de ansiedad y depresión, buenas relaciones sociales, actividad física, buena salud y recursos económicos) participan de esa interacción con lo que podríamos denominar un nuevo perfil del jubilado, de especial interés en el ámbito de las organizaciones”, (Lizaso, Sanchez, & Reizabal, 2008).

Este estudio nos presenta que, dentro del nuevo perfil de jubilados, se contempla todavía la depresión, aunque sea en niveles bajos, es preciso fortalecer los grupos de ayuda para eliminar la sintomatología depresiva.

De igual manera en México, se realizó un estudio denominado: **“La Depresión: Particularidades Clínicas y Consecuencias en el Adulto Mayor”**, el cual indica que, la prevalencia es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada, pero puede ser del 10 al 27% de los adultos mayores en la comunidad, por lo que en este artículo se revisan las características clínicas sobresalientes y las consecuencias de la depresión en el adulto mayor, con la finalidad de tener una mejor comprensión de este problema que permitirá un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno . En el mismo estudio nos reportan los siguientes datos: En Estados Unidos, la depresión genera un gasto anual de 43 mil millones de dólares y los ancianos deprimidos parecen tener una mayor susceptibilidad para las enfermedades crónicas y el deterioro funcional, en Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%,8 aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%, (Aguilar & Avila, 2007) .

En Latinoamérica los estudios relacionados con jubilación y depresión, es muy amplia, mencionaremos lo más relevantes, así tenemos investigaciones realizadas en Colombia:

**“Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005”**, Se realizó esta investigación descriptiva transversal con 100 personas jubiladas seleccionadas por conveniencia de los diferentes grupos de actividad física y asociaciones de jubilados de la Universidad de Antioquia, con el fin de determinar la frecuencia de depresión y los aspectos relacionados con esta, se halló una depresión del 6% en los jubilados estudiados, las más altas se encontraron en el sexo femenino, en los jubilados más jóvenes y con menos tiempo de jubilación, en las personas que no desempeñan actividades laborales posteriores a la jubilación, en quienes percibieron su situación económica entre regular y mala, en los que no presentaron aceptación familiar y entre los retirados que no practican ejercicio físico y no participan de actividades recreativas, académicas o culturales. Se encontró asociación estadísticamente significativa principalmente entre la presencia de depresión y la percepción económica, (Patiño & Alonso, 2006).

En Guatemala se realizó la investigación denominada: **“La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al centro de atención médica integral para pensionados (C.AM.I.P.)”**, la investigación se realizó con el propósito de identificar los diferentes factores que afectan el estado ego social en la persona de tercera edad, determinando por medio de un instrumento psicométrico el padecimiento de ansiedad o depresión. Otros específicos como determinar si la jubilación en personas de tercera edad es un desencadenante de la crisis de depresión y ansiedad e identificar las causas que genera las crisis en las personas jubiladas de la tercera edad, Los resultados obtenidos en la investigación realizada detectaron que las personas participantes podrían a la vez tener síntomas de ansiedad o depresión, asociadas al proceso mismo del retiro laboral. Algo que se ha reconocido de nuevo es la prevalencia de la depresión entre los ancianos, (García & Argentina, 2009).

En Ecuador investigaciones concernientes con jubilados y depresión, se han realizado en Cuenca, misma que se denominada: **“Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en los Adultos Mayores del Instituto de Promoción Para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014”**, la prevalencia de depresión fue del 33.33%, más frecuente entre los 70-79 años (depresión leve 13.70%, moderada 1.70%), las mujeres fueron más afectadas 28.2%. El estado civil, soltero, viudo y divorciado fue 23.1% al igual que con el nivel de

instrucción secundaria y superior. Predominó la depresión leve 30.77%, seguida por la moderada 2.56%; no se observaron casos de depresión severa, llevando a la conclusión de que la prevalencia de depresión es alta y está asociada a la condición de si el adulto mayor tiene o no alguna ocupación, (Siguenza & Romulo , 2015).

Se ha realizado una investigación bibliográfica y se ha encontrado que en la ciudad de Riobamba se ha llevado a cabo un estudio titulado “**Deterioro de Funciones Cognitivas y Depresión en el Adulto Mayor del Centro de Cuidado Diario San Sebastián y del Hogar de Ancianos y Aislamiento de Riobamba período Abril-Junio 2011**”, que hace mención de la jubilación y depresión, sin embargo no en las dimensiones que proponemos en la presente investigación.

**Depresión en la tercera edad** La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida.

Es importante añadir que el anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental. El diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte, por tanto, en una cuestión de extraordinaria importancia. (Salvareza, 1998)

La depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos debido a que los médicos atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas o a que los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento. Los síntomas de la depresión con frecuencia se traslapan con los cambios normales asociados con el envejecimiento, como pensamientos pulso o deseo sexual y en el patrón del sueño, y reducción de la energía. Puesto que la depresión acompaña algunas condiciones médicas como la enfermedad de Parkinson, apoplejía, trastornos tiroideos y ciertas deficiencias vitamínicas, identificar los síntomas puede ser una labor muy difícil (Papalia, 2009). En referencia a lo planteado por Erikson, en la última etapa, llamada integridad del yo frente a la desesperación, afirma que mientras el individuo envejece y se jubila, tiende a disminuir su productividad, y explora la vida como personas jubiladas. Durante este periodo contempla sus logros y puede desarrollar integridad si considera que ha llevado una vida acertada. Si se ve la vida como improductiva, el adulto mayor se sentirá culpable por sus acciones pasadas, o si estima

que no logró sus metas en la vida, se sentirá descontenta con esta, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a la depresión. (Papalia, 2009)

### **2.1.2 Psicología social.**

Es importante que tengamos en cuenta a la psicología social, ya que esta rama permite conocer los procesos de interacción entre personas o grupos, y de estos se desprenden formas de interpretar o generar pensamientos, conductas frente a diferentes situaciones; tal como lo menciona el Dr. Philip G. Zimbardo: “Los psicólogos sociales exploran el comportamiento en su contexto social, los patrones de relaciones interpersonales y dinámicas de grupos. Al investigar cómo interactúan personas y situaciones para generar pensamientos significativos, sentimientos y acciones, los psicólogos sociales contribuyen a tejer el más rico de los tapices de la naturaleza humana”, (Baron & Byrne, 2006); la presente investigación se enfoca en la influencia de los grupos de ayuda y los niveles de depresión que estos pudieran presentar, teniendo en cuenta que una persona al sentirse aceptado y parte de un grupo, genera sentimientos de utilidad, autoestima, pertenencia, seguridad, y al contrario, cuando una persona es jubilada suele aislarse, presentando síntomas de depresión por el mismo hecho de la jubilación, por el cambio de actividades drástico que supone la jubilación, estos síntomas depresivos pueden acrecentarse cuando la persona no ha planificado su retiro, si la jubilación es forzada, o si en su ambiente familiar no tiene apoyo, por ello la importancia de la psicología social, en un contexto de relaciones interpersonales, que puede ofrecer a la persona bienestar, en especial cuando el grupo comparte el mismo problema o situación.

Para ello, debemos tener en cuenta una definición de psicología social: los psicólogos sociales se centran principalmente en la siguiente tarea: entender cómo y por qué los individuos se comportan, piensan y sienten en situaciones sociales que involucran a otras personas (reales o imaginarias). En respuesta a este hecho, definimos la psicología social como la disciplina científica que busca entender la naturaleza y las causas del comportamiento y del pensamiento individual en situaciones sociales, (Baron & Byrne, 2006).

Las sociedades difieren en gran medida en sus visiones acerca de varios temas (por ejemplo: cortejo, el matrimonio, e incluso de las personas que se enamoran), estos mismos argumentos se aplican para prácticamente todos los demás aspectos del

comportamiento social: las acciones son llevadas a cabo por, y los pensamientos ocurren en la mente de los individuos. Debido a este hecho básico, en psicología social el foco está directamente en los individuos. Por supuesto, los psicólogos sociales se dan cuenta de que no existimos aislados de las influencias sociales y culturales (nada más lejos de ello). Pero el mayor interés de la disciplina reposa en el entendimiento de los factores que modelan acciones y pensamientos de individuos humanos en escenarios sociales.

Los psicólogos sociales están interesados en primer lugar por los muchos factores y condiciones que conforman el comportamiento y el pensamiento de los individuos—acciones, sentimientos, creencias, recuerdos e inferencias—en relación con otras personas. Obviamente, un gran número de variables desempeña su papel en este aspecto, (Baron & Byrne, 2006).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, podemos suponer la influencia que tiene los grupos o demás personas, sobre actos, comportamientos, pensamientos, emociones (no de forma directa y decisiva, sin embargo, ejercen influencia), estos mismos datos es preciso tener en cuenta en un proceso de jubilación, ya que el apoyo de las demás personas es necesario, para una adecuada adaptación del adulto mayor.

Al respecto citamos a Sara Aguilar y José Ávila, quienes mencionan en su estudio, “La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor”, lo siguiente: La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo, como se muestra en el estudio comunitario de Chi et al. Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor (como el decidir dejar de conducir), (Aguilar & Avila, 2007), de allí la necesidad de crear grupos de apoyo, no sólo para las personas jubiladas, tenemos claros ejemplos de Alcohólicos Anónimos, que han servido de soporte para las personas, mejorando los síntomas que pudiera presentar.

### **2.1.2.1 Conducta Prosocial: Ayudar a Otros.**

Para explicar la conducta prosocial existe cuatro teorías, sin embargo la presente investigación se centrará en teoría de nominada: “Empatía-Altruismo: ayudar a quien lo necesita hace sentirse bien”, debido a que en los grupos de apoyo básicamente se pretenden brindar asistencia ante situaciones conflictivas o amenazantes, siendo estas organizaciones creadas con el fin de ayudar a la personas, sin fines de lucro; proporcionando a la persona un ambiente agradable, sentirse identificado, cómodo, en donde pueda exponer sus problemas, dando como resultado la resolución de conflictos. En este caso la reducción de síntomas depresivos que ocasiona el cese de las labores.

La hipótesis de la empatía-altruismo: proposición de que la conducta prosocial está motivada solamente por el deseo de ayudar a alguien que lo necesita.

Quizás la explicación menos egoísta de la conducta prosocial es la que plantea que las personas empáticas ayudan a los demás porque «sienta bien hacer el bien». Batson y sus colegas (1981) propusieron bajo esta premisa la hipótesis de la empatía-altruismo. Ellos sugieren que al menos algunos actos prosociales están motivados solamente por el deseo desinteresado de ayudar a alguien que lo necesita. Esta motivación a ayudar puede ser lo suficientemente fuerte como para que el individuo que proporciona la ayuda esté dispuesto a tomar parte en una actividad desagradable, peligrosa y que incluso ponga en riesgo su vida. Los sentimientos de compasión pueden ser lo suficientemente fuertes como para que pesen más que todas las demás consideraciones. El poderoso sentimiento de empatía le da evidencia validada al individuo de que debe valorar de verdad el bienestar de la otra persona, (Baron & Byrne, 2006).

### **2.1.2.2 Apoyo Social.**

El apoyo social es crucial para el desenvolvimiento adecuado de una persona, en especial cuando se encuentra atravesando una crisis, por ejemplo una enfermedad catastrófica (cáncer), un duelo, o un cambio drástico de actividades, como sucede en la jubilación.

Puesto que el apoyo social es indispensable en el afrontamiento de problemas o enfermedades mencionaremos a Ana Barrón, quien indica lo siguiente: “El debilitamiento y el deterioro de los lazos sociales por la constante e inexorable transformación /desarrollo/modernización de nuestras sociedades conlleva una serie de

problemas que afectan de forma notoria a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas que integran dichas sociedades. En concreto, trata de llevar a cabo una aproximación al fenómeno del Apoyo Social desde una perspectiva psicosocial y comunitaria. La pretensión básica de esta autora se centra en estudiar cómo el Apoyo Social (es decir, todos aquellos apoyos o provisiones, instrumentales y/o expresivos, reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales y amistades íntimas) influye en la salud de determinadas personas o colectivos. Para ello es necesario analizar en detalle las estrategias encaminadas a crear, movilizar, reforzar u optimizar las redes sociales en las que están insertos tales sujetos. El estudio de lo que ya se ha generalizado bajo la rúbrica de “Apoyo Social”, podemos decir que está de moda. Por lo menos, no cabe duda de que está en auge.

Tras una aproximación crítica al concepto/constructo, nos propone una acertada definición del Apoyo Social interactiva, pluridimensional, multireferencial e integradora (ya que son varios los aspectos, niveles de análisis, funciones y categorías que incluyen e interactúan entre sí). En este sentido, se observa la necesidad de huir de conceptos y/o enfoques reduccionistas, por ejemplo, los que tratan el Apoyo Social como característica individual o como elemento ambiental estático. El Apoyo Social debe entenderse como fenómeno que tiene que ver con recursos, conductas y evaluaciones (propias y ajenas). Todos estos aspectos deben conformar el constructo del Apoyo Social, ya que todos ellos van a participar, determinar e incidir en la salud y el bienestar. No obstante, a pesar de los esfuerzos analíticos e investigadores, nos vemos obligados a criticar la falta de evidencia empírica que sigue caracterizando este campo de investigación (como otros tantos, todo hay que decirlo), así como la necesidad de unificar criterios a la hora de definir el constructor y de diseñar las investigaciones.

Analizando los modelos teóricos y los avances investigadores logrados en este ámbito, se aprecia la aparición de efectos diversos del Apoyo Social según varía el diseño del propio proceso investigador. En ese sentido, dejan mucho que desear los tipos, formas e indicadores que se están utilizando para medir, evaluar y operacionalizar las redes sociales que tienen que ver con el Apoyo Social y sus distintos aspectos. Tal diversidad y heterogeneidad instrumental y metodológica dificulta e imposibilita la comparación de los resultados. Ni que decir tiene, como advierte la propia autora, el solapamiento conceptual y operacional entre fenómenos como el estrés, por no citar otros conceptos afines dentro del ámbito de la salud mental.

Lo que tratan en definitiva los estudios del Apoyo Social es analizar los efectos sobre la salud y el bienestar de distintos tipos de relaciones psicosociales que se producen entre los sujetos de un contexto determinado, centrándose especialmente en aquellos colectivos de riesgo. Lo cierto es que, como se deduce de este trabajo, los factores psicosociales son esenciales para la etiología, tratamiento y prevención de los problemas psicofísicos”, (Gambara , 1996).

El Apoyo Social, es importante para las relaciones interpersonales adecuadas, que ofrece a las personas bienestar y salud, por ellos los grupos de apoyo son tan importantes para los jubilados que después de una vida laboriosa, encuentran actividades de recreación que les permita continuar sintiéndose útiles, de esta forma se puede disminuir los síntomas de tristeza propios de esa edad y que se acrecientan con el cese de actividades.

### **2.1.2.3 Redes Sociales de Apoyo del Adulto Mayor**

Es bien conocido que, ante la escasez y baja calidad de los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral, un importante segmento de la población envejecida, que, por supuesto no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana. Se puede decir que las redes sociales: Apoyan al adulto mayor satisfaciendo aquellas necesidades que no son cubiertas por el sistema formal.

Los tipos de apoyo social que puede recibir un adulto mayor son:

**Materiales:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

**Instrumentales:** Cuidado, transporte, labores del hogar.

**Emocionales:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

**Cognitivos:** Intercambio de experiencias, información, consejos.

Las redes sociales de apoyo se clasifican en tres (Funbam, 2005).

- **Redes Primarias** la conforman la familia, los amigos y los vecinos,
- **Redes Secundarias o extrafamiliares**, son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos

mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.

- **Redes Institucionales o formales**, integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal).

#### **2.1.2.4 Red Comunitaria/ Secundaria de Apoyo del Adulto Mayor.**

El apoyo hacia las demás personas es fundamental ya que le proporciona un sentido de pertenencia quien la recibe, es así que el apoyo al adulto mayor en una nueva etapa de su vida es crucial ya que le permitirá adoptarse de mejor manera a la nueva situación, en caso contrario se podría convertirse en un problema de salud.

Así lo indica la Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor (FUNBAM), quienes hacen énfasis en la importancia del apoyo secundario: Cuando en los hogares de origen y adscripción las personas de edad no disponen de ayudas o apoyos en la cantidad y con la calidad requerida para satisfacer sus necesidades básicas, tienden a buscarla en un grupo local, en organizaciones altruistas, instituciones de beneficencia o bien con organizaciones civiles que desarrollan algún programa o proyecto asistencial y/o promocional en la comunidad, con la expectativa de obtener algún apoyo (material, instrumental, emocional, cognitivo).

En los últimos años, han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras cosas, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren intercambian diferentes apoyos a las personas mayores, (Funbam, 2005).

¿Cuáles son las funciones de esta red secundaria?

**1. Compañía social.** - Se refiere a las relaciones de dos o más personas para llevar a cabo actividades cotidianas o solamente para realizar una actividad específica. Las relaciones que se establecen pueden ser entre compañeros de un mismo grupo, compañeros ocasionales, con los promotores de un programa, entre otros.

**2. Apoyo emocional.** - Se da en una relación de amistad y/o confianza, hay comprensión, empatía por el otro, se sabe que se puede contar generalmente con el otro en cualquier circunstancia.

**3. Cognitiva y de consejos.** - Educador, coordinador, amigo, maestro, vecino reconocido, con los que se platica compartiendo información personal o de la comunidad, y cuyas opiniones son valoradas significativamente por los adultos mayores.

**4. Regulación social.** - Se entiende como el conjunto de normas o disposiciones, escritas u orales, aceptadas por el conjunto de participantes, mediante las cuales se fijan límites y establecen sanciones o recompensas.

**5. Ayuda material y de servicios.** - Que reciben de especialistas, que otorgan un servicio muy concreto y particular. Se refiere también a la ayuda en bienes e instrumentos específicos que necesite la persona o grupo.

**6. Acceso a nuevos contactos.** - Vínculos que ayudan a establecer relaciones con nuevas personas y redes.

Los grupos de adultos mayores pertenecen a esta red ya que son grupos informales compuestos principalmente por personas adultas mayores. Estos grupos han sido formados, en unos casos, por iniciativa de diversos mediadores institucionales y civiles, como los clubes de la tercera edad creados por hospitales, centros de ocupación y las Jefaturas delegacionales; por religiosos, como los grupos parroquiales; por partidos políticos; por iniciativa de los movimientos de jubilados y pensionados, pero también su conformación se vincula a iniciativas desplegadas por hombres y mujeres ancianas preocupadas por realizar diversas actividades en beneficio de ellas mismas., mejorar su autoestima, establecer nuevas amistades, prestar algún servicio a la comunidad, entre otros fines, (Funbam, 2005).

En los grupos creados por iniciativa del personal de algún programa gubernamental e incluso por los mismos sujetos mayores, éstos perciben y obtienen diversos beneficios, como los enunciados a continuación:

- Se recrea un sentido de pertenencia y una noción de colectividad.

- Propiciado por las actividades al interior del grupo pero también al realizar labores para la comunidad (visita a enfermos, divulgación de sus derechos, fomento de una imagen positiva de los mayores, vigilancia, cuidado del ambiente natural, por mencionar solo algunas actividades en este sentido).
- Para las mujeres es una liberación de sus roles de género, se alejan de sus problemas familiares, comienzan a cuidarse a sí mismas, experimentan el entretenimiento y la diversión. Establecen nuevos vínculos de amistad y los conservan.
- Las personas reciben apoyo, pero también lo dan, fortaleciendo su autoestima.
- A los hombres les puede resultar conveniente para iniciar nuevas relaciones: amigos, socios, novia, esposa.
- Hombres y mujeres, pueden convertirse en maestros de sus propios compañeros, al generar mayor confianza entre ellos, (Funbam, 2005).

En el caso de Ecuador, particularmente nos centramos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), quienes frente a una problemática (poco estudiada en el país, como es la depresión en la tercera edad, que trae varios problemas de salud y por ende una demanda alta de servicios sanitarios), se han propuesto la elaboración de un grupo de ayuda de jubilados, quienes no solamente reciben actividades en que ocupar su tiempo libre (que minimiza los problemas de salud del adulto mayor al mantenerlo activo), sino también orientación de forma general acerca de su salud, sociedad y familia.

Por ello la importancia del fortalecimiento de este tipo de grupos, ya que proporcionan al servicio de salud nacional una reducción de padecimientos en el adulto mayor, otorgando actividades a los jubilados que lo mantienen activo, contribuyendo en su salud física y mental.

#### **2.1.2.5 Tipos de Grupos.**

El concepto de salud en la actualidad implica tanto lo preventivo como lo curativo, aplicándose cada vez más el grupo a la prevención. Se utilizan técnicas grupales para la incidencia sobre hábitos de riesgo mediante cambio de actitudes, modificación del comportamiento ante la enfermedad, etc. Así, actuaciones grupales sobre el

alcoholismo, drogas, tabaquismo cumplen también una función preventiva de disfunciones orgánicas importantes, como puedan ser enfermedad crónica, úlceras, alteraciones neurológicas, cáncer, y su incidencia social traducida en absentismo laboral, violencia familiar, delincuencia, etc.

Las intervenciones grupales cumplen una importante función de adaptación psicosocial para personas que por cuestiones de salud sufren cambios vitales (mastectomías, laringeotomías, cardiopatías, síndromes neurológicos). En ellos, la problemática es compartida, los procesos de influencia social se potencian al máximo y la influencia interpersonal proporciona ayuda mutua y modelos positivos de comportamiento.

Desde esta perspectiva la utilización del grupo como instrumento de cambio, socialización, apoyo, acogida se presenta como útil tanto en contextos sociales como de carácter sanitario u hospitalario.

María Palacín (2003), citando a Huici, y Rodríguez Marín, menciona que: “Así, las posibilidades de intervención en el bienestar psicosocial serán facilitadas a la vez por la colectividad y los individuos que la componen”, (Palacín, 2003).

De igual manera María Palacín (2003), mencionando a Rodríguez y García: La importancia del papel que desempeñan los grupos, como sistemas sociales, en las conductas de salud y enfermedad les convierten en instrumentos fundamentales para la promoción, la prevención, el tratamiento, la recuperación y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial, así como en los procesos de interacción e integración de los usuarios en los programas y unidades asistenciales de las organizaciones psicosanitarias.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, mencionaremos los tipos de grupos existentes:

**Los Grupos de Acogida:** Mtez-Taboada y Palacín, (1997), hacen mención de este tipo de grupo y refieren: “Son un tipo específico de grupo, que varía en el número de miembros, puede oscilar entre dos personas hasta ocho. El tamaño no es fundamental pero si la función que cumple, el objetivo básico de este tipo de grupos es promover la contención y acogida puntual en un momento de máxima crisis de los participantes que llegan al mismo. Ante una situación de diagnóstico fatal, o anuncio de una intervención quirúrgica, se hace necesario amortiguar dicho impacto mediante una estrategia psicosocial, el grupo de acogida permita contener, y acoger a las personas en dicha

situación. La ansiedad, el miedo son mayoritarios en esta situación por lo que las funciones básicas son escuchar, guiar y contener”.

**Los Grupos de Resocialización**, Mtez-Taboada y Palacín (1997), indican lo siguiente: “Implican el aprendizaje de un nuevo estilo de vida, y para ello ofrecen en primer lugar un espacio donde llevar a cabo este aprendizaje (centros de rehabilitación, etc.) y estrategias cognitivas y conductuales de readaptación, y en segundo lugar la experiencia de otros miembros que han pasado por circunstancias similares. El aprendizaje experiencial de estrategias cognitivas y conductuales permitan a sus miembros la mejor adaptación a la nueva situación de vida y, además todo ello favorecido por el conocimiento de la experiencia de otros miembros que han pasado por circunstancias similares, lo que facilita a los nuevos integrantes la elaboración de un marco de referencia para la reconstrucción social de su nueva realidad”.

**Los Grupos Psicoeducativos:** Este tipo de grupos se utilizan en contextos socio-sanitarios básicamente, conducidos por uno/ dos profesionales, la finalidad es enseñar sobre los hábitos saludables para determinadas patologías crónicas. La duración de los mismos oscila en función de contenidos, patología, número de miembros, si se trata de debut o veteranía en la misma. Son grupos que contienen objetivos didácticos y promueven el cambio de actitudes hacia la salud.

**Los Grupos de Apoyo**, Palacín, citando a Barrón (1996), indica lo siguiente: “generalmente son convocados por un profesional, para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante. Suelen estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes.

**Los Grupos de Ayuda Mutua o Autoayuda**, Mtez-Taboada y Palacín (1997), en cuanto a este tipo de grupos refiere: “Se resumiría la diferencia con los anteriores en que funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Atienden tanto a

personas con problemas como a sus personas relacionadas directamente con los problemas, y que a raíz de un grupo pequeño suelen derivar en asociaciones que ofrecen además de soporte emocional información y la posibilidad de compartir un fuerte sentimiento de utilidad social a todos los niveles, muchas de estas asociaciones consiguen con su tesón importantes implicaciones institucionales.

Barrón (1996) considera que los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua pueden ser contemplados como fases en el desarrollo de los grupos basados en el apoyo social, (Palacín, 2003).

### **2.1.2.6 Grupos de Apoyo.**

Una de las estrategias en las que se basa el apoyo social para incrementar el bienestar y salud de las personas es precisamente los grupos de apoyo.

Palacín citando a Ana Barrón, indica lo siguiente:

Los grupos de apoyo son convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante. Suele estar compuesto por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes.

Barrón (1993), indica que Socio-afectivamente, estos grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico y permiten al individuo hacer una mejor valoración de su propia situación gracias a lo que le ofrecen: recursos de afrontamiento y de paliar emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumento de la autoestima y del estado de ánimo positivo, y permiten una oportunidad de interacción social regularizada y de recibir feedback de los demás miembros, lo que será útil para identificar síntomas y actuar con rapidez ante cualquier desajuste, (Palacín, 2003). Existe una amplia información acerca de grupos de apoyo es así que la universidad de Cantabria-España, realiza una recopilación del tema y nos ofrece varios conceptos, que presentamos a continuación:

Así tenemos el concepto de Killilea (1976), entiende por sistemas de apoyo “Los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones mediante los siguientes mecanismos:

- Fomentar el mensaje emocional de los mismos,
- Ofrecer guía, consejo, información sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos y
- Ofrecer feedback sobre la conducta individual que valide autoconceptos y mejore la actuación basada en una adecuada autoevaluación”, (Killilea, 1976).

Una de las definiciones de grupos de apoyo más conocidas es la de Katz y Bender (1976), quizá porque pretende ser exhaustiva, al recoger las principales características de estos grupos. Para estos autores, los grupos de apoyo son concebidos como “Grupos pequeños, formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua cara a conseguir un fin determinado. Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema y en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Ofrecen nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas. Son grupos que se reúnen periódicamente, a veces bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua, feedback e identificar recursos comunitarios, entre otros”.

Según Spiegel (1976) los grupos de apoyo son tal y como su nombre indica, “Una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social, y dirigida, por tanto, básicamente a grupos de riesgo, aunque también se ha usado grupos de apoyo en prevención primaria. Frente a la filosofía tradicional, los grupos de apoyo están en consonancia con el modelo de competencia, que reconoce la capacidad de las personas para afrontar y solucionar los problemas que experimentan en sus vidas, asumiendo la responsabilidad y control sobre ellas”.

Matzar (1987) los define como “Grupos de personas afectadas por un problema común, por ejemplo, una enfermedad, que, en sesiones periódicas, generalmente durante un largo tiempo, sin orientación de un profesional y sin ánimo de lucro, intentan cambiar su forma de enfocar los problemas o su entorno social. Los principios que les inspiran son los de cooperación, igualdad y ayuda mutua. Los efectos positivos de estos grupos se consiguen a través de experiencias personales profundas, de una empatía sin mediciones, de solidaridad y de apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y propios modelos para afrontar con éxito problemas comunes”.

Ejemplos de grupos de apoyo organizado son grupos de divorciados, de madres solteras, de padres adolescentes, de viudas, de familiares y allegados de enfermos mentales, grupos de ex-adictos, de personas que han experimentado hospitalización psiquiátrica, grupos de cuidadores de personas dependientes, etc. En el campo de la salud física y mental es donde más han crecido los grupos de apoyo, sobre todo en personas afectadas por enfermedades crónicas y adicciones (Alzheimer, SIDA, cáncer, esquizofrenia, depresiones, etc.). Normalmente, estos grupos están compuestos por los propios afectados o por familiares y cuidadores de éstos, (Killilea, 1976).

Por ello los grupos de ayuda son importantes, ya que permite a los integrantes compartir experiencias y problemas comunes; en las personas jubiladas los grupos de apoyo son necesarios, ya que estos ofrecen seguridad y apoyo en la nueva etapa de la vida, de allí la necesidad de fortalecer dichos grupos.

#### **2.1.2.7 Tipos de Grupos de Apoyo.**

Al igual que ocurre con el tema de la definición, también en este caso encontramos varias clasificaciones de los grupos de apoyo. Sagarin (1969) propone una clasificación bastante general, diferenciando dos grupos de apoyo:

- Grupos en los cuales los sujetos pretenden reducir su conducta desviada y de este modo escapar de la desviación. Consideran la desviación como algo negativo. Un ejemplo de ellos es Alcohólicos Anónimos.
- Grupos que intentan cambiar la opinión pública hacia su supuesta desviación. Los grupos homosexuales nos servirían como ejemplo en este caso, (Killilea, 1976).

Levine y Perkins (1987) critican la clasificación anterior, por considerarla insuficiente para dar cuenta de la gran variedad de grupos existentes. En cada una de estas categorías

es posible incluir distintos grupos que poco o nada tienen que ver entre sí, no estando por tanto, justificado el tratarlos como un fenómeno similar. En consecuencia, proponen su propia taxonomía, en la que distinguen los siguientes tipos de grupos:

- Grupos de sujetos cuyo estado o condición les supone una etiqueta de no normal. Exhiben conductas o tienen características que les aíslan socialmente y les estigmatizan. Por ejemplo: ex-presidarios, alcohólicos.
- Grupos de personas relacionadas con otras que sufren estigmatizan y que, por tanto, pueden ser víctimas de un estigma secundario o sufrir las consecuencias de los problemas presentados por los sujetos directamente afectados por el problema. Por ejemplo: madres contra la droga.
- Grupos de individuos con problemas comunes que pueden ser o no estigmatizantes pero que tienden a ser socialmente aislantes. Ejemplo: diabéticos, viudos.
- Grupos organizados según líneas éticas, religiosas o raciales.
- Grupos organizados según ideologías sociales para la defensa de intereses específicos. Por ejemplo: grupo de consumidores, organizaciones cívicas, (Killilea, 1976).

Por su parte, Barrón, Lozano, y Chacón (1988) proponen una clasificación a partir de dos criterios:

- **Criterio 1. Quién padece el problema:**

Grupos de sujetos que padecen directamente el problema. Ej.: viudos, diabéticos.

Grupos de sujetos relacionados directamente con los que padecen el problema. Ej.: padres de toxicómanos, esposos de alcohólicos.

- **Criterio 2. Tipo de problema:**

Grupos de sujetos que atraviesan situaciones problemáticas semejantes. Se pueden subdividir a su vez en situaciones crónicas (diabéticos) y crisis vitales (divorciados),

Grupos de acción social cuyo objetivo principal es un cambio en las leyes o actitudes públicas, como, por ejemplo, los grupos de vecinos, grupos de defensa de derechos, (Killilea, 1976).

#### **2.1.2.8 Características del Grupo de Apoyo**

El grupo de apoyo se caracteriza por ser un espacio formado por un conjunto de personas que interactúan en ese espacio colectivo. Las personas que forman parte del grupo reconocen algo en común, que las identifica y las diferencia, (Rivera, 2003). En este caso, lo que los identifica es que todos son personas jubiladas.

Los grupos de apoyo, se encuentran orientados por líderes que en un momento dado han afrontado la misma problemática del grupo cuya superación les ha propiciado crecer emocionalmente y desean ayudar a otros dolientes, sin embargo estos líderes generalmente no son orientadores profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras) especialistas en duelo y en trabajo grupal. Un ejemplo de éstos grupos es LAZOS, entidad formada por y para padres que han perdido un hijo, la cual existe también en otros países de América Latina, de forma particular en Ecuador, el Instituto de Seguridad Social, ha venido implementando, varios programas, que ofrecen a los usuarios con el fin de promover el bienestar y salud de las personas que asisten a dicho establecimiento, uno de estos grupos es precisamente el de los jubilados.

El grupo de apoyo ofrece a cada una de las participantes un sentido de pertenencia, de identidad con las demás personas, así como aceptación por parte de las otras. Es así que ofrece ese espacio de contención de sentimientos y de confidencialidad que requieren para poner en perspectiva su propia situación, (Rivera, 2003).

En síntesis, un grupo de apoyo sirve para, Rivera (2003):

- Expresar los sentimientos que provoca la situación vivida y desahogarse.
- No sentirse solas y culpable por los acontecimientos Vividos.
- Aprender de la experiencia propia y de las demás en las mismas circunstancias.
- Solidarizarse con otras personas que han pasado por la misma situación.
- Promover relaciones horizontales, igualitarias entre todos los participantes.
- Respetar la diversidad de formas de pensar y aceptar las diferencias

### **2.1.2.9 Funciones de los Grupos como Agentes Terapéuticos.**

La Dra. María Palacín, mencionando a Levine Y Perkins (1987), quienes describen las cinco funciones que cumplen este tipo de grupos (de apoyo y ayuda mutua) en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos, (Palacín, 2003):

- a) Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas.
- b) Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal. Permite obtener una identidad social normalizada, y las estrategias de los grupos se convierten en acciones sociales, promoviendo incluso unos valores sociales para los que forman parte de ellos.
- c) Proporcionan una oportunidad para la autorrevelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos.
- d) Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto, la ayuda es recíproca.
- e) Proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social, (Palacín, 2003).

Ortego, López y Álvarez (2006), citando a Barrón, Gracia, y Roca, destacan, además de las antes ya mencionadas, las siguientes funciones de los grupos de apoyo:

- f) Facilitan la adquisición de información y conocimientos. Estos grupos son una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome consciencia de su propia situación. Una buena información conduce a reconocer síntomas, las propias necesidades y reacciones y a responder mejor ante ellos, reduce la ansiedad y el miedo asociado al desconocimiento y facilita la recuperación,
- g) Ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento para enfrentarse a los distintos retos que plantea el problema o la crisis. Los grupos no se limitan a dar apoyo a sus miembros, sino que también les ayuda a tratar más eficazmente su situación o los cambios que provocan en sus vidas los problemas que afrontan.
- h) El contexto grupal es idóneo para estimular y potenciar nuevas soluciones, obviamente el grupo refuerza incluso los más pequeños éxitos y apoya a sus miembros ante los fracasos, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

#### **2.1.2.10 Grupos de Apoyo y Depresión.**

La depresión es un trastorno que afecta principalmente la esfera afectiva, presentándose en la persona que la padece síntomas cómo: tristeza marcada, pérdida de interés por las actividades que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y, desesperanza, culpabilidad, ideación y acto suicida (en depresiones profundas); dichos síntomas pueden agravarse por diferentes situaciones a las que se enfrenta el individuo.

En el adulto mayor la depresión es frecuente, así lo menciona Luján, citando a Lacub y Acrich: “La depresión es el diagnóstico más frecuente en las personas de edad y constituye un problema serio que entraña sufrimiento, asilamiento social, una tasa elevada de suicidio, y un aumento de la morbilidad y la mortalidad”, (Luján , 2011).

Teniendo en cuenta que las consecuencias de la depresión en una persona adulta son devastadoras, sin embargo, en los adultos mayores es aún más complicado.

Según Aguilar y Ávila (2006): “La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor”.

Según Luján, indica: Esta patología está sub-diagnosticada, se la trata poco, y muchas veces de maneras poco adecuadas. Las formas atípicas, enmascaradas, caracterizadas por quejas somáticas o por su coexistencia con síndromes orgánicos complican su diagnóstico, (Luján , 2011)

Existen varias razones por las que un adulto mayor puede desarrollar depresión, sin embargo, se encuentra relacionado con: pérdidas, enfermedades físicas, deterioro cognitivo, deterioro físico.

También es pertinente tomar en cuenta la explicación de Beck sobre el mantenimiento de la depresión, citado por Rivadeneira, Dahab, Minici (2013), para el mantenimiento de la depresión es necesario el auto-diálogo negativo, así lo indica:

La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí, por otro lado, también remarca los aspectos los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, es decir, cree que el futuro su no cambiará, seguir padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio”, (Rivadeneira, Dahab, & Minici, 2013).

Debemos tener en cuenta que en la etapa final de la vida el ser humano se enfrenta a la jubilación, que representa un cese de actividades laborales, que generalmente son remplazadas por acciones infructuosas y sin organización, provocando en el adulto mayor frustración, sentimientos de inutilidad, vacío, aislamiento, baja autoestima, añadiendo lo expuesto por Beck, las verbalizaciones negativas sobre sí mismo, futuro y entorno, se podría desarrollar depresión.

El problema se acrecienta cuando el jubilado no encuentra el debido apoyo en la familia (por falta de tiempo, por motivos laborales) que necesita para lograr adaptarse a este nuevo estilo de vida.

Frente a este problema, existe una alternativa, denominada grupo de apoyo, que contribuye a la disminución de síntomas depresivos en los jubilados, proporcionando actividades recreativas que mantienen activos a los adultos mayores, generando en ellos sentimientos de utilidad autoestima sentimientos de apoyo, seguridad, ambiente

agradable, lugar en donde puede exponer conflicto, desarrollo de estrategias de afrontamiento frente a conflictos, estos beneficios son otorgados a sus integrantes por el continuo contacto social que ofrece el grupo de apoyo, compartir un mismo problemas que permite un mayor nivel de empatía entre integrantes.

Al respecto Ortego, López, y Álvarez (2006), citando a Barrón, Gracia, Roca y Cameron:

Los grupos de apoyo aportan una red de relaciones sociales que muchas veces son difíciles de otra forma para los miembros dl grupo, puesto que tienen algún problema o están atravesando una crisis, al compartir los miembros del grupo sus preocupaciones, experiencias y sentimientos se suele desarrollar una fuerte solidaridad grupal, con esta autorrevelación se consigue reducir sentimientos de desviación, las autoevaluaciones negativas y las percepciones de fracaso, disminuyen también los sentimientos de malestar, también ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento para enfrentarse a distintas crisis, el grupo ayuda a tratar eficazmente una situación, se trata de enseñar y aprender, el éxito de estos grupos radica principalmente en el incremento de los recursos personales y sociales los cuales capacitan a las personas para afrontar problemas y acontecimientos estresantes y el incremento de sentimientos de afiliación y validación personal que producen las relaciones sociales estables y positivas, en conclusión, el apoyo social ejercería un efecto protector al mantener la autoestima y la autoconfianza cuando se afronta situaciones problemáticas, promoviendo sentimientos de autoconfianza y competencia, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

### **2.1.3 Depresión.**

Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, monopolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. Cuando el cuadro depresivo se hace severo hay manifestaciones del mismo en la esfera somática y cognitiva. Las primeras incluyen trastornos del apetito, que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), y fatiga y pérdida de energía. Entre las alteraciones en la esfera cognitiva, el cuadro clínico incluye trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés

hacia toda actividad, sentimientos de autoevaluación personal y frecuentemente un componente de angustia severa y síntomas tales como temores irracionales, hipocondrías, pensamientos obsesivos e ideación suicida, entre los principales, (Consuegra, 2010).

Desde el punto de vista cognitivo, es decir, el modo de razonamiento y procesos de pensamiento, en la depresión también se aprecia una forma de pensar negativa más o menos generalizada, acerca de la propia persona, de los demás, del mundo y del futuro, así como del entorno y las personas que la rodean. En algunos casos, conforme aumenta la depresión, la desesperanza fomenta los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, incluso intentos reales de poner fin a su vida.

Progresivamente en unos casos, o de forma drástica en otros, se dejan de realizar actividades obligatorias y de autocuidado (por ejemplo, levantarse, lavarse, vestirse, ir al trabajo, estudiar, etc) y/o placenteras o de ocio o, si éstas se hacen, requieren de un gran esfuerzo por parte de la persona. Si las actividades placenteras se siguen realizando, no producen el mismo nivel de satisfacción que antes de la depresión. Lo que suele ocurrir es que la persona entra en el abandono progresivo de ellas, lo que conduce al círculo vicioso de la depresión- inactividad-desmotivación-aislamiento-mantenimiento de pensamientos negativos-mantenimiento del bajo estado de ánimo y de la falta de energías, (Beck, 2008).

### **2.1.3.1 Causas y Síntomas de la Depresión**

En esta sección haremos una revisión breve de las causas y síntoma de la depresión, por lo cual mencionaremos a Cristina Procel y Ximena Escobar, quienes nos ofrecen una breve descripción de la CIE 10.

#### **• Causas:**

La depresión puede ser el resultado de muchas razones:

- Herencia genética.
- Enfermedades Médicas.
- Uso de Alcohol y Droga.
- Problemas Mentales, (Escobar & Procel, 2011).

- Debemos añadir a la lista eventos de alto contenido emocional negativo y situaciones estresantes (duelos y pérdidas importantes para la persona).

#### • **Síntomas de la Depresión:**

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un periodo de dos semanas:

- Disminución de la atención y concentración
- La pérdida de la confianza en sí mismos y sentimientos de inferioridad
- Las ideas de culpa y ser inútil (incluso en los episodios leves)
- Una perspectiva sombría del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito
- Anhedonia, (Escobar & Procel, 2011).
- A estos síntomas se agregaremos, Dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos.
- Sentirse triste o “vacío”.
- Pérdida de interés en actividades favoritas.
- Sentirse sin esperanza, irritable, ansioso, (División de Redacción Científica, 2014).

#### **2.1.3.2 Tipos de Depresión.**

##### **Episodio Depresivo Leve.**

Tomaremos en cuenta las pautas diagnósticas que nos ofrecen Procel y Escobar (2011), citando al manual CIE 10: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y l de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en grado intenso. El

episodio debe durar por lo menos dos semanas. Una persona afectada de un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo, (Escobar & Procel, 2011).

### **Episodio Depresivo Moderado.**

Procel y Escobar, nos mencionan las siguientes pautas tomadas del manual CIE10: deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres a cuatro de los síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. Un enfermo afectado de un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

### **Episodio Depresivo Grave**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una de las características marcadas. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El episodio debe presentar los tres síntomas típicos de la depresión, con un periodo de duración de al menos dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social, o doméstica más allá de un grado limitado, (Escobar & Procel, 2011)

**Trastorno distímico o distimia:** síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 años o más) pero que son menos severos que los de la depresión grave, (Bastán Aguirre, 2008).

#### **2.1.3.3 Modelo cognitivo de la depresión según Aaron Beck.**

Una de las explicaciones más aceptada de la depresión, es la propuesta que nos ofrece Beck, que explica la forma en la que influye nuestro modo de pensar, en el desarrollo de una enfermedad mental compleja, como es la depresión, misma que va afectando varias áreas del individuo, es imprescindible recalcar lo mencionado anteriormente, en cuanto

a las causas de la depresión, haremos hincapié de que el tipo de depresión a las que hacemos referencia en este estudio es debido a una pérdida, en el caso de los jubilados es la pérdida de la actividad laboral, que han ido ejerciendo gran parte de su vida y que el cese y por la etapa natural de la vida (envejecer), se sobrevienen sentimientos de inutilidad y vacío, que como se mencionó se agravan con la culminación de las actividades.

Hacemos mención del modelo cognitivo de la de presión propuesto por Beck, debido a que es el modelo más aceptado y con una amplia justificación, que implica tanto el pensamiento de la persona, así como sus consecuencias a nivel social, familiar (sí mismo, del entorno, del futuro).

Rivadeneira, Dahab, Minici (2013), citando a Beck, mencionan al respecto: “La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí, por otro lado, también remarca los aspectos los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, es decir, cree que el futuro su no cambiará, seguir padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio”.

Beck propone un modelo estructural para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico. En primer lugar, postula la existencia de una suerte de filtro o plantilla mental con la cual la persona abordaría las diferentes situaciones, los denominados esquemas, los cuales sería en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas. En lo que hace a la depresión, el esquema central propuesto por Aaron Beck se denomina triada cognitiva. Con ella, se refiere a una visión negativa de sí mismo del entorno y del futuro.

El Modelo de la Terapia Cognitiva propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de la situación que atraviesa (denominados pensamientos automáticos), estos mensajes son cortos y fugaces que adoptan formas de frases breves tales como: “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “Perdí en todo”, “¿para qué vivir así?”, “no puedo hacer nada”.

Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza.

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. Se entiende que el ser humano posee una habilidad única para procesar información, vale decir, combinarla, transformarla, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. Esta habilidad puede, en algunos casos, volverse en su contra.

Particularmente, los afectos depresivos surgen como consecuencias de la percepción de daño y pérdida en el dominio personal, vale decir, de una sustracción irreparable del dominio personal, ahora bien, el punto crítico de la conceptualización radica en que quien padece una depresión, percibe pérdidas y daños donde no los hay. Por ejemplo, un paciente depresivo ve a sus hijos pequeños y piensa que seguramente, el día de mañana sus hijos se alejarán de él y no lo visitarán, consecuentemente, siente pena. En este caso, se trataría de un caso de “pérdida hipotética”, pues el paciente en cuestión no tiene ninguna idea de lo que puede suceder en un futuro tan distante, (Rivadeneira, Dahab, & Minici, 2013).

Debemos hacer mención a Erick Erickson, y su teoría de las etapas del desarrollo psicosocial, ya que nos ofrece una explicación amplia sobre las etapas que debe cumplir el ser humano, nos centraremos en el período del adulto mayor y los cambios que supone esta edad.

La teoría de las etapas desarrollo psicosocial propuesta por Erick Erickson la cual habla que las influencias sociales y psicosociales sobre el ego conllevan a que el ser humano experimente una crisis de la personalidad en cada una de ellas. Las crisis surgen de acuerdo con un itinerario que se basan en el nivel de madurez de la persona, si el individuo se ajusta a las exigencias de cada crisis el ego se desarrolla hacia la siguiente. Si alguna crisis no se resuelve en una forma apropiada la lucha continúa e interferirá con el sano desarrollo del ego.

La octava etapa del desarrollo psicosocial nos habla de la integridad, frente a la desesperanza, que básicamente es la crisis de la ancianidad. La persona de edad avanzada logra un sentido de aceptación a su propia vida que le permite la aceptación de la muerte. Mientras tanto si esta aceptación no logra darse, cae en la desesperanza, lo

que trae como consecuencia una crisis emocional que conlleva toda una serie de alteraciones en el aparato psicológico de la persona. (García & Argentina, 2009)

Teniendo en cuenta estos antecedentes, en la crisis de la ancianidad el adulto mayor atraviesa por varios cambios en su vida, no sólo se da la aceptación a la muerte, también es una etapa en la que la persona hace una evaluación de su vida, logros y metas alcanzadas, al igual que realiza una evaluación sobre las pérdidas, de seres queridos, de la salud, el trabajo, entre otros. Es una etapa de mucha vulnerabilidad, ya que frente a esta evaluación que realiza el adulto mayor se sobre vienen síntomas de tristeza, por el alejamiento de varias actividades, entre esas se encuentra el trabajo, que es remplazada por la jubilación y mucho tiempo tipo libre a su disposición, y cuando el adulto mayor no realiza actividad en esta etapa puede que los síntomas de tristeza, propios de esta edad, se acrecienten y podrían llevar a la elaboración de una depresiva, que trae varios problemas.

Siguiendo esta explicación Edith García, citando a Erick Erickson, no menciona: A lo largo de la vida, el ser humano se enfrenta a sucesos que generan tensión, definiéndose ésta como un estado de angustia por la incertidumbre frente a un acontecimiento que no se sabe cómo resolver. Dependiendo del tipo de personalidad, cada ser humano responde diferente ante cierta situación. Muchos son los eventos que pueden provocar en el adulto mayor, grados de tensión, el mismo envejecimiento, la jubilación, enfrentarse a la muerte pueden provocar síndromes de depresión y ansiedad (García & Argentina, 2009)

Hablando particularmente de la jubilación, en donde primero sucede la pérdida (cese de trabajo), adjunto se activan las frases inconscientes y automáticas en torno a la jubilación y vida posterior, como por ejemplo: “soy inútil, solo servía en mi trabajo”, “y ahora qué hago”, “como podré mantenerme”, “no se hacer otra cosa que mi trabajo”, “que hago con tanto tiempo” etc. Estos pensamientos generan sentimientos y emociones negativos, y como la persona se centra en este tipo de pensamientos, la poca actividad que mantenía se reduce aún más o se anula, muchas de las veces esta forma de pensar se ve reforzada por el ambiente social y familiar en el que se encuentra la persona (esto debido a que los familiares no cuenta con tiempo para los adultos mayores, lo que refuerza los sentimientos de vacío e inutilidad), llevándolo progresivamente a

desarrollar un cuadro depresivo, debido a que las personas generalmente no están preparadas para una jubilación no han planificado para esta nueva etapa en sus vidas.

#### **2.1.3.4 La Depresión en Jubilados**

Galvanovskis y Villar (2006), respecto al tema mencionan: Todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, situación que provoca la disminución en el control de sentimientos, ideas y conductas. La jubilación como un evento brusco, abrupto que exige cambios significativos en la rutina de la vida cotidiana puede ser una de las causas de esta tensión. El retiro se da en una parte de la vida que se caracteriza por el incremento de las pérdidas, como las de seres queridos, parientes cercanos o personas con las cuales se trabajó. Además, con la jubilación se pierde el estatus que se había alcanzado en la sociedad después de tantos años de trabajo, quedando un espacio difícil de llenar.

De igual manera Pando, Salazar, Carolina, Alfaro, se refieren al tema, exponiendo: Además, existen problemas de salud que se presentan en las personas jubiladas, algunos (principalmente los biológicos) son generados por el proceso de desgaste que el trabajador sufre después de 30 o 40 años de exposición a los agentes contaminantes en su puesto de trabajo; sin embargo, hay otros trastornos (aquí se destacan los psicológicos) que provienen de la condición misma de la jubilación. El hombre, por lo general, está educado para sentirse útil e importante a través del trabajo asalariado; no tenerlo conlleva una serie de conflictos internos y culturales relativos al status y la autoestima, que fácilmente pueden desencadenar en un cuadro depresivo, (Patiño & Alonso, 2006).

En las personas mayores de 65 años la depresión es un problema de salud frecuente que afecta la calidad de vida. Los adultos mayores deprimidos generalmente están tristes, con más ansiedad y con mayor queja somática, con un mal pronóstico por las frecuentes recaídas y mayor mortalidad. El proceso adaptativo de la jubilación puede durar 6 meses hasta más allá de un año y medio para la mayoría de los casos, se ha comprobado que la jubilación es un factor de estrés psicosocial para el adulto mayor.

En las sociedades modernas el envejecimiento es un fenómeno que tiene alto impacto, debido a que cada vez la expectativa de vida es mayor, por los avances científicos y una demanda mayor de gasto económico a la hora de brindar servicios de salud.

Especialmente los adultos que se enfrentan al proceso de jubilación, ven comprometido su bienestar por los cambios económicos, sociales y culturales. En ciertos casos puede ser una experiencia positiva por la autonomía personal, la disposición del tiempo libre, la tranquilidad (física y mental), dedicación a otras actividades culturales y deportivas y el hecho de darle un nuevo sentido a la vida; sin embargo, para otros puede ser una experiencia negativa marcada por un descenso en la autoestima, productividad y en ciertos casos de autoridad lo que conlleva a la depresión, (Siguenza R. , 2014).

En el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social (episodio de depresión mayor). También, el diagnóstico enfrenta diversos problemas. Uno de ellos es la heterogeneidad clínica de la depresión, la cual puede manifestarse como la pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad o un estado de confusión. Además, la comorbilidad asociada es otro elemento a considerar que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo.

Las manifestaciones de la depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación. No obstante, el diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición.

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.

3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes, pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial, (Aguilar & Avila, 2007).

### **Cambios Sociales.**

Cuando se habla de cambios sociales existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento: “La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo. Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento. Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.” (Fernandez, 2012) .

Este resumen de cambios asociados al envejecimiento muestra que en algunas situaciones es muy difícil desligar cambios de la aparición de enfermedades; sin embargo, es necesario intentar reconocer las modificaciones que se producen con el paso de los años y la familia debe conocer las situaciones de salud y psicológicas que afecta al adulto mayor.

La vejez un asunto de exclusión social “La vejez puede ser una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad, que condicionan el acceso y disfrute de esos recursos y oportunidades. **Fuente especificada no válida.**”. En ese sentido, se podría asegurar que el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. En sí, los adultos

mayores están expuestos a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida. (Macías, 2007).

### **2.1.3.5 Factores Característicos de la depresión en la tercera edad.**

La vejez es un periodo crítico de la vida donde el individuo debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de sí mismo y afectan a la propia identidad, aunque no por esto se deben desestimar los recursos y las potencialidades que se encierran en esta etapa de la vida, siendo un tiempo propicio para el crecimiento.

Parece probada la relación existente entre la depresión y una menor calidad de vida, un incremento de las enfermedades psíquicas y físicas, y una muerte prematura. En este sentido, la depresión en el anciano se ha asociado a un deterioro del bienestar y de los niveles de funcionamiento cotidiano. Las presencias de diferentes factores asociados al envejecimiento pueden, por ellos mismos, dar síntomas depresivos, o añadirse e interactuar con un trastorno depresivo primario aumentando, además, la variabilidad en la expresión del trastorno, (Zarragoitia, 2007).

Según Zarragoitia, propone los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad, son los siguientes:

#### **Factores predisponentes.**

Estructura de la personalidad.

- Dependientes
- Pasivos-agresivos
- Obsesivos.

Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión.

Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

#### **Factores contribuyentes.**

- Socioeconómicas.
- Dinámica familiar.

- Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.
- Pertenencia a un grupo étnico específico.
- Formas de violencia.
- Jubilación.
- Comorbilidad orgánica y mental.

### **Factores precipitantes.**

- Crisis propias de la edad.
- Abandono.
- Sentimientos de desesperanza.
- Aislamiento.
- Violencia.
- Muertes de familiares y allegados.
- Pérdidas económicas.
- Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.
- Discapacidades y disfuncionalidad.
- Dependencia.

En la tercera edad el curso de la depresión tiende a ser más crónico que en adultos jóvenes.

Agrupando algunos factores patogénicos, que de forma general puedan dar al traste con los síntomas depresivos en el senescente, hemos planteado la triada compuesta por las pérdidas, los fracasos y las frustraciones. De estos tres elementos considero el de mayor incidencia las pérdidas y nos preguntaríamos, cuantas pérdidas no se producen en la tercera edad.

### **2.1.3.6 Aspectos Relacionados con Depresión en los Jubilados.**

Se presenta a continuación una revisión de diferentes aspectos que pueden estar relacionados con la presencia de depresión en los jubilados; estos se han categorizado en demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo.

#### **Demográficos.**

Los aspectos demográficos relacionados con la presencia de depresión en personas jubiladas y que se analizaron en esta investigación fueron: sexo, edad, grado de escolaridad y tiempo de jubilación. Se seleccionaron por ser considerados en diferentes estudios, como un riesgo para la salud de los jubilados y por su relación con la presencia de depresión.

Frente al sexo, las mujeres están en desventaja la razón por la que las mujeres tienen dificultades en su ajuste a la jubilación, está en parte relacionada con los roles tradicionales de la mujer en la sociedad que enfatizan inferioridad, dependencia y pasividad.

#### **Económicos.**

En el estudio de Hernández, se halló significativamente mayor frecuencia de depresión en los jubilados que no tenían ninguna actividad laboral (25.8%), mientras que las personas que se jubilaron, pero continuaron trabajando en otra actividad remunerada, solo presentaron depresión en un 7.4%.

Igualmente, en el estudio de Pando, se encontraron diferencias significativas donde la sintomatología de angustia y depresión era más frecuente entre los jubilados que ya no trabajaban.

#### **Salud.**

La presencia de algunas enfermedades y el consumo de ciertos medicamentos pueden propiciar la aparición de un cuadro depresivo. En esta etapa de la vida son muy comunes las enfermedades crónicas degenerativas y un gran porcentaje de personas padecen varias enfermedades al tiempo. Muchas de estas producen dolor y se hace necesario que el sujeto esté polimedicado. En mayor o menor grado, suelen aparecer

déficits sensoriales o motores que disminuyen la autonomía y la autoestima. Con respecto a los medicamentos, muchas drogas de uso común como los hipotensores, analgésicos, antibióticos y otras, pueden ser la causa de una depresión.

### **Afectivo-familiares.**

La familia se constituye en una de las fuentes principales para alcanzar un mejor ajuste a la jubilación, a su vez que al mantener una acertada dinámica familiar la aparición de sintomatología depresiva se verá disminuida. Sin embargo, las relaciones familiares tienden a transformarse en esta época de la vida, pues los jubilados van quedándose solos, ya sea por sufrir pérdidas de parientes y amistades o porque sus contactos personales tienden a disminuir en calidad por no entenderse en cuanto a creencias y opiniones con las generaciones más jóvenes, tal situación les afecta emocionalmente puesto que no logran ubicarse en un ambiente que les proporcione bienestar y/o felicidad, lo que hace que aumente de un modo significativo la presencia de trastornos depresivos y/o psiquiátricos entre los jubilados.

En el caso de la vida matrimonial, el estar casado es un apoyo suficientemente importante para conllevar mejor el tránsito a la jubilación y la jubilación misma.

Las personas casadas (fundamentalmente hombres) suelen tener tras la jubilación, una mayor satisfacción moral y vital, mejor salud física y psicológica, y mayor apoyo social. Además de la vida de pareja en los jubilados, es de vital importancia una armonía en las relaciones familiares, que permita un nivel adecuado de aceptación del jubilado en su hogar y disminución de la presencia de trastornos depresivos.

### **Utilización del Tiempo.**

Sin duda otro de los aspectos que más aqueja a las personas jubiladas es cómo utilizar su tiempo. El estar sumergido en el ámbito laboral permite mantener a las personas ocupadas y les brinda la sensación de satisfacción de estar haciendo algo productivo. Con la mayoría del día sin tener ninguna ocupación, el tiempo libre se convierte en un espacio que es importante saber cómo llenarlo.

Pero, ¿cuáles son las actividades más adecuadas para los jubilados? Lawton propone una clasificación de tres grupos de actividades:

- **Actividades experienciales**, en las que la motivación se encuentra en la propia realización de la actividad, aportando disfrute a la persona sin buscar una recompensa extrínseca. En la mayoría de ocasiones son actividades que no implican un gran esfuerzo físico ni intelectual para llevarse a cabo. Ej: ver la televisión, escuchar la radio, pasear, ir de compras, viajar.
- **Actividades sociales**, llevadas a cabo por el valor que tienen para reforzar, establecer o mantener vínculos sociales y contactos positivos con terceras personas. Ej. Asistir a fiestas o bailes, ir de visita a casa de familiares o amigos, conversar.
- **Actividades de desarrollo**, en las que se intenta conseguir una meta extrínseca que es valorada por la persona y que en algún sentido permiten que este individuo llegue a ser diferente de lo que es o produzca un bien valorado. En general, implican esfuerzo o la movilización de conocimientos o habilidades de los que dispone la persona. Ej. Practicar deporte, trabajar, promover o dirigir asociaciones, participar en actividades de formación, asistir a actividades culturales, realizar manualidades o actividades creativas.

La práctica del ejercicio físico y la participación en actividades recreativas, académicas, culturales u otras, se consideran dentro de las actividades de desarrollo, permitiendo explorar su relación con la presencia de depresión en los jubilados, por considerar que estas permiten una mayor potenciación de las capacidades de las personas que se retiran del entorno laboral.

Con relación a la práctica del ejercicio físico, el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, lo define como una serie de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud de las personas. En investigaciones realizadas con personas mayores no necesariamente jubiladas se han encontrado beneficios en la disminución de la sintomatología depresiva.

Con población de jubilados el estudio de Martínez, encontró diferencias estadísticamente significativas ( $p= 0.01$ ) entre ejercicio físico y depresión, siendo los valores más altos de este trastorno para los retirados que nunca realizaban ejercicio, (Patiño & Alonso, 2006).

### **2.1.3.7 Importancia del grupo de Apoyo en la depresión.**

Los grupos de apoyo con pares, o sea los encuentros con otras personas deprimidas puede ser de ayuda para algunas personas. Estos grupos si están bien organizados brindan insight sobre el afrontamiento diario del trastorno.

La investigación ha mostrado que estos grupos pueden ser útiles en algunas áreas específicas, como brindar apoyo, ayudar a afrontar problemas y crisis, y lograr adherencia a los planes terapéuticos. Sin embargo, una revisión sistemática reciente mostro que se necesita más investigación para saber y evaluar qué condiciones vuelve efectivos a estos grupos. Las comunidades de pares existentes actualmente han sido evaluadas solamente en paralelo con intervenciones adicionales e interacciones con otros profesionales de la salud.

#### **Buscando apoyo**

Una buena red de familiares y amigos pueden marcar la diferencia para alguien deprimido. Busque a sus amigos y familiares, así como a organizaciones locales para que le brinden ayuda, (Patiño & Alonso, 2006).

#### **Amigos y familiares**

Pueden ser una fuente importante de apoyo para afrontar la depresión.

- Pueden hacerle sentir que no está solo
- Pueden escuchar.
- Pueden ayudarle a encontrar recursos y a informarse sobre la depresión.
- Pueden ayudarle a mantener un estilo de vida saludable todos los días.
- Pueden ayudarle a adherirse a su plan de tratamiento. Busque amigos que puedan ayudarle durante los tiempos difíciles.

Pídales ayuda con rutinas diarias, tales como ir a la consulta, hacer ejercicio o ser de estímulo para cuidarse. Puede ser que necesite dar información a sus amigos acerca de la depresión.

Puede ser que no entiendan que la depresión es una enfermedad que requiere tratamiento. Puede ser que ellos creen que es necesario que usted enfrente las cosas y se mejore. Pueden creer que ellos pueden alegrarle. Considere compartir esta información sobre el Día Mundial de la Salud Mental con ellos, (Rivas, 2008).

#### **2.1.3.8 Importancia del entorno familiar en la depresión.**

En la etapa final de la vida, la familia representa para los adultos mayores el ámbito protector en el que se refugian y del que esperan recibir auxilio, compañía, asistencia y cariño, de allí nace la importancia del entorno familiar que rodea a las personas mayores. El aporte que brinda la familia ha jugado un rol importante y seguirá siendo lo más esencial en la vida de las personas de la tercera edad, a pesar de los cambios que puedan experimentar las sociedades contemporáneas, a través de ella, los individuos se relacionan con la estructura social, cada integrante de la familia desempeña un papel frente al adulto mayor. El sistema familiar se le reconoce como el contexto ideal para impulsar redes de vínculos, que contribuyen a que las personas se relacionen y ejerzan influencias mutuas, entendiendo que estos vínculos solo se dan por lo importante que es la comunicación, la afectividad y reconocimiento que son compartidos entre los miembros de una familia.

Por ello, el entorno familiar del adulto mayor es de significativa importancia, porque para éste se convierte en su fortaleza y fuerza vital que lo mantendrá animado superando esta parte de su existencia, que no es que representa el final de la vida, sino la etapa crucial de su existencia, donde cada familia representa para los adultos mayores el ámbito protector en el que se refugian y del que esperan obtener muestras de cariño, compañía, cuidados y amor, depositando mayor expectativa en sus hijos, nietos y en sus parejas, cuando esto no sucede, se provoca en la mayoría de los casos situaciones de depresión, angustia, sentimientos de soledad y abandono. (Rivas, 2008).

#### **2.1.3.9 Aporte de los grupos de apoyo en los jubilados.**

No existen datos que corroboren la utilidad de los grupos de apoyo en jubilados, por ello la importancia del presente proyecto investigativo, sin embargo se tiene datos sobre la utilidad y efectividad de los grupos en otras áreas, que han contribuido en la salud y

bienestar de sus participantes, tal es el caso de del grupo de apoyo Depresión y bipolaridad (DBSA, siglas en inglés, 2006), que indican:

Las personas que asistieron a un grupo de DBSA durante más de un año, tuvieron menos probabilidades de ser hospitalizadas en los 12 meses anteriores. Cuanto más tiempo tiene la gente asistiendo a un grupo DBSA, menos probable es que suspenda su medicación en contra de la opinión médica, y enfrenta menos barreras para apegarse al tratamiento. Más de la mitad de las personas que no cumplían sus planes de tratamiento cuando empezaron a asistir a los grupos DBSA, empezaron a cumplirlos cada vez mejor, a medida que siguieron asistiendo al grupo, (Depression and Bipolar Support Alliance, 2006)

Puesto que los argumentos expuestos anteriormente, con respecto al uso, finalidad y éxito de los grupos, se encuentran claros y establecidos, se puede concluir que los beneficios que otorga el asistir y participar en dichos grupos son amplios, que se encuentran desde: mejorar sentimientos de inutilidad, mejor sociabilidad, sentimiento de pertenencia, hasta la elaboración de estrategias para el afrontamiento de dificultades o crisis.

## **2.2 HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.2.1 Hipótesis**

Los Grupos de Apoyo influyen en los niveles de Depresión en los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

### **2.2.2 Variables**

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Grupos de apoyo.

## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Adulto Mayor:** Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.
- **Afecto.** Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. Es muy variable su expresión entre culturas diferentes así como en cada una de ellas.
- **Aislamiento afectivo.** Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).
- **Aplanado.** Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.
- **Carácter.** Conjunto de características que distinguen a una persona de otra.
- **Depresión:** Enfermedad que afecta el estado de ánimo de la persona, caracterizada por un serie de sentimientos negativos como, tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima, culpa, etc.
- **Embotado.** Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.
- **Grupo:** Pichón Riviere entiende que un grupo es un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes espacio temporales, el cual, articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.
- **Inapropiado.** Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.
- **Inútil:** La palabra inútil es el término que en nuestro idioma más usamos para dar cuenta de aquello o aquel que resulta inservible y no útil para realizar alguna actividad, tarea, función, entre otras alternativas. Este sentido generalmente lo aplicamos en relación a personas que no disponen de maña o habilidades que les permiten desarrollar algunas tareas. Debo reconocer que soy una inútil para la cocina, todo lo que cocino se me quema.

- **Lábil.** Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.
- **Labilidad emocional:** es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico.
- **Personalidad.** Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.
- **Soledad:** El latín solitas, la soledad es la carencia de compañía. Dicha carencia puede ser voluntaria (cuando la persona decide estar sola) o involuntaria (cuando el sujeto se encuentra solo por distintas circunstancias de la vida).

## CAPITULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 MÉTODO

**Científico:** Para la validación de la investigación científica se procedió a implementar procedimientos por los cuales puedan ser comprobados los resultados; mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado que permitirá identificar la asistencia y beneficios del grupos de ayuda de jubilados y la escala de depresión geriátrica-test de Yesavage que permitirá conocer si existe síntomas depresivos en las personas mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, periodo Octubre 2015 – Marzo 2016.

**Psicométrico:** Comprende la utilización de test psicológicos, validados, con un porcentaje alto de confiabilidad y la teoría de las mismas. En donde se procede a la aplicación, proceso de análisis estadístico que permitirá determinar si los test son válidos o no para la medición e interpretación de las variables propuestas en la presente investigación.

##### 3.1.1 Diseño de investigación:

**Cuantitativa:** El presente proyecto investigativo implementó un estudio estadístico de la relación de variables grupos de apoyo y depresión, por medio de reactivos psicológicos, teniendo como resultados, evaluación de los grupos de apoyo y presencia de depresión en jubilados.

**Cuasi-experimental:** Los diseños cuasi-experimentales también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. En los diseños cuasi-experimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento). (Hernández, 2016)

En el presente trabajo de investigación se aplicó los talleres propuestos a fin de fortalecer el grupo y disminuir los síntomas de depresión de los jubilados que asisten al Grupo de Apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

### **3.1.2 Tipo de investigación:**

**De campo:** La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

**Transversal:** Está enfocada en un período de tiempo determinado, Octubre 2015 – Marzo 2016, haciendo énfasis en la influencia de los grupos de apoyo en la depresión de los jubilados.

### **3.1.3 Nivel de investigación:**

**Descriptiva:** El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. (Morales, 2010)

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:**

**Población:** La población para la investigación está conformada por 80 jubilados que asisten de forma regular al grupo de ayuda del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

**Muestra:** La investigación es no probabilística, ya que la muestra se escoge por criterios de los investigadores, las personas que cumplan con los criterios de inclusión son 40 Jubilados que presentan depresión.

### **Inclusión:**

- 40 jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.
- Jubilados voluntarios en el proyecto de investigación

- Jubilados que asisten de forma regular/ diaria al grupo de ayuda.
- Presenten síntomas de depresión.
- Que no presenten discapacidad física o intelectual.

**Exclusión:**

- Jubilados que no asisten de forma consecutiva a los grupos de apoyo.
- Jubilados que no presenten síntomas depresivos.
- Jubilados que negaron la colaboración en el proyecto de investigación.
- Jubilado que presenten discapacidad física o intelectual.

**PROCEDIMIENTOS**

**3.3.1 Técnicas.**

**Encuesta:** Se aplica una encuesta, que consta de 15 ítems, basada en los parámetros del apoyo social (Ana Barrón, apoyo social, 1996), misma que fue utilizada para identificar el nivel de agrado, satisfacción, pertenencia, asistencia en problemas, que contribuyen a la disminución de síntomas depresivos. Según Gómez (1990), indica: La encuesta es una metodología de la investigación (también técnica de recogida de datos) que, adaptándose a las fases del método científico general, intenta obtener información cuantitativa sobre una población ya sea en términos descriptivos o de relación entre variables, (Gómez, 1990).

**Reactivos psicológicos:** Son instrumentos experimentales, que se emplean con la finalidad de evaluar características específicas de un fenómeno, se ha aplicado un reactivo para identificar la presencia de depresión en los jubilados para ello se considera el test de Yesavage, mencionando a Núñez y Ortiz (2010), al respecto refiere: “Considerando que es un grupo de serie de pruebas relacionadas que se aplican en ciertos periodos, cuyas puntuaciones se registran o se combinan por separado para generar una sola puntuación”, (Nuñez , 2010).

### **3.3.2 Instrumentos.**

#### **Escala de Depresión Geriátrica-Test de Yesavage.**

El presente test está diseñado para una población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores.

#### **Tipo de instrumento:**

#### **Cuestionario.**

**Objetivos:** Detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz.

**Población:** Personas ancianas (mayores de 65 años).

**Número de ítems:** 30.

**Descripción:** Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.

#### **Aplicación**

**Tiempo de administración:** 10-15 minutos.

**Normas de aplicación:** La aplicación puede ser auto-administrada o heteroaplicada (en este caso el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

**Corrección e interpretación:** La puntuación máxima es de 30 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativa. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

- No depresión 0-9 puntos
- Depresión moderada 10-19 puntos
- Depresión severa 20-30 puntos

### **3.4 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

Los resultados obtenidos de la aplicación del reactivo psicológico test de Yesavage y la encuesta fueron analizados e interpretado mediante estadísticas básicas de Microsoft Excel y Microsoft Word, para posteriormente graficar pasteles y tablas en los que se exponen los porcentajes y valores conseguidos, para subsiguientemente elaborar conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. ESCALA DE YESAVAGE PARA MEDIR LA DEPRESION EN LA POBLACIÓN.

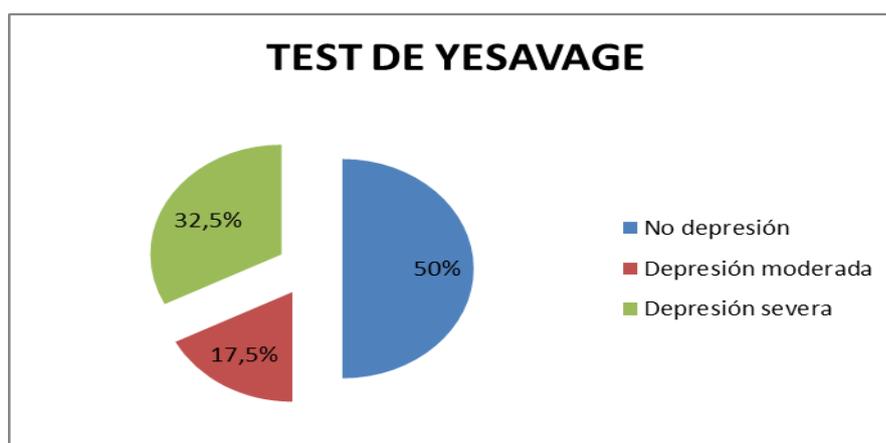
**Tabla N° 1** Escala de depresión geriátrica-test de Yesavage.

TEST DE YESAVAGE.			
N.-	Puntos de Corte del Test de Yesavage.	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
2	No depresión	40	50%
3	Depresión moderada	14	17.5%
4	Depresión severa	26	32.5 %
Población Total		80	100%

**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage., aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 1** Test de Yesavage



**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la puntuación obtenida se evidencia que el 32.5% de los jubilados presentan depresión severa y en un 17.5% de la población se observa que existe depresión moderada.

## **INTERPRETACIÓN**

De los 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, 26 de ellos corresponden al 32.5% presentando depresión severa y 14 participantes que corresponden al 17.5% se observa que existe depresión moderada, el 50% restante de la población no presentan depresión. Indudablemente los grupos de apoyo ofrecen varios beneficios a sus integrantes, entre ellos: mejor autoestima, seguridad, espacio donde exponer sus experiencias, etc. Sin embargo, existen limitaciones dentro de estos grupos, tal como lo menciona el sitio web Breastcancer.org: “Ciertos temas, como los problemas matrimoniales o la depresión, se tratan mejor en sesiones personalizadas con un consejero individual en lugar de hacerlo en un grupo de apoyo”, (Breastcancer.org, 2012).

Según Ortego, López y Álvarez citando a Gracia (1997), indican lo siguiente: “se puede decir que, Estos grupos tienen mucho que ofrecer a sus miembros y pueden tener un impacto beneficioso en la sociedad más amplia donde operan... No obstante, estos grupos no funcionan libres de problemas y sería inapropiado imponer expectativas demasiado altas sobre ellos. Estos grupos no son universalmente disponibles ni constituyen una solución universal. Además, no todo el mundo considera que esa sea la solución apropiada para sus necesidades particulares. Estos grupos deberían considerarse como un complemento a los sistemas sociales y de salud, no como un sustituto”, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

Sin embargo, no existe una literatura amplia que indique de forma adecuada las desventajas de los grupos; la evidencia bibliografía demuestra que los grupos de apoyo ofrece varios beneficios a sus integrantes. Se ha visto necesario posterior a la aplicación del Test diseñar una intervención Psicológica para fortalecer el grupo de apoyo y que de esa manera el grupo sea un complemento perfecto para que los integrantes del mismo tengan una vida plena posterior a su Jubilación.

#### 4. 2. Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-frecuencia de asistencia al grupo.

Tabla N° 2 Frecuencia de asistencia al grupo

FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL GRUPO				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
1	¿Con qué frecuencia UD asiste al grupo?	Diario	74	92%
		Semanal	4	5%
		Mensual	0	0%
		Ocasional	2	3%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 2 Frecuencia de asistencia al grupo



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

De la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo a los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la primera pregunta ¿Con qué frecuencia UD asiste al grupo?, se demuestra que el 92% de los jubilados asisten de forma diaria al grupo de apoyo, mientras que el 5% indica que acuden semanalmente, mientras tanto el 0% asiste de forma mensual, y un 3% señala que asiste al grupo de forma ocasional.

Por tal razón los 80 jubilados que participaron en la aplicación de la encuesta se identifica que 74 asisten de forma consecutiva al grupo de ayuda.

## **INTERPRETACIÓN**

De los resultados obtenidos de la primera pregunta relacionada con la asistencia a los grupos de apoyo, se puede identificar que 74 jubilados, correspondiente al 92% asiste de forma permanente/diaria al grupo.

Teniendo en cuenta el presente porcentaje, el acudir al grupo de apoyo puede ser muy beneficioso ya que brinda a la persona sentimientos de utilidad y autoestima.

Palacín citando a Ana Barrón (1996), indica lo siguiente: los grupos de apoyo son convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante. Suele estar compuesto por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes, (Palacín, 2003).

Al momento de intervenir con las encuestas se pudo observar que los jubilados asistentes de este grupo disfrutaban de las actividades que diariamente se ejecutaban, entre ejercicios y bailo-terapia podían despejar su mente y dejar de lado los problemas que a diario los ofuscan.

## 2 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Es convocado por un profesional.

Tabla N° 3 Convocado por un profesional

ES CONVOCADO POR UN PROFESIONAL				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
2	¿El grupo al que UD asiste es convocado por un profesional?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 3 Convocado por un profesional



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

De la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo a los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la segunda pregunta ¿El grupo al que UD asiste es convocado por un profesional?, se demuestra que el 100% de los jubilados indican que el grupo se encuentra dirigido por un profesional, quien dirige las actividades del grupo.

Por lo cual los 40 jubilados que participaron en la aplicación de la encuesta se identifica que el 100% menciona al profesional que los convoca.

## **INTERPRETACIÓN**

Basado en el análisis, el 100% de los asistentes afirman que el grupo es convocado por un profesional. Ortego, López y Álvarez, mencionan al respecto: “Los grupos de apoyo surgen como una alternativa al sistema de cuidados tradicionales, basados en el modelo profesional de la salud, en el que cuando las personas sufren un problema esperan que la solución al mismo esté a cargo de un agente externo, un profesional que posee los conocimientos adecuados y las estrategias para resolverlo”. Varios autores mantienen la concepción de que los grupos y profesionales no se encuentran relacionados directamente, tal como lo afirma Katz: “Las relaciones entre ambos no son todo lo buenas que podrían ser, debido, entre otras cosas, al poco conocimiento que tienen los profesionales sobre estos grupos, así como a los continuos dilemas y desacuerdos acerca de cómo se tienen que relacionar entre sí”.

La postura al considerar la relación entre los profesionales y los grupos de apoyo debe ser, como afirman Katz (1992): “flexible, abierta, de respeto mutuo, buscando conjuntamente el éxito en la resolución de los problemas. En consecuencia, no hay un patrón único acerca de cuál debe ser la relación entre ambos con el propósito de ayudar a los individuos, familias y comunidades”, (Ortego, López , & Alvarez, 2006)

Al observar al grupo relacionado con el profesional que los dirige se evidencia una buena comunicación en donde ambos demuestran que están trabajando por un mismo fin proporcionando diferentes estrategias para mejorar el desarrollo del grupo de apoyo y fortalecer la seguridad en cada uno de los integrantes.

### 3 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Proporciona un ambiente agradable.

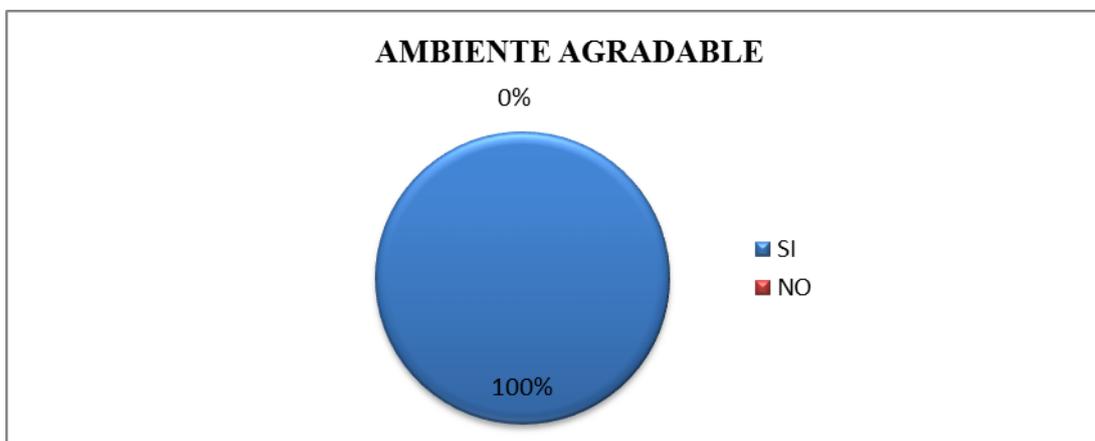
Tabla N° 4 Proporciona un ambiente agradable

PROPORCIONA UN AMBIENTE AGRADABLE				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
3	¿El grupo al que UD asiste le proporciona un ambiente agradable y hospitalario?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 4 Ambiente agradable



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo a los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la tercera pregunta ¿El grupo al que UD asiste le proporciona un ambiente agradable y hospitalario?, se demuestra que el 100% de los jubilados indican que el grupo les provee un ambiente agradable y hospitalario.

Por lo cual los 40 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta se identifica que el 100% menciona sentir un ambiente agradable y hospitalario.

## **INTERPRETACIÓN**

De los resultados obtenidos, el 100% de la población indica que el ambiente que les proporcionan es agradable y hospitalario.

La universidad de Cantabria, al respecto refiere “En el campo de la salud física y mental es donde más han crecido los grupos de apoyo, sobre todo en personas afectadas por enfermedades crónicas y adicciones (Alzheimer, SIDA, cáncer, esquizofrenia, depresiones, etc.). Normalmente, estos grupos están compuestos por los propios afectados o por familiares y cuidadores de éstos”, (Killilea, 1976)

Matzar menciona que: “Los efectos positivos de estos grupos se consiguen a través de experiencias personales profundas, de una empatía sin mediciones, de solidaridad y de apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y propios modelos para afrontar con éxito problemas comunes”, (Killilea, 1976).

El ambiente que proporciona un lugar o sitio es muy importante ya que puede proporcionar a la persona satisfacción o caso contrario un malestar, por ello el ambiente en este tipo de grupos tiene que ser agradable ya que el jubilado debe sentirse aceptado para que desee continuar asistiendo al grupo, creando adherencia a este, y por ende influyendo en la persona y dándole la oportunidad de sentirse activo y capaz, reduciendo a través del contacto con otras personas los síntomas depresivos, al observarlos en el grupo se evidencia que los integrantes llevan a cabo sus actividades con agrado y seguridad, dando así a entender que el ambiente que perciben es agradable y hospitalario.

#### 4 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-frecuencia de asistencia al grupo.

Tabla N° 5 Frecuencia de asistencia al grupo.

IDENTIFICADO CON MIEMBROS DEL GRUPO				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
4	¿Se siente UD identificado de alguna manera con las personas que asisten al grupo?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 5 Identificado con miembros del grupo



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la cuarta pregunta ¿Se siente UD identificado de alguna manera con las personas que asisten al grupo?, se demuestra que el 100% de los jubilados indican que se siente identificado de alguna manera con las personas asistentes al grupo

Por lo cual los 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta se identifica que el 100% menciona sentir identificados con miembros del grupo.

## **INTERPRETACIÓN**

Los 80 jubilados, que corresponden al 100% de la población, indican sentirse identificados de alguna manera con los integrantes del grupo.

Rivera al respecto menciona lo siguiente:

El grupo de apoyo ofrece a cada una de las participantes un sentido de pertenencia, de identidad con las demás personas, así como aceptación por parte de las otras. Así mismo ofrece ese espacio de contención de sentimientos y de confidencialidad que requieren para poner en perspectiva su propia situación, (Rivera, 2003).

En síntesis, un grupo de apoyo sirve para:

- Expresar los sentimientos que provoca la situación vivida y desahogarse.
- No sentirse solas y culpable por los acontecimientos Vividos.
- Aprender de la experiencia propia y de las demás en las mismas circunstancias.
- Solidarizarse con otras personas que han pasado por la misma situación.
- Promover relaciones horizontales, igualitarias entre todos los participantes.
- Respetar la diversidad de formas de pensar y aceptar las diferencias, (Rivera, 2003).

Al asistir al grupo de apoyo conformado por los jubilados de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba, se pudo percibir que cada uno de los participantes dialogan y comparten experiencias evidenciándose así una identificación entre ellos.

**5 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Proporciona asistencia en situaciones conflictivas.**

**Tabla N° 6** Proporciona asistencia en situaciones conflictivas.

<b>PROPORCIONA ASISTENCIA EN SITUACIONES CONFLICTIVAS</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
5	¿El grupo al que UD asiste proporciona apoyo o asistencia ante situaciones conflictivas o amenazantes?	Si	74	92%
		No	6	8%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 6** Asistencia en situaciones conflictivas



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la Quinta pregunta ¿El grupo al que UD asiste proporciona apoyo o asistencia ante situaciones conflictivas o amenazantes?, se demuestra que el 92% de los jubilados indican que el grupo les proporciona apoyo o asistencia en situaciones conflictivas o amenazantes, y un 3% de jubilados señalan que no reciben apoyo de parte del grupo.

Por lo cual 74 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 92% menciona que el grupo le proporciona asistencia en momentos conflictivos.

## **INTERPRETACIÓN**

El 92% de los jubilados, que corresponden a 74 integrantes, indican que el grupo le proporciona apoyo y asistencia ante situaciones conflictivas, en tanto el 3% de los jubilados indica que el grupo no proporciona apoyo en situaciones amenazantes.

A respecto los autores Katz y Bender (1976), indican lo siguiente: Los grupos de apoyo son concebidos como grupos pequeños, formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua cara a conseguir un fin determinado.

Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema y en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Ofrecen nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas, (Killilea, 1976).

Ortego, López, Álvarez, citando a Barrón, indica lo siguiente: “Los grupos no se limitan a dar apoyo a sus miembros, sino que también les ayudan a tratar más eficazmente su situación, o los cambios que provocan en sus vidas los problemas que afrontan. Obviamente el grupo refuerza incluso los más pequeños éxitos y apoya a sus miembros ante los fracasos”, (Ortego, López , & Alvarez, 2006)

Al ser un grupo de apoyo se ha evidenciado a través de la observación que están pendientes de cada uno de sus integrantes en las diferentes problemáticas que se les presenta a diario, es importante rescatar que el grupo proporciona la confianza necesaria a sus integrantes para que los mismos puedan confiar sus situaciones problema y entre todos buscar una posible solución

## 6 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Satisface su necesidad de apoyo.

Tabla N° 7 Satisface su necesidad de apoyo

SATISFACE SU NECESIDAD DE APOYO				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
6	¿El grupo al que UD asiste satisface su necesidad de seguridad, contacto social y apoyo?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 7 Satisface su necesidad apoyo



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la sexta pregunta ¿El grupo al que UD asiste satisface su necesidad de seguridad, contacto social y apoyo?, se demuestra que el 100% de los jubilados indican que el grupo les satisface sus necesidades de seguridad, contacto social y apoyo.

Por lo cual 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 100% menciona que el grupo le satisface su necesidad de seguridad, contacto social y apoyo.

## **INTERPRETACIÓN**

El grupo es parte fundamental para los jubilados ya que, según los datos obtenidos, el 100% de participantes, indica que les proporciona seguridad, contacto social, y apoyo, lo que es fundamental, ya que varios jubilados optan por el aislamiento, lo que puede generar varios problemas, entre esos se encuentra la depresión. Si un grupo no ofrece seguridad y apoyo a sus integrantes, puede que los asistentes no deseen volver a integrar el grupo y lo abandonan, generando problemas de salud, como deterioro de funciones cognitivas, aparición y rápido desarrollo de enfermedades físicas, al igual que emocionales, debido a que el adulto mayor se encuentra sin realizar actividades, es importante mencionar que entre los integrantes del grupo existe una buena comunicación proporcionando la seguridad que ellos necesitan para poder continuar con su diario vivir.

Por lo cual la Dra. María Palacín, citando a Levine Y Perkins, describen lo siguiente: una de las funciones que cumplen este tipo de grupos (de apoyo y ayuda mutua) en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos, (Palacín, 2003), es que proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social, (Palacín, 2003).

**7 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Puede hablar de sus preocupaciones.**

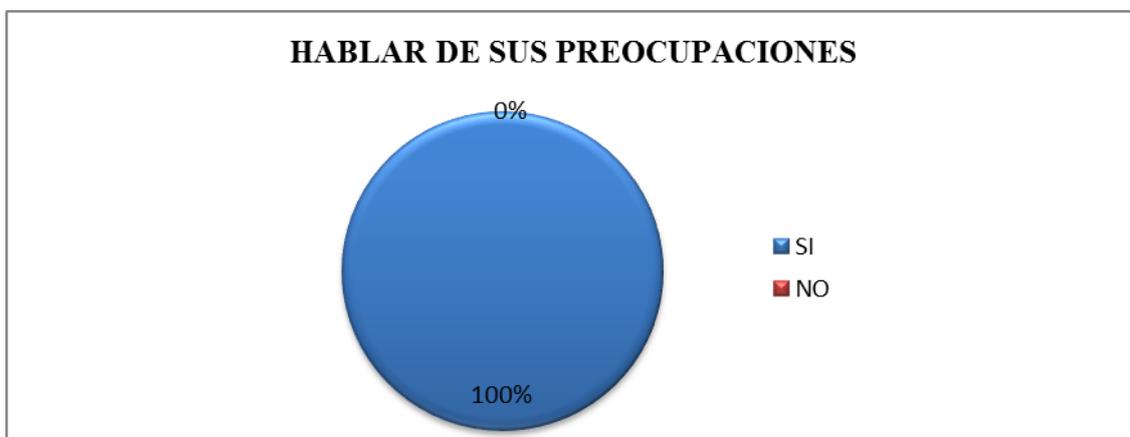
**Tabla N° 8** Puede hablar de sus preocupaciones

<b>PUEDE HABLAR DE SUS PREOCUPACIONES</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
7	¿Con los integrantes del grupo al que UD asiste comparten características similares pudiendo así hablar de sus preocupaciones?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 8** Hablar de sus preocupaciones



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la séptima pregunta ¿Con los integrantes del grupo al que UD asiste comparten características similares pudiendo así hablar de sus preocupaciones?, se demuestra que el 100% de los jubilados indican que el grupo entre asistentes comparten características similares, teniendo así preocupaciones comunes.

Por lo cual 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 100% menciona que el grupo mantienen características iguales por lo pueden compartir sus preocupaciones, ya que son similares.

## **INTERPRETACIÓN**

Para la conformación de un grupo es importante contemplar varios factores, como edad, el tipo, los objetivos a cumplirse, problema a tratar, por ello la existencia de diferentes grupos. Una variante importante es el problema a tratarse dentro de los integrantes, en este caso nos referimos a la depresión, de cómo estos grupos de ayuda contribuyen a la disminuir los síntomas depresivos, por tanto, el 100% de la población indica mantener características iguales que les permite compartir sus preocupaciones.

Palacín, citando a Barrón (1996), indica lo siguiente: “Los grupos, suelen estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal”, (Palacín, 2003).

Así tenemos el concepto de Killilea (1976), entiende por sistemas de apoyo “Los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones”, (Killilea, 1976).

Al aplicar la encuesta a los integrantes del grupo de apoyo se ve esa identificación que existe entre ellos ya que al llenar las preguntas compartían sus experiencias, mostrando confianza en sus compañeros.

**8 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Mantiene buena relación con el grupo.**

**Tabla N° 9** Mantiene buena relación con el grupo.

<b>MANTIENE BUENA RELACIÓN CON EL GRUPO</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
8	¿Mantiene buena relación con los integrantes del grupo al que asiste?	Si	80	100%
		No	0	0%
<b>TOTAL</b>			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 9** Buena relación con el Grupo



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la octava pregunta: ¿Mantiene buena relación con los integrantes del grupo al que asiste?, se constata que el 100% de los jubilados indican que se mantienen buenas relaciones entre los integrantes del grupo.

Los 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 100% menciona que entre los integrantes del grupo se mantienen buenas relaciones sociales.

## **INTERPRETACIÓN**

El 100% de los jubilados indican que mantienen relaciones adecuadas con los integrantes del grupo, por las relaciones sociales, como la buena conducta, son primordiales para que un grupo pueda desarrollarse de forma adecuada, tal como lo mencionan, Ortego, López y Álvarez:

Cuando las relaciones sociales son adecuadas dentro de un grupo se promueve una oportunidad para la autorrevelación, en estos grupos se fomenta que los miembros hablen entre sí de sus problemas, fracasos, preocupaciones, sentimientos, etc. Con ello se consigue reducir los sentimientos de desviación, las autoevaluaciones negativas y las percepciones de fracaso, precisamente por los procesos de comparación social que emergen, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

De igual manera, cuando en un grupo se promueve buenas relaciones sociales, las conductas también son en pro de los participantes, así Palacín, menciona: “Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto, la ayuda es recíproca”, (Palacín, 2003).

Se evidenció una buena relación al momento de aplicar las encuestas debido a que entre ellos se apoyaban leyendo las preguntas, los jubilados con menos edad explicaban a los adultos mayores y así concluyeron la encuesta.

## 9 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Ha mejorado sus relaciones sociales.

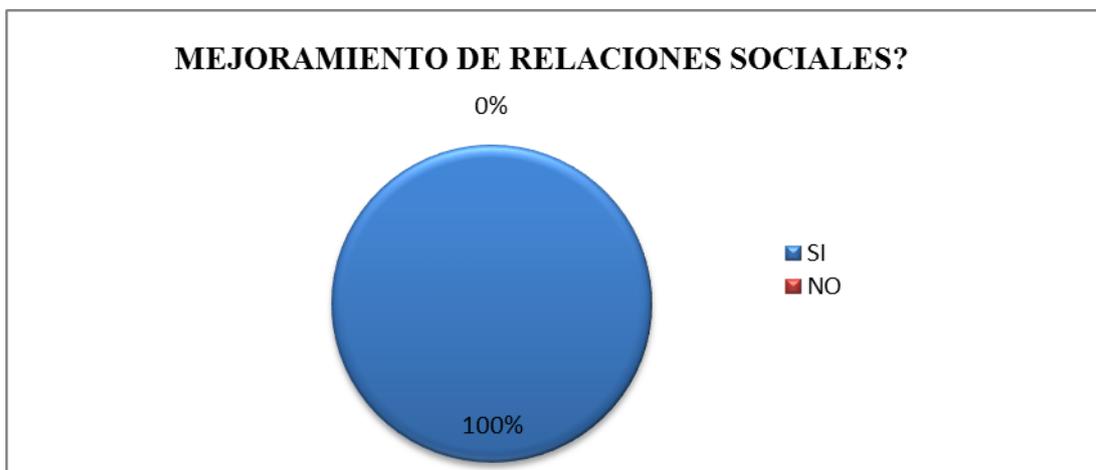
Tabla N° 10 Ha mejorado sus relaciones sociales

MEJORAMIENTO DE RELACIONES SOCIALES				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
9	¿Siente UD que la asistencia al grupo ha mejorado sus relaciones sociales?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

GRÁFICO N° 10 Mejoramiento de relaciones sociales



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la novena pregunta: ¿Siente UD que la asistencia al grupo ha mejorado sus relaciones sociales?, se puede verificar que el 100% de los jubilados indican que sus relaciones sociales, es decir sus interacciones con otras personas, ha mejorado.

De los 80 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 100% menciona que sus relaciones sociales han mejorado con la asistencia al grupo.

## **INTERPRETACIÓN**

Los 80 jubilados, que corresponde al 100% de la población, indican que al asistir al grupo han mejorado sus relaciones sociales.

Como se ha mencionado anteriormente, de varios autores, la asistencia a un grupo no sólo provee de sentimientos de utilidad al realizar actividades, autoestima, seguridad, también proveen la oportunidad de socializar con los pares, compartir experiencia y problemas comunes entre los integrantes, dando como resultado la disminución de síntomas depresivos, debemos tener en cuenta que los adultos mayores suelen aislarse ya que el socializar suele ser menos recurrente en esta edad.

Por lo cual Ortego, López y Álvarez, citando a Barrón, mencionan lo siguiente: Los grupos aportan una red de relaciones sociales que muchas veces son difíciles de conseguir de otra forma para los miembros del grupo, puesto que tienen algún problema o están atravesando alguna crisis vital que puede no ser fácilmente comprendida por aquellas personas que no han pasado por esa experiencia. Al compartir los miembros del grupo sus preocupaciones, experiencias y sentimientos se suele desarrollar una fuerte solidaridad grupal. De esta forma se crean nuevas redes de apoyo. Los miembros del grupo intercambian entre sí distintos tipos de apoyo, no sólo en encuentros de grupo sino también mediante llamadas telefónicas, visitas, etc. (Ortego, López, & Alvarez, 2006).

Al dialogar con los integrantes del grupo de apoyo menciona que desde que son parte de este han logrado fortalecer su seguridad ante la sociedad, ya que desde que se jubilaron perdieron la confianza en sí mismos, haciéndose difícil la comunicación con otras personas.

## 11 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Las actividades son de su agrado.

**Tabla N° 11** Las actividades son de su agrado.

ACTIVIDADES DE AGRADO				
N.-	Pregunta.	Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
10	¿Las actividades programadas por el grupo son de su agrado?	Si	70	87%
		No	10	13%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 11** Actividades de agrado



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décima pregunta: ¿Las actividades programadas por el grupo son de su agrado?, se puede verificar que el 87% de los jubilados indican que las actividades realizadas en el grupo son de agrado, mientras que el 13% de integrantes señala que las actividades ejecutadas a veces son agradables.

De la población total, 70 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 87% menciona que, las actividades realizadas en el grupo son agradables, y 10 integrantes que equivale al 13%, a veces les agrada las actividades que se ejecutan.

## **INTERPRETACIÓN**

El 87% de los jubilados indica que son de su agrado las actividades que se realizan en el grupo, mientras que el 13% menciona que las actividades no son de su agrado, en los grupos se realizan varias actividades: debates, bailoterapia, viajes recreativos, etc. Se suele utilizar técnicas psicológicas para mejorar el ambiente, adherencia y los síntomas de los participantes, y se los combina con actividades recreativas, para crear un ambiente agradable para los que asisten. Para que un Grupo de Ayuda funcione, más allá de su constitución, del establecimiento de sus objetivos y del consenso de sus reglas, hay que hacer que las personas conecten como grupo. Por lo tanto, se requiere que las dinámicas de las interacciones sean adecuadas y enriquecedoras para todas las personas participantes, (Sampietro & Carbonell, 2008).

Haciendo énfasis en la importancia de las actividades que debe realizar un adulto mayor posterior a la jubilación mencionaremos la siguiente investigación: Patiño, refiere, “con el fin de determinar la frecuencia de depresión, se halló un 6% prevalente entre los jubilados, que no desempeñan actividades laborales posteriores a la jubilación, no practican ejercicio físico y no participan de actividades recreativas, académicas o culturales”, (Patiño & Alonso, 2006).

Cada uno de los integrantes mencionaron que llevan a cabo con agrado las actividades que son programadas por el grupo de apoyo debido a que salen de la rutina y al mismo tiempo les proporciona bienestar.

**11 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Afronta saludablemente su jubilación.**

**Tabla N° 12** Afronta saludablemente su jubilación

<b>AFRONTA SALUDABLEMENTE LA JUBILACIÓN</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
11	¿UD siente que el grupo le ayudó a afrontar de manera saludable su jubilación?	Si	78	97%
		No	2	3%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 12** Afronta saludablemente la jubilación



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décimo primera pregunta: ¿UD siente que el grupo le ayudó a afrontar de manera saludable su jubilación?, se evidencia que el 97% de los jubilados indican que el grupo contribuyó a afrontar de forma saludable su jubilación, mientras que el 3%, señala que el grupo no ha contribuido a afrontar su jubilación de forma saludable.

## **INTERPRETACIÓN**

De la población total, 78 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 97% menciona que, el grupo ayudó de forma saludable a afrontar su jubilación, y 2 integrantes que equivale al 3%, señal que el grupo no ha contribuido a afrontar su jubilación de forma saludable.

Los grupos se forman para brindar apoyo a sus integrantes frente a una situación catastrófica o conflictiva, siendo una de esas circunstancias la jubilación, debido a que en esta etapa la persona debe dejar de realizar actividades laborales, ingresando a un nuevo estilo de vida, que en muchos casos no se encuentra preparado, creando síntomas depresivos, ya que no sabe afrontar esta nueva etapa de vida.

Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas, (Palacín, 2003).

Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social, (Palacín, 2003).

Los Jubilados mencionan que el haber acudido al grupo de apoyo ha sido de gran importancia para poder enfrentar la jubilación, ya que les han proporcionados las herramientas necesarias para sobrellevar este proceso de la mejor manera.

**12 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Proporciona ayuda en situaciones que no favorecen su bienestar.**

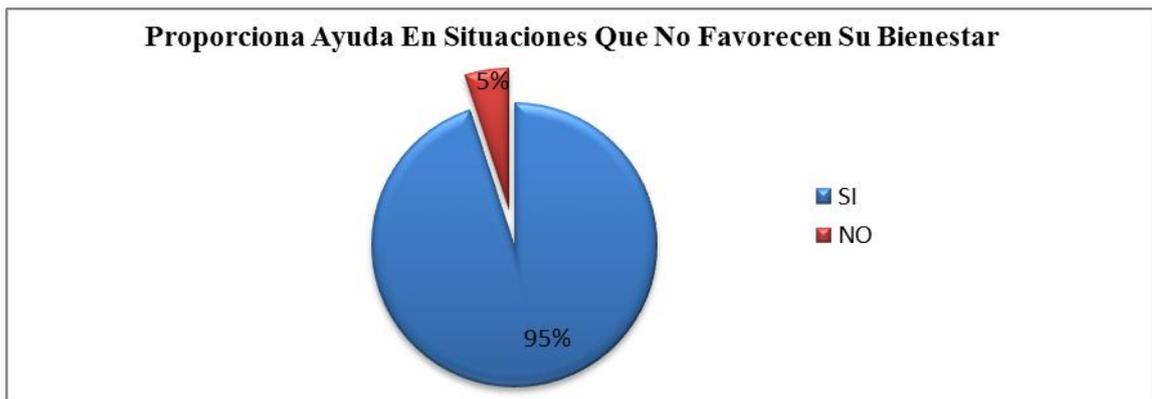
**Tabla N° 13** Proporciona ayuda en situaciones que no favorecen su bienestar.

<b>PROPORCIONA AYUDA EN SITUACIONES QUE NO FAVORECEN SU BIENESTAR</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
12	¿Siente UD que al asistir al grupo los integrantes de este, le proporcionan ayuda para enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar?	Si	76	95%
		No	4	5%
<b>TOTAL</b>			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 13** Proporciona ayuda en situaciones que no favorecen su bienestar



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décimo segunda pregunta: ¿Siente UD que al asistir al grupo los integrantes de este, le proporcionan ayuda para enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar?, se evidencia que el 95% de los jubilados indican que el grupo proporciona ayuda para enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar, mientras que el 5%, señala que el grupo no ha ayudado para enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar.

## **INTERPRETACIÓN**

De la población total, 76 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 95% menciona que el grupo ayudó enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar, y 4 integrantes que equivale al 5%, señalan que el grupo no ha contribuido a afrontar sus situaciones que no favorecen su bienestar.

Ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento para enfrentarse a los distintos retos que plantean el problema o la crisis. Los grupos no se limitan a dar apoyo a sus miembros, sino que también les ayudan a tratar más eficazmente su situación, o los cambios que provocan en sus vidas los problemas que afrontan. Se trata de un proceso dinámico, que implica tanto aprender cómo enseñar, y las personas que participan en tales intercambios desarrollan habilidades que antes no poseían.

Aprenden, entre otras cosas, a reconocer su capacidad de ayudarse a sí mismos y a los demás. Además de compartir experiencias, comparten también las técnicas de solución de problemas, fomentándose en el grupo que los sujetos lleven a cabo a la práctica lo que han aprendido en el contexto grupal.

Por lo tanto, cada miembro del grupo tiene a su disposición nuevos mecanismos de solución de los problemas que a lo mejor previamente no poseía en su repertorio conductual. Por otra parte, el contexto grupal es idóneo para estimular y potenciar nuevas soluciones. Obviamente el grupo refuerza incluso los más pequeños éxitos y apoya a sus miembros ante los fracasos, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

Al momento de ejecutar la aplicación de las encuestas se evidencia que el grupo proporciona varias alternativas para que sus integrantes puedan enfrentar las múltiples

situaciones que se les presentan, ya que cuentan con diferentes profesionales entre ellos, los mismos que desde cada uno de sus criterios emiten sugerencias para que puedan sobrellevar el inconveniente.

**13 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Brinda información sobre conflictos.**

**Tabla N° 14** Brinda información sobre conflictos

<b>BRINDA INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTOS</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
13	¿Siente que el grupo le brinda información y orientación con respecto a los conflictos?	Vida Diaria	22	27%
		Familiar	4	5%
		Social	14	18%
		Salud	40	50%
<b>TOTAL</b>			<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 14** Brinda información sobre conflictos



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Varios usuarios en este apartado seleccionaron más de una respuesta, sin embargo, se ha procedido a seleccionar la respuesta más concurrente entre los participantes, reduciendo a 80 respuestas. De la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décimo tercera pregunta: ¿Siente que el grupo le brinda información y orientación con respecto a los conflictos?, se evidencia que el 50% de los jubilados indican que en el grupo reciben información acerca de temas relacionados con salud, el 27 % menciona que recibe información de la vida diaria, el 18% señala que recibe información Social, y el 5% indica que la información recibida es concerniente a la familia. 40 jubilados participantes, correspondiente al 50% menciona que reciben información de salud, 22 integrantes que corresponde al 27% señalan que reciben información de la vida diaria, 14 jubilados correspondiente al 18% indican que reciben información social, y 4 jubilados que representan el 5% menciona que reciben información acerca de la familia.

## **INTERPRETACIÓN**

La función del grupo depende de los objetivos que se plantearon conseguir, es decir, que un grupo puede ser primordialmente informativo, de catarsis, o de resolución de problemas, etc. Sin embargo, un factor importante es que en un grupo se aprende información que contribuye (a la salud, mental, física, a la familia, al trabajo, etc.) a los participantes. En los grupos de ayuda se puede apreciar que una de sus características es proveer de información adecuada acerca del problema principal del grupo. Ortego, López y Álvarez, citando a Barrón, mencionan:

Facilitan la adquisición de información y conocimientos. Estos grupos son una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su propia situación.

Una buena información conduce a reconocer síntomas, las propias necesidades y reacciones y a responder mejor ante ellos, reduce la ansiedad y el miedo asociado al desconocimiento y facilita la recuperación, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

Los integrantes del grupo manifiestan que reciben información adecuada en los diferentes aspectos, como son, vida diaria, familia, social y salud, existen profesionales quienes son los encargados de cada cierto tiempo brindarles charlas en relación a los

diferentes ámbitos. En su mayoría el grupo menciona que reciben información sobre lo que es salud, lo cual demuestra que están en muy buena comunicación con los profesionales a ese ámbito.

**14 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Ha reducido sensaciones de inutilidad.**

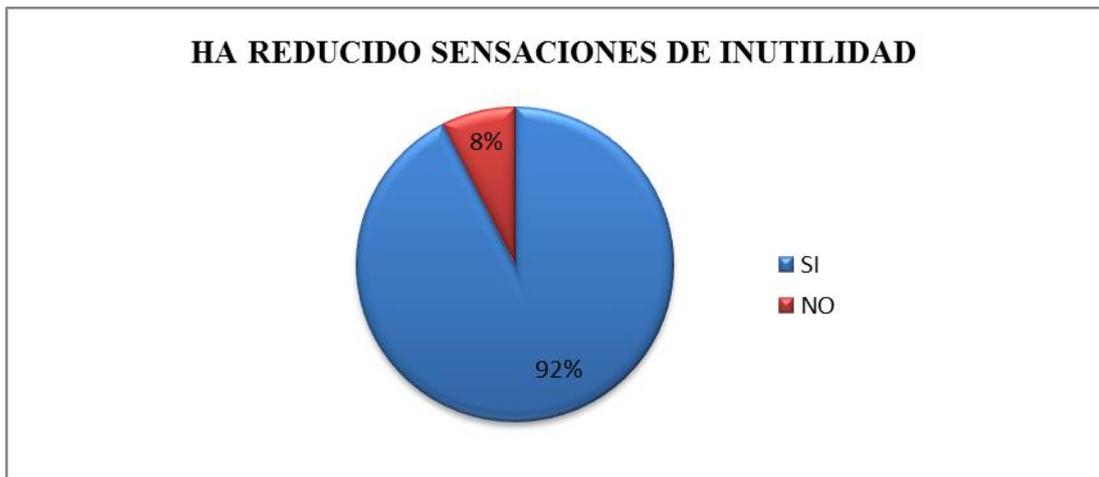
**Tabla N° 15** Ha reducido sensaciones de inutilidad.

<b>HA REDUCIDO SENSACIONES DE INUTILIDAD</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
14	¿El grupo le ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad?	Si	74	92%
		No	6	8%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 15** Ha reducido sensaciones de inutilidad



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décimo segunda pregunta: ¿El grupo le ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad?, se evidencia que el 92% de los jubilados indican que el grupo ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad, el 8%, señala que el grupo no ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad

De la población total, 74 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 92% menciona que el grupo ayudó a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad, y 6 integrantes que equivale al 8%, señalan que el grupo no ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad

## **INTERPRETACIÓN**

92% de los encuetados indican que el grupo ha contribuido a disminuir pensamientos o sensaciones de inutilidad, el 8% manifiestan que el grupo no contribuyen en la disminución de sensaciones de inutilidad

El contacto social es primordial para que el ser humano interactúe, aprenda y comparta, por lo tanto, una red de apoyo adecuada para un adulto mayor proporciona sentimientos de bienestar, una reducción de pensamientos o sensaciones de inutilidad.

Aguilar y Ávila en la investigación denominada: "La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor", mencionan:

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo, como se muestra en el estudio comunitario de Chi. Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor (como el decidir dejar de conducir), (Aguilar & Avila, 2007)

Palacín citando a Barrón (1993), indica que:

Socio-afectivamente, estos grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico y permiten al individuo hacer una mejor valoración de su propia situación, gracias a lo que ofrecen: recursos de afrontamiento y de paliar emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumento de la autoestima y del estado de ánimo positivo, y permiten una oportunidad de interacción social regularizada y de recibir feedback de los demás miembros, lo que será útil para identificar síntomas y actuar con rapidez ante cualquier desajuste, (Palacín, 2003).

Los Jubilados mencionan que la asistencia al Grupo de Apoyo ha mejorado su desenvolvimiento en varios aspectos de su vida, entre uno de ellos están los sentimientos de inutilidad que le provocó la jubilación al enfrentarse a una vida desvinculada del trabajo, si bien es cierto que no en su totalidad se sienten identificados con la ayuda que les ha dado el grupo, se puede ver que en su mayoría sienten el gran aporte que ha generado el asistir al Grupo de Apoyo.

### 15 Encuesta para evaluar los grupos de apoyo-Ha mejorado su calidad de vida.

**Tabla N° 16** Ha mejorado su calidad de vida

<b>HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA</b>				
<b>N.-</b>	<b>Pregunta.</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Porcentual</b>
15	¿Cree UD que asistir al grupo, ha mejorado su calidad de vida?	Si	80	100%
		No	0	0%
TOTAL			80	100%

**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 80 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRÁFICO N° 16** Ha mejorado su calidad de vida



**Fuente:** Encuesta Para Evaluar los Grupos de Apoyo, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Después de la aplicación de la Encuesta para Evaluar los Grupos de Apoyo de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, con relación a la décimo quinta pregunta: ¿Cree UD que asistir al grupo, ha mejorado su calidad de vida?, se evidencia que el 100% de los jubilados indican que el asistir al grupo ha mejorado su calidad de vida.

## **INTERPRETACIÓN**

Los 40 jubilados participantes en la aplicación de la encuesta, correspondiente al 100% menciona que la asistencia al grupo contribuye a mejorar su calidad de vida.

Facilitan una oportunidad para la autorrevelación. Como se acaba de decir, en estos grupos se fomenta que los miembros hablen entre sí de sus problemas, fracasos, preocupaciones, sentimientos, etc. Con ello se consigue reducir los sentimientos de desviación, las autoevaluaciones negativas y las percepciones de fracaso, precisamente por los procesos de comparación social que emergen. En consecuencia, disminuyen también los sentimientos de malestar. Lo que era percibido como un problema personal pasa a ser considerado como experiencia social. Los miembros del grupo se dan cuenta de que sus reacciones son normales, compartidas por las demás personas que sufren su misma situación. De esta forma, emergen nuevas creencias y actitudes sobre sí mismos y sobre sus problemas, creencias y actitudes que pasan a ser menos amenazantes y más positivas, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

Según Spiegel son: “Una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social, y dirigida, por tanto, básicamente a grupos de riesgo, aunque también se ha usado grupos de apoyo en prevención primaria. Frente a la filosofía tradicional, los grupos de apoyo están en consonancia con el modelo de competencia, que reconoce la capacidad de las personas para afrontar y solucionar los problemas que experimentan en sus vidas, asumiendo la responsabilidad y control sobre ellas”, (Killilea, 1976).

Al observar a la población de Jubilados se pudo evidenciar que realmente el Grupo ha mejorado su calidad de vida proporcionando a cada uno de los integrantes una independencia plena llena de seguridad para poder desenvolverse ante una sociedad que puede discriminarlos por ser en su mayoría Jubilados de la tercera edad.

**4.3 Análisis e interpretación de resultados de la escala de depresión geriátrica-test de Yesavage de la Población que presenta depresión.**

**Resultados del pre-test para determinar el nivel de depresión**

**TABLA N° 17**

<b>n</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>
1	22	Depresión Severa
2	20	Depresión Severa
3	22	Depresión Severa
4	22	Depresión Severa
5	21	Depresión Severa
6	22	Depresión Severa
7	17	Depresión Moderada
8	22	Depresión Severa
9	25	Depresión Severa
10	28	Depresión Severa
11	18	Depresión Moderada
12	22	Depresión Severa
13	22	Depresión Severa
14	14	Depresión Moderada
15	27	Depresión Severa
16	24	Depresión Severa
17	16	Depresión Moderada
18	22	Depresión Severa
19	11	Depresión Moderada
20	23	Depresión Severa
21	22	Depresión Severa
22	26	Depresión Severa
23	20	Depresión Severa
24	17	Depresión Moderada
25	30	Depresión Severa
26	10	Depresión Moderada
27	19	Depresión Moderada
28	20	Depresión Severa
29	23	Depresión Severa
30	25	Depresión Severa
31	11	Depresión Moderada
32	11	Depresión Moderada
33	28	Depresión Severa
34	11	Depresión Moderada
35	26	Depresión Severa
36	21	Depresión Severa
37	17	Depresión Moderada

38	14	Depresión Moderada
39	20	Depresión Severa
40	11	Depresión Moderada
<b>m</b>	<b>20,05</b>	<b>DEPRESIÓN SEVERA</b>

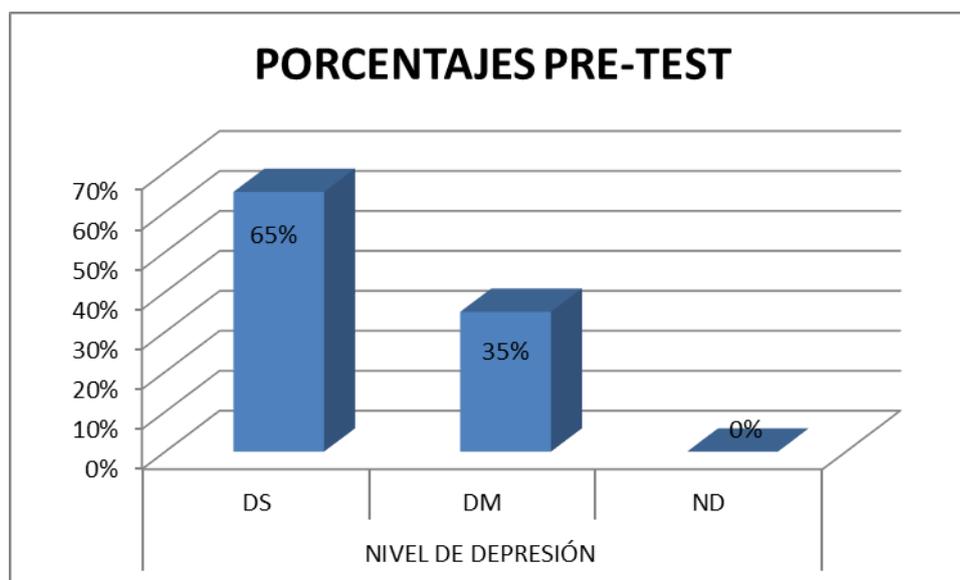
**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

La media grupal presenta una puntuación de 20.5 que determina que el nivel de depresión del grupo es: DEPRESIÓN SEVERA (Rango: 20 – 30).

**Porcentajes de los niveles de depresión en relación al 100% (n: 40) después de la aplicación de PRE-TEST antes de la intervención.**

**GRAFICO N° 17**



**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación del Pre-Test de la Escala de Depresión Geriátrica -test de Yesavage de los Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, cabe indicar que la población que se toma en cuenta es de 40 personas que presentan un nivel de depresión severa y moderada, por lo que será el 100% de la muestra ya, que son los jubilados que sufren de depresión, siendo de esta manera que el 65% presentan

depresión severa y el restante de la muestra es decir 35% se evidencia que posee depresión moderada.

### **INTERPRETACIÓN**

Una vez aplicado el Test de Yesavage a la muestra del grupo de Apoyo de del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, según la puntuación arrojada se evidencia que 14 jubilados presentan depresión moderada, en cambio los 26 jubilados restantes poseen depresión severa, para lo cual las debilidades del grupo se pueden convertir en fortalezas para ayuda grupal; es por esto que se planteó una propuesta terapéutica enfocada a la modificación de los niveles de depresión.

### **Resultados del post-test (posterior a la aplicación de la propuesta) para determinar el nivel de depresión**

**TABLA N° 18**

<b>n</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>
1	21	Depresión Severa
2	19	Depresión Moderada
3	22	Depresión Severa
4	20	Depresión Severa
5	19	Depresión Moderada
6	22	Depresión Severa
7	19	Depresión Moderada
8	22	Depresión Severa
9	24	Depresión Severa
10	28	Depresión Severa
11	17	Depresión Moderada
12	20	Depresión Severa
13	22	Depresión Severa
14	14	Depresión Moderada
15	25	Depresión Severa
16	15	Depresión Moderada
17	14	Depresión Moderada
18	22	Depresión Severa
19	8	No Depresión
20	23	Depresión Severa
21	22	Depresión Severa
22	26	Depresión Severa
23	18	Depresión Moderada
24	16	Depresión Moderada

25	21	Depresión Severa
26	8	No Depresión
27	21	Depresión Severa
28	20	Depresión Severa
29	23	Depresión Severa
30	24	Depresión Severa
31	8	No Depresión
32	8	No Depresión
33	28	Depresión Severa
34	6	No Depresión
35	26	Depresión Severa
36	18	Depresión Severa
37	17	Depresión Moderada
38	12	Depresión Moderada
39	17	Depresión Moderada
40	9	No Depresión
<b>m</b>	<b>18,6</b>	<b>DEPRESIÓN MODERA</b>

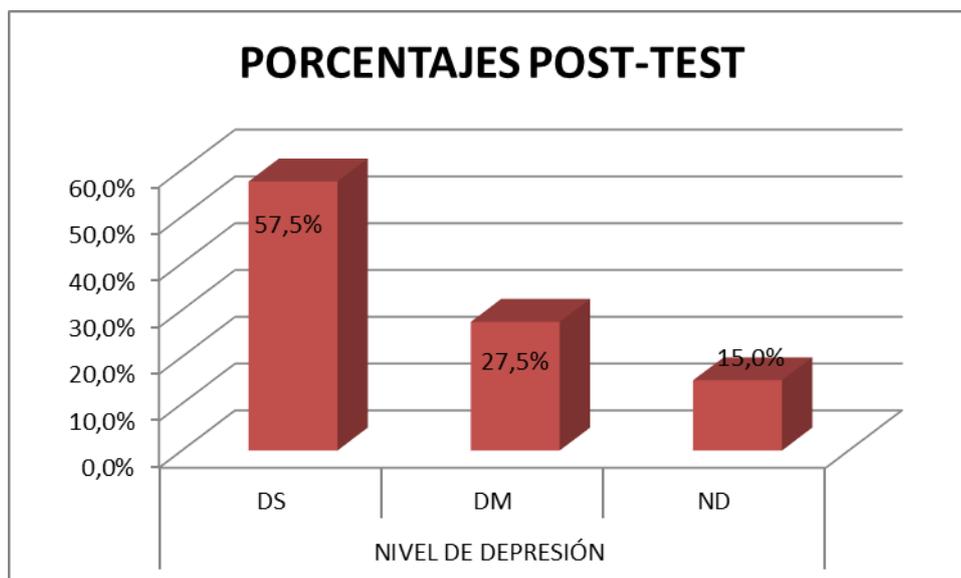
**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

La media grupal presenta una puntuación de 18,6 que determina que el nivel de depresión del grupo es: DEPRESIÓN MODERADA (Rango: 10 – 19).

**Porcentajes de los niveles de depresión en relación al 100% (n: 40) después de la aplicación de POST-TEST después de la intervención.**

**GRAFICO N° 18**



**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

### **ANÁLISIS**

Posterior a la aplicación de la propuesta terapéutica planteada por el grupo investigador se aplica un post-test con el mismo instrumento que se realizó en el primer análisis en donde se determina que el 57.5% de la población presenta depresión severa; el 27.5% posee depresión moderado, así también el restante de la población de muestra el 15% no presenta depresión.

### **INTERPRETACIÓN**

Al aplicar nuevamente el instrumento de evaluación que fue puesto en práctica al inicio de la presente investigación y relacionar ambos resultados se obtiene que 23 personas presentan depresión severa, 11 personas depresión moderada y 6 personas no poseen depresión; evidenciando de esta manera que la propuesta establecida modifica los niveles de depresión en los jubilados del Grupo de Apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

Del grupo que presento depresión severa (26 personas) después de la intervención 21 personas permanecieron con este nivel de depresión y 5 modificaron a un nivel de depresión moderado. (Tabla y gráfico a continuación).

**TABLA N° 19**

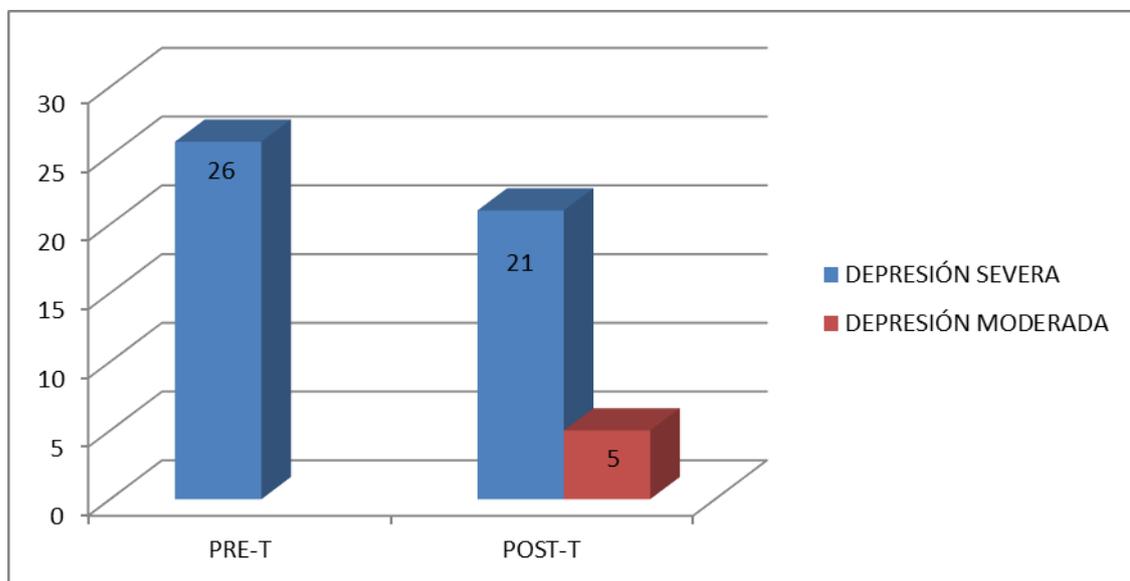
<b>n</b>	<b>PRE-T</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>POST-T</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>
1	22	DS	21	DS
2	20	DS	19	DM
3	22	DS	22	DS
4	22	DS	20	DS
5	21	DS	19	DM
6	22	DS	22	DS
7	22	DS	22	DS
8	25	DS	24	DS
9	28	DS	28	DS
10	22	DS	20	DS
11	22	DS	22	DS
12	27	DS	25	DS

13	24	DS	15	DS
14	22	DS	22	DS
15	23	DS	23	DS
16	22	DS	22	DS
17	26	DS	26	DS
18	20	DS	18	DM
19	30	DS	21	DS
20	20	DS	20	DS
21	23	DS	23	DS
22	25	DS	24	DS
23	28	DS	28	DS
24	26	DS	26	DS
25	21	DS	18	DM
26	20	DS	17	DM

**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRAFICO N° 19**



**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

Del grupo que presento depresión moderada (14 personas) después de la intervención 8 personas permanecieron con este nivel de depresión y 6 modificaron a un nivel de no depresión. (Tabla y gráfico a continuación).

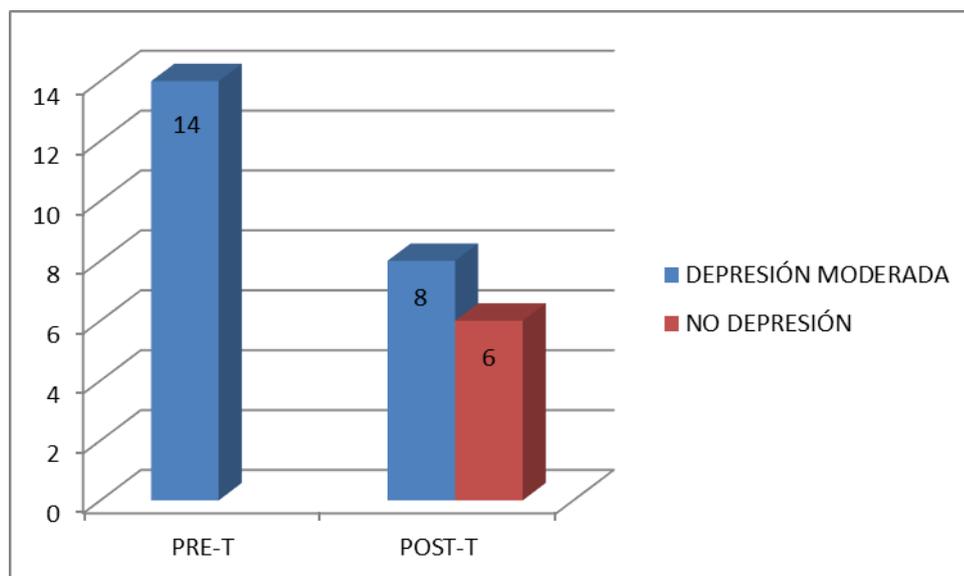
**TABLA N° 20**

n	PRE-T	NIVEL DE DEPRESIÓN	POST-T	NIVEL DE DEPRESIÓN
1	17	DM	19	DM
2	18	DM	17	DM
3	14	DM	14	DM
4	16	DM	14	DM
5	11	DM	8	ND
6	17	DM	16	DM
7	10	DM	8	ND
8	19	DM	21	DM
9	11	DM	8	ND
10	11	DM	8	ND
11	11	DM	6	ND
12	17	DM	17	DM
13	14	DM	12	DM
14	11	DM	9	ND

**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

**GRAFICO N° 20**

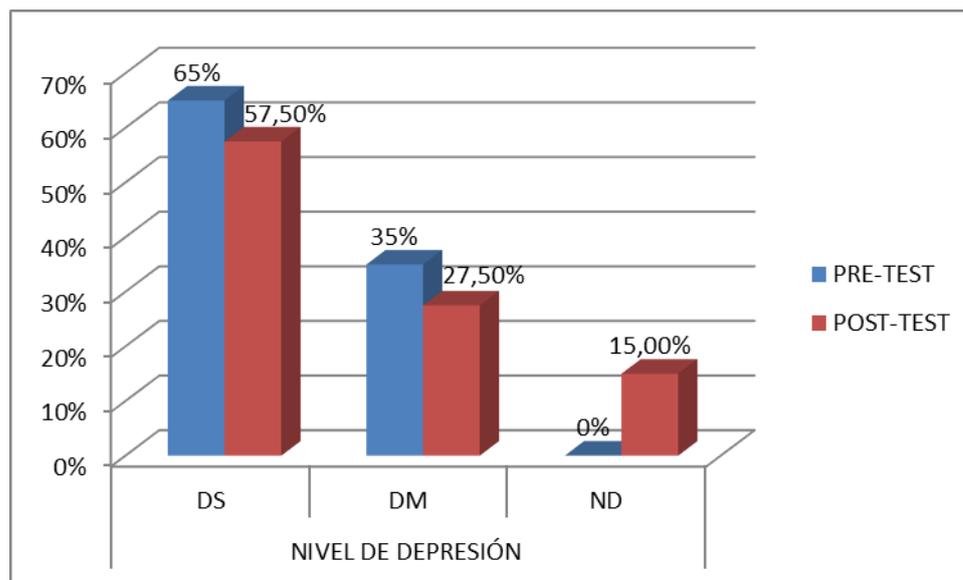


**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

## COMPARACIÓN ENTRE LOS PERIODOS PRE-TEST Y POST-TEST UNA VEZ APLICADA LA INTERVENCIÓN.

**GRAFICO N° 21**



**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

En el gráfico se puede observar los siguientes resultados:

### ANALISIS

**Nivel de Depresión Severa:** en el PRE-TEST un 65% (26 personas) presentaron este nivel, luego de la intervención el porcentaje bajo a un 57,5% (23 personas).

**Nivel de Depresión Moderada:** en el PRE-TEST un 35% (14 personas) presentaron este nivel, luego de la intervención el porcentaje bajo a un 27,5% (11 personas).

**Nivel de No Depresión:** en el PRE-TEST un 0% (0 personas) presentaron este nivel, luego de la intervención el porcentaje aumento a un 15% (6 personas).

## INTERPRETACIÓN

Al aplicar el pre-test y el post-test siendo estos los mismos se logra apreciar que el 7.5% es decir 3 personas modifican sus niveles de depresión pasando de depresión severa a depresión moderada; de igual manera aplicando los instrumentos anteriormente mencionados se evidencia que 6 personas es decir el 15% modifican su depresión moderada a no depresión.

### 4.4 Análisis estadístico utilizando el criterio t-students para grupos relacionados.

TABLA N° 21

n	PRE-TEST	NIVEL DE DEPRESIÓN	POST-TEST	NIVEL DE DEPRESIÓN
1	22	DS	21	DS
2	20	DS	19	DM
3	22	DS	22	DS
4	22	DS	20	DS
5	21	DS	19	DM
6	22	DS	22	DS
7	17	DM	19	DM
8	22	DS	22	DS
9	25	DS	24	DS
10	28	DS	28	DS
11	18	DM	17	DM
12	22	DS	20	DS
13	22	DS	22	DS
14	14	DM	14	DS
15	27	DS	25	DS
16	24	DS	15	DS
17	16	DM	14	DM
18	22	DS	22	DS
19	11	DM	8	ND
20	23	DS	23	DS
21	22	DS	22	DS
22	26	DS	26	DS
23	20	DS	18	DM
24	17	DM	16	DM
25	30	DS	21	DS
26	10	DM	8	ND
27	19	DM	21	DS
28	20	DS	20	DS
29	23	DS	23	DS
30	25	DS	24	DS

31	11	DM	8	ND
32	11	DM	8	ND
33	28	DS	28	DS
34	11	DM	6	ND
35	26	DS	26	DS
36	21	DS	18	DM
37	17	DM	17	DM
38	14	DM	12	DM
39	20	DS	17	DM
40	11	DM	9	ND
<b><math>P \leq 0,001</math> - 0,000110652</b>				

**Fuente:** Escala de Depresión Geriátrica-test de Yesavage, aplicado a 40 Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social utilizando el criterio t-students para grupos relacionados.

**Autores:** Daniel Endara y Daniela Ruiz.

### ANALISIS

Después del análisis estadístico se determinó que la interrelación entre los resultados que arrojó el PRE-TEST y el POST-TEST se encuentran en un nivel  $P \leq 0,001$  que establece que los resultados alcanzados en la investigación son altamente significativos.

### INTERPRETACIÓN

Al aplicar el método estadístico T-Student se logra comprobar que al ejecutar la evaluación del test de Yesavage, con la interpretación de estos resultados y al plantear la propuesta al Grupo de Apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba y comprobar mediante el mismo instrumento de evaluación (test de Yesavage), se proyecta como resultado la modificación de los niveles depresivos llegando incluso a la superación de un porcentaje altamente significativo para la investigación planteada.

## COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Posterior a la aplicación, tabulación y análisis de los resultados de la encuesta y test de Yesavage, dirigida a 80 jubilados de los cuales resultó que 40 jubilados presentan depresión severa y moderada, y 40 jubilados no presentan depresión, cumpliéndose la hipótesis planteada ya que todos asisten al mismo grupo, es así que el 91% de integrantes indica que el grupo de ayuda contribuye de forma positiva en la disminución de síntomas depresivos, ofreciendo a los asistentes: Apoyo, ambiente agradable, asistencia en situaciones conflictivas, mejorando sus relaciones sociales, contribuyendo al afrontamiento de la jubilación, reduciendo sentimientos de inutilidad, pudiendo compartir sus preocupaciones, al tiempo que es convocado y dirigido el grupo por un profesional (trabajadora social), en cuanto se refiere al test de Yesavage el 32.5% de jubilados presentan una depresión severa, mientras que el 17.5% presenta depresión moderada.

Se ha evidenciado mediante la aplicación del post-test que posterior a la propuesta terapéutica diseñada para la población que presenta depresión y en base a los resultados obtenidos del pre-test, el grupo de jubilados ha presentado cambios con respecto a sus niveles de depresión, tenemos que actualmente se presentan 57,5 % de personas con depresión severa, un 27,5% con depresión moderada y se logró que un 15% de personas no presenten depresión:

Los Grupos de apoyo ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento para enfrentarse a los distintos retos que plantean el problema o la crisis. Los grupos no se limitan a dar apoyo a sus miembros, sino que también les ayudan a tratar más eficazmente su situación, o los cambios que provocan en sus vidas los problemas que afrontan. Se trata de un proceso dinámico, que implica tanto aprender cómo enseñar, y las personas que participan en tales intercambios desarrollan habilidades que antes no poseían. Aprenden, entre otras cosas, a reconocer su capacidad de ayudarse a sí mismos y a los demás. Además de compartir experiencias, comparten también las técnicas de solución de problemas, fomentándose en el grupo que los sujetos lleven a cabo a la práctica lo que han aprendido en el contexto grupal. Por lo tanto, el hecho de ayudar a los demás, también parece tener un efecto beneficioso sobre el bienestar, la autoestima, los sentimientos de autovalía y autoeficacia. Actuar en el rol de donante de la ayuda provoca que sea más fácil recibir ayuda posteriormente, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos se menciona las siguientes conclusiones:

- Una vez aplicados y analizados los datos de la encuesta y test de Yesavage, a los 40 jubilados, se evidencia que existe una influencia del 91% de los grupos de apoyo en la depresión de los jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba. Para determinar la existencia de depresión de los jubilados se empleó el test de Yesavage, mismo que indica la existencia de depresión severa en un 65%, y en un 35% de la población se observa una depresión moderada.
- Al realizar la tabulación e interpretación de los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada a 80 jubilados, se ha obtenido: en cuanto a la asistencia al grupo un 92% asiste diariamente y un 5% semanalmente; Si el grupo es convocado por un profesional el 100% responde afirmativamente, haciendo referencia a una trabajadora social; el 100% indica que el grupo ofrece un ambiente agradable; el 100% indica sentirse identificado de alguna forma con los asistentes; en referencia a si el grupo proporciona asistencia en situaciones conflictivas el 92% indica SÍ, en tanto el 8% responde de forma negativa; el 100% señala que el grupo satisface necesidades de seguridad y apoyo; de igual forma el 100% indica que comparte características similares con los demás que les permite hablar de sus preocupaciones; el 100% menciona que mantiene buenas relaciones; de igual forma el 100% indica que la asistencia al grupo ha mejorado sus relaciones sociales; el 87% refiere que las actividades programadas en el grupos son de su agrado, en tanto el 13% indica que no es de su grado; en el afrontamiento de la jubilación el 97% indica que el grupo le ha ayudado, y el 3% indica que no; el 95% indica que el grupo contribuye a enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar, el 5% responde negativamente; el 50% indica que la información compartida en el grupo hace referencia a salud el 27% a vida diaria; el 92% indica que el grupo le ha

contribuido a reducir sensaciones de inutilidad, el 8% indica que NO; el 100% manifiesta que la asistencia al grupo ha mejorado su calidad de vida.

- El diseño terapéutico que se implementó tiene como objetivo principal el fortalecimiento del Grupo de Apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba y a la modificación de los niveles depresivos, el desarrollo de técnicas se encuentra enfocado en las necesidades que presenta el grupo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores al igual que contribuir a la adaptación de la jubilación, mediante la aplicación de la propuesta, se pudo evidenciar por medio de la aplicación del pos –test que los síntomas depresivos disminuyeron, viéndose que, de 26 personas que presentaban depresión severa actualmente tres pasaron a depresión moderada, 14 personas presentaban depresión moderada y posterior a la propuesta pasaron 3 superar la depresión y finalmente se logró que 6 personas jubiladas no presenten ningún síntoma depresivo.

## **RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda revisar el Grupo de Apoyo para describir la verdadera influencia en la depresión de los jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.
- Se recomienda implementar el diseño terapéutico, con la finalidad de mejorar las actividades realizadas en el grupo de ayuda, por ende, mejorar la calidad de vida del adulto mayor
- Es importante que se identifique a los jubilados que presenten niveles altos de depresión, para que se realice una intervención a nivel individual y farmacológico de ser necesario, con el objetivo de mejorar la sintomatología y adherencia al grupo de ayuda.
- Es de importancia que en los grupos de apoyo se aborden temas informativos (psicoeducación) acerca de temas relacionados con la jubilación, depresión y tiempo libre, que mejore la calidad de vida de la persona.
- Se cree necesaria la inclusión de un psicólogo clínico en el grupo de ayuda, con la finalidad de mejorar aspectos como: comunicación, relaciones sociales, resolución de problemas, ejercicios que promuevan la conservación de funciones ejecutivas, tal como lo menciona.
- Los profesionales pueden ser muy útiles a los grupos ya que poseen unos conocimientos que pueden resultar especialmente relevantes a sus miembros en distintas áreas. Por ejemplo, para que la interacción entre ambos sea mutuamente reforzante, los profesionales pueden jugar una serie de roles: organizadores comunitarios (ayudando y facilitando el desarrollo del grupo, reclutando miembros, encargándose de la publicidad y de la provisión de un lugar permanente para reuniones, buscando subvenciones, etc.), proveedores de asistencia técnica, colíderes del grupo (asistiendo a sesiones y proporcionando información y dirección si lo solicitan), consultores de salud mental (dando información en este caso sobre procesos de grupo, recursos y habilidades que no están al alcance del grupo), etc. (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

## CAPÍTULO VI

### **6.1 Diseño de intervención Psicológica para el fortalecimiento del Grupo de Apoyo.**

La presente intervención psicológica está basada en los resultados arrojados del Test de Depresión aplicado al Grupo de Apoyo; se incluyen técnicas que apuntan a la superación de los niveles de depresión presentados por los jubilados.

En la propuesta terapéutica se implementan técnicas grupales que permiten desarrollar actividades útiles para facilitar y perfeccionar la acción propia del grupo, es decir que se reforzará aspectos inherentes del grupo como: resolución de problemas, respetar las opiniones de los demás, aunque las propias se consideren más correctas, no tratar de dominar las sesiones, aceptar los propios errores, debilidades, temores y hostilidades sin ser estigmatizado por ello. Aspectos todos ellos a los que no están muy acostumbrados los profesionales, (Ortego, López , & Alvarez, 2006).

#### **6.1.1 Utilidad de las técnicas grupales.**

Según Aníbal Villaverde (1997), indica:

Las técnicas de grupo como medios que sirven para el desarrollo colectivo, al apoyarse en la teoría reciben un sustento y una funcionalidad diferente cuando se aplican como fin en sí mismas. La utilidad está dada por la finalidad que se persigue dentro de un proceso investigativo o de intervención, se materializa en los objetivos con los cuales se diseña y se implementa, sin embargo, como estrategia para el trabajo grupal se pueden plantear las siguientes utilidades:

- Permite los diálogos de saberes: lo que implica que nadie tiene la verdad absoluta, de ahí que todas las participaciones, e interacciones sean importantes en tanto genera la interlocución entre todos.
- Posibilita explorar los modos diversos en que grupos construyen desde lo cultural, social, individual y grupal fortaleciendo los lazos de la interacción y el intercambio de ideas, saberes y conocimientos.
- Da valor a la experiencia y sostiene que toda experiencia puede ser traducida a conocimiento.

- Viabiliza intercambios, negociación de significados, elaboración de consensos, lo que facilita la interacción y la construcción colectiva
- Permite aprender a modificar los propios esquemas cognitivos y emocionales a partir del encuentro con los otros.
- Da seriedad y profundidad al buscar la reflexión y la discusión organizada de grupo.
- Fortalecer la cohesión grupal ya que son un medio para llegar a unas relaciones humanas cada vez más profundas, para desarrollar actitudes de fraternidad y comunidad.
- Busca presentar alternativas de solución a los problemas, para intentar resolver conflictos internos del grupo, para favorecer la integración y la comunicación intragrupal.
- Ayudan a desarrollar el sentido crítico en los miembros del grupo, al develar por medio de la técnica las maneras cómo se comporta éste.
- Favorece en el abordaje de los temas propuestos, haciéndolo más fácil por la participación que se genera.
- Favorecer el surgimiento y fortalecimiento de habilidades diferentes en la adquisición de conocimientos, como la lúdica, la creatividad, el arte, entre otros.
- Permite la dinamización de la palabra y fortalecimiento de otras formas de expresión como la corporal y la artística, (Villaverde, 1997).

### **6.1.2 Técnicas implementadas en el diseño de intervención psicológica.**

El presente diseño de intervención psicoterapéutico tiene como objetivo principal, describir técnicas que permita mejorar las actividades realizadas en el grupo de apoyo, basada en la perspectiva cognitivo-conductual y terapia de grupo, encaminadas al fortalecimiento del grupo de apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, se abordará la problemática por medio de la inclusión de diferentes áreas que se considera oportuna para la intervención terapéutica, con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, y por ende el ambiente en el que se desenvuelven (familiar,

social, laboral). Con estas estrategias se pretende proporcionar a los cuidadores y personas encargadas de grupos de apoyo, una guía de actividades que fortalezca la cohesión grupal y disminución de síntomas depresivos que se presenta por el cese de actividades.

### **6.1.3 Técnicas que contribuyen a la cohesión grupal.**

**Uso de cuentos y metáforas:** con la aplicación de la metáfora permitirá abordar problemas con una perspectiva distinta, al igual que promover la tolerancia y respeto mutuo entre participantes, con respecto a los cuentos se puede implementar anécdotas, historias o lecturas cortas relacionados con los problemas, respeto y tolerancia.

**Técnica resolución de problemas:** Según Thomas D'Zurilla y Marvin Goldfried (1971), idearon la Técnica de Solución de Problemas. Consiste en una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a cualquier tipo de problema con el que nos encontremos. Esta técnica se basa en que los problemas a los que no se encuentran solución, que no se resuelven de forma apropiada, pueden crear un malestar crónico que puede terminar en enfermedades psíquicas o físicas.

Los cinco pasos para resolver un problema son:

- Especificar el problema.
- Concretar la respuesta que como hábito damos al problema.
- Hacer una lista con soluciones alternativas.
- Valorar las consecuencias de cada alternativa.
- Valorar los resultados.

La presente técnica no sólo se puede utilizar dentro del grupo, también se la puede aplicar en distintas áreas de la vida del adulto mayor.

**Conversación:** Son espacios libres de diálogo, donde cada cual comparte sus impresiones preocupaciones o inquietudes, frente a una temática propuesta por el coordinador. Es necesario tomar nota de lo que se habla o grabar siempre y cuando se

cuenta con el consentimiento informado de los participantes. Para facilitar la técnica se recomienda tener un listado de preguntas o de temáticas para generar la conversación y la participación de todas las personas y no se convierta en algo coloquial sin una directriz que aporte al proceso de intervención, promueve el respeto por las opiniones de los demás, (Villaverde, 1997).

**Psicoeducación:** Según Cando (2013), al respecto refiere:

Es un proceso planificado de comunicación, educación y aprendizaje terapéutico, proporciona a pacientes, familiares y sociedad información específica acerca de las enfermedades (psicológicas-médicas) y del tratamiento multidisciplinario necesario para su restablecimiento. Siendo los objetivos:

- Lograr que el paciente entienda, asuma y enfrente el problema.
- Motivar al paciente a continuar con el tratamiento.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar, (Cando, 2013).

**Autoestima:** Nathaniel Branden, citando a Enrique rojas (2002), indica:

La autoestima se vive como un juicio positivo sobre uno mismo, al haber conseguido un entramado personal coherente basado en los cuatro elementos básicos del ser humano: físicos, psicológicos, sociales y culturales. En estas condiciones va creciendo la propia satisfacción, así como la seguridad ante uno mismo y ante los demás.

Las técnicas para trabajar la autoestima son amplias y variadas, en este caso se mencionarán dos, sin embargo, dependerá del coordinador si se implementan más técnicas o se cambian, al igual que el tiempo e intensidad de aplicación de estas técnicas, pueden variar según la concepción de autoestima que tengan los integrantes del grupo

- **Anúnciate:** Se propone a los integrantes del grupo que hagan una lista de aquellos aspectos que consideran positivos de sí mismos, con los que deberá redactar un anuncio de periódico, con el objetivo de que alguien nos compre por nuestro valor, por lo buenas que somos y lo bien que hacemos las cosas.

- **Animación de pensamientos negativos:** se les pide que imaginen algún pensamiento negativo usual, uno no demasiado doloroso, pero si negativo. Tras la identificación, vamos a pensar que nos lo dice un personaje que resulte chistoso, puede ser un dibujo animado, un cómico, etc. Lo importante es que esta voz que va a decirnos el pensamiento negativo no cuente con nuestro respeto, si no que al imaginarlo provoque risa. Se deja unos momentos para que las participantes pongan caras y voces a los juicios, (Branden, 2002).

**Entrevista y orientación familiar:** En determinados casos es importante contar con la evaluación del funcionamiento y apoyo familiar con relación a la urgencia. El paciente y su urgencia pueden formar parte de un problema más global de su sistema familiar, donde el mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aún más problemáticas que podrían desestabilizar su grupo de referencia. Por otro lado, el estrés familiar y las emociones expresadas en el mismo pueden afectar al trascurso y la hospitalización en determinados trastornos como la esquizofrenia, (Ruiz , Imbernón , & Cano, 1999)

**Actividad física basada en relajación en el adulto mayor.**

**Relajamiento progresivo de Jacobson:** Lucio balarezo citando a Jacobson (1995), indica: “Una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular es calificado de local, si afecta todo el cuerpo, de general”, (Balarezo, 1995).

**Gimnasia respiratoria china:** Podemos acompañar el ejercicio con música suave. La Posición inicial de pie, con los pies separados o sentados en una silla, bien al fondo y con la espalda muy recta. Pies separados y apoyados en el suelo. Respira lenta y suavemente, siguiendo las indicaciones del coordinador, (Pont Geis, y otros, 2011).

**Caminar:** Es la forma más natural de hacer ejercicio, está al alcance de la mayoría de la población mayor. Es por esta razón por la que los científicos están haciendo esfuerzos, no solamente para fomentar el incremento del número de practicantes, sino para saber cuáles son las formas de caminar más adecuadas y como controlarlas.

Podemos caminar por el barrio, por los parques, por los caminos, por la montaña. No es necesario ninguna instalación deportiva para realizar este ejercicio, (Pont Geis, y otros, 2011).

### **Actividades recreativas.**

Estas actividades se pueden incluir con las que actualmente se ejecutan dentro del grupo, las cuales son: bailoterapia, paseos turísticos, rifas, participación en eventos.

**Hidroterapia:** Una de las técnicas que se puede aplicar en los adultos mayores para promover la relajación y esparcimiento es la hidroterapia, así lo menciona José González:

Con el baño continuo se relaja al individuo, se disminuye el tono muscular y se puede inducir el sueño, resultando un procedimiento muy útil para el manejo de estados de ansiedad. Los baños de agua caliente son muy relajantes, manteniendo la temperatura del cuerpo se ayuda a "sudar" pensamientos, temores y culpas, funcionando también como una purificación del cuerpo y de la mente. Actualmente es necesario considerar los baños de tina con masaje (jacuzzi) como medidas propias de la hidroterapia.

**Musicoterapia:** La música ha sido acreditada con potencial para liberar energía psíquica, para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones, para regresar al individuo de vuelta a la realidad y para disminuir la fatiga. Existe la musicoterapia de tipo participativo-pasivo, que es aquella en la cual el paciente escucha música que lo calma y en otros casos escucha música que por su contenido le ayuda a digerir y resolver problemas.

Otro tipo de musicoterapia es la participativa-activa, que consiste en que el individuo a través de tocar un instrumento en forma disciplinada, toca música preestablecida o inventa sus propios sonidos terapéuticos, (González, 1999).

**Comentaristas de Cine:** Se define como observar y comprender las proyecciones fotográficas, de forma rápida y sucesiva, para crear la impresión de movimiento, mostrando algún vídeo o película.

Se tiene como finalidad distraer y recrear, posteriormente comentar algunas escenas que les hayan llamado la atención. Esta actividad tiene como beneficio mantener a la persona concentrada y luego evaluar el grado de adquisición de lo visto, (Educar Chile, 2008).

## **TALLER N° 1**

### **1. TEMA:** Conflictos de la vida cotidiana

### **2. INTRODUCCIÓN**

Durante el taller identificaremos los aspectos de la vida cotidiana que están causando conflictos en nuestro diario vivir, se trata de que cada uno sea asertivo al momento de expresar sus ideas y pensamientos, y sobretodo realista para poder atacar el problema con las propuesta que tenemos a continuación.

➤ Se propone las siguientes reglas para las sesiones del grupo:

- Llegar puntuales.
- Asistan semanalmente.
- Ser constructivo cada intervención evitando las críticas negativas.
- Mantener actitud positiva.
- Practicar las enseñanzas compartidas en el taller.
- Mantener confidencialidad con lo tratado en el grupo.
- Ser honesto y expresar lo que siente.

➤ Se sugiere los siguientes aspectos para los miembros del grupo:

- Comparta sus ideas y pensamientos con los compañeros del Grupo.
- Haga conocer sus inquietudes sin ninguna vergüenza.
- Permita a los demás integrantes participar del Taller.
- Si detecta que algún compañero siente vergüenza y no participa, anímelo!
- Escuchar la participación de sus compañeros para que así pueda retener la información necesaria en caso de que tenga que repetir alguna idea.
- Respetar el pensamiento de sus compañeros, no siempre los pensamientos son similares.
- Es correcto hablar en este grupo de lo que siente y piensa.

### **3. Objetivo Terapéutico:**

Evaluar saludablemente conflictos de la vida cotidiana.

### **4. Técnicas a abordar:**

Técnica de solución de problemas.

## 1. Orientación y sensibilización hacia los problemas.

Este paso significa focalizar la atención de la persona a las situaciones que le causan problema, dilatando sensibilidad hacia el problema. Se trata de transformar creencias, expectativas y valoraciones que tienen sobre los problemas y trabajar en la capacidad que tiene la persona para solucionar dicho inconveniente. Se trata de que se entienda que tener dificultades en la vida es algo normal e inevitable, pero pueden ser enfrentadas de manera asertiva.

## 2. Definición y formulación del problema.

Se trata de identificar y definir el problema de manera operativa, así, se puede desarrollar alternativas de solución, para ello existen tres estrategias:

**1. Operacionalización del problema:** Identificar el principal problema, y seccionar la situación compleja en una cadena de situaciones que causen inconveniente.

**2. Selección de datos relevantes:** Recolectar toda información relacionada con el problema.

**3. Establecimiento de metas y objetivos:** mirar hacia la realidad y plantearse soluciones que puedan llevarse a cabo.

## 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b></li></ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Daniel Endara.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Información sobre el tema:</b> Conflictos de la vida cotidiana. ✓ Orientación y sensibilización hacia los problemas. ✓ Definición y formulación del problema</li></ul>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara</li><li>• Miembros del grupo.</li></ul>	Lluvia de ideas acerca de técnica que se va a llevar a cabo.
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dinámica Grupal.</b></li></ul>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Aprendiendo de la Geografía.

• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

- ✓ **Nombre:** Aprendiendo de la geografía.
- ✓ **Tipo de juego:** De habilidad.
- ✓ **Objetivo principal:** Desarrollo de la agilidad mental.
- ✓ **Medios:** Sillas.
- ✓ **Terreno del juego:** Espacio amplio y llano
- ✓ **Organización:** Dos equipos en círculo.
- ✓ **Reglas y Desarrollo.**
  - Se colocan las sillas en forma de círculo y los jugadores se sientan de espalda uno del otro.
  - El líder mencionará un primer país y a partir de él los jugadores mencionarán otros que se irán agregando a la lista. De esta forma los jugadores tendrán que repetir todos los países mencionados, sin equivocarse, e ir agregando uno más cada vez.
  - El siguiente equipo hará lo mismo cuando el anterior haya terminado.
  - Cada ronda durará un minuto, aproximadamente, si no se equivoca ningún jugador.
  - Ganará el equipo que logre decir más países.
  - Todos los jugadores deberán estar de espaldas, no olvidar ningún país mencionado y no repetirán nombres de países.

## **TALLER N. 2**

### **1. TEMA:** Técnicas de solución de problemas. Parte II

### **2. INTRODUCCION**

Durante el taller identificaremos los aspectos de la vida cotidiana que están causando conflictos en nuestro diario vivir, se trata de que cada uno sea asertivo al momento de expresar sus ideas y pensamientos, y sobretodo realistas para poder atacar el problema con las propuesta que tenemos a continuación.

### **3. Objetivo Terapéutico:**

Evaluar saludablemente conflictos de la vida cotidiana.

### **4. Técnicas a abordar:**

Técnica de solución de problemas.

#### **Pasos:**

#### **3. Generación de soluciones alternativas.**

Se trata de que el individuo recabe una serie de alternativas para dar solución a su problema, a esto se lo denomina “Tormenta de soluciones”.

#### **4. Identificación y valoración de las consecuencias. Toma de decisiones.**

Se tomaran en cuenta las alternativas que aporten solución al problema, siendo así, la persona debe estar consiente de cuáles serían las posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Posterior a ello se analizará cada alternativa de solución sin dejar de lado las posibles consecuencias. Es asertivo otorgar puntaje a cada solución para luego trabajar en la que obtenga un puntaje alto y ponerla en práctica.

#### **5. Ejecución de la solución y verificación**

Se trata de tomar en cuenta la solución que se haya escogido y evaluar si es eficaz o no.

Se tendrá en cuenta

- Ejecución de la Solución.
- Autoobservación de los propios comportamientos y resultados.
- Autorregulación y Autoevaluación

El sujeto realizar una comparación y analizar si funciono como lo esperaba, de lo contrario se analizará también cual fue el motivo de la falla.

## 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b></li> </ul>	5 minutos	Daniel Endara.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Información sobre el tema:</b> Conflictos de la vida cotidiana. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Generación de soluciones alternativas.</li> <li>✓ Identificación y valoración de las consecuencias. Toma de decisiones.</li> <li>✓ Ejecución de la solución y verificación</li> </ul> </li> </ul>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara</li> <li>• Miembros del grupo.</li> </ul>	Lluvia de ideas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dinámica Grupal.</b></li> </ul>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Mi equilibrio con la pelota.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comentarios</b></li> </ul>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cierre y finalización</b></li> </ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

- ✓ **Nombre:** Mí equilibrio con la pelota.
- ✓ **Material:** pelotas de goma o plástico.
- ✓ **Organización:** de pie, formando un círculo, brazos extendidos delante, la pelota sobre la palma de la mano.
- ✓ **Descripción:** desde la posición inicial, van caminando libremente por todo el espacio, esquivándose de los contrincantes sin dejar caer la pelota.
- ✓ **Variantes:** en parejas, tríos, entre otros.
- ✓ **Regla:** no esconder el brazo, están permitidos todos los movimientos de posición y de trayectoria, **para evitar la caída de la pelota.**

### TALLER N. 3

**1. TEMA:** Disminución de pensamientos que perjudican el estado de ánimo de los participantes.

#### 2. INTRODUCCIÓN

La parada de pensamiento es una técnica cognitivo-conductual encaminada a controlar el efecto negativo de algunos pensamientos negativos que nos producen malestar y a veces nos cronifican ese estado. En ocasiones también se describe en los manuales como técnica de detención de pensamiento. Es frecuente que cuando nos sentimos mal recibamos el consejo de los que nos rodean de no pensar, o de no darle vueltas. El propósito es bueno: “si no está la idea en la cabeza nos calmaremos”. El problema es que no todos los problemas son iguales y no siempre es posible alejarse de ellos cuando se quiere. (Azor, 2013)

#### 3. Objetivo Terapéutico:

Disminuir los pensamientos que perjudican el estado de ánimo de los participantes del grupo de apoyo.

#### 4. Técnicas a abordar:

Técnica Parada de pensamientos

#### Pasos:

- Identificar el pensamiento que arruina nuestro estado de ánimo.
- Repetir lo siguiente: “este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto pensare en otro”

#### 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
• Saludo inicial a los miembros del grupo.	5 minutos	Daniel Endara.	
• Información sobre el tema: Disminuir los pensamientos que perjudican el estado de ánimo de los	20 minutos	• Daniela Ruiz – Daniel Endara • Miembros del grupo.	Explicación y aplicación de la técnica –

participantes del grupo de apoyo.			“Parada de pensamientos”.
• <b>Dinámica Grupal.</b>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	El trueque de un secreto
• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. Desarrollo de la dinámica.

### EL TRUEQUE DE UN SECRETO

- ✓ **OBJETIVO:** Crear mayor capacidad de empatía entre los participantes.
- ✓ **TAMAÑO DE GRUPO:** Veinticinco a treinta participantes.
- ✓ **TIEMPO REQUERIDO:** Cuarenta y cinco minutos, aproximadamente.
- ✓ **MATERIAL:** Lápiz y hojas.
- ✓ **LUGAR:** Un salón que tengan mesas y sillas.
- ✓ **DESARROLLO:**

I. El instructor distribuye una hoja a cada uno de los participantes .

II. Los participantes deberán describir, en una hoja las dificultades que siente para relacionarse con las demás personas y que no les gustaría exponer oralmente.

III. El instructor recomienda que todos disfracen la letra, para no revelar el autor.

IV. El instructor solicita que todos doblen la hoja de la misma forma que los demás participantes, una vez recogidas estas serán mezcladas, distribuyendo luego las hojas dobladas a cada participante.

V. El instructor recomienda que cada uno asuma el problema de la hoja, como si el participante fuera el autor, esforzándose por comprenderlo.

VI. Cada uno a su vez, leerá en voz alta el problema que había en la hoja, usando la primera persona "yo" y haciendo las adaptaciones necesarias, para proponer una solución.

VII. Al explicar el problema a los demás, cada uno deberá representarlo.

VIII. No será permitido debatir ni preguntar sobre el asunto, durante la exposición. IX.

Al final, el instructor podrá liderar el debate sobre las reacciones

## TALLER N. 4

1. **TEMA:** Influencia de los pensamientos de los integrantes del Grupo de Apoyo.

### 2. INTRODUCCIÓN

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B". (Ellis, 1994)

### 3. Objetivo Terapéutico:

Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo

### 4. Técnicas a abordar:

Modelo ABC de Ellis.

### Pasos:

1. Identificar el evento activante (lo que sucedió)
2. Preguntarse, que es lo que está pasando.
3. Consecuencia: El sentimiento que obtiene como resultado del pensamiento.
4. Discutir o hablarle al pensamiento que lo hiera.

### 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b>	5 minutos	Daniel Endara.	
✓ <b>Información sobre el tema:</b> Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de	20 minutos	• Daniela Ruiz – Daniel Endara	Explicación del modelo ABC de Ellis y

ánimo			aplicación del mismo.
• <b>Dinámica Grupal.</b>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Haz lo que yo digo, no lo que yo hago.
• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

- ✓ **Nombre:** Haz lo que yo digo, no lo que yo hago.
- ✓ **Objetivo:** Coordinar acciones motrices de diferentes segmentos corporales manteniéndose en desplazamiento (coordinación)
- ✓ **Organización:** Se organiza el grupo en una hilera
- ✓ **Desarrollo:** Todos se desplazan simultáneamente por el borde interno del área mirando al profesor que se desplaza también, pero de forma tal que mantenga el control del grupo, el profesor orienta una acción y ejecuta otra para confundir a los participantes.
- ✓ **Ejemplo:** El profesor orienta tocarse los glúteos, pero se toca la nariz, tocarse las orejas y él se toca las rodillas y así sucesivamente.
- ✓ **Reglas:**
  0. Hay que mantener una buena separación entre los participantes
  1. El desplazamiento es moderado.
  2. Valorar el tiempo de duración atendiendo al nivel de preparación del grupo.
  3. Sustituir la acción del profesor por un alumno, cambiándolo cada cierto tiempo.

## **TALLER N° 5**

**1. TEMA:** La Autoestima.

### **2. INTRODUCCIÓN**

La autoestima es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y ser dignos de felicidad. Consiste en dos componentes: 1) Considerarse eficaces confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2) el respeto por uno mismo, o la confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas (Branden, 1994)<sup>57</sup>. La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituyen el pilar doble sobre el que se asienta una autoestima sana; si falla una de las dos partes la autoestima se ve afectada. (Branden , 1993)

### **3. Objetivo Terapéutico:**

Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo

### **4. Técnicas a abordar:**

Los 6 Pilares de la Autoestima.

#### **Pasos:**

Branden afirma que, cuando estas seis prácticas se hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada. Cuando y hasta el punto en que formen parte integral de la vida de la persona, su autoestima se verá fortalecida.

Los seis pilares son:

- 1- La práctica de vivir conscientemente.
- 2- La práctica de aceptarse a uno mismo.
- 3- La práctica de aceptar responsabilidades.
- 4- La práctica de afirmarse a uno mismo.
- 5- La práctica de vivir con un propósito.
- 6- la práctica de la integridad.

## 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b></li> </ul>	5 minutos	Daniel Endara.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Información sobre el tema:</b> Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo</li> </ul>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara</li> </ul>	Explicación del modelo ABC de Ellis y aplicación del mismo.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dinámica Grupal.</b></li> </ul>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Dar y recibir afecto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comentarios</b></li> </ul>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cierre y finalización</b></li> </ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

### DAR Y RECIBIR AFECTO

- ✓ **OBJETIVO:** Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto.
- ✓ **TIEMPO REQUERIDO:** Treinta minutos.
- ✓ **MATERIAL:** Papel y lápiz.
- ✓ **LUGAR:** Una sala suficientemente amplia con sillas, para acomodar a todos los miembros participantes.
- ✓ **DESARROLLO:**

El instructor presenta el ejercicio, diciendo que para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es asunto muy difícil. Para ayudar a las personas a experimentar la dificultad, se usa un método llamado bombardeo intenso.

Las personas del grupo dirán a la persona que es el foco de atención todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. Ella solamente oye.

La intensidad de la experiencia puede variar de diferentes modos, Probablemente, la manera mas simple es hacer salir a la persona en cuestión del círculo y quedar de espaldas al grupo, escuchando lo que se dice. O puede permanecer en el grupo y le hablan directamente.

El impacto es más fuerte cuando cada uno se coloca delante de la persona, la toca, la mira a los ojos y le habla directamente. V. Al final habrá intercambio de comentarios acerca de la experiencia.

## **TALLER N° 6**

**1. TEMA:** El Autocontrol.

### **2. INTRODUCCIÓN**

El autocontrol ha sido definido por primera vez en 1973 por la American Psychological Association como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones. Pese a eso, pueden ser identificadas tres abordajes intelectuales que décadas antes de esa definición habían investigado el autocontrol y que, según Harter (1983), serían la psicoanalítica (Freud, 1922), la teoría del aprendizaje (Skinner, 1953) y la neuropsicología soviética, (Luria & Vygostsky, 1962)...

### **3. Objetivo Terapéutico:**

Fomentar en el Grupo de apoyo el Autocontrol.

### **4. Técnicas a abordar:**

Técnica del Semáforo.

#### **Pasos:**

La Técnica del Semáforo es una herramienta que está basada en esta simbología y puede resultar muy útil para aprender a gestionar las emociones y para fomentar momentos adecuados para la comunicación.

Este recurso resulta esencial en estos momentos dada la importancia de educar en actitudes de tolerancia, respeto, convivencia.

1. **ROJO:** Detenerse antes de obrar - Atención del entorno - toma de conciencia focalizada.
2. **AMARILLO:** Prepararse (fase de Introspección). Analizar la información y planificar un plan de acción.
3. **VERDE:** Pasar - revisar el plan una vez más- Acción - Decisión final - Implementación (obrar).

## 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b></li> </ul>	5 minutos	Daniel Endara.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Información sobre la el tema:</b> Fomentar en el Grupo de apoyo el Autocontrol.</li> </ul>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara</li> </ul>	Explicación de la Técnica del semáforo y aplicación de la misma.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dinámica Grupal.</b></li> </ul>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Fiesta de presentación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comentarios</b></li> </ul>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cierre y finalización</b></li> </ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

### FIESTA DE PRESENTACIÓN

“Fiesta de Presentación”, induce el acercamiento entre los participantes, al proponer bajo el marco de un ambiente lúdico, informal y libre, el conocimiento de detalles personales de sus compañeros: características, actitudes, valores, afinidades, gustos y preferencias.

#### Desarrollo de la Dinámica:

#### Materiales:

- Una hoja de papel para cada participante con la pregunta: **¿Quién Soy?** en la parte superior.
- Lápices y alfileres.

**Usos:** Lograr comunicación a través del conocimiento interpersonal.

**Duración:** 30 minutos.

**Tamaño del grupo:** 10 personas mínimo

**Desarrollo:**

- En la hoja de papel cada participante escribe cinco definiciones de sí mismo. Se dan diez minutos.
- Ya escritas, las hojas se prenden al frente de cada participante.
- Silenciosamente, las personas deben moverse de participante en participante cada dos minutos, para poder tener seis o siete encuentros y poder leer las definiciones.
- Una vez terminados los movimientos, el facilitador les pide que acudan con las dos personas que les hayan interesado más en los encuentros previos.
- Se induce a la plática y a la realización de preguntas profundas a cerca de sus compañeros.
- Se comenta el ejercicio.

## TALLER N° 7

### 1. Tema: La Asertividad

### 2. Introducción.

Según Paula Pérez (2000), La tendencia actual considera la Asertividad, como un comportamiento de defensa de los derechos y opiniones personales y de respeto a los derechos y opiniones de los demás, así como el auto refuerzo y el refuerzo de los demás, este concepto tiene mucha relación con la autoestima. El término "asertividad" actualmente es considerado como parte importante de las conductas que integran dentro de las habilidades sociales.

### 3. Objetivo Terapéutico:

Trabajar Asertividad con los participantes del Grupo para mejorar sus relaciones interpersonales.

### 4. Técnicas a abordar

El banco de niebla (Fogging)

#### Pasos:

Esta técnica se emplea de las siguientes maneras:

- a) Reconociendo cualquier verdad contenida en declaraciones que los demás emplean para criticarnos. Por ejemplo: “Es verdad lo que dice...”
- b) Reconocer la posibilidad de la verdad. Por ejemplo: “Puede que tenga Ud. razón... “Es posible...” (Asertivas, 2016)

### 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
• Saludo inicial a los miembros del grupo.	5 minutos	Daniel Endara.	
✓ Información sobre el tema:	20 minutos	• Daniela Ruiz – Daniel Endara	Explicación del

Trabajar Asertividad con los participantes del Grupo para mejorar sus relaciones interpersonales.			concepto y aplicación de una Técnica.
• <b>Dinámica Grupal.</b>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Distinguir la Asertividad.
• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## 6. DESARROLLO.

Se iniciará el taller emitiendo un saludo a los participantes, posterior a ello se socializará los conceptos básicos de Asertividad poniendo ejemplos y luego preguntando experiencias de asertividad que hayan tenido a lo largo de su estancia en el Grupo, luego se realizara una actividad en donde tendrán que reconocer frases asertivas haciendo a la vez una reflexión del concepto de asertividad. Se darán paso a los comentarios o sugerencias que quieran emitir los participantes y posteriormente se hará el cierre y finalización del taller.

FICHA			
Señala con una cruz el estilo que concuerda con la frase. Algunas frases pueden concordar en más de un estilo.			
	(PASIVO)	(AGRESIVO)	(ASERTIVO)
No le importan las opiniones de los demás.			
No sabe decir que no.			
Escucha a los demás con respeto.			
Dice sus opiniones respetando a los demás.			
Se deja influenciar.			
No le importa hacer daño a los demás.			
Puede insultar, amenazar y humillar.			
No tiene miedo de decir lo que piensa.			
Le asusta lo que los demás puedan pensar.			
Sabe decir que no a algo sin sentirse culpable.			
Tiene en cuenta las opiniones y sentimientos de los demás.			
Actúa con seguridad y firmeza.			
Raramente hace lo que quiere.			
Se mete con los demás cuando no le parece bien su opinión.			
Trata de manipular a los otros.			
Suelen ser inseguros.			
Nunca deciden en un grupo.			
Imponen sus opiniones y sus decisiones.			
Escucha y acepta otras opiniones.			
Consigue que los demás le tengan miedo.			
Consigue que los demás le respeten y escuchen.			
Los demás no le tienen en cuenta.			

## **TALLER N° 8**

**1. Tema:** Habilidades Sociales.

### **2. Introducción.**

Para Elkonin (1980) “Juego es una variedad de práctica social consistente en reconstruir una actividad que destaca su contenido social, humano, sus tareas y las normas de sus relaciones sociales, el margen de su propósito práctico real”.

MCER, (2002), hace referencia que “El juego contribuye al desarrollo de los participantes en el plano intelectual-cognitivo; en el volitivo-conductual; y en el afectivo-motivacional”.

El juego ofrece numerosas ventajas en el proceso de enseñanza y aprendizaje, además aumentan la atención, concentración, memoria y otras funciones.

### **Entre sus grandes aportaciones podemos destacar que el componente lúdico:**

- 1.** Crea un ambiente relajado y más participativo, las personas mantienen una actitud activa y se enfrentan a las dificultades de manera positiva.
- 2.** Disminuye la ansiedad, las personas adquieren más confianza en sí mismos y pierden el miedo a cometer errores.
- 3.** Es un instrumento útil para concentrar la atención en los contenidos: la sorpresa, la risa, la diversión, provocando el interés en la actividad que están realizando.
- 4.** Permite trabajar diferentes habilidades y desarrollar capacidades. El ser humano debe buscar soluciones y activar estrategias para superar los retos y resolver los problemas que se le plantean en cada actividad.
- 5.** Desarrolla actitudes sociales de compañerismo, de cooperación y de respeto.

Según Giovannini, menciona que “El juego es una estrategia de memorización: memorizamos el 90% de lo que uno mismo experimenta y realiza; el 70% de lo que explicamos a otros; el 50% de lo que escuchamos y vemos; el 30% de lo que vemos; y el 20% de lo que escuchamos”. (pg.6)

### **3. Objetivo Terapéutico:**

Aplicar taller lúdico que promuevan el fortalecimiento de las habilidades sociales de los participantes del Grupo de Apoyo.

#### 4. Técnicas a abordar

Taller Lúdico.

##### Pasos:

##### 1.-La regla del juego:

Se juega en círculo. Una persona sale y las demás escogen una regla. Cuando vuelve trata de averiguar cuál es esa regla haciendo preguntas a las personas del círculo. Para comenzar, una buena regla del juego puede ser: responder a todas las preguntas como si fueras la persona de tu derecha. Otra regla podría ser: todas las mujeres mienten y todos los hombres dicen la verdad.

Las reglas pueden ser difíciles o simples según la edad y experiencia de los jugadores. Pueden ser visuales (rascarse la cabeza o la nariz antes de contestar a cada pregunta) o estructurales (cada respuesta comienza con la letra siguiente del alfabeto).

Si a la tercera o quinta vez no lograr obtener la respuesta, cambia de participante.

##### 2.- Leer los labios por parejas

Se realizará en forma de círculo, en parejas donde se ubicarán frente a frente o cara a cara, intentarán decir frases sin ruido, se trata de leer los labios del otro. Finalmente irán cambiando los papeles y las parejas hasta culminar. Una vez terminado se preguntará sobre la importancia de la comunicación no verbal.

##### 3.- Deportes en mímica y cámara lenta.

Se trata de imitar los gestos de diferentes deportes en cámara lenta. Se puede hacer por parejas o individualmente. Los participantes escenificarán lo que hacen delante de los demás. Después de analizarán los gestos entre todos. Es ideal para escenificar el deporte del tenis o el ping pong por parejas.

#### 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
• Saludo inicial a los miembros del grupo.	5 minutos	Daniel Endara.	

✓ <b>Información sobre el tema:</b> Reforzar habilidades Sociales.	20 minutos	• Daniela Ruiz – Daniel Endara	Explicación del objetivo.
• <b>Dinámica Grupal.</b>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	<b>La regla del juego</b>
• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	• Integrantes del Grupo de Apoyo • Daniela Ruiz – Daniel Endara.	

## TALLER N° 9

**1. Tema:** La Resiliencia.

### 2. Introducción.

La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales. (Kotliarenco & Cáceres, 2011)

### 3. Objetivo Terapéutico:

Conocer algunos elementos de la resiliencia como factores protectores de la salud mental

### 4. Técnicas a abordar

Fortalecimiento de la Resiliencia.

#### Pasos:

1. Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño
2. Reconocimiento y atención de habilidades
3. Oportunidad de desarrollo de capacidades personales
4. Cuidado y amor de parte de los semejantes

### 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	PARTICIPANTES	PASOS
• <b>Saludo inicial a los miembros del grupo.</b>	5 minutos	Daniel Endara.	
✓ <b>Información sobre el tema:</b> Conocer algunos elementos de la resiliencia como factores protectores de la salud mental	20 minutos	• Daniela Ruiz – Daniel Endara	Explicación del concepto y aplicación de una Técnica.
• <b>Dinámica Grupal.</b>	10 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	Musicoterapia

			en la tercera edad
• <b>Comentarios</b>	5 minutos	Integrantes del Grupo de Apoyo.	
• <b>Cierre y finalización</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Grupo de Apoyo</li> <li>• Daniela Ruiz – Daniel Endara.</li> </ul>	

## **6. Desarrollo de la Dinámica.**

### ✓ **Musicoterapia en la Tercera Edad**

- ✓ Pasaremos canciones conocidas al grupo, seguidamente los integrantes del grupo deberán escribir en un papel una o dos palabras que expresan lo que ellos recuerdan, piensan o sienten al escuchar esa música.

Debemos elegir al menos 5 canciones que supongan llevar a los pacientes a sentimientos y estados de ánimo diferentes.

Después de la audición comentaremos lo que escribió cada uno de ellos y compararemos si hay algunas personas que sintieron la misma sensación o no.

Esta práctica les permite a estas personas, recordar momentos importantes de sus vidas, ya que esos instantes suelen ir acompañados con una música, un sonido particular.

**Ilustración 1** Diseño de intervención psicológica.

<b>Estrategias para Fortalecer el Grupo de Apoyo</b>			
Plantear estrategias que contribuyan al fortalecimiento de actividades que se realizan en el grupo de apoyo, al igual que mejorar la cohesión grupal, que permita a los integrantes mejorar su calidad de vida.			
<b>Intervención por Áreas</b>			
<b>Área Socio-relacional</b>			
<b>Objetivos:</b>	<b>Contenidos a Trabajar:</b>	<b>Actuaciones del psicólogo:</b>	<b>Técnicas/Estrategias de Intervención:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disminuir y eliminar síntomas depresivos, presentes en los jubilados, por medio de terapia grupal.</b></li> </ul>	Por medio de la Psicoeducación informar sobre los riesgos que provoca la depresión en la salud de los adultos mayores, al igual que enfatizar en temas de importancia (jubilación,	Evaluación del estado psicológico de los integrantes, centrándose en la identificación de la depresión, tomando en cuenta las posibles complicaciones médicas, y la posible intervención farmacológica; el psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia grupal.</b></li> </ul> La psicología grupal implica que varias personas se encuentren en un clima de escucha, respeto y ausencia de críticas, dispuestas a compartir la experiencia de relatar y pensar su malestar en compañía.  Para participar de una terapia grupal, es necesario:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proporcionar técnicas grupales que refuerce las actividades ejecutadas en el grupo.</b></li> <li>• <b>Potenciar habilidades sociales, de los jubilados por medio de implementación de técnicas de resolución de conflicto y respeto mutuo.</b></li> <li>• <b>Mejorar el nivel de autoestima de los</b></li> </ul>	<p>depresión, tiempo libre, adecuado ejercicio en la tercera edad, etc.), que contribuyan al mejor estilo de vida. Facilitar estrategias que mejoren las habilidades sociales y actividades realizadas en el grupo de ayuda. Trabajar en la autoestima de los integrantes.</p>	<p>clínico desarrollará estrategias encaminadas al fortalecimiento de las actividades realizadas dentro del grupo, habilidades sociales y autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tener capacidad de espera.</li> <li>✓ Poder hablar y escuchar a los otros del grupo.</li> <li>✓ Saber que lo que va a pasar en el grupo, es lo que nos pasa en la vida.</li> </ul> <p>• <b>Psicoeducación:</b></p> <p>Se trata de un Proceso que permite brindar a las personas la posibilidad de fortalecer y desarrollar sus capacidades para afrontar distintas situaciones de un modo más adaptativo. En definitiva, sus objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eliminar prejuicios.</li> <li>✓ Mejorar el cumplimiento del tratamiento.</li> <li>✓ Reducir el riesgo de recaídas.</li> <li>✓ Aliviar la carga emocional.</li> </ul>
---	--	---	--

<p><b>participantes.</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desarrollo del Autoestima.</b></li> </ul> <p>Para poder mejorar o potenciar la autoestima en los integrantes del grupo de apoyo se sugieren los siguientes pasos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ofrecer a los participantes un conjunto de actividades y estrategias que les permitan un mayor conocimiento de sí mismos y de los demás.</li> <li>✓ Mejorar el clima y las interacciones sociales, permitiendo la integración de todos los participantes, especialmente aquellos que se sienten rechazados.</li> <li>✓ Potenciar la autopercepción positiva, en sus distintas dimensiones y a través de la interacción con los demás.</li> </ul>
<p><b>Área Familiar</b></p>			

Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas/Estrategias de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mejorar los sistemas de apoyo familiar de los jubilados.</b></li> <li>• <b>Proporcionar información acerca de la condición y cambios a los que se enfrentan los jubilados y la importancia del apoyo familiar</b></li> </ul>	<p>Proporcionar información acerca de los cambios que se presentan en esta etapa de vida; Efectos de la depresión sobre la salud del adulto mayor y la familia si no es tratada adecuadamente; Acciones que pueden seguir los familiares para que la persona se adapte mejor al proceso de la jubilación.</p>	<p>El profesional desarrolla acciones encaminadas a mejorar el apoyo de la familia hacia el adulto mayor; Informar sobre signos y síntomas de la depresión en el adulto mayor, al igual que los cambios que se presentan en la etapa de vida que atraviesa el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psicoeducación:</b> En este proceso se trata de lograr que los participantes alcancen los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eliminar prejuicios.</li> <li>✓ Mejorar el cumplimiento del tratamiento.</li> <li>✓ Reducir el riesgo de recaídas.</li> <li>✓ Aliviar la carga emocional.</li> </ul> </li> <li>• <b>Entrevista y orientación familiar:</b> es de suma importancia contar con el apoyo familiar, el dialogo con las Familias de cada uno de los integrantes es primordial para conocer más de cerca la problemática y así poder trabajar con cada uno en son de sus necesidades.</li> </ul>

## Área de ocio y tiempo libre

Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas/Estrategias de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facilitar estrategias de ocio, que permita un adecuado manejo del tiempo libre.</b></li> <li>• <b>Fortalecer actividades recreativas del grupo, con la implementación de nuevas estrategias.</b></li> <li>• <b>Plantear actividades seguras, que puedan ejecutar los adultos mayores, sin que se presenten riesgos en su</b></li> </ul>	<p>Técnicas de relajación que permita la disminución de sintomatología depresiva y ansiógena; Actividades recreativas que les permita un adecuado manejo de su tiempo libre.</p>	<p>El psicólogo clínico, implementará acciones que se pueden ejecutar de forma segura y sean agradables para el adulto mayor, con la finalidad de que las actividades realizadas dentro del grupo, actúen como reforzadores y cohesión grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Relajamiento progresivo de Jacobson:</b> El científico Edmund Jacobson creó la relajación progresiva en el año 1936. Según él aprendiendo a discriminar las sensaciones de tensión muscular de las de relajación, progresivamente el individuo podría llegar a una relajación profunda no solo muscular sino también mental.</li> <li>• <b>Gimnasia respiratoria china:</b> Se trata de acompañar el ejercicio con música suave. La Posición inicial de pie, con los pies separados o sentados en una silla, bien al fondo y con la espalda muy recta. Pies separados y apoyados en el suelo. Respira lenta y</li> </ul>

<b>salud.</b>			<p>suavemente, siguiendo las indicaciones del coordinador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Caminar.</b></li></ul> <p>Se trata de impulsar a los participantes a que utilicen la caminata como un medio para poder ejercitar no solo su cuerpo sino también puedan despejar su mente, es una técnica muy eficaz ya que por medio de ella las personas dejan de lado los diferentes inconvenientes que se les presentan en la vida cotidiana.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Hidroterapia.</b></li></ul> <p>Una de las técnicas que se puede aplicar en los adultos mayores para promover la relajación y esparcimiento es la hidroterapia, así lo menciona José González:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Musicoterapia.</b></li></ul>
---------------	--	--	---

			<p>La música ha sido acreditada con potencial para liberar energía psíquica, para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones, para regresar al individuo de vuelta a la realidad y para disminuir la fatiga.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Comentaristas de Cine.</b></li></ul> <p>Se define como observar y comprender las proyecciones fotográficas, de forma rápida y sucesiva, para crear la impresión de movimiento, mostrando algún vídeo o película.</p>
--	--	--	---

### **Autores**

- Endara Sánchez Ángel Daniel.
- Ruiz Naranjo María Daniela.

## **Propuesta Terapéutica**

### **INTRODUCCIÓN**

Todos los seres humanos, indistintamente de su edad, están expuestos a una serie de situaciones que implican o demandan en ellos la capacidad de afrontar y resolver situaciones que presentan un conflicto. Muchas personas adolecen de la capacidad de encontrar una gama amplia de soluciones ante las situaciones que considera conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio comportamental y cognitivo no ha construido o ejercitado estas habilidades.

Las personas que carecen o no ejercitan estas habilidades, experimentan el fenómeno conocido como “Visión de Túnel”, el cual consiste en la incapacidad de enfocar la atención en otra cosa distinta que no sea el problema. Esta incapacidad incluye, evidentemente, a las soluciones posibles del problema.

Lo cierto es que ante cada situación que se presenta, existe siempre una gama de alternativas que pueden traer paz a la persona que se encuentra emocionalmente perturbada por alguna situación que considere irresoluble. Confucio dijo hace más de dos mil años *“Si tus problemas tienen solución, no te preocupes; si tus problemas no tienen solución, no te preocupes”*. En esta milenaria frase se resume la simpleza de la solución de problemas, lo único que necesita el individuo es la tranquilidad emocional para lograr encontrar la o las soluciones racionales pertinentes para hacer frente al problema.

El entrenamiento en la solución de problemas es un proceso cognitivo y comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles. (Guerra, 2006)

### **OBJETIVOS**

- Evaluar saludablemente conflictos de vida cotidiana.
- Disminuir pensamientos que le hacen sentir mal.
- Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo.
- Mejorar autoestima de los jubilados deprimidos.
- Fomentar en el Grupo de apoyo el Autocontrol.

- Trabajar Asertividad con los participantes del Grupo para mejorar sus relaciones interpersonales.
- Reforzar Habilidades Sociales.
- Conocer algunos elementos de la resiliencia como factores protectores de la salud mental.

## **MARCO TEORICO**

### **ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

La presente propuesta terapéutica se la ha desarrollado debido a la problemática detectada en el Grupo de Apoyo, se evidencio a través del Test aplicado que la mayoría de participantes presentaban Depresión, por lo tanto el objetivo es modificar los niveles de depresión en las personas jubiladas pertenecientes al grupo de apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, se proponen técnicas basadas en las respuestas emitidas por los participantes del grupo, las técnicas están diseñadas para mejorar la calidad de vida de las personas jubiladas y para modificar los niveles de depresión presente en ellos.

La propuesta terapéutica consiste en nueve sesiones en donde se desarrollaran cada una de las técnicas que mencionaremos más adelante.

Se realizan varias sugerencias al grupo para que las sesiones se puedan desarrollar de la mejor manera y los resultados sean óptimos.

### **METODOLOGÍA**

Se llevará a cabo 9 talleres en los cuales se desarrollaran Técnicas para modificar los síntomas depresivos.

Durante el taller identificaremos los aspectos de la vida cotidiana que están causando conflictos en el diario vivir de los participantes del Grupo de Apoyo, se trata de que cada uno sea asertivo al momento de expresar sus ideas y pensamientos, y sobretodo realistas para poder atacar el problema con las propuesta que tenemos a continuación.

<b>Objetivo Terapéutico</b>	<b>Técnicas a abordar</b>	<b>Pasos de la técnica</b>	<b>Planteamiento de los Talleres</b>
<b>Evaluar saludablemente conflictos de vida cotidiana</b>	Técnicas de Solución de Problemas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación y sensibilización hacia los problemas.</li> <li>2. Definición y formulación del problema.</li> <li>3. Generación de soluciones alternativas.</li> <li>4. Identificación y valoración de las consecuencias. Toma de decisiones.</li> <li>5. Ejecución de la solución y verificación.</li> </ol>	<p>Taller N° 1</p> <p>Taller N° 2</p>
<b>Disminuir pensamientos que le hacen sentir mal</b>	Técnica Parada de pensamientos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el pensamiento que arruina nuestro estado de ánimo.</li> <li>2. Repetir lo siguiente: “este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, pensare en otro”</li> </ol>	Taller N° 3
<b>Determinar la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo</b>	Hablándole a sus pensamientos. Modelo ABC	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Identificar el evento activante (lo que sucedió)</li> <li>6. Preguntarse, que es lo que está pasando.</li> <li>7. Consecuencia: El sentimiento que obtiene como resultado del pensamiento.</li> <li>8. Discutir o hablarle al pensamiento que lo hiera.</li> </ol>	Taller N° 4
<b>Mejorar autoestima</b>	Los 6 Pilares de la	4. La práctica de	

<b>de los jubilados deprimidos</b>	Autoestima.	vivir conscientemente. 5. La práctica se aceptarse a uno mismo. 6. La práctica de aceptar responsabilidades. 7. La práctica de afirmarse a uno mismo. 8. La práctica de vivir con un propósito. 9. la práctica de la integridad.	Taller N° 5
<b>Fomentar en el Grupo de apoyo el Autocontrol.</b>	Técnica del Semáforo.	4. <b>ROJO:</b> Detenerse antes de obrar - Atención del entorno - toma de conciencia focalizada. 5. <b>AMARILLO:</b> Prepararse (fase de Introspección). Analizar la información y planificar un plan de acción. 6. <b>VERDE:</b> Pasar - revisar el plan una vez más- Acción - Decisión final - Implementación (obrar).	Taller N° 6
<b>Trabajar Asertividad con los participantes del Grupo para mejorar sus relaciones interpersonales.</b>	El banco de niebla (FOGGING)	1. Reconociendo cualquier verdad contenida. 2. Reconocer la posibilidad de la verdad.	Taller N° 7
<b>Reforzar Habilidades Sociales</b>	Taller lúdico.	6. Crea un ambiente relajado y más participativo. 7. Disminuye la ansiedad. 8. Es un instrumento	

		<p>útil para concentrar la atención en los contenidos.</p> <p><b>9.</b> Permite trabajar diferentes habilidades y desarrollar capacidades.</p> <p><b>10.</b> Desarrolla actitudes sociales de compañerismo, de cooperación y de respeto.</p>	Taller N° 8
<b>Conocer algunos elementos de la resiliencia como factores protectores de la salud mental</b>	Fortalecimiento de la Resiliencia.	<p>5. Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño</p> <p>6. Reconocimiento y atención de habilidades</p> <p>7. Oportunidad de desarrollo de capacidades personales</p> <p>8. Cuidado y amor de parte de los semejantes</p>	Taller N° 9

## **CONCLUSIONES**

- Luego de haber establecido Rapport y empatía con los integrantes del grupo de apoyo se pudo trabajar de la mejor manera ya que se mostraron colaboradores y entusiastas al saber que la propuesta iba encaminada a la mejora de sus síntomas.
- En cada uno de los talleres se aplicaron las técnicas Psicológicas, las mismas que ayudaron a que los participantes tomen conciencia de que son ellos los que dan el primer paso aceptando su dificultad para luego modificarla apoyados en las propuestas expuestas.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que el grupo de apoyo sea liderado por un profesional de la Psicología quien implemente técnicas para continuar trabajando en la mejora de los síntomas.
- Las personas que no tuvieron una evolución positiva deben asistir a terapia personalizada para lograr superar su problemática.
- Es importante que el grupo este en constante contacto con diferentes actividades relacionadas con el contacto a la Familia, naturaleza etc., de esta manera los integrantes del grupo mantendrán una estabilidad emocional en su vida cotidiana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S., & Avila, J. (07 de Julio de 2007). *La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor*. Recuperado el 20 de Enero de 2016, de medigraphic artemisa en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Asertivas, T. (2016). *Aspectos Psicologicos*. Obtenido de <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/tecnicas-asertivas.pdf>
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Baron, R., & Byrne, D. (2006). *PSICOLOGÍA SOCIAL 10ª EDICIÓN*. México: Pearson Educación.
- Bastán Aguirre, A. (2008). *Calidad de Vida en la Vejez*. Barcelona: Grao.
- Beck, A. (2008). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Recuperado el 28 de Febrero de 2016, de Atención psicológica en Granada - Psicólogos: <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Branden, N. (1993). *El respeto hacia uno mismo*.
- Branden, N. (2002). *Desarrollo de la autoestima*. Barcelona : Paidós.
- Breastcancer.org. (17 de Septiembre de 2012). *Grupos de Apoyo*. Recuperado el 25 de Febrero de 2016, de [http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/medicina\\_comp/tipos/grupos\\_apoyo](http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/medicina_comp/tipos/grupos_apoyo)
- Cando, I. (2013). *Psicoterapia Cognitiva-Conductual*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Consuegra, N. (2010). *Segunda Edición Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe.
- Depression and Bipolar Support Alliance. (2006). *Grupos de apoyo DBSA: Un paso importante en el camino hacia el bienestar*. Chicago: EB 3026SPAN.
- División de Redacción Científica, P. (2014). *Personas Mayores y Depresión. Instituto Nacional de la Salud Mental*, 4.
- Educar Chile. (Julio de 2008). *Recreación del adulto mayor*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Técnico profesional: <http://www.educarchile.com>
- Escobar, X., & Procel, C. (2011). *Deterioro de Funciones Cognitivas y Depresión en el Adulto Mayor del Centrote Cuidado Diario San Sebastian y del Hogar de Ancianos y Aislamiento de Riobamba, periodo Abril-JUNIO2011*. Riobamba: Universidad Nacional De Chimborazo.
- Fernandez, R. (2012). *Caracter y Personalidad*. Mexico: Permochi.

- Funbam. (2005). *Fundacion Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P.* Recuperado el 25 de Enero de 2016, de [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia\\_Redetes\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redetes_Adulto_Mayor.pdf)
- Gambara , H. (1996). *Reseña de Apoyo social de Ana Barrón.* Recuperado el 02 de Febrero de 2016, de Psicothema: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709222.pdf>
- García, P., & Argentina, E. (29 de OCTube de 2009). *LA JUBILACIÓN Y SU RELACIÓN CON PADECIMIENTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 60 A 70 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (C.AM.I.P.).* Recuperado el 13 de Enero de 2016, de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2931.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2931.pdf)
- Gavino, A. (1998). *Tecnicas de Terapia de Conducta.* Obtenido de <http://xr3000.eu/303/tecnicas-de-terapia-de-conducta-id35819.pdf>
- González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos.* México: Manual Moderno S.A.
- Guerra, G. (2006). *La solucion de Problemas.* Obtenido de [http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura\\_y\\_deporte/orientacion/orientacion/bienestar\\_emocional/gestion\\_emociones/Soluci%F3n%20de%20problemas.PDF](http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/orientacion/orientacion/bienestar_emocional/gestion_emociones/Soluci%F3n%20de%20problemas.PDF)
- Hernández, R. (2016). *Metodología de la Investigación.* Mexico.
- IESS. (2015). *Jubilación ordinaria vejez.* Ecuador.
- Killilea. (1976). *definicion de grupos de apoyo.* Recuperado el 09 de Febrero de 2016, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.2.2-definicion-de-grupos-de-apoyo>
- Kotliarenco, M., & Cáceres, I. (2011). *La Resiliencia.*
- Licas, M. (2015). *NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL S.J.M - V.M.T 2014.* Lima-Perú.
- Lizaso, I., Sanchez, M., & Reizabal, L. (2008). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.* Recuperado el 04 de FEBRERO de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n3/v24n3a03.pdf>
- Luján , N. (2011). *Depresión Post Jubilatoria.* Universidad Abierta Interamericana.
- Macías, J. F. (2007). *Geriatría desde el principio.* España: Grao.
- Morales, F. (18 de Mayo de 2010). *Tipos de investigación.* Obtenido de [http://www.academia.edu/4646164/Tipos\\_de\\_Investigaci%C3%B3n](http://www.academia.edu/4646164/Tipos_de_Investigaci%C3%B3n)

- Muñoz , R., Aguilar, S., & Guzmán, J. (1995). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual*. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/MR1198.5%20(1).pdf
- Núñez , J. (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. Mexico: Manual Moderno S.A de C.V.
- Ortego, M., López , S., & Alvarez, M. (2006). *El Apoyo Social*. Valencia: Universidad de Cantabria.
- Palacín, M. (2003). *Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*. Recuperado el 09 de Febrero de 2016, de <http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm>
- Patiño, V., & Alonso, F. (2006). *Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia*. Recuperado el 29 de Enero de 2016, de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>
- Pont Geis, P., Soler Vila, Á., Fortuño Godes, J., Palacios , N., Romo Pérez, V., Ara Royo, I., & Arsuaga Acaso, I. (2011). *Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores*. Barcelona: Underbau.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El Modelo Cognitivo de la Depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductal*, 1-6.
- Rivas, C. J. (2008). *La jubilación y sus implicaciones sociales*. Venezuela: Inage.
- Rivera, S. (2003). *Manual para realizar grupo de Apoyo con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica*. Tegucigalpa: Centro de Derechos de Mujeres.
- Ruiz , J., Imbernón , J., & Cano, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencias*. ESMD-ÚBEDA: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Sampietro , H., & Carbonell, C. (2008). *Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. Barcelona: ActivaMent Catalunya Associació;
- Siguenza , P., & Romulo , V. (26 de Enero de 2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del instituto de promoción para el envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014*. Recuperado el 20 de Enero de 2016, de Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21203/1/TESIS.pdf>
- Siguenza, R. (2014). *Prevalencia de depresión y factores Asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Villaverde, A. (1997). *Dinámica de grupos y educación*. BUenos Aires: Editorial Lumen / Hermanitas.

Zarragoitia, A. (2007). *La Depresión en la Tercera Edad*. La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".



SI NO

8. ¿MANTIENE BUENA RELACIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL GRUPO AL QUE ASISTE?

SI NO

9. ¿SIENTE UD QUE LA ASISTENCIA AL GRUPO HA MEJORADO SUS RELACIONES SOCIALES?

SI NO

10. ¿LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL GRUPO SON DE SU AGRADO?

- SIEMPRE
- A VECES
- NUNCA

11. ¿UD SIENTE QUE EL GRUPO LE AYUDA A AFRONTAR DE MANERA SALUDABLE SU JUBILACIÓN?

SI NO

12. ¿SIENTE UD QUE AL ASISTIR AL GRUPO LOS INTEGRANTES DE ESTE, LE PROPORCIONAN AYUDA PARA ENFRENTAR SITUACIONES QUE NO FAVORECEN SU BIENESTAR?

SI NO

13. ¿SIENTE QUE EL GRUPO LE BRINDA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CON RESPECTO A LOS CONFLICTOS?

- DE VIDA DIARIA
- FAMILIAR
- SOCIAL
- SALUD

14. ¿EL GRUPO LE HA CONTRIBUIDO A REDUCIR PENSAMIENTOS O SENSACIONES DE INUTILIDAD?

SI NO

15. ¿CREE UD QUE ASISTIR AL GRUPO, HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA?

SI NO

## ANEXO N° 2

Test de Yesavage aplicado al grupo de jubilados del grupo de apoyo.

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

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

Existen dos versiones:

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

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

## ANEXO N° 2

### Relación del test de Yesavage con encuesta para evaluar grupos de apoyo.

Tabla N° 1 Relación del test de Yesavage

<b>Cuadro comparativo de resultados de la encuesta y test de Yesavage</b>					
<b>Preguntas de la encuesta</b>		<b>N° de jubilados</b>	<b>Porcentajes de jubilados grupal</b>	<b>Porcentaje de depresión individual</b>	<b>N° de jubilados</b>
1	¿Con qué frecuencia UD asiste al grupo?	78	97%	97%	78
2	¿El grupo al que UD asiste es convocado por un profesional?	80	100%	97%	80
3	¿El grupo al que UD asiste le proporciona un ambiente agradable y hospitalario?	80	100%	97%	80
4	¿Se siente UD identificado de alguna manera con las personas que asisten al grupo?	80	100%	97%	78
5	¿El grupo al que UD asiste proporciona apoyo o asistencia ante situaciones conflictivas o amenazantes?	74	92%	97%	78
6	¿El grupo al que UD asiste satisface su necesidad de seguridad, contacto social y apoyo?	80	100%	97%	78
7	¿Con los integrantes del grupo al que UD asiste comparten características similares pudiendo así hablar de sus preocupaciones?	80	100%	97%	78
8	¿Mantiene buena relación con los integrantes del grupo al que asiste?	80	100%	97%	78
9	¿Siente UD que la asistencia al grupo ha	80	100%	97%	78

	mejorado sus relaciones sociales?				
10	¿Las actividades programadas por el grupo son de su agrado?	70	87%	97	78
11	¿UD siente que el grupo le ayudo a afrontar de manera saludable su jubilación?	78	97%	97%	78
12	¿Siente UD que al asistir al grupo los integrantes de este, le proporcionan ayuda para enfrentar situaciones que no favorecen su bienestar?	78	95%	97%	78
13	¿Siente que el grupo le brinda información y orientación con respecto a los conflictos?	62	78%	97%	78
14	¿El grupo le ha contribuido a reducir pensamientos o sensaciones de inutilidad?	74	92%	97%	78
15	¿Cree UD que asistir al grupo, ha mejorado su calidad de vida?	80	100%	97%	78
TOTAL		80	RANGO: 71% A 100%	RANGO: 91% A 100%	80