

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“BENEFICIOS DE UN PROGRAMA PSICOLÓGICO (ATANDO
LAZOS) EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE
HUNTER”**

Tesis presentada por los bachilleres:

Luis Carlos Huilcahuaman Ramos

Lady Juana Sucasaca Quisocala

Para optar el título profesional de Psicólogo(a)

AREQUIPA – PERU

2018

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño a mis padres, Eugenio y María por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre han estado para brindarme su comprensión y cariño. A mis hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante. Y a Dios por darme salud y guiar mi camino en la vida.

Lady Juana Sucasaca Quisocala

Este trabajo se lo dedico a mi madre Hermelinda, porque gracias a ti sé que el amor es la clave para alcanzar la felicidad, te estoy muy agradecido por enseñarme tus valores y brindarme tu apoyo incondicional; a mis hermanos por creer en mí. Y definitivamente a Dios, por darme la fortaleza para continuar con esta parte de mis proyectos.

Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

AGRADECIMIENTOS

No queríamos comenzar el desarrollo de esta investigación sin expresar nuestro más profundo agradecimiento a las siguientes personas e instituciones que con su atención, dedicación y apoyo, han contribuido a la realización de esta tesis.

Agradecemos infinitamente a Dios y a nuestros padres por darnos la vida y la oportunidad de seguir nuestros sueños en este camino, A la Universidad Nacional de San Agustín y al cuerpo de docentes que nos permitió formarnos académicamente durante el proceso de estudios.

Agradecemos a los adultos mayores por su maravillosa participación, realización y desarrollo de esta investigación.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES

INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada **“Beneficios de un Programa Psicológico (Atando Lazos) en la Calidad de vida del Adulto Mayor de Hunter”** trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar el título profesional de Psicólogo.

Bachilleres:

LUIS CARLOS HUILLCAHUAMAN RAMOS

LADY JUANA SUCASACA QUISOCALA

Arequipa, Octubre del 2018.

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito demostrar la efectividad del programa psicológico “Atando Lazos” en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Hunter.

El estudio es de tipo cuantitativo y diseño cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores del grupo control y 20 adultos mayores del grupo experimental, entre varones y mujeres, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 60 y 80 años de edad.

Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la Escala de Calidad de Vida (M.G.H.) el cual sirvió como pre-test y post-test y el Programa Psicológico “Atando Lazos”.

Los resultados sometieron a la prueba estadística T de Student, pruebas paramétricas como la U de Mann Whitney (2 muestras independientes) y la Prueba de rangos de Wilcoxon (2 muestras relacionadas).

Se encontró que después de la aplicación del Programa Psicológico “Atando Lazos”, en general hubo un incremento significativo en el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores del grupo experimental. Y en particular muy significativo en las dimensiones Relaciones Interpersonales y Satisfacción por la vida. Con lo que se demostraría la efectividad del programa.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Adulto Mayor, Programa.

ABSTRACT

The purpose of this research was to demonstrate the effectiveness of the psychological program "Tying Lazos" in the quality of life of the elderly of the Integral Center of Attention to the Elderly (CIAM) of the district of Hunter.

The study is of quantitative type and quasi-experimental design. The sample consisted of 20 older adults of the control group and 20 older adults of the experimental group, between men and women, whose ages were between 60 and 80 years of age.

The instruments used were a sociodemographic record, the Quality of Life Scale (M.G.H.) which served as pre-test and post-test and the Psychological Program "Atando Lazos". The results were subjected to the Student's T test, parametric tests such as the Mann Whitney U test (2 independent samples) and the Wilcoxon test (2 related samples).

It was found that after the application of the Psychological Program "Tying Lazos", in general there was a significant increase in the level of Quality of Life of the older adults of the experimental group. And particularly very significant in the dimensions Interpersonal Relations and Satisfaction for life. With what would prove the effectiveness of the program.

KEYWORDS: Quality of Life, Older Adult, Program.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
PRESENTACIÓN	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
LISTA DE TABLAS	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1. Descripción del problema.....	1
2. Hipótesis.....	5
3. Objetivos.....	5
4. Justificación.....	6
5. Limitaciones de la investigación.....	8
6. Definición de términos.....	8
7. Variables y sus indicadores.....	9
8. Operacionalización de variables.....	10

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA.....	11
1.1 Historia del concepto de Calidad de Vida.....	11
1.2 Calidad de Vida en el Adulto Mayor.....	14
1.3 Dimensiones de Calidad de Vida.....	16
1.3.1 Salud Física.....	16
1.3.2 Relaciones Interpersonales.....	16
1.3.3 Independencia para realizar actividades.....	17
1.3.4 Satisfacción por la vida.....	17
2. ADULTO MAYOR.....	18
2.1 Definición.....	18
A. Etapas del Adulto Mayor.....	18
a) Senectos jóvenes.....	18
b) Senectos de edad intermedia.....	19
c) Senectos viejos.....	19
d) Senectos ancianos.....	20
2.2 Envejecimiento.....	20
2.2.1 Características del envejecimiento.....	20
2.2.1.1 Enfoques y teorías del envejecimiento.....	21
a. Enfoque biológico.....	21
b. Enfoque psicológico.....	22

c. Enfoque social.....	22
2.3 Autopercepción Psicológica del Adulto Mayor.....	23
2.3.1 Pérdida de autoestima.....	24
2.3.2 Pérdida del significado de vida.....	24
2.3.3 Pérdida de facilidad de adaptación.....	24
2.3.4 El mundo social de los ancianos.....	25
a. Teoría del retiro.....	25
b. Teoría de la actividad.....	26
2.4 Situación actual del Adulto mayor.....	27
2.4.1 Indicadores del Adulto Mayor.....	27
A. Envejecimiento en la Población.....	27
B. Educación.....	29
C. Ley de la persona adulta mayor N° 30490.....	30
3. PROGRAMA PSICOLÓGICO “ATANDO LAZOS”.....	30
3.1 Definición de Programa.....	30
3.2 Elementos de un Programa.....	31
3.3 Programa Psicológico.....	33
3.4 Metodología del Programa Psicológico “Atando Lazos”.....	33
3.5 Andragogía: Aprendizaje de un adulto.....	35
3.6 Temas desarrollados en el Programa Psicológico “Atando Lazos”.....	36
3.6.1 Autoestima.....	36
A. Autoestima en la tercera edad.....	37
B. La formación de la autoestima del Adulto Mayor.....	37
C. Redefinición de la autoestima en el Adulto Mayor.....	38
3.6.2 Desarrollo del proceso de Identidad del Adulto Mayor.....	38

3.6.3	Estilo de vida saludable.....	39
3.6.4	Inteligencia emocional.....	39
	A. Inteligencia emocional y Calidad de Vida.....	40
3.6.5	Encuentros Intergeneracionales.....	40
3.6.6	Risoterapia.....	42
3.6.7	Autonomía.....	42

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1.	Tipo, diseño y método de investigación.....	44
2.	Sujetos.....	44
3.	Materiales e Instrumentos.....	45
4.	Procedimientos.....	64

CAPITULO IV

RESULTADOS

1.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	65
----	----------------------------------	----

DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES.....	95
REFERENCIAS.....	96
ANEXOS	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Descripción del Grupo Experimental.....	66
Tabla N° 2 Descripción del Grupo Control.....	68
Tabla N° 3 Niveles Dimensiones de Calidad de Vida en el Grupo Control.....	70
Antes y Después	
Tabla N° 4 Calidad de Vida en el Grupo Control Antes y Después.....	72
Tabla N° 5 Niveles Dimensiones de Calidad de Vida en el Grupo Experimental.....	73
Antes y Después	
Tabla N° 6 Calidad de Vida en el Grupo Experimental Antes y Después.....	75
Tabla N° 7 Comparación entre el Pretest y Postest grupo Control.....	76
(Pruebas para muestras relacionadas, prueba t y Wilcoxon)	
De las dimensiones de la Calidad de Vida	
Tabla N° 8 Comparación entre el Pretest y Postest grupo Control.....	78
(Prueba t para muestras relacionadas) Calidad de Vida Global	
Tabla N° 9 Comparación entre el Pretest y Postest grupo Experimental.....	79
(Pruebas para muestras relacionadas Wilcoxon y prueba t)	
Dimensiones de la Calidad de vida.	
Tabla N° 10 Comparación entre el Prestest y Postest grupo Experimental.....	81
(Prueba t para muestras relacionadas) Calidad de Vida Global	
Tabla N° 11 Comparación de los Pretest, grupo Experimental y Control.....	82
(Pruebas para muestras independientes, T Student y U de Man Whitney)	
Dimensiones de la Calidad de vida.	
Tabla N° 12 Comparación de los Pretest, grupo Experimental y control.....	84

(Prueba t para muestras independientes) Calidad de Vida Global

Tabla N° 13 Comparación entre el grupo Control y Experimental Postest..... 85

(Pruebas para muestras independientes, U de Man Whitney) dimensiones

De la Calidad de vida

Tabla N° 14 Comparación de los Postest, grupo Experimental y control..... 87

(Prueba t para muestras independientes) Calidad de vida Global

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la preocupación por la situación de las personas adultas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva. Cuando se realizó el Censo Nacional de Población de 1993, la población de 60 y más años representaba el 7.0 % de la población total, es decir, más de un millón y medio de personas. Al año 2005, la población estaba constituida por 2 millones 146 mil personas que representan el 7.68% de la población total. En el año 2013, la edad mediana de la población peruana se situó en 25,5 años. Hace dieciocho años era 20,5 años, lo que indica que la población peruana se está haciendo mayor (INEI, 2015).

De mantenerse las tendencias actuales, en el año 2025 se alcanzaría una cifra de 4 millones 429 mil personas, lo que representaría el 12.4% del total de población. Para ese año se contaría con 52 personas adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, y según las proyecciones de población a largo plazo (hipótesis media), la población del Perú en el año 2050 aumentará hasta alcanzar los 40 millones 111 mil personas. La proporción de menores de 15 años decrecerá pasando de un 28,7% en 2013 a un 18,5% en 2050, y la de 65 años y más pasará de un 6,3% en 2013 a un 16,1% en el año 2050. El número de mujeres de 65 y más años de edad, seguirá siendo superior al de varones, aunque presentará una evolución ligeramente decreciente (INEI, 2015).

Esta progresiva transformación que viene experimentando la estructura etaria de nuestra población es un fenómeno que compromete a todos los grupos poblacionales y resulta más evidente en los adultos mayores. Hasta la segunda mitad del siglo XIX un número muy pequeño de la población llegaba a la vejez. Hoy como consecuencia del alto grado de

urbanización, los niveles diferenciados de fecundidad, los avances en la medicina, la baja tasa de mortalidad y los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas, debido a la concentración de la inversión pública en las ciudades, son factores que confluyen para que dicha población sea la más envejecida. Esto crea en todos los ámbitos un reto en busca de soluciones que permitan posponer los riesgos de la fragilidad y enfermedad y alcanzar la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de “agregar vida a los años y no solamente años a la vida”, que nos permitan una mejor calidad de vida (Schaie y Willis, 2003).

Durante los últimos años, a causa de éste crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital. Específicamente, en el caso de la Psicología, se pretende que los psicólogos participen en el desarrollo nacional con la solución de problemas de su competencia además de sus múltiples actividades en la elaboración, aplicación y evaluación de proyectos, planes y programas de la especialidad concordantes con las necesidades nacionales, regionales y locales en material de atención y promoción de bienestar y la calidad de vida (Ley N° 28369, 2004).

Por lo que conociendo que la Psicología es una profesión de servicio, resulta relevante aportar una investigación que sigue una visión diferente, la cual tiene como objetivo incrementar la Calidad de Vida en adultos mayores, mediante la aplicación del Programa Psicológico “Atando Lazos”, dotando a esta población de diversas estrategias que los ayuden a afrontar situaciones difíciles, manteniendo una adecuado equilibrio.

El propósito de nuestra investigación busca determinar la efectividad del programa psicológico “Atando Lazos” en la calidad de vida del Adulto Mayor de Hunter, de 60 a 80 años de edad.

La presente investigación está dividida en cuatro partes: En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, las hipótesis, los objetivos, la importancia y limitación de la investigación, sin descuidar las variables y la definición de términos, en el capítulo II se hace la revisión de la literatura, en el capítulo III se abordan los aspectos metodológicos y finalmente en el capítulo IV se muestra los resultados y la interpretación de los mismos. También la discusión, conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. La esperanza de vida aumentó tan sustancialmente en el mundo que en los próximos cinco años el número de personas mayores de 60 años será superior al de niños menores de 5 años en el mundo. (OMS, 2013)

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten a este nuevo fenómeno, estableciendo un plan de acción de salud de las personas mayores para el período 2009-2018; dentro de este plan de acción, mencionan a la “Estrategia 2” la cual establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del

envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores. El problema ya no es sólo lograr que las personas vivan más años, sino darle la mejor “calidad de vida” a esos años. (OPS, 2009).

Para valorar la calidad de vida del adulto mayor, es necesario comprender que la adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento cambios biológicos, psicológicos y sociales (Fernández, 2006).

Así mismo nuestro país no está exento de este fenómeno, el Perú está envejeciendo de manera lenta. Según datos del INEI las personas de 65 y más años de edad, se incrementarán sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en el año 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país.

Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social.

También, algunos municipios del país están trabajando en el tema de la política social del adulto mayor, con el fin de favorecer la inclusión del envejecimiento y la vejez, como aspectos de una política de desarrollo social.

Es así que, los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), que se implementan en las diferentes municipalidades del país como en nuestra ciudad Arequipa,

aparecen como espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, acción familiar, inter generacional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

Actualmente hay investigaciones las cuales buscan describir la calidad de vida del adulto mayor, así también como programas de intervención los cuales vamos a describir a continuación:

En Bolivia, Aponte (2015) “La calidad de vida en la tercera edad” nos dice que, la calidad de vida es un concepto multidimensional y multidisciplinario con combinaciones de factores objetivos y subjetivos. Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial la familia que los rodean. Los factores que más influyen en la calidad de vida son: la espiritualidad, ya que es donde se encuentra consuelo para sus problemas. Otro factor es la salud para seguir realizando actividades en su vida diaria. La soledad entre otras cosas son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida.

En Colombia, Melguizo, Acosta y Castellano (2012) en su investigación “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores” menciona que algunas dimensiones de la Calidad de Vida mostraron estar asociadas a la condición de ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas. Los hallazgos sugieren que si a los adultos mayores se les capacita, incentiva y se les favorece el generar sus propios ingresos económicos, se podría esperar mejor percepción de su Calidad de vida.

Chile, Parraguez, Torrejon, y Anigstein (2011) “Calidad de vida en personas mayores en Chile” en esta investigación dentro de la multiplicidad de factores que los adultos

mayores identificaron como componentes de la calidad de vida en la vejez, se ha podido observar que el entorno social aparece como uno de los más influyentes. Esto porque puede limitar la participación efectiva en espacios de decisión y generar situaciones de viejismo, como también, puede articular y concentrar recursos tales como la contención emocional, apoyo, recursos económicos, materiales, incentivar a la actividad, articular la rutina diaria, facilitar la actualización de cambios sociales, relaciones generacionales y ayudar en el desenvolvimiento de los adultos mayores en su entorno físico en el que viven.

Córdova en Perú (2012) “Calidad de vida en el adulto mayor, Hospital regional de la policía nacional del Perú”, este trabajo tuvo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa de adulto mayor, fue una investigación de tipo cualitativa los resultados obtenidos fueron en la dimensión de dinámica familiar satisfactoria y en la segunda dimensión estilos de vida muestran satisfacción por lo cual se concluye que los adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

En relación con los programas que apuntan a la mejora del bienestar psicológico subjetivo – material en adultos mayores, se puede afirmar que la implementación de un programa contribuye a la mejora de su percepción de la vida que han llevado hasta ese momento, incrementando la búsqueda de experiencias agradables que contribuyan a su bienestar (Carrillo y Coronel, 2017). Así mismo, otro de los estudios que pretendió evaluar la influencia de un programa para mejorar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores obtuvo como resultado que la aplicación de actividades y el acompañamiento a los adultos mayores, ayuda a mejorar y a potencializar las capacidades que este grupo etario tiene, manifestándose en el cambio de pensamientos frente a circunstancias adversas, cambios físicos y a la percepción futura (Ataucusi y Diaz, 2016).

La investigación se realizó en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Jacobo Hunter, ubicado en el departamento de Arequipa, donde acuden normalmente entre 100 a 200 adultos mayores, distribuidos en 8 asociaciones, oscilando sus edades de entre 60 a 80 años de edad. Sin embargo, a pesar de que ésta cubre algunos aspectos puntuales como se observa en el programa Centro del Adulto Mayor, no se vislumbra sobre el mejoramiento en la calidad de vida del adulto.

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta tales antecedentes, el hecho de que nuestra sociedad carece de investigaciones en esta población y que la misma está en un constante crecimiento es que se hace necesario conocerlos mejor, poder elaborar y proponer un programa de ayuda, surgiendo el interés y el deseo en responder a la siguiente interrogante:

¿Qué beneficios tiene un programa psicológico en la calidad de vida de la población adulta mayor que pertenece al CIAM de Hunter?

2. Hipótesis

H₁ La aplicación del programa psicológico “Atando Lazos” beneficiará la calidad de vida de la población adulta mayor del CIAM de Hunter.

H^o La aplicación de un programa psicológico “Atando Lazos” no beneficiará la calidad de vida de la población adulta mayor del CIAM de Hunter.

3. Objetivos.

A. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa psicológico “Atando Lazos” en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Hunter, del departamento de Arequipa.

B. Objetivos específicos

- a. Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor del CIAM de Hunter, del departamento de Arequipa.
- b. Evaluar los niveles de calidad de vida de la población adulta mayor del CIAM de Hunter, del departamento de Arequipa.
- c. Aplicar el programa psicológico “Atando Lazos” en la calidad de vida de la población adulta mayor del CIAM de Hunter, del departamento de Arequipa.
- d. Establecer la efectividad del programa psicológico “Atando lazos” en las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores del CIAM de Hunter, del departamento de Arequipa.

4. JUSTIFICACIÓN

Por el crecimiento constante y las características del envejecimiento poblacional de los países en desarrollo, el Programa de Salud y Envejecimiento de la OMS consideró necesario investigar las condiciones de salud de la población adulta mayor en este tipo de países. Para lo cual, diseñó el estudio "Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento" que se ejecutó en 18 países, siendo el nuestro uno de los participantes. Uno de los resultados en el Perú, fue que la población adulta mayor no acudía a los centros de atención primaria en salud, debido a sus escasos recursos económicos. En la actualidad se ha mejorado el acceso de las personas adultas mayores a los servicios del Ministerio de Salud, debido al Seguro Integral de Salud (SIS).

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores, Janssen (2004) sostiene que ésta no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica tales como la de la salud, la ambiental, la social o la espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y la vida de cada individuo está formada por una complejidad

de experiencia y oportunidades. Las percepciones de la calidad de vida son multifacéticas y únicas para cada individuo. Sin embargo, en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la calidad de vida en los adultos mayores se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con el nivel de funcionamiento (Bowling, 1997).

Victoria et al., (2005), hace una reflexión profunda sobre la calidad de vida, nos muestra su estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobre todo, su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal.

Montanet, Bravo y Hernández (2009), en su investigación de “La calidad de vida en los adultos mayores”; al evaluar las categorías de Calidad de Vida de forma general se destaca que los resultados alcanzados son favorables, pues predominan las categorías alta y media; no obstante se aprecian diferencias entre los grupos estudiados que consideramos están relacionadas con los factores que de forma objetiva y subjetiva influyen en la calidad de vida de estos. Estos resultados se aproximan a los estudios realizados en Cuba por León que reporta una calidad de vida con predominio alta en el 58.8% y media 17.5%, en ancianos incorporados a círculos de abuelos. Martínez y Pérez en su investigación sobre calidad de vida, evalúan a los ancianos en base a tres categorías, resultando que es considerada como buena en un 48% de la muestra trabajada.

La presente investigación buscara promover la mejora de la calidad de vida, considerando este un aporte relevante para la adaptación a los cambios que ocurren en la vejez, como un proceso saludable con una actitud positiva, especialmente a los que asisten voluntariamente al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de Hunter.

5. Limitaciones de la Investigación.

Para la investigación no se encontró mucha información bibliográfica e investigaciones ya que en cuanto a Programas Psicológicos en la Calidad de Vida se centran en la etapa de vida de la niñez y adolescencia mas no en la adulta mayor por lo que se encuentra limitado registro de información sobre el tema.

En algunas ocasiones se postergaba las sesiones ya programadas porque como asociación tenían fechas determinadas de festejos y/o celebraciones.

Había dificultades visuales y auditivas en algunos adultos mayores lo que llevó a utilizar más tiempo en la aplicación de la Escala de calidad de vida (M.G.H.).

6. Definición de términos.

A. Calidad de vida:

La OMS (2005) define la “calidad de vida” la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

B. Programa:

Un programa o intervención puede ser considerado como “los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos preplanificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica. (Fink, 1993, citado por Marcano, Aular y Finol, 2009).

C. Adulto Mayor:

Se ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 -65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí solo nada significaría (Chakiel, 1999).

7. Variables e Indicadores

A. Variable Independiente:

Programa.

Indicadores:

- Está conformado por 12 sesiones (se incluye el pre test y el post test).
- Cada sesión tiene una duración de 45 a 60 minutos, dos veces por semana.
- Dirigido a los Adultos Mayores de 60 a 80 años de edad, que pertenecen a la Asociacion “Años dorados” del CIAM del distrito de hunter – Arequipa.

B. Variable Dependiente:

Calidad de vida.

Indicadores:

- Salud física.
- Relaciones interpersonales.
- Independencia para realizar actividades
- Satisfaccion por la vida

C. Variable Interviniente:

Sexo.

Nivel de instrucción.

8. Operacionalización de Variables

Cuadro N°1

Variables	Indicadores	Tipo de variable	Niveles
Programa (Variable Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Está conformado por 12 sesiones (se incluye el pre test y el post test). • Cada sesión tiene una duración de 45 a 60 minutos, dos veces por semana. • Dirigido a los Adultos Mayores de 60 a 80 años de edad, que pertenecen a la Asociacion “Años dorados” del CIAM del distrito de hunter – Arequipa. 		
Calidad de vida (Variable Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Salud física. • Relaciones. interpersonales. • Independencia para realizar actividades. • Satisfacción por la vida. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo • Bajo • Medio • Alto

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA

1.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales. (Campbell, 1976). Sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (Cardonayet, 2006)

Algunas de las definiciones que se han sugerido son: Para Velarde y Ávila (2002) la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Cardona e Higuita (2014), define calidad de vida a la forma de cómo la persona percibe su vida, su desenvolvimiento cultural, sus valores, sus expectativas de vida, sus metas, criterio analítico, normas y preocupaciones, todo esto relacionado con sus actividades cotidianas, como la salud física, el estado psicológico, su grado de independencia, las relaciones sociales, sus factores ambientales y sus creencias personales.

El concepto calidad de vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la abundancia y con el tiempo derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud. El uso de términos como bienestar, felicidad o satisfacción, de forma intercambiable, ha dificultado en gran medida una aproximación teórica unificada al estudio de la calidad de vida. Los estudios psicológicos sobre la calidad de vida aluden por lo general al bienestar como un indicador subjetivo, componente de la calidad de vida, y medido a través de juicios de satisfacción y felicidad que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma. Se trata, en definitiva, de la actitud del sujeto hacia su vida en general, o hacia ciertos aspectos tales como la salud, el trabajo, la vivienda, el ocio, etc. (Lenardt y Cols., 2013)

Según Ardila (2003) entre las definiciones propuestas de calidad de vida se encuentran las siguientes:

- “Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980).
- “Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo” (Szalai, 1980).
- “Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal” (Celia y Tulsky, 1990).
- “Por definición, calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo” (Chaturvedi, 1991).
- “Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural” (Quintero, 1992).

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto, 1998)

Por lo que, como menciona Fernández Ballesteros (1998), el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o

apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas.

Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez y González (2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

1.2 CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, según referencias de Bayarre (2009), obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Por su parte, Dueñas (2007) revela que la calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida; de lo contrario, aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Por su parte, Lazarus (2000) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro

físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

Krzeimen (2001), sostiene también que la calidad de vida de la Población Adulta Mayor se da en la medida en que ellos logren reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

O'Shea (2003) sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.

Investigadores cubanos plantean que la calidad de vida en la tercera edad es la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. En la tercera edad, este concepto significa en buena medida la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida que se corresponde con las necesidades espirituales propias de la edad. (Dueñas, 2007).

1.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

1.3.1 Salud Física

Valoración que tiene el adulto mayor de su estado de salud, es decir, la salud subjetiva, determinada fundamentalmente por la sensación de bienestar, lo que puede o no corresponderse con su situación real.(Bayarre, 2009).

La salud física del anciano es considerada como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir". El envejecimiento está asociado con un incremento en la incidencia de diversas enfermedades crónicas, incluyendo la enfermedad arteria coronaria, la diabetes mellitus no insulinodependiente y la osteoporosis. Está bien documentado, además, que concomitantemente se producen cambios en la composición corporal que incluyen incrementos de la grasa corporal y la progresiva declinación en la masa muscular y la densidad ósea, factores que unidos resultan en una disminución de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica. (Martínez, 2008).

1.3.2 Relaciones Interpersonales

Evalúa las relaciones con la familia y otras personas con las que convive o está en contacto directo el adulto mayor, esos vínculos emocionales se dan sobre la base de la identificación emocional, intelectual o física y responden a los intereses, necesidades y preferencias del adulto mayor. (Bayarre, 2009).

Las relaciones sociales son importantes a lo largo de toda la vida, fortalecen física y mentalmente, se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida, por eso mantenerlas y hacer nuevas amistades es importante para transitar un proceso de envejecimiento activo. Respecto al tema de las relaciones sociales se

destaca la importancia de una buena comunicación, lo que implica “hablar, pero también saber escuchar y comprender las circunstancias de la otra persona”. También se aconseja “expresar los sentimientos, demostrar interés por la vida de los demás, implicarse, participar, ofrecer y pedir ayuda; en resumen, construir lazos con la gente que queremos” (Sánchez, 2007).

1.3.3 Independencia Para Realizar Actividades

Valora en qué medida está afectada la posibilidad del adulto mayor de actuar y valerse por sí mismo de forma independiente y cómo repercute esto en su calidad de vida (Bayarre, 2009).

Definida como el grado en que hombres y mujeres pueden actuar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, la forma individual de conducta dentro de una estructura particular, que está determinada por factores económicos, culturales, costumbres regionales, educación y experiencias anteriores en la vida (Sánchez, 2007).

1.3.4 Satisfacción Por La Vida

Dada por el estado de agrado o complacencia hacia la vida, determinada por diversos elementos, situaciones y condiciones presentes en su ambiente y por la actitud que el adulto mayor asume ante ellas (Bayarre, 2009).

La satisfacción con la vida de los adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable ya vividos y la esperanza de vida. Muchos autores han investigado sobre los factores de la satisfacción con la vida, que son considerados

importantes para la calidad de la misma por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. Se ha sugerido además que la Satisfacción con la vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, no del todo son determinantes para alcanzar una óptima satisfacción por la vida y la calidad de la misma en los ancianos. Así mismo cualquier enfermedad en general afecta la satisfacción por la vida, y en mayor medida los problemas de salud mental (Sánchez, 2007).

2. ADULTO MAYOR

2.1 Definición:

Para la Organización Mundial de la Salud el adulto mayor es toda persona de 60 años a más en países en desarrollo y a partir de los 65 años en países desarrollados, debido a las diferencias que existen en los países con respecto a sus condiciones de vida. (OMS, 2005).

A. Etapas del Adulto Mayor

La mayoría de los investigadores comparten los problemas relacionados con la edad en deterioro con la salud disminución de sus ingresos, considerado como carga familiar, marginación, exclusión social, perdida de los seres queridos, pero a su vez cada grupo tiene problemas y capacidades especiales.

Según Grace (1997) la tercera edad o adultez mayor, se divide en cuatro etapas:

a. Senectos Jóvenes (60 o 69 años)

Esta década marca el inicio de una transición decisiva. A los 60 años, casi todos los adultos deben adaptarse a una nueva estructura de papeles, en un

intento por afrontar las perdidas u ganancias de la década. La sociedad reduce sus expectativas respecto a los que tienen esa edad, les exige menos energía, menos independencia y creatividad.

Esta respuesta social desmoraliza a los adultos mayores quienes a menudo reaccionan disminuyendo su ritmo en una profecía autocumplida. Pueden usar su tiempo de ocio para la auto superación o para actividades políticas o de la comunidad, algunos disfrutan de una actividad sexual o atlética con regularidad y están dedicados a seguir siendo productivos y creativos.

b. Senectos de la Edad Intermedia (70 79 años)

Se caracterizan por la perdida y la enfermedad. Los amigos y familiares mueren a veces a un ritmo creciente. Se reduce su mundo social y participación en las organizaciones formales.

Los septuagenarios a menudos manifiestan irritabilidad e inquietud. Sus problemas de salud tienden a agravarse más durante esta etapa. Con frecuencia se observa una disminución de la actividad sexual entre mujeres y hombres, en muchos casos eso obedece a la pérdida del compañero.

c. Senectos Viejos (80 a 89 años)

La mayor parte de los octogenarios tiene dificultad para adaptarse e interactuar con el ambiente. Algunos necesitan un ambiente sin barreras y especial que les brinde a la vez privacidad y estimulación. Necesitan ayuda para conservar sus contactos sociales y culturales.

d. Senectos Ancianos (90 a 99 años)

Aunque algunos problemas se agravan más, el nonagenario puede modificar sus actividades para aprovechar al máximo las capacidades que todavía le quedan.

Los cambios que moldean la vida en esta etapa ocurren gradualmente a lo largo de un prolongado periodo. Si se han resuelto satisfactoriamente las crisis anteriores, como la novena década de la vida puede ser alegre, serena y de realización.

2.2 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales del estilo de vida y la presencia de enfermedades. (Leitón, Z y Ordoñez, Y.; 2003)

El concepto de envejecimiento se percibe como un proceso de degradación al que llega el individuo a cierta edad y tras un período de desarrollo, la palabra envejecimiento se utiliza como sinónimo de vejez y se conceptualiza como una etapa del ciclo vital de vida, en la que el individuo se reviste de sabiduría, armonía y durante la cual se beneficia de la experiencia adquirida.

2.2.1. Características del envejecimiento

Según Leiton y Ordoñez (2003), consideran las siguientes características:

- Universal: Es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
- Continuo: Tienen un inicio y final.

- Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: No puede detenerse ni revertirse, es definitivo.
- Declinable: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco: Porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

2.2.2 Enfoques y teorías del envejecimiento

El envejecimiento, como proceso que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques, que a su vez se sustentan en distintas teorías. CELADE/CEPAL (2006) describe tres enfoques:

a. Enfoque biológico

Este enfoque tiene su base en dos teorías:

- **Teoría del envejecimiento programado**, sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que está programado, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores.
- **Teoría del desgaste natural del envejecimiento**, asegura que los esfuerzos internos y externos conllevan la acumulación de derivados nocivos en nuestro sistema, como los derivados químicos del metabolismo que agravan el proceso de

deterioro. Al envejecer, las células son menos capaces de reparar o reemplazar componentes dañados y por tanto mueren.

b. Enfoque psicológico

Desde este enfoque el envejecimiento se sustenta en dos teorías opuestas en su concepción:

- **Teoría de la desvinculación**, señala que la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad.
- **Teoría del envejecimiento satisfactorio**, señala que este sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades entre otros elementos.

c. Enfoque social

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentran:

- **Teoría funcionalista del envejecimiento**, propone el hecho de que en la vejez se produce un ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles.
- **Teoría de la economía política de la vejez**, señala que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo

de vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse.

- **Teoría de la dependencia estructurada**, enfoca su atención en el sistema social en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social.
- **Teoría del desarrollo del envejecimiento según Erickson**, en su Teoría Psicosocial, describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, dentro de ellas se encuentra la etapa de Integridad del Ego frente a la desesperación, que abarca desde los 60 años hasta la muerte. En esta etapa de la delicada adultez tardía o madurez, la tarea primordial aquí es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Si la persona ha vivido plenamente, logra aceptar la finitud de la vida biológica y la sucesión de generaciones. El desenlace negativo se da con la sensación de fracaso o de no haber completado el proyecto vital, surgiendo la desesperanza. Inicia con un distanciamiento social, aparece un sentimiento de inutilidad, sobretodo en el área biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes, junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, los familiares también, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados; como respuesta a esta desesperanza, algunos se empiezan a preocupar por el pasado.

2.3 AUTOPERCEPCIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Según Hoffman, Paris y Hall (1996) vistos a grandes trazos de los rasgos de la sociedad actual, podemos ahora referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor.

2.3.1 Pérdida De Autoestima

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alta o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.

2.3.2 Pérdida del Significado de Vida

Frankl, dice que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia experiencia, carece de significación. Una vivencia tal a cerca del propio Yo puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en este tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Uno podría preguntarse' ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida?

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres ancianas pero mentalmente activas, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

2.3.3 Pérdida de la facilidad de adaptación

Al llegar a una edad mayor la persona va viendo como los ambientes van cambiando para ella, y como otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos

interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo; nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonando de otros tintes de marginación social. Por eso, el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación; son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

2.3.4 El mundo social de los ancianos

Así como se ha comprobado que es falsa la opinión de que la vejez es resultado inevitable de la edad, también es errónea la opinión de que la vejez forzosamente implica soledad. Los ancianos por lo general se ven a sí mismos como parte activa de la sociedad. Una encuesta representativa muestra que solo 12% de las personas de 65 años a más, ven la soledad como un problema serio.

No obstante, los modelos y el comportamiento sociales de los ancianos son diferentes en ciertos ámbitos a los de las personas más jóvenes. Se han creado dos enfoques esenciales para explicar el ambiente social de las personas ancianas. La teoría del retiro y la teoría de la actividad.

a. La teoría del retiro:

Tiene una visión del ingreso de la senectud como un proceso gradual de aislamiento del mundo en lo físico, social y psicológico. Físicamente, los bajos niveles de energía producen menos actividad; desde el punto de vista psicológico, el interés hacia los demás se centra hacia uno mismo. Socialmente, hay menos relación con los demás y una disminución del nivel

de participación en la sociedad en general. Pero en lugar de evaluar solo los aspectos negativos del retiro, los teóricos mantienen que deben apreciarse las facetas positivas del mismo, puesto que dan más posibilidades para reflexionar y disminuye la inversión emocional en los demás, es una época de la vida en la que las relaciones sociales inevitablemente terminaran con la muerte. La teoría del retiro se ha criticado ya que sostiene que el retiro es un proceso automático que implica un rompimiento con los estándares de conducta anteriores. Más importante aún, es la evidencia que señala que los ancianos son muy felices y se mantienen muy activos socialmente.

b. Teoría de la actividad:

Sostiene que los ancianos que envejecen con más éxito son los que mantienen los intereses y actividades que los motivaban durante la edad adulta y que se niega a disminuir la cantidad y el nivel de interacción social. La teoría de la actividad no está exenta de críticas. Además, no todos los ancianos necesitan una vida llena de actividades e interacción social para llegar a ser felices; como en todas las etapas de la vida, existen algunas personas que se sienten tan satisfechas de llevar una existencia relativamente pasiva y solitaria como las que tienen una vida llena de actividad y relaciones sociales. Es imposible decir si la teoría de la actividad o del retiro ofrece una visión precisa de los ancianos, tal vez porque hay muchas diferencias individuales entre las formas en que las personas encaran el envejecimiento. No obstante, es muy claro que los ancianos no están esperando solamente a que llegue la muerte. Por el contrario, la vejez es una época de crecimiento y desarrollo continuo, tan valioso como cualquier periodo de vida.

2.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida. El objetivo de este informe es establecer a partir de la información estadística disponible, un entorno de referencia que permita ubicar el contexto y las dimensiones del proceso de envejecimiento de la población. Este Informe Técnico contiene indicadores de hogares con presencia de adulto mayor, educación, salud, cobertura de programas sociales, acceso a la identidad, servicios básicos y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y área de residencia (INEI, 2017).

2.4.1 Indicadores Del Adulto Mayor

A. Envejecimiento en la Población

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.

En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas.

Gráfico N° 01
Perú. Pirámide de la población en 1950

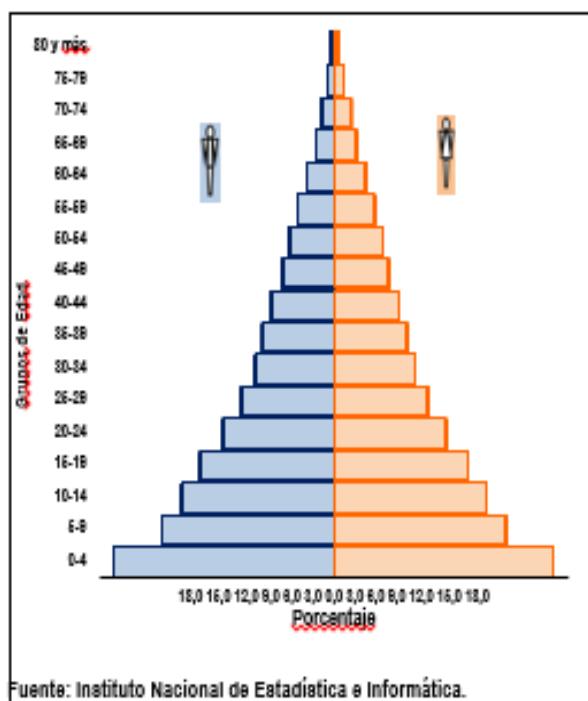
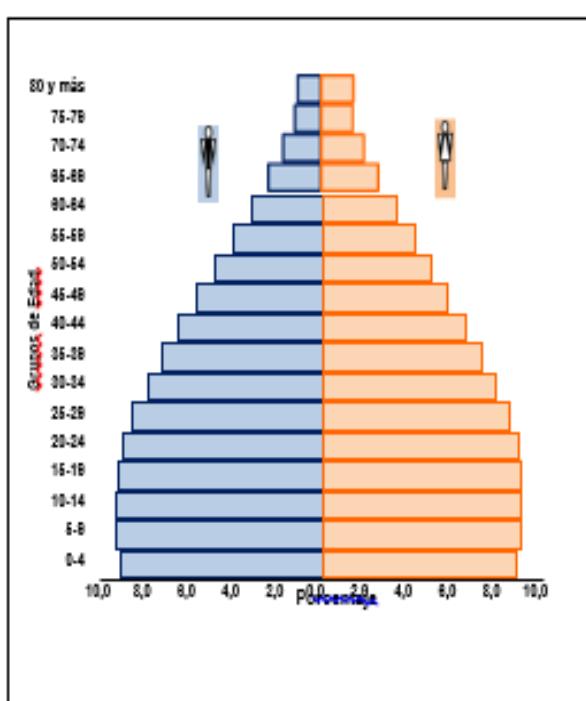


Gráfico N° 02
Perú. Pirámide de la población en 2017

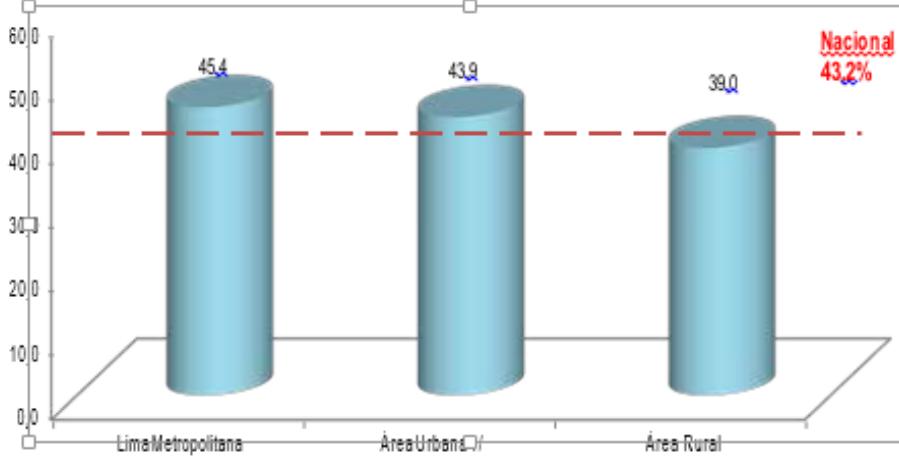


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Hogares Con Algún Miembro Adulto Mayor

Gráfico N° 03
Perú: Hogares con algún miembro adulto/a mayor, según área de residencia

Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2017 P/
(Porcentaje)



1/ Excluye Lima Metropolitana

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Al primer trimestre del año 2017, el 43,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, con el 45,4%. Le siguen los hogares del área urbana (no incluye Lima Metropolitana), entre los que el 43,9% cuenta con un/a adulto/a mayor. En tanto en el área rural en el 39,0%, existe una persona de este grupo etáreo.

B. Educación

El 13,3% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 36.7% solo alcanzó a obtener el grado de primaria, el 26.3% nivel secundario y el 23,8%, nivel superior (16,4% superior universitaria y 7,4% superior no universitaria). Existe una gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo sin nivel/ inicial, donde el 21,3% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 4,6%, siendo la brecha 16,7 puntos porcentuales. Se observa que las brechas son menores cuando el nivel educativo alcanzado es mayor, así, en educación superior la brecha es 11,2%, donde el 29,6% de los hombres tienen educación superior (universitaria y no universitaria), y las mujeres de este grupo etario con este nivel equivalen al 18,4%.

Cuadro N° 3.1
Perú: Población adulta mayor, según nivel educativo alcanzado y área de residencia
Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2016 - 2017
(Porcentaje)

Nivel educativo / Área de residencia	Ene-Feb-Mar 2016 P/ Total Hombre Mujer			Ene-Feb-Mar 2017 P/ Total Hombre Mujer		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	13,6	5,2	21,3	13,3	4,6	21,3
Primaria	37,7	38,0	37,5	36,7	37,9	35,5
Secundaria	26,2	27,9	24,6	26,3	27,9	24,9
Superior no universitaria	8,0	7,5	8,5	7,4	6,3	8,3
Superior universitaria	14,4	21,3	8,2	16,4	23,3	10,1
Área Urbana	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	7,9	3,2 a/	12,2	8,3	2,3 a/	13,8
Primaria	32,4	28,3	36,2	31,7	29,2	34,0
Secundaria	31,5	32,5	30,5	30,7	31,7	29,8
Superior no universitaria	9,9	9,1	10,7	9,0	7,7	10,1
Superior universitaria	18,3	27,0	10,4	20,3	29,1	12,4
Área Rural	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	33,9	12,3	53,3	32,7	13,1	52,8
Primaria	56,4	72,6	41,7	56,0	69,8	41,8
Secundaria	7,6	11,6	4,0 a/	9,0	13,7	4,1 a/
Superior no universitaria	1,3 a/	2,1 a/	0,5 a/	1,1 a/	1,5 a/	0,8 a/
Superior universitaria	0,9 a/	1,5 a/	0,4 a/	1,1 a/	1,8 a/	0,5 a/

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

C. Ley de la persona adulta mayor N° 30490

Son principios generales para la aplicación de la presente ley los siguientes:

- a) Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores: Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- b) Seguridad física, económica y social: Toda medida dirigida a la persona adulta mayor debe considerar el cuidado de su integridad y su seguridad económica y social.
- c) Protección familiar y comunitaria: El Estado promueve el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad.
- d) Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor: Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biosicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

3. PROGRAMA PSICOLÓGICO “ATANDO LAZOS”

3.1 Definición de programa

Un programa o intervención puede ser considerado como “los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos preplanificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica. (Fink, 1993, citado por Marcano, Aular y Finol, 2009).

Según Alvira (1999) se puede definir un programa como un conjunto sistemático de actuaciones o actividades dirigidas al logro de unos objetivos determinados. Para

distinguir “programa” de “proyecto” y “plan” hay que considerar el alcance temporal y espacial, así como el grado de concreción de objetivos y actuaciones.

- Un PLAN presenta un alcance temporal y espacial mayor (por ejemplo, el Plan Regional de Drogas abarca toda la Comunidad de Madrid, tiene un horizonte temporal superior a un año y contempla tanto actuaciones de prevención como de tratamiento, rehabilitación, etc).
- Un PROGRAMA se centra en un área determinada (por ejemplo, prevención o tratamiento), con actuaciones y actividades específicas que se concretan en objetivos específicos.
- Un PROYECTO representa un grado de concreción temporal y espacial aún mayor pero, además, como señala el Handbook of Prevention del Grupo Pompidou, presenta la característica de constituir una actividad o conjunto de actividades puntuales.

Un programa, frente a esto, debe ser transferible o generalizable. Esta característica de “transferencia” de los programas es lo que los hace especialmente interesantes ya que pueden:

- Adaptarse a otros contextos, países y zonas geográficas,
- Insertarse en planes
- Pueden concretarse en proyectos específicos.

3.2 Elementos de un Programa

Alvira (1999), especifica los elementos que componen un programa y que son los siguientes:

- a. **Inputs:** Constituyen las entradas en el programa en términos de recursos. Incluye, por tanto, usuarios (población destinataria), personal, recursos materiales, equipo e inmuebles.
- b. **Throughputs:** Son las actuaciones o actividades que se llevan a cabo y que constituyen en sí mismas la intervención. Normalmente, la delimitación de las actuaciones se puede hacer en una sola fase y las tareas o actividades concretas pueden hacerse en un listado secuencial, cuanto más detallado mejor. A las tareas/actividades hay que añadir el método o procedimiento concreto de aplicación o de intervención; en el caso de programas de prevención escolar sería la metodología de desarrollo de las sesiones.
- c. **Outputs (productos):** El producto de un programa es la aplicación del mismo en su totalidad a la población destinataria (desde la perspectiva de ésta sería la recepción del mismo). En el caso de un programa de prevención basado en facilitar información sobre las drogas, la transmisión/recepción de dicha información sería el producto u output.
- d. **Outcome (resultado):** Es un cambio medible en la vida de la población destinataria producida como consecuencia del programa.

Además de estos elementos formales, cualquier programa debe incluir, o en su caso contemplar, los siguientes elementos:

1.- Una estrategia de intervención basada en una teoría con apoyatura empírica y en las características del problema sobre el que se quiere intervenir y en las necesidades detectadas. Esta estrategia de intervención implica un modelo de intervención y/o una hipótesis del programa. Esta última no es más que una frase de “si... entonces...” y surge del modelo de intervención/estrategia de intervención/teoría base.

2.- Una definición de en qué consiste el programa, es decir, del conjunto ordenado de actuaciones o actividades previstas, junto con los métodos o procedimientos de intervención/aplicación.

3.- Una explicitación de los objetivos del programa, distinguiendo entre uno o varios objetivos generales y objetivos específicos que los concreten.

4.- Delimitación de la población objeto del programa y de las poblaciones intermedias si las hubiera.

5.- Una descripción de los recursos previstos para el programa.

6.- Un calendario de aplicación (temporalización).

7.- Un Sistema de Información para la gestión y la evaluación.

3.3 Programa Psicológico

Los autores del presente estudio consideramos que un programa psicológico podría definirse como un conjunto de procedimientos y estrategias orientadas a potenciar las cualidades, características y contenidos del pensamiento y de la comunidad Adulta Mayor. A través de estas estrategias y acciones se busca generar pensamientos y sentimientos que conduzcan a tener una percepción respecto de su vida, superior a la que tenían en ese momento, lo que redundaría en mejorar su calidad de vida.

3.4 Métodología del Programa Psicológico “Atando Lazos”

Según Bermúdez y Pérez (2017), refieren diversas técnicas utilizadas en un programa de orientación grupal y de crecimiento personal.

a. **Dinámicas de grupo:** Se refiere a lo que pasa en el interior del grupo a lo largo del interactuar de las personas que forman parte de él. Es el proceso y resultado de la interacción de todos los factores que constituyen la situación de grupo.

b. Técnicas de presentación: Tiene como objetivos generales;

- Permitir al orientador presentarse al grupo.
- Permitirles a los miembros del grupo conocerse (aun cuando no se reúnan por primera vez) desde diferentes perspectivas.

c. Técnicas de animación y concentración: Tiene como objetivo crear un ambiente fraternal y de confianza a través de la participación al máximo de los miembros del grupo en las actividades.

d. Técnicas de abstracción y análisis general: Para el proceso de aprendizaje la capacidad de abstracción, síntesis y análisis objetivo y subjetivo de una situación, son elementos centrales en el proceso de teorización.

e. Técnicas de dramatización: Permiten al orientador trabajar diferentes temas a través de su expresión escenificada, con la utilización del lenguaje verbal, corporal, gestual y facial; de esta manera los participantes representan hechos, situaciones de la vida, actitudes conductas propias o de otras personas, permitiendo la visión de los problemas desde otro punto de vista, en la medida en que el individuo se inserta de manera activa en la reanimación de momentos vitales, a partir de los cuales puede reorganizar sus ideas y reevaluar la situación.

f. Técnicas de cierre: Por lo general, cuando se realiza cualquier actividad, un aspecto importante se refiere al momento en que se evalúa si los fines que se trazaron previamente se cumplieron. Permite que el grupo valore hasta qué punto, los objetivos que se trazaron fueron cumplidos, así como del desarrollo del propio proceso grupal.

3.5 Andragogía: Aprendizaje de un Adulto

El término Andragogía fue introducido por Malcom Knowles en USA en 1984. De acuerdo al autor, se refiere “al arte de enseñar a los adultos a aprender” (Fasce, 2006).

La andragogía no es presentada por Knowles como una teoría con base empírica sino tan sólo como un conjunto de cinco asunciones:

- a. **Concepción personal del aprendizaje:** Durante el proceso de maduración del individuo, el concepto de sí mismo transita desde una condición dependiente a una condición auto-dirigida. El adulto es capaz de establecer sus propias necesidades de aprendizaje y de encontrar los medios para alcanzarlas.
- b. **Rol de la experiencia:** El adulto va adquiriendo una creciente experiencia la cual constituye una importante fuente para el aprendizaje. La experiencia previa constituye una base de sustento para el nuevo aprendizaje el cual se consolida en forma más significativa. Además, crea un adecuado contexto para la adquisición de conocimiento y habilidades.
- c. **Orientación a la aplicación del aprendizaje:** El interés de un adulto en aprender está fuertemente ligado con el desarrollo de tareas relacionadas con su rol social. Los adultos otorgan más valor a los aprendizajes que se vinculan con aquellas demandas inherentes a su quehacer en la vida cotidiana.
- d. **Aprendizajes orientados (con propósito):** En la medida en que el individuo madura modifica su perspectiva del aprendizaje, transitando desde su aplicación futura a su aplicación inmediata. Por ello, en el adulto el aprendizaje está más centrado en problemas concretos que centrado en el tema. Los adultos valorizan más el aprendizaje que puede ser aplicado a las situaciones reales que les toca enfrentar.

- e. **Motivación intrínseca:** Los adultos tienen una mayor tendencia a estar motivados por factores autónomos: el íntimo deseo de encontrar soluciones y alcanzar metas personales, más que obtener incentivos externos y gratificaciones.

Aplicaciones de la Andragogía:

- Estimular el interés de los aprendices orientando las actividades al estudio de casos o la solución de problemas reales.
- Realizar instrucción orientada a la tarea, no a la memorización del contenido.
- Plantear preguntas abiertas, favoreciendo el recuerdo de la información contenida en base a la experiencia personal.
- Permitir que los aprendices establezcan sus propias necesidades de aprendizaje.
- Comprometer a los aprendices en la evaluación de sus aprendizajes y estimular la reflexión crítica.
- Utilizar dinámicas en pequeño grupo favoreciendo la participación activa de todos los integrantes.
- Planificar tareas y objetivos realistas: las tareas de difícil cometido generan frustración y desincentivan.

3.6 Temas desarrollados en el Programa Psicológico “Atando Lazos”

3.6.1 Autoestima

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes se incluye el mundo de los afectos y sentimientos y no solo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. De ahí que para la educación y formación de las personas,

interesa mucho formar en actitudes porque así se puede asegurar una formación integral y no fraccionaria. Por lo mismo que las actitudes integradas por factores cognitivos, afectivo- emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente. (Bonet, 1994, citado por Orosco, 2015).

A. Autoestima en la tercera edad

La modificación de las funciones sociales, ocasionadas por el acontecimiento que supone la jubilación, por la percepción de la vejez que tienen las propias personas ancianas y también por la percepción que se tiene de este nivel de edad por parte del resto de la sociedad, provocan que la consistencia interna de los diversos elementos del concepto de sí mismo resulte perturbada. Uno de los principales determinantes de la autoestima es la de etiquetarse a sí mismos como “viejo” debido a las connotaciones no positivas que este término conlleva en la actualidad.

Ser viejo equivale a ser inútil, incapacitado, asexuado. Se estima que el adulto mayor pierde inevitablemente la mayoría de las capacidades de que gozaba en su vida anterior. No tiene capacidad. Es simplemente un discapacitado. (Salvarezza, 1998).

B. La formación de la autoestima del Adulto Mayor

La autoestima del adulto mayor, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual intervienen factores como, las capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años. La pérdida de éstas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya

que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima.

La autoestima alta, en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Y cuando la persona mayor siente que vale poco, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros. Por estas situaciones, es por las que se puedan dar las situaciones de aislamiento de los adultos mayores; así mismo, por la forma en que son concebidos y tratados por la sociedad (Díaz, Mejía y Nishimura, 1992, citado por Girón, 2002).

C. La redefinición de la autoestima del Adulto Mayor

Satir citado por Girón (2002), comenta que los seres humanos pueden crecer y cambiar a lo largo de su existencia, esto es un poco más difícil al pasar de los años y en ocasiones requiere de más tiempo, todo depende de nuestra voluntad de aferrarnos a ciertas actitudes; los primeros pasos, son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos con él; por lo dicho, vemos que en cualquier edad y aún en la edad mayor podemos cambiar la imagen y la valoración que se tiene de sí mismo, en la cual influye los cambios físicos, psicológicos y sociales.

3.6.2 Desarrollo de proceso de Identidad del Adulto Mayor

En nuestra sociedad la consolidación de la identidad está asociada a la asunción de las tareas adultas y específicamente al ingreso al mundo del trabajo. Su consolidación favorece la definición de los límites, tanto individuales como sociales, el sentido de pertenencia y la adjudicación de responsabilidades. “La identidad sirve para organizar

la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia” (Moraga, 1991, citado por...)

Desafortunadamente en el caso del adulto mayor esta capacidad, proveniente de la consolidación de la identidad, es la que se ve mayormente afectada, ya que la persona mayor pierde el principal referente de identificación que generalmente es el rol que entrega el puesto laboral o las tareas propias del adulto. Dicho aspecto para las personas mayores ya no existe puesto que se supone que no debe ejercerlas. En otras palabras, en la práctica, se concede al adulto mayor un dudoso privilegio: el derecho a hacer nada.

3.6.3 Estilo de vida Saludable

Los estilos de vida saludables concuerdan con la prevención y control oportuno de las enfermedades. La actividad física y una dieta balanceada son conductas relevantes para mantener un buen metabolismo, acorde a la edad y al sexo de las personas

La buena calidad de vida implica buena salud. Las personas, cualquiera sea su edad, sexo o situación social aspiran a vivir con cierto bienestar. Pero la deficiente condición de salud aparece como el principal impedimento para alcanzarlo. Siendo ésta la realidad, conviene ocuparse de otras dimensiones que también implican calidad de vida y hacen más amable su existencia (León y cols., 2011).

3.6.4 Inteligencia Emocional

Goleman (2001) citado por Gabel (2005) define la inteligencia emocional como aquella capacidad para identificar y gestionar nuestro propios sentimientos, motivarnos y estar al tanto de nuestras relaciones. Mejía (2005) agrega que la inteligencia emocional “es un factor mucho más determinante que el IQ debido a que

las actitudes emocionales son una metahabilidad que determina cuan bien logramos utilizar nuestras capacidades”.

De forma más completa Goleman (2000) citado por Contini (2005) define a la inteligencia emocional como las “habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación; regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanza”.

3.6.4.1 Inteligencia emocional y calidad de vida

Martinez, Piqueras, Ramos y Oblitas (2009) mencionan que “las habilidades para identificar, comprender y regular las emociones y la de los demás son esenciales para adaptarse a situaciones estresantes”. Del mismo modo, aquellas personas que cuentan con alta inteligencia emocional presentan una mejor recuperación frente a situaciones negativas como plantea Salovey (1995) citado por Martínez. Piqueras, Ramos y Oblitas (2009) agregan que una adecuada inteligencia emocional está asociada con una mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones bajas en sintomatología ruimiativa, ansiosa y depresiva; por tanto mejor calidad de vida relacionada con la salud.

3.6.5 Encuentros intergeneracionales

Según Quispe Rafael Coordinador del Programa Regional Adulto Mayor (PRAM) de Cáritas del Perú (2013) comenta es la estrategia que se utiliza para fomentar relaciones intergeneracionales de diferentes grupos etarios con el adulto mayor. Se desarrollan entre estudiantes de instituciones educativas o jóvenes con adultos mayores de grupos organizados, con un enfoque de respeto de derechos para

prevención del maltrato, promoción del trato digno y una imagen digna del adulto mayor.

Para lograr los resultados esperados, se basa en una metodología participativa que logra captar la atención y concentración de los niños(as), adolescentes y personas mayores; esta metodología contempla la aplicación de técnicas participativas de animación y presentación, socio dramas, trabajos grupales donde interactúan ambas generaciones, dramatización de vivencias familiares y juegos recreativos con énfasis en valores y con enfoque de derechos.

Se establecen al final de esta etapa en común una metodología para la ejecución de los Encuentros Intergeneracionales por fases:

- a. **La fase preparatoria y de sensibilización:** La misma se realiza a nivel de las Instituciones del Sector Educación, Estudiantes, Adultos Mayores y Voluntarios.
- b. **La fase de ejecución del encuentro:** Se inicia con una introducción de la dinámica del evento (se rompe el hielo), continúa con el intercambio para la socialización de conceptos mediante trabajos grupales, sociodramas, teatro entre otros. Luego continúa con un intercambio cultural como danzas típicas entre otras o se realiza una gimkana entre los participantes, se concluye el evento mediante dinámicas participativas que refuerzen el tema.
- c. **La fase de posterior al encuentro de fortalecimiento de la experiencia.** Con los diferentes actores involucrados en el encuentro se analiza el desarrollo del evento, logros, aprendizajes y dificultades, a su vez se establecen acciones complementarias a nivel educativo.
- d. **La Etapa de Consolidación.** Se produce un material educativo para los estudiantes: Este documento cuenta con información básica muy dinámica sobre

el proceso de envejecimiento, derechos del adulto mayor y aportes para el autocuidado de la salud de las personas adultas mayores.

3.6.6 Risoterapia

Para Guma (2011) la risoterapia se podría definir como la terapia grupal o individual que, a través de distintas actividades, se induce a la risa con fines curativos. Su principio básico reside en estimular la producción de distintas hormonas que genera el propio organismo con ejercicios y juegos grupales. Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana; que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños.

Con la terapia de la risa se estimulan y estiran los músculos de la cara, se incrementa la velocidad de la sangre, mejora el sueño y se pierden calorías. Igualmente, se obtienen beneficios psicológicos: al eliminar el estrés, aliviar la depresión, participa en procesos de regresión (retroceso a un nivel mental o emocional anterior como mecanismo para mitigar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa), exteriorización de emociones y sentimientos, además de incrementar la autoestima. En el aspecto social beneficia las relaciones interpersonales, permite desenvolverse favorablemente en situaciones incómodas, facilita la comunicación y es la mejor forma de “romper el hielo” (Godfrey, 2004, citado por Villamil, Quintero, Henao y Cardona, 2013).

3.6.7 Autonomía

La etimología es griega: auto nomos (el que se gobierna según su propia ley). Pero hay que diferenciar entre las dos definiciones siguientes: La autonomía funcional es la

posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse. Cuando en gerontología se habla de pérdida de autonomía, generalmente se contempla la autonomía funcional. Pero existe también, y es de suma importancia, la autonomía decisional, por la que se entiende la gestión de sus dependencias. Esta es la que corresponde a la etimología. La preservación de la autonomía decisional es lo que está en juego, uno de los principales objetivos de todo proyecto de vida. Volveremos sobre ello. Para el sociólogo Edgar Morin citado por Pujalón (2009); «Toda vida humana es un tejido de dependencias increíbles. Por supuesto, si nos falta aquello de lo que dependemos, perecemos; ello quiere decir que el concepto de autonomía es un concepto no substancial sino relativo y relacional. No digo que cuanto más dependiente, más autónomo se es. No hay reciprocidad entre estos dos términos. Digo que no se puede concebir autonomía sin dependencia». La toma de conciencia de su propia dependencia la transforma: se pasa de la idea al suceso.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo, el tipo de investigación es cuantitativa, el diseño cuasi experimental, de tipos pre y pos test con grupo experimental y grupo control. Es decir, 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 surge y la manera cómo se formaron es independiente o aparte del experimento). (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010).

2. SUJETOS

Para nuestra investigación contamos con 40 Adultos Mayores entre varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 60 y 80 años de edad, pertenecientes al Centro Integral de Atencion al Adulto Mayor del distrito de Hunter- Arequipa.

Con un muestreo de criterio sesgado, convencional o por conveniencia, quedando compuesta por 40 adultos mayores de ambos sexos, de los cuales 20 fueron del grupo experimental y 20 fueron del grupo control.

a. Criterios de Inclusión

- Edad de 60 y 80 años de edad
- Aceptación en la participación del estudio.
- No presentar ningún criterio de exclusión.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores con asistencia regular a la Asociación “Años dorados” perteneciente al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Hunter – Arequipa.

b. Criterios De Exclusión

- Adultos mayores con edad mayor a 80 años.
- Integrantes del CIAM de Hunter manifestantes no cooperadores.
- Adultos mayores con enfermedades incapacitantes que no les permitan realizar las sesiones del programa.

3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

En esta investigación estaremos utilizando los siguientes instrumentos:

A. Ficha Sociodemográfica

Cuestionario elaborado para la investigación con la finalidad de recabar datos personales de los sujetos de estudio, que a su vez servirá para determinar las características de la población adulta mayor del CIAM del distrito de Hunter.

B. Escala de calidad de vida en adultos mayores (M.G.H.)

Autores: Mirian Alvares, Hernán Bayarre y Gema Quintero.

Versión en español: Bayarre, H. – Cuba, 2009.

Forma de aplicación: Individual

Tiempo aplicación: de 15 a 20 minutos.

Finalidad: Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores.

Validez y confiabilidad: Consistencia demostrada con un Alpha de Cronbach 0.91, considerado como aceptable. La validez de contenido, dada por expertos fue adecuada, así como la validez de constructo evaluada a través del análisis factorial por componentes principales.

Opciones de respuesta: El formato de respuesta tiene un escalamiento tipo Likert de 4 puntos con las siguientes opciones de respuesta:

Opción de respuesta	Puntaje
Casi siempre	4
A menudo	3
Algunas veces	2
Casi nunca	1

Excepto en 6 ítems que corresponden al 6, 10, 11, 12, 20 y 28; estos son considerados negativos en donde la puntuación se invierte.

Estructura: Se compone de 34 ítems, que abarcan las siguientes dimensiones:

- **Salud física:** Valoración que tiene el adulto mayor de su estado de salud, determinada fundamentalmente por la sensación de bienestar. Compuesta por 6 ítems: 1; 4; 7; 20; 28 y 32. Evaluada de la siguiente manera:
 - Muy baja calidad de vida : 6 - 16 puntos
 - Baja calidad de vida : 17 – 18 puntos
 - Media calidad de vida : 19 – 20 puntos
 - Alta calidad de vida : 21 – 24 puntos
- **Relaciones interpersonales:** Evalúa las relaciones del adulto mayor con la familia y otras personas con las que convive o está en contacto directo. Conformado por 7 ítems: 3; 9; 16; 22; 24; 25 y 29. Evaluada de la siguiente manera:
 - Muy baja calidad de vida : 7 - 19 puntos
 - Baja calidad de vida : 20 - 22 puntos
 - Media calidad de vida : 23 - 24 puntos
 - Alta calidad de vida : 25 – 28 puntos
- **Independencia para realizar actividades:** Valora en qué medida está afectada la posibilidad del adulto mayor de actuar y valerse por sí mismo de forma independiente. Conformado por 7 ítems: 2; 8; 12; 14; 19; 21 y 26. Evaluada de la siguiente manera:
 - Muy baja calidad de vida : 7 - 19 puntos
 - Baja calidad de vida : 20 – 22 puntos
 - Media calidad de vida : 23 – 24 puntos
 - Alta calidad de vida : 25 – 28 puntos
- **Satisfacción por la vida:** Dada por el estado de agrado o complacencia hacia la vida, determinada por diversos elementos, situaciones y

condiciones presentes en su ambiente y por la actitud que el adulto mayor asume ante ellas. Conformado por 14 ítems: 5; 6; 10; 11; 13; 15; 17; 18; 23; 27; 30; 31; 33 y 34. Evaluada de la siguiente manera:

- Muy baja calidad de vida : 14 - 39 puntos
- Baja calidad de vida : 40 – 45 puntos
- Media calidad de vida : 46 – 49 puntos
- Alta calidad de vida : 50 – 56 puntos

Criterios de calificación global: Según este instrumento al realizar la suma algebraica del valor obtenido de los 34 ítems obtenemos la evaluación de la calidad de vida global, según los siguientes parámetros:

Grado de dependencia	Puntaje
Calidad de vida muy baja	34 a 94 puntos
Calidad de vida baja	95 a 110 puntos
Calidad de vida media	111 a 118 puntos
Calidad de vida alta	119 a 146 puntos

C. Programa Psicológico “Atando Lazos”

El presente programa psicológico denominado “Atando lazos” tendrá una duración de 12 sesiones, donde se aplicará 2 sesiones por cada semana en una duración no máxima de tres meses. El programa Psicológico estará basado en sesiones de programas ya realizados para adultos mayores y que nosotros hemos planteado y elaborado con el fin de incrementar la Calidad de vida de la población adulta mayor.

a. **Nombre:** Programa Psicológico “Atando Lazos”

b. **Administración:** Colectiva

c. **Aplicación:** Adultos Mayores de 60 a 80 años.

d. **Descripción del programa:**

Al no haber encontrado un programa psicológico para la Calidad de Vida del Adulto Mayor que se adapte a la realidad de los adultos mayores de 60 a 80 años de la ciudad de Arequipa, nos encontramos en la necesidad de elaborar un programa especialmente para cumplir con los objetivos de la presente investigación, teniendo como base algunos programas en adultos mayores, los cuales han sido adaptados según la conveniencia del objetivo y nuestra muestra.

Así, hemos considerado algunas sesiones de estos programas y algunas otras las hemos tomado de autores como: Guia Calidad de Vida en la Vejez. Herramientas Para Vivir Más y Mejor - Programa Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2011); Programa De Psicología Positiva en el Bienestar Psicológico Subjetivo- Material en Adultos Mayores- Lambayeque de Carrillo C. y Coronel R. (2017)

Este Programa que lleva por nombre: Programa Psicológico “Atando Lazos”; esta hecho en base a las dimensiones que se muestran en “Escala de Calidad de Vida (M.G.H.)” para adultos mayores de 60 a 80 años”, estas dimensiones son: Salud Física, Relaciones Interpersonales, Independencia para realizar actividades y Satisfacción por la vida. Se considera dichas dimensiones, ya que los autores de la Escala de Calidad de vida (M.G.H.) a juicio de diversos estudios son las dimensiones más importantes que se deben tener en cuenta

para conocer el estado de Calidad de Vida de un Adulto Mayor. Lo que buscamos con la realización de este programa es que los adultos mayores logren incrementar su Calidad de Vida, relacionado a sus actividades cotidianas, salud física, el estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, y sus creencias personales, así también a controlar y expresar sus emociones, desarrollando destrezas y habilidades para solucionar problemas, para manejar tensiones de forma apropiada adaptándose adecuadamente ante cualquier situación que se enfrenten en la vida.

e. Metodología:

Se propone una metodología participativa, que suscite la reflexión, el diálogo y la comunicación. El proceso didáctico se organiza a partir de un conjunto de actividades relacionadas entre sí y con una coherencia interna que nos permite trabajar una serie de actividades que proponemos son básicas para beneficiar a los adultos mayores del estudio.

f. Actitudes de los responsables del Programa

Los responsables deben crear un ambiente adecuado de trabajo conociendo las necesidades del grupo, promoviendo en los adultos mayores su desenvolvimiento, mostrando confianza y apertura a todo tipo de duda u opinión personal de cada uno.

g. Contenido del Programa

Nº de Sesión	<u>Temas</u>
<u>Taller N° 1: Salud física</u>	
1	Autoestima: Me siento valorado
2	Mi escudo motivacional
3	Estilo de vida saludable
<u>Taller N° 2: Relaciones interpersonales</u>	
4	Mi mundo de emociones
5	Sonríele a la vida
6	La unión hace la fuerza
<u>Taller N° 3: Independencia para realizar actividades</u>	
7	Auto aceptación: descubriendome
8	La Autonomía
<u>Taller N° 4: Satisfacción por la vida</u>	
9	Sensibilización a las generaciones jóvenes
10	Encuentro Intergeneracional – adultos mayores y jóvenes
11	Sensibilización a los familiares
12	Encuentro Intergeneracional – adultos mayores y sus familiares

Desarrollo de las Sesiones:

TALLER N° 1 :	<u>SALUD FÍSICA</u>
1. SESIÓN N°1:	AUTOESTIMA; ME SIENTO VALORADO
2. OBJETIVO:	Fortalecer la valoración personal en los Adultos Mayores.
3. MATERIALES:	Relatos de autoestima, un billete de 100 soles de imitación
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la primera sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella</p> <p>2. Dinámica Introductoria: “La ensalada” Se pedirá a los Adultos Mayores la formación de una media luna y se les enseñara la dinámica de la ensalada para formar cuatro grupos.</p> <p>3. Actividad central: Se les repartirá diferentes relatos sobre la autoestima a los grupos conformados, el cual expondrán después de leerlo, se les pedirá extraer el mensaje de la historia.</p> <p>4. Dinámica de reflexión y evaluación: “El billete” Se realiza con el fin de concientizar la importancia de su valor personal el cual no cambia a pesar de las dificultades.</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitará a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 1 :	<u>SALUD FÍSICA</u>
1. SESIÓN N°2:	IDENTIDAD;“Mi escudo motivacional”
2. OBJETIVO:	<p>Reconocer las áreas que forman parte de su identidad personal y familiar.</p> <p>Valorar las actividades que realizan fuera de la Institución.</p>
3. MATERIALES:	Una pelota de trapo, música, dibujos de escudo
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la sesión.</p> <p>2. Dinámica Introductoria: “La papa caliente” Para hacer un recuento del tema anterior</p> <p>3. Actividad central: “El escudo Identitario”. Los responsables entregarán una hoja en forma de escudo en el cual las (os) Adultos Mayores tendrán que dibujar con que se identifican más y posteriormente describir el porqué.Luego cada Adulto Mayor pegará su escudo y lo expondrá.</p> <p>4. Actividad de reflexión y evaluación: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas: ¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitará a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 1 :	<u>SALUD FÍSICA</u>
1. SESIÓN N°3:	ESTILO DE VIDA SALUDABLE; “Mi vida saludable”
2. OBJETIVO:	Concientizar a la población adulta mayor a mantener un estilo de vida saludable como factor importante para tener una mejor calidad de vida.
3. MATERIALES:	Tripticos del tema
4. DESARROLLO:	<p>1. Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella</p> <p>2. Dinámica de inicio: “Baile de la ensalada” Se les pedirá a los Adultos Mayores a que se pongan de pie y formen un círculo. Todos repetirán la canción.</p> <p>3. Actividad central: “Estilo de vida Saludable” Los responsables entregarán unos trípticos con el tema “Estilo de vida Saludable” y expondrán el tema.</p> <p>4. Evaluación: Se hará una retroalimentación de lo expuesto realizando las siguientes preguntas: ¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitará a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 2 :	<u>SATISFACCIÓN POR LA VIDA</u>
1. SESIÓN N°4:	“MI MUNDO DE EMOCIONES”
2. OBJETIVO:	Fomentar las distintas emociones y la importancia de controlarlas en la población adulta mayor.
3. MATERIALES:	Sombreros de color; negro, azul, amarillo. Caja con pelotitas. Cartas de emociones. Dado de cartón (grande).
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación – Bienvenida Se saludará y agradecerá por asistir a la sesión.</p> <p>2. Dinámica de inicio: “El Mango relajado” Se les pedirá a los Adultos Mayores que se pongan de pie y formen un círculo. Todos repetirán la canción.</p> <p>2. Actividad Central: “Habilidades emocionales” Se les expondrá el concepto de emoción e inteligencia emocional según Goleman.</p> <p>3. Actividad de Reflexión: “Las cartas de las emociones” Se empezará con una presentación del poema loncco recitado y actuado por el responsable de la sesión. Dicha presentación tiene como fin animar a los adultos mayores a actuar también. Es así que se les presentará las distintas cartas de las emociones para que las dramaticen.</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitará a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 2 :	<u>SATISFACCIÓN POR LA VIDA</u>
1. SESIÓN N°5:	“SONRÍELE A LA VIDA”
2. OBJETIVO:	Impulsar el buen humor mediante la risa sanadora, para una mejor actitud hacia el aprendizaje, hacia el trabajo que favorezca la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.
3. MATERIALES:	Saco de tela, objetos divertidos (lentes, narices rojas, gorros, etc.), Música Variada.
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá por su asistencia, posterior a ello se presenta el tema</p> <p>2. Dinámica Introductoria: “Los saludos” Se solicita a todos los participantes ponerse de pie y caminar por todo el espacio disponible, se les enseñará los distintos tipos de saludo.</p> <p>3. Actividad Central: “Desfile de la risa” Propiciar la risa, con un desfile de pasarela.</p> <p>4. Actividad de reflexión y evaluación: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas: ¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitan a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 2 :	<u>SATISFACCIÓN POR LA VIDA</u>
1. SESIÓN N°6:	“LA UNIÓN HACE LA FUERZA”
2. OBJETIVO:	Motivar a la población adulta mayor a establecer y cumplir sus metas, demostrando valor a pesar de las oposiciones apoyándose como grupo.
3. MATERIALES:	Globos, cinta adhesiva, tijeras y melodía alegre. Un ovillo de lana. Sillas.
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá por su asistencia.</p> <p>2. Dinámica de Inicio: “Torre de Globos” Se formarán 2 equipos con la dinámica del “la ensalada”, se les dará la tarea de armar una torre con los globos y pueda sostenerse en el suelo</p> <p>3. Actividad Central: “El hilo rojo del destino” El grupo de adultos mayores estará sentado en círculo sin dejar espacios vacíos. Se les relatará la historia del “Hilo rojo del destino”. Se realizará la actividad del “ovillo de lana”, y se escuchará la canción “Tú puedes” a modo de reflexión.</p> <p>4. Evaluación de la sesión: “Lo que aprendí hoy es...”. Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas: ¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitan a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 3 :	<u>INDEPENDENCIA PARA REALIZAR</u> <u>ACTIVIDADES</u>
1. SESIÓN N°7:	“AUTOACEPTACIÓN: DESCUBRIÉNDOME”
2. OBJETIVO:	Fortalecer la autoaceptación en los Adultos Mayores.
3. MATERIALES:	Un espejo grande, música variada y suave
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá por su asistencia.</p> <p>2. Dinámica Introductoria: “Cuando yo a la selva fui”. Se pedirá a los Adultos Mayores la formación de una media luna y se les enseñará la dinámica:</p> <p>3. Actividad central: Se les aplica una técnica de relajación adultos mayores, para iniciar luego con la actividad “el espejo”</p> <p>4. Actividad de reflexión: Se hará la reflexión de lo aprendido en la sesión, comentando principalmente el no fijarnos solo en el aspecto físico, sino ir mas allá de lo que se puede observar, buscando la esencia de cada uno mismo, como todo que han logrado a lo largo de los años, el cual es motivo de orgullo.</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitan a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 3 :	<u>INDEPENDENCIA PARA REALIZAR</u> <u>ACTIVIDADES</u>
1. SESIÓN N°8:	“LA AUTONOMÍA”
2. OBJETIVO:	Mejorar la autonomía del adulto mayor mediante el ejercicio mental.
3. MATERIALES:	Un espejo grande, música variada y suave
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida Se saludará y agradecerá por su asistencia.</p> <p>2. Dinámica Introductoria: “Cuando yo a la selva fui”. Se pedirá a los Adultos Mayores la formación de una media luna y se les enseñará la dinámica:</p> <p>3. Actividad central: “Adivina la voz”. Se coloca un adulto mayor sentado en una silla, el cual será seleccionado al tirar el dado, se le vendará y se verificará que no mire nada. Se elegirá a alguno de los adultos mayores que están sentado en círculo para que salude al compañero (a) que está vendado, éste debe identificar quién fue el que habló. Una vez terminado su turno, tira el dado para que participe otro compañero (a) de la asociación.</p> <p>4. Actividad de reflexión y evaluación: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas: ¿Qué aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?</p>
5. CIERRE:	Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitan a asistir a la siguiente sesión.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 4 :	<u>RELACIONES INTERPERSONALES</u>
1. SESIÓN N°9:	“SENSIBILIZACIÓN A LA GENERACIÓN JOVEN”
2. OBJETIVO:	Sensibilizar a la generación joven acerca de la población adulta mayor y de sus necesidades.
3. MATERIALES:	Ninguno
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Coordinación - Presentación - Bienvenida Se hizo una previa coordinación con el docente y delegado del salón para mencionar si deseaban participar de un encuentro intergeneracional.</p> <p>Se presentara el objetivo, motivándolos a integrarse tanto a las generaciones jóvenes y adultos mayores, para que de esta manera pueda surgir una armonía de ambas partes.</p> <p>2. Primera actividad: “Sensibilización a los jóvenes estudiantes del Tercer año de Psicología”</p> <p>3. Actividad de reflexión: El tazón de madera“ Se relatará la historia para su reflexión.</p>
5. CIERRE:	Sensibilizar a la generación joven acerca de la población adulta mayor y de sus necesidades.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 4 :	<u>RELACIONES INTERPERSONALES</u>
1. SESIÓN N°10:	“ENCUENTRO INTERGENERACIONAL”
2. OBJETIVO:	Integrar a la generación Adulta Mayor y la generación Joven.
3. MATERIALES:	Un espejo grande, música variada y suave
4. DESARROLLO:	Para el desarrollo de esta sesión se armó un programa en base a las actividades que demostrarían los adultos mayores como danzas, números musicales y la generación joven, como dinámicas, hora loca y un compartir.
5. CIERRE:	Se brindarán palabras de gratitud y se pedirá a algunos voluntarios comentarios acerca de su experiencia por ser parte de este encuentro inter generacional.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 4 :	<u>RELACIONES INTERPERSONALES</u>
1. SESIÓN N°11:	“SENSIBILIZACIÓN A GENERACIÓN ADULTA MAYOR”
2. OBJETIVO:	Sensibilizar a la generación adulta mayor acerca del verdadero significado de la familia.
3. MATERIALES:	Musica variada
4. DESARROLLO:	<p>1. Inicio de la sesión: Se saludará y agradecerá por asistir a una nueva sesión, animándolos a participar como lo vienen haciendo.</p> <p>2. Dinámica de inicio: “La rockola humana”. Se formarán 4 equipos de 5 integrantes cada uno, se hará pequeños círculos. Una vez sucedido esto se les indicará que se pondrá un fondo musical y cuando pare la música cada grupo irá cantando algún tipo de música que escuchaban cuando eran jóvenes</p> <p>3. Actividad Central: “Qué es una familia”</p> <p>Se realizará una charla reflexiva acerca de lo que es una familia, mencionando también los diferentes tipos de familias que existen</p> <p>4. Actividad de Reflexión: “Tú eres parte de mi familia”</p> <p>6. Evaluación de la sesión: “Lo que aprendí hoy es...”.</p>
5. CIERRE:	Se brindarán palabras de gratitud y se pedirá a algunos voluntarios comentarios acerca de su experiencia por ser parte de este encuentro inter generacional.
6. TIEMPO:	60 minutos.

TALLER N° 4 :	<u>RELACIONES INTERPERSONALES</u>
1. SESIÓN N°12:	“ENCUENTRO INTERGENERACIONAL TARDE DE CINE”
2. OBJETIVO:	Integrar a los Adultos Mayores y sus familiares.
3. MATERIALES:	Musica variada
4. DESARROLLO:	<p>Para el desarrollo de esta sesión se armó un programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Palabras de agradecimiento hacia el adulto mayor y hacia los familiares que están presentes a cargo de: LUIS CARLOS HUILCAHUAMAN RAMOS Y LADY JUANA SUCASACA QUISOCALA (Bachilleres de Psicología). 2. Dinámica preparada por los Bachilleres de Psicología: “Yo me rio así” 3. Presentación de la película: “Elsa y Fred” (Anexo) <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de reflexión: La familia no siempre es de sangre. La familia son las personas en tu vida que te quieren en la suya. Son aquellos que te aceptan por quien eres. Aquellos que harían cualquier cosa por verte sonreír y aquellos que te aman sin importar nada.
5. CIERRE:	Se brindarán palabras de gratitud y se pedirá a algunos voluntarios acerca de su experiencia por ser parte de este encuentro inter generacional.
6. TIEMPO:	60 minutos.

4. PROCEDIMIENTOS

Para la realización de la presente investigación se visitó al responsable del Centro Integral del Adulto Mayor del Distrito de Hunter, donde se informó del proyecto de investigación a favor de la institución, y poder realizar los trámites administrativos correspondientes para realizar el estudio.

Una vez aceptada la solicitud, se identificó a los sujetos de estudio a los cuales se les brindó el consentimiento informado, detallando el propósito de la investigación, así mismo se mencionaron los aspectos éticos que se tomarían en cuenta en el transcurso del estudio como la voluntariedad, confidencialidad, anonimato, por último se solicitó su firma que constate la autorización necesaria para llevar a cabo la investigación.

Seguido a ello se procedió a la aplicación de la ficha sociodemográfica y posteriormente la Escala de Calidad de Vida en el Adulto Mayor (MGH) como pre test al grupo experimental y grupo control, brindando las instrucciones correspondientes para el correcto llenado de la hoja de respuesta, con esta aplicación se obtuvieron los niveles de calidad de vida que se encontró a la población y a partir de ello se ejecutó el Programa Psicológico al grupo experimental.

Culminando con las sesiones se aplicó la Escala de Calidad de Vida (MGH) como pos test al grupo experimental y grupo control, de esta segunda aplicación, se realizó un análisis estadístico para conocer el alcance del programa y determinar las comparaciones que existen en ambos grupos, generando tablas y gráficos que muestran los resultados obtenidos, finalmente con ello se generaron las conclusiones a las que se llegó, para posteriormente brindar las recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentará los resultados luego de aplicar el programa para mejorar la calidad de vida en adultos mayores, ello se mostrará en un orden según los objetivos para su mejor comprensión.

Se debe tener presente que para la prueba de hipótesis se recurrió a la prueba estadística de T de Student para muestras relacionadas, así mismo para muestras independientes, puesto que esta prueba permite comparar dos grupos, ello con la finalidad de establecer las diferencias en el pre y post test. Se debe tener presente que para la aplicación de pruebas paramétricas, debe existir una distribución normal, en caso no cumpla con ese requisito, se utilizará pruebas paramétricas como la U de Mann Whitney (2 muestras independientes) y la Prueba de rangos de Wilcoxon (2 muestras relacionadas).

1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla N° 1

Descripción del Grupo Experimental

Género			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	femenino	17	85.0
	masculino	3	15.0
Edad			
Válido	[62-71>	9	45.0
	[71-80]	11	55.0
Estado civil			
Válido	soltero	2	10.0
	casado	12	60.0
	viudo	5	25.0
	otros	1	5.0
Educación			
Válido	sí lee	17	85.0
	no lee	3	15.0
Trabaja			
Válido	sí	3	15.0
	no	17	85.0
Seguro social			
Válido	sí	16	80.0
	no	4	20.0
Problemas salud			
Válido	sí	13	65.0
	no	7	35.0
Vive con familia			
Válido	sí	20	100.0
Ingreso económico			
Válido	sí	16	80.0
	no	4	20.0
Total		20	100.0

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

La Tabla N° 1 refleja las características de la muestra en el grupo experimental; se observa que un 85% son del género femenino; por otro lado, sólo un 15% son del género masculino. Con respecto a la edad, el 45% están entre 62 y 70 años de edad; el 55% tiene una edad de 72 a 80 años de edad. Con respecto al estado civil, el 10% es soltero, el 60% es casado, el 25% es viudo; por último, sólo el 1% está en otra situación. Con respecto al nivel de su educación, el 85% sabe leer, y sólo un 15% no sabe leer. Tomando en cuenta si trabaja o no, el 15% no trabaja, y el 85% realiza alguna actividad. En relación al seguro, el 80% de ello posee un seguro de salud, sin embargo, el 20% de ellos no poseen un seguro de salud. De otro lado, el 65% posee algún problema de salud, y el 35% se muestra estar sin problemas de salud. Todos ellos viven con su familia. Por último, el 80% posee algún ingreso económico, y el 20 % no posee ingreso económico.

Tabla N° 2
Descripción del Grupo Control

Género			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	femenino	17	85.0
	masculino	3	15.0
Edad			
Válido	[64-71>	11	55.0
	[71-80]	9	45.0
Estado civil			
Válido	casado	10	50.0
	viudo	8	40.0
	otros	2	10.0
Educación			
Válido	sí lee	20	100.0
Trabaja			
Válido	sí	5	25.0
	no	15	75.0
Seguro social			
Válido	sí	16	80.0
	no	4	20.0
Problemas salud			
Válido	sí	18	90.0
	no	2	10.0
Vive con familia			
Válido	sí	20	100.0
Ingreso económico			
Válido	sí	16	80.0
	no	4	20.0
Total		20	100.0
100.0			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

La Tabla N° 2 muestra las características de los sujetos del grupo Control, se puede ver que 85% pertenecen al género femenino y sólo un 15% son del género masculino. Por otro lado, con respecto a la edad, el 55% poseen una edad que va de 64 a 70 años de edad; el 45% posee una edad de 71 a 80 años de edad. De otro lado, con respecto al estado civil, el 50% es casado, el 40% es viudo y el 10% se encuentra en una situación diferente. Con respecto al nivel a su educación, todas las personas del grupo control leen. En lo referente a si trabaja o no, el 25% de ellos sí trabaja, y el 75% no realiza alguna actividad laboral. En lo que se refiere al seguro, el 80% de ellos posee un seguro de salud, sin embargo, el 20% de ellos no posee un seguro. Por otro lado, el 90% menciona tener algún problema de salud, y sólo el 10% muestra estar sin problemas de salud. Todos viven con su familia. Por último, el 80% posee algún ingreso económico, y el 20 % no posee algún ingreso económico.

2. NIVELES DE LA CALIDAD DE VIDA

Tabla N° 3

Niveles Dimensiones de Calidad de Vida en el Grupo Control Antes y Después

Salud Física				Relaciones interpersonales				Independencia				Satisfacción por la vida				
		Pretest	Postest			Pretest	Postest			Pretest	Postest			Pretest	Postest	
Niveles	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
muy bajo	3	15.0	4	20.0	3	15.0	3	15.0	1	5.0	1	5.0	6	30.0	5	25.0
bajo	5	25.0	6	30.0	2	10.0	8	40.0	3	15.0	4	20.0	6	30.0	7	35.0
medio	3	15.0	3	15.0	5	25.0	7	35.0	6	30.0	8	40.0	4	20.0	5	25.0
alto	9	45.0	7	35.0	10	50.0	2	10.0	10	50.0	7	35.0	4	20.0	3	15.0
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

La Tabla N° 3 describe los niveles obtenidos en cada una de las dimensiones de la Calidad de vida antes y después de aplicado el Programa; en Salud Física, se puede observar que el 15% de los evaluados está en un nivel “muy bajo”; el 25% de los evaluados están en un nivel “bajo”; el 15% posee un nivel “medio”; y un 45% posee el nivel “alto” antes de la aplicación del Programa. De otro lado, luego de aplicar el programa, el 20% está en un nivel “muy bajo”; el 30% posee un nivel “bajo”; el 15% posee el nivel “medio” y un 35% posee un nivel “alto”.

En lo que respecta a la dimensión Relaciones interpersonales, se observa que el 15% de los participantes posee un nivel “muy bajo”; el 10% tiene un nivel “bajo”; el 25% posee un nivel “medio” y el 50% posee el nivel “alto”, todo ello antes de aplicar el programa en el grupo experimental. Por otro lado, luego de aplicar el programa (postest), el 15% posee un nivel “muy bajo”; el 40% posee un nivel “bajo” el 35% posee el nivel “medio” y un 10% posee un nivel “alto”.

Con respecto a los niveles de la dimensión Independencia para realizar actividades, antes y después de aplicado el programa se puede observar que el 5 % posee de los participantes está en un nivel “muy bajo”; el 15% están en un nivel “bajo”; el 30% se ubica en un nivel “medio” y el 50% están en un nivel “alto”, ello antes de aplicar el programa. Por otro lado, luego de aplicar el programa, el 5% se ubica en un nivel “muy bajo”; el 20% posee un nivel “bajo”; el 40% está en un nivel “medio” y el 35% posee un nivel “alto”.

En cuanto a la dimensión Satisfacción por la vida, antes del aplicar el programa, el 30% de los participantes posee un nivel “muy bajo”; de igual forma el 30% posee un nivel “bajo”; el 20% posee un nivel “medio”; y el 20% de los participantes posee un nivel “alto”. Por otro lado, después de aplicar el programa en el grupo experimental, en este grupo (control), el 25% de los participantes posee un nivel “muy bajo”; el 35% tiene un nivel “bajo”; sólo el 25% se ubica en un nivel “medio” y por último, sólo un 15% de los participantes posee un nivel “alto”.

Tabla N° 4
Calidad de Vida en el Grupo Control Antes y Después

Niveles	Calidad de Vida Global				
	Pretest		Postest		%
	F	%	F		
muy bajo	3	15.0	4	20.0	
bajo	6	30.0	7	35.0	
medio	5	25.0	6	30.0	
alto	6	30.0	3	15.0	
Total	20	100.0	20	100.0	

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

La Tabla N° 04 refleja los niveles en la Calidad de Vida Global en los participantes del grupo control antes y después de aplicar el programa al grupo experimental, se observa que en el pretest, el 15% de los participantes posee el nivel “muy bajo”; el 30% posee el nivel “bajo”; el 25% posee el nivel “medio” y el 30% menciona tener un nivel “alto”. Por último, Luego de aplicar el programa, en el grupo control el 20% de los participantes posee un nivel “muy bajo”; el 35% posee un nivel “bajo”; el 30% posee un nivel “medio”, y sólo un 15% tienen un nivel “alto”.

Tabla N° 5**Niveles Dimensiones de Calidad de Vida en el Grupo Experimental Antes y Después**

Salud Física				Relaciones interpersonales				Independencia				Satisfacción por la vida				
		Pretest	Postest	Pretest		Postest		Pretest		Postest		Pretest		Postest		
Niveles	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
muy bajo	2	10.0	0	0.0	5	25.0	1	5.0	5	25.0	1	5.0	5	25.0	1	5.0
bajo	4	20.0	5	25.0	9	45.0	3	15.0	4	20.0	5	25.0	6	30.0	3	15.0
medio	7	35.0	4	20.0	3	15.0	5	25.0	5	25.0	6	30.0	7	35.0	5	25.0
alto	7	35.0	11	55.0	3	15.0	11	55.0	6	30.0	8	40.0	2	10.0	11	55.0
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación

La Tabla N° 5 muestran los resultados en las distintas dimensiones de la Calidad de Vida del grupo experimental antes y después de aplicar el programa. En lo que respecta a la dimensión salud física, antes del aplicar el programa, el 10% de los sujetos participantes del grupo experimental posee el nivel “muy bajo”; el 20% de los sujetos posee un nivel “bajo”; el 35% posee el nivel “medio”, de igual forma, el 35% posee el nivel “alto”. Por otro lado, después de participar del programa, ningún sujeto posee el nivel “muy bajo”; el 25% posee el nivel “bajo”; el 20% posee el nivel “medio”, y un significativo 55% posee el nivel “alto”.

En la dimensión relaciones interpersonales, los resultados reflejan que antes de participar del programa, el 25% de los sujetos participantes posee un nivel “muy bajo”; el 45% posee el nivel “bajo”; el 15% tiene un nivel “medio”, de igual forma, un 15% posee el nivel “alto”. De otro lado, luego de participar del programa, el 5% de los sujetos posee el nivel “muy bajo”; el 15% posee un nivel “bajo”; el 25% posee el nivel “medio” y un 55% de los sujetos posee un nivel “alto”.

En cuanto a la dimensión Independencia para realizar actividades, antes de participar del programa, el 25% de los sujetos posee un nivel “muy bajo”; el 20% posee el nivel “bajo”; el 25% posee un nivel “medio” y el 30 % posee el nivel “alto”. Por otro lado, luego de aplicar

el programa al grupo experimental, solo el 5% de los sujetos participantes posee un nivel “muy bajo”; el 25% tiene un nivel “bajo”; el 30% posee un nivel “medio” y el 40% posee el nivel “alto”.

Por último, en lo que respecta a la dimensión Satisfacción por la vida, los sujetos, antes de participar del programa, el 25% posee un nivel “muy bajo”; el 30% posee un nivel “bajo”; el 35% posee el nivel “medio” y sólo el 10% posee un nivel “alto”. Por otro lado, los resultados, luego de aplicar el programa al grupo experimental, reflejan que sólo el 5% posee el nivel “muy bajo”; el 15% posee el nivel “bajo”; el 25% logra el nivel “medio” y un significativo 55% posee el nivel “alto”.

Tabla N° 6
Calidad de Vida en el Grupo Experimental Antes y Despues

Calidad de Vida Global					
Niveles	Pretest		Postest		
	F	%	F	%	
muy bajo	3	15.0	0	0.0	
bajo	9	45.0	4	20.0	
medio	5	25.0	4	20.0	
alto	3	15.0	12	60.0	
Total	20	100.0	20	100.0	

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación

La Tabla N° 6 muestran los resultados en los niveles de Calidad de Vida global en los sujetos del grupo experimental. Se puede decir que antes de que los sujetos participen del programa, el 15% de los participantes posee un nivel “muy bajo”; un 45% posee el nivel “bajo”; el 25% posee el nivel “medio” y sólo un 15% posee el nivel “alto”. Sin embargo, los resultados luego de aplicar el programa a los sujetos participantes en el grupo experimental, reflejan cierta mejoría, puesto que ningún sujeto se ubica en un nivel “muy bajo”; sólo el 20% de sujetos posee un nivel “bajo”; de igual forma el 20% logra un nivel “medio”; un significativo 60% logra el nivel “alto”. Por lo que se concluye que este incremento se debería a que los sujetos participaron del programa para incrementar la calidad de vida en las personas participantes.

3. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PARA LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Tabla N° 7

Comparación entre el Pretest y Postest grupo Control (pruebas para muestras relacionadas, prueba t y Wilcoxon) de las dimensiones de la Calidad de Vida

Dimensión		Estadísticas de grupo						Pruebas		
		N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk					
					Estad.	gl	Sig.	T	gl	Sig.
Salud física	Pretest	20	2,827	19,90	0,927	20	0,135	0,647	19	0,056
	Postest	20	2,610	18,95	0,927	20	0,137			
Relaciones interpersonales	Pretest	20	3,674	22,30	0,883	20	0,020	- 1,369		0,171
	Postest	20	4,397	21,45	0,869	20	0,011			
Independencia para realizar actividades	Pretest	20	3,572	24,55	0,939	20	0,233	-1,265		0,206
	Postest	20	3,136	23,80	0,840	20	0,004			
Satisfacción por la vida	Pretest	20	7,214	42,85	0,942	20	0,257	- 0,187	19	0,853
	Postest	20	6,861	43,05	0,964	20	0,621			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

Para establecer las posibles diferencias existentes en el grupo control antes y después de aplicar el programa al grupo experimental, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para determinar si se recurre a una prueba paramétrica o una no paramétrica. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% (0,05).

En la dimensión Salud física, se puede observar que existe una distribución normal, por lo que es pertinente utilizar la t de Student para muestras relacionadas. La t calculada es de 0,647, con 19 grados de libertad, y el nivel de significancia calculado es de 0,056. Éste último valor está por encima del nivel de error aceptado, ello significa que los resultados no difieren

significativamente entre el Pretest y Postest, ello porque en este grupo no se aplicó el programa.

En lo referente a la dimensión Relaciones interpersonales, no existe una distribución normal en cuanto a las puntuaciones, por lo que se recurre a la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se observa que el valor calculado es de – 1,369 con un nivel de significancia de 0,171, este valor está por encima del nivel aceptado, por lo que se concluye que en lo referente a la dimensión interrelación el grupo control antes y después no difieren significativamente, esto porque en este grupo no se aplicó el programa.

En la dimensión Independencia para realizar actividades, no existe una distribución normal en cuanto a sus puntuaciones, por lo que se utilizará la prueba de Wilcoxon, donde se muestra que el valor calculado es de – 1,265 y el nivel crítico toma el valor de 0,206, este último valor está por encima del nivel de significancia por lo que se concluye que no existen diferencias significativas entre el Pretest y Postest, ello se debe a que en este grupo no se aplicó el programa.

Por último, en la dimensión Satisfacción por la vida, existe una distribución normal, por tanto, es pertinente aplicar la prueba t de Student para muestras relacionadas; se observa que tampoco existe diferencias significativas entre el Pretest y Postest, todo ello porque la t calculada toma el valor de - 0,187 con 19 grados de libertad, el nivel crítico es de 0,853, que está por encima del nivel de significancia aceptado, la explicación a ello es que en este grupo no se ha aplicado el programa a los sujetos.

Tabla N° 8

Comparación entre el Pretest y Postest grupo Control (prueba t para muestras relacionadas) Calidad de Vida Global

	Estadísticas de grupo							Pruebas					
	N	D.E	Media	Normalidad Shapiro-Wilk									
				Estad.	gl	Sig.							
Calidad de vida Global	Pretest	20	12,698	110,05	0,946	20	0,308	T	gl	Sig.			
		20	14,541	107,25	0,911	20	0,067						

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

Tomando en cuenta que existe una distribución normal, por lo que es aceptable aplicar la prueba t de Student para muestras relacionadas. Se observa que en el grupo control antes y después de aplicar el programa el grupo experimental, no existen diferencias significativas entre el Pretest y Postest. Ya que el valor calculado de T es de 1,674 con 19 grados de libertad y el nivel de significancia calculado es de 0,111, que está por encima del nivel de error aceptado (0,05).

Tabla N° 9

Comparación entre el Pretest y Postest grupo Experimental (pruebas para muestras relacionadas Wilcoxon y prueba t) dimensiones de la Calidad de vida.

Estadísticas de grupo								
Dimensión		N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk			Pruebas
					Estad.	gl	Sig.	
Salud física	Pretest	20	2,900	19,25	0,947	20	0,328	- 1,213 0,225
	Postest	20	2,159	20,85	0,852	20	0,006	
Relaciones interpersonales	Pretest	20	4,423	20,50	0,860	20	0,008	- 3,002 0,003
	Postest	20	3,348	23,95	0,839	20	0,004	
Independencia para realizar actividades	Pretest	20	3,940	21,95	0,892	20	0,30	-1,606 0,108
	Postest	20	3,325	24,00	0,906	20	0,54	
Satisfacción por la vida	Pretest	20	5,970	42,80	0,954	20	0,435	-3,022 0,003
	Postest	20	4,459	48,75	0,885	20	0,022	

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

De igual forma, para establecer las posibles diferencias existentes en el grupo Experimental antes y después de aplicar el programa, ello con la finalidad de probar la efectividad del programa aplicado a los sujetos participantes, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% (0,05). Como se puede observar en los resultados, no se pudo establecer una distribución normal de las puntuaciones antes y después, por lo que, se recurrió a la prueba no paramétrica de Wilcoxon. En cuanto a las dimensiones salud física e independencia, no se hallaron diferencias significativas puesto que los valores calculados (-1,213 con p=0,225 y -1,607 con p=0,108

respectivamente) están por encima del nivel de significancia, por lo que se concluye que, el programa no resultó ser efectiva en estas dimensiones.

Sin embargo, en cuanto a las dimensiones relaciones interpersonales y satisfacción por la vida, sí se pudo establecer diferencias significativas antes y después de aplicar el programa, ya que los valores calculados (-3,002 con $p=0.003$ y -3,001 con $p= 0,003$), están por debajo del nivel de significancia. Esto se debería a que en este grupo se aplicó el programa, por lo que se concluye que fue efectiva en estas dimensiones.

Tabla N° 10

Comparación entre el Pretest y Postest grupo Experimental (Prueba t para muestras relacionadas) Calidad de Vida Global

	Estadísticas de grupo							Pruebas		
	N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk						
				Estad.	gl	Sig.	T	gl	Sig.	
Calidad de vida Global	Pretest	20	14,255	104,50	0,912	20	0,071	- 4,532	19	0,000
	Postest	20	8,909	117,30	0,938	20	0,216			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

La Tabla N° 10, muestra la efectividad del programa aplicado al grupo control, como se puede apreciar, existe una distribución normal de las puntuaciones, por lo que es pertinente aplicar la t de Student para muestras relacionadas. Además de ello, se tuvo en cuenta el nivel crítico o error aceptado del 5% (0,05). Como se puede observar la t calculada toma el valor de - 4,532 con 19 grados de libertad, con un nivel de significancia calculado de 0,000, que está muy por debajo del nivel de significancia, por lo que se concluye que existen diferencias significativas entre el Pretest y Postest del grupo experimental, ello se debe a que los sujetos de este grupo, se les aplicó el programa para mejorar la calidad de vida.

Tabla N° 11

Comparación de los Pretest, grupo Experimental y Control (Pruebas para muestras independientes, T Student y U de Man Whitney) dimensiones de la Calidad de vida.

Estadísticas de grupo										
Dimensión	N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk			Pruebas			Sig.
				Estad.	gl	Sig.	T	gl	Sig.	
Salud física	Pretest G.E.	20	2,900	19,25	0,947	20	0,328	- 0,723	38	0,474
	Pretest G.C	20	2,789	19,90	0,927	20	0,135			
Relaciones interpersonales	Pretest G.E.	20	4,423	20,25	0,893	20	0,031	146,500		0,133
	Pretest G.C	20	4,231	22,30	0,924	20	0,121			
Independencia para realizar actividades	Pretest G.E.	20	3,940	21,95	0,892	20	0,030	137,500		0,076
	Pretest G.C	20	2,665	24,55	0,939	20	0,233			
Satisfacción por la vida	Pretest G.E.	20	5,970	42,80	0,954	20	0,435	- 0,022	38	0,983
	Pretest G.C	20	8,437	42,85	0,942	20	0,257			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

Para comprobar si antes de la aplicación del programa al grupo experimental, los grupos de estudio (control y experimental) inician en las mismas condiciones en cuanto a las dimensiones de la calidad de vida, es preciso establecer las diferencias entre el Pretest del grupo control y experimental. Para ello se recurrió a la prueba paramétrica (t de Student) en los casos donde existe distribución normal y la no paramétrica (U de Mann Whitney) en los casos que no exista distribución normal. Además, se tomó en cuenta el nivel crítico aceptado del 5% (0,05).

Se observa que, no existen diferencias significativas en todas las dimensiones, puesto que todos los valores calculados (salud física con $t = - 0,723$ con $p= 0,474$; Relaciones

interpersonales con $U=146,500$ con $p= 0,133$; Independencia para realizar actividades con $U=137,500$ con $p= 0,076$ y Satisfacción por la vida con $t= - 0,022$ con $p= 0,983$) y los niveles de significancia o niveles críticos aceptados, están por encima de 0,05. Por lo que se concluye que antes de la aplicación del programa, tanto el grupo Control y grupo Experimental inician en las mismas condiciones; lo cual se puede comprobar con las medias de cada dimensión en ambos grupos, puesto que éstas son similares.

Tabla N° 12

Comparación de los Pretest, grupo Experimental y control (Prueba t para muestras independientes) Calidad de Vida Global

Calidad de vida Global	Estadísticas de grupo						Pruebas		
	N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk			T	gl	Sig.
				Estad.	gl	Sig.			
Pretest G.E.	20	14,255	104,50	0,912	20	0,071	- 1,214	38	0,232
Pretest G.C	20	14,648	110,05	0,946	20	0,308			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

De igual forma a las dimensiones de la Calidad de Vida, es preciso señalar si de manera Global, tanto el grupo Control y Experimental parten en las mismas condiciones antes de aplicar el programa al grupo Experimental. Para ello, se recurrió a la prueba estadística paramétrica t de Student para muestras independientes, ya que se pudo averiguar que existe una distribución normal en sus puntuaciones.

Por lo que, en cuanto a la calidad de vida global, se observa que no existe una diferencia significativa entre el grupo Control con el Experimental en el Pretest, ya que la t calculada toma el valor de – 1,2142 con 38 grados de libertad y el nivel de significancia toma el valor de 0,232 que está por encima del nivel de error aceptado, por lo que se infiere que tanto el grupo Control y grupo Experimental parten en las mismas condiciones antes de aplicar el programa.

Tabla N° 13

Comparación entre el grupo Control y Experimental Postest (Pruebas para muestras independientes, U de Man Whitney) dimensiones de la Calidad de vida.

Estadísticas de grupo								
Dimensión	N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk			Pruebas	
				Estad.	gl	Sig.	U	Sig.
Salud física	Postest G.E.	20	2,159	20,85	0,852	20	0,006	137,500 0,091
	Postest G.C.	20	2,724	18,95	0,927	20	0,137	
Relaciones interpersonales	Postest G.E.	20	3,348	23,95	0,839	20	0,004	96,000 0,004
	Postest G.C.	20	3,634	21,45	0,869	20	0,011	
Independencia para realizar actividades	Postest G.E.	20	3,325	24,00	0,906	20	0,054	198,500 0,968
	Postest G.C.	20	3,019	23,80	0,840	20	0,004	
Satisfacción por la vida	Postest G.E.	20	4,459	48,75	0,885	20	0,022	96,000 0,004
	Postest G.C.	20	7,722	43,05	0,964	20	0,621	

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

Para verificar si la mejora de las dimensiones de la calidad de vida en los sujetos del grupo experimental es producto del programa, es necesario establecer las diferencias entre el Postest del grupo control y experimental. Para ello se recurrió a la prueba estadística no paramétrica de U de Mann Whitney, ya que se pudo averiguar que no existe una distribución normal en las puntuaciones en todas las dimensiones. Además, se tomó en cuenta el nivel crítico aceptado del 5% (0,05).

Se observa que, no existen diferencias significativas en las dimensiones salud física e independencia para realizar actividades, puesto que los valores calculados ($U=137,500$ con

$p=0,091$ y $U= 198,500$ con $p=0,968$) están por encima del nivel crítico aceptado. Esto se debería a la interferencia de distintos factores.

Sin embargo, se pudo establecer diferencias significativas en las dimensiones Relaciones interpersonales y Satisfacción por la vida, ya que los valores calculados ($U=96,00$ con $p=0,004$ y $U= 96,000$ con $p=0,004$), están por debajo del nivel de significancia, por lo que se concluye que el programa surtió efecto en estas dimensiones en los sujetos del grupo experimental, lo cual se corrobora con las medias del grupo control, ya que estas son bajas en comparación con las del grupo experimental.

Tabla N° 14

Comparación de los Postest, grupo Experimental y control (Prueba t para muestras independientes) calidad de vida Global

	Estadísticas de grupo							Pruebas					
	N	D.E.	Media	Normalidad Shapiro-Wilk									
				Estad.	gl	Sig.							
Calidad de vida Global							T	gl	Sig.				
	Postest G.E.	20	8,909	117,30	0,938	20	0,216		2,697	38			
	Postest G.C.	20	14,086	107,25	0,911	20	0,067			0,010			

Fuente: SPSS, elaboración de los investigadores

Interpretación:

Para establecer la efectividad del programa en lo que respecta a la calidad de vida global, de igual forma, es necesario comparar los Postest tanto del grupo control con la del experimental. Para ello, se recurrió a la prueba estadística paramétrica t de Student para muestras independientes, ya que se pudo averiguar que existe una distribución normal en sus puntuaciones.

Por lo que, de manera general, es decir en cuanto a la calidad de vida global, se observa que existe una diferencia significativa entre el grupo control con el experimental en el Postest, puesto que la t calculada toma el valor de 2,697 con 38 grados de libertad y el nivel de significancia toma el valor de 0,010 que está muy por debajo del nivel de error aceptado, por lo que se concluye que el programa para la mejora de la calidad de vida, fue efectiva.

DISCUSIÓN

La investigación que se ha presentado a través de los capítulos anteriores, tuvo como objetivo principal determinar la efectividad del programa psicológico “Atando Lazos” en la calidad de vida del Adulto Mayor. La muestra estuvo compuesta por 40 adultos mayores entre varones y mujeres, distribuidos en dos grupos: El grupo experimental conformado por 20 adultos mayores de la Asociación “Años Dorados” y el grupo control conformado por 20 adultos mayores de la Asociación “Círculo del Adulto Mayor”, ambos pertenecientes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Hunter - Arequipa.

Teniendo en cuenta que el primer objetivo específico fue identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor del CIAM de Hunter – Arequipa, así como lo muestra la tabla 1 y 2 se encontró que tanto el grupo control y el grupo experimental, presentan características sociodemográficas similares. Como en el aspecto de contar con un seguro, ingreso económico y el hecho de vivir con su familia.

Mediante la aplicación de la Escala de Calidad de Vida (M.G.H) se pudo conocer que los niveles iniciales de calidad de vida eran bajos en la población estudiada, es decir qué; los adultos mayores tanto del grupo control como del grupo experimental muestran dificultades en las dimensiones relacionadas a la calidad de vida como son: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida.

Después de aplicar el programa psicológico “Atando Lazos” elaborado con el fin de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, y para establecer su efectividad en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Se encontró que en la dimensión Salud Física, así como lo indica la tabla 9, no se apreciaron mejoras significativas en los resultados (ya que se mantuvieron en el mismo nivel), aunque si presentaron mejoría con respecto a las puntuaciones finales, de 19.25 a 20.85, esto luego de haber participado del programa. Cabe

mencionar que esto puede o no corresponder a lo que el Adulto Mayor está viviendo o sintiendo. Como refiere Bayarre (2009), la Salud Física es la valoración que tiene el adulto mayor de su estado de salud, es decir, la salud subjetiva, determinada fundamentalmente por la sensación de bienestar, lo que puede o no corresponderse con su situación real.

Con relación a la dimensión de Relaciones Interpersonales en ésta si se observa mejoras significativas ya que antes de ser sometidos los participantes mostraron una media de 20,50; logrando elevarse a 23,95; como lo indica la tabla 9, luego de aplicarse el Programa Psicológico “Atando Lazos”. Con respecto a la teoría ya mencionada; se puede indicar que esta dimensión hace referencia a evaluar las relaciones con la familia y otras personas con las que convive o está en contacto directo el adulto mayor, esos vínculos emocionales se dan sobre la base de la identificación emocional, intelectual o física y responden a los intereses, necesidades y preferencias del adulto mayor (Bayarre, 2009). En efecto nuestro estudio, estuvo basado en las relaciones sociales las cuales son importantes a lo largo de toda la vida, fortalecen física y mentalmente, se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida. Por lo que mantenerlas y hacer nuevas amistades es importante para transitar un proceso de envejecimiento activo (Sánchez, 2007).

En la dimensión Independencia para realizar actividades, como lo señala la tabla 9, no se apreciaron mejoras significativas en los resultados aunque si presentaron mejorías con respecto a la manera de actuar y empezar a valerse por sí mismos luego de haber participado del Programa Psicológico “Atando Lazos”. Sánchez (2007) define la Independencia para realizar actividades, como el grado en que hombres y mujeres pueden actuar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, la forma individual de conducta dentro de una

estructura particular, que está determinada por factores económicos, culturales, costumbres regionales, educación y experiencias anteriores en la vida.

En la dimensión de Satisfacción por la vida también se mostraron mejoras significativas ya que en un inicio mostraron una media de 42,80; elevándose a 48,75; luego de aplicarse el Programa Psicológico “Atando Lazos”, así como lo muestra la tabla 9. Según Bayarre (2009), plantea que la Satisfacción por la vida está dada por el estado de agrado o complacencia hacia la vida, determinada por diversos elementos, situaciones y condiciones presentes en su ambiente y por la actitud que el adulto mayor asume ante ellas. La satisfacción con la vida de los adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable ya vividos y la esperanza de vida. Muchos autores han investigado sobre los factores de la satisfacción con la vida, que son considerados importantes para la calidad de la misma por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. Se ha sugerido además que la Satisfacción con la vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, no del todo son determinantes para alcanzar una óptima satisfacción por la vida y la calidad de la misma en los ancianos. Así mismo cualquier enfermedad en general afecta la satisfacción por la vida, y en mayor medida los problemas de salud mental (Sánchez, 2007).

No obstante aunque las dimensiones salud física e independencia para realizar actividades, a pesar de no mostrar diferencias significativas en los resultados finales, estos sí mejoraron su puntuación una vez llevado a cabo el programa. Aunado a esto con el incremento de las dimensiones; Relaciones Interpersonales y Satisfacción por la vida, éstas han generado en la percepción de estas áreas; una mejora de su percepción, respecto a su salud física y su independencia para realizar actividades, potenciando y desarrollando pensamientos,

sentimientos positivos, optimistas de que es posible vivir de mejor manera y se demuestra por lo que refieren los adultos mayores: “nunca antes me habían hecho sentir tan bien”, “gracias estamos muy contentos (as)”

En virtud de los resultados, el programa psicológico “Atando Lazos” resultó ser efectivo en el incremento de la calidad de vida, puesto que solo los adultos mayores que pertenecían al grupo experimental mostraron mejoras significativas después de llevar a cabo las sesiones específicas de intervención del programa: ya que antes de ser sometidos los participantes mostraron una media de 104,50; logrando elevarse a 117,30; como se puede observar en la tabla 10.

Ataucusi y Diaz (2016), en su investigación para determinar la eficacia del programa “Envejecimiento Saludable” en la mejora de la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación del Distrito de Ahuac, sus sesiones incluyeron dimensiones de salud física, salud mental, bienestar social y bienestar económico, mejorando y potencializando las capacidades que este grupo etario tiene, manifestándose en el cambio de pensamientos frente a circunstancias adversas, cambios físicos y a la percepción futura. Al comparar este resultado con los que evidencia nuestra investigación, donde nuestras sesiones han incluido también dimensiones relacionadas a la calidad de vida, se tienen resultados positivos en beneficio de la calidad de vida de los adultos mayores, ya que cuando una persona, incluye los papeles y hábitos sociales que ejecuta con respecto a otros miembros de una sociedad, la conducta esperada es favorable, pues todo hombre por naturaleza, es un ser social y que su psicología debe entenderse siempre teniendo en cuenta esta premisa y no concebirlos como personas en decadencia, enfermas, inútiles y asexuadas (Salvarezza, 1988, citado por Freber y Soler, 2004)

Por su parte Martinez y Acosta (2011), evaluaron el impacto de estas intervenciones en la calidad de vida de los adultos mayores, siendo sus conclusiones y logros, un aumento en la

calidad de vida de los ancianos. Contrastando estas afirmaciones, se puede afirmar que a través de estas puestas en práctica se logró beneficiar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al CIAM de Hunter del departamento de Arequipa.

Tomás y Almenara (2010), aseguran que incluso cuando las funciones del cuerpo se debilitan, las personas deben mantener una participación vital en la sociedad; además concluyó que la integridad del yo proviene no solo de la reflexión sobre el pasado sino de la estimulación y desafíos continuos. Al comparar sus resultados con los nuestros, podemos confirmar que el programa a la vez nos permitió identificar el valor propio que los adultos mayores le ponen al hecho de sentirse reconocidos por la contribución que hicieron a la sociedad a lo largo de su vida, y que existen personas de diferentes generaciones que se preocupan por ellos.

CONCLUSIONES

PRIMERA Se encontró que tanto el grupo control y el grupo experimental, presentan características sociodemográficas similares; lo cual indica que ambos grupos ingresan en las mismas condiciones sociodemográficas, para la respectiva evaluación de la Calidad de Vida de la población Adulta Mayor del CIAM de Hunter.

SEGUNDA Los resultados que se hallaron en el pre-test antes del programa psicológico “Atando Lazos” indican que los participantes tanto el grupo control como el grupo experimental obtuvieron puntuaciones bajas, es decir, presentaron dificultades en los niveles de calidad de vida; posteriormente en el post-test, se obtuvo un incremento de dichas puntuaciones sólo en el grupo experimental, lo cual muestra que el programa psicológico aplicado fue efectivo, mejorando la percepción de su calidad de vida.

TERCERA Al aplicar el programa psicológico “Atando Lazos” en los adultos mayores del CIAM de Hunter, el grupo control no logra obtener diferencias significativas tanto en el Pre-test como en el Post-test, mientras que el grupo experimental si logró el incremento de los niveles de calidad de vida en el Post test, con lo que se demuestra que el programa psicológico trae beneficios en la calidad de vida del adulto mayor confirmando de esta manera nuestra hipótesis.

CUARTA En las dimensiones de relaciones interpersonales y satisfacción por la vida, se logró obtener diferencias significativas en el Post- test en relación a los resultados del Pre -test, dándose un incremento en las puntuaciones de estas dimensiones luego de aplicado el programa psicológico “Atando Lazos”. Por lo contrario en las dimensiones de salud física e independencia para realizar actividades, estadísticamente no se encontró resultados significativos pero si provocó un impacto en estas dimensiones.

QUINTA El programa psicológico “Atando Lazos” ha desarrollado y potenciado pensamientos y sentimientos positivos; de que es posible vivir de una mejor manera generando un sentimiento de bienestar en los adultos mayores

SÉXTA Los adultos mayores toman en consideración el interés y la importancia por como la sociedad los sigue teniendo en cuenta, al reconocer la contribución que estos hicieron por la sociedad y las futuras generaciones.

RECOMENDACIONES

- 1.** La realización de otros estudios de investigación complementarios con adultos mayores para obtener la información necesaria en la aplicación e implementación de nuevos programas y así ayudar a las necesidades que presenten para lograr el incremento de la Calidad de Vida.
- 2.** Que la población adulta mayor puedan ser insertados a instituciones públicas y privadas para continuar recibiendo su contribución, su experiencia, sus conocimientos en aras de una sociedad más justa y solidaria, para que de este modo las nuevas generaciones revaloren, el rol que cumplieron y siguen cumpliendo en la sociedad.
- 3.** Si alguna institución utilizara el programa psicológico “Atando Lazos” sugerimos, que éste lo adecuen a la edad, características y necesidades propias de los adultos mayores a los que se le aplique.
- 4.** Las instituciones trabajen en equipo multidisciplinario para asimilar a los adultos mayores en encuentros con diversas generaciones y se logre un beneficio mutuo, a fin de una mejora con la sociedad.
- 5.** Respetar la ley del adulto mayor N° 30490, cuyo fin es el de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.
- 6.** Recomendamos se utilice el presente programa por las diferentes instituciones vinculadas a la población en general dado los beneficios encontrados en el programa psicológico “Atando Lazos”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

- Aponte, V.** (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 13 (2), 152-182.
- Alvira, F.** (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención de Abuso de Drogas.* Madrid. España. Recuperado de file:///C:/Users/tajo/Downloads/Manual%20para%20la%20elaboracion%20y%20evaluacion%20de%20Programas%20de%20Prevencion%20del%20Abuso%20de%20Drogas%20(1).pdf
- Ardila, R.** (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, (2), 161-164.
- Ataucusi, M. y Díaz, N.** (2016). *Influencia del programa “envejecimiento saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación del distrito de ahuac* (tesis de pregrado). Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú.
- Bayarre, H.** (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública.* Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi02209.htm
- Bermúdez, R. y Pérez L.** (2004) *Orientación grupal y crecimiento personal.* La Habana, Pueblo y Educación.
- Bowling, A.** (1997). Measuring health: A review of qualityof life measurement scales (2da ed.) Philadelphia,PA: Open University Press.
- Campbell, A.** (1976). *La calidad de Vida.* Nueva York: Russel, Fundación Saga.

Cardonayet. (2006). *Calidad de Vida en el Adulto Mayor*. Recuperado de
<http://es.slideshare.net/fahm91/34-14223767>

Cardona, J. A., e Higuita, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (2), 175 -189

Cáritas del Perú Quispe Rafael Coordinador del Programa Regional del Adulto Mayor PRAM (2013). *Boletín Cáritas Perú N° 16*. Recuperado de <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Encuentros-Intergeneracionales-con-Personas-Adultas-Mayores-en-el-sur-del-Peru.pdf>

Carrillo, C. y Coronel, R. (2017). *Programa de Psicología Positiva en el Bienestar Psicológico subjetivo- material en adultos mayores – Lambayeque* (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Lambayeque –Perú.

Chackiel, J. (1999). *Envejecimiento de la población latinoamericana: una relación de dependencia favorable* ,Documento presentado en la Sesión III del Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- FNUAP, Santiago de Chile.

CELADE/CEPAL (2006). *Seguridad económica en la vejez*, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, diciembre, Santiago de Chile, Chile.

Cordova N. (2010). *Calidad de vida en el adulto mayor* (Tesis doctoral). Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú: Chiclayo – Perú, Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/87>

Dueñas, D. (2007). *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia Matanzas .Primer semestre 2007* (Tesis de Maestría). Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de la Habana, Cuba.

Fasce, E. (2006). Andragogía. *Revista Educación Ciencia Salud.* 3 (2), 69-70 Recuperado de <http://www2.udc.cl/ofem/recs/anteriores/vol322006/esq32.pdf>

Fernández Ballesteros, R. (1998). Calidad de Vida: Las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 57 - 65.

Fernández, B. (2006). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Freber, A. y Soler, A. (2004). Cuerpo, Dinamismo y Vejez. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8487330029

Gabel, R (2005). *Inteligencia emocional: Perspectivas y Aplicaciones ocupacionales.* Recuperado de <http://www.esa.edu.pe/publicaciones/documentos-de-trabajo/2005/numero16/InteligenciaEmoc2.pdf>

Girón, Y. (2002). *La autoestima de los adultos mayores.* Universidad Autónoma Metropolitana de Itzapalapa (Tesis de grado). Recuperado de <http://tesiuami.itz.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>

Grace, C. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice - Hall Hispanoamericana.

González U, Grau J, Amarillo MA, Acosta J. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. *Acosta JR Bioética desde una perspectiva cubana Ciudad de la Habana.* 279-85.

Guma P. Risoterapia (2011). *Curando con risas*. Lima: Editorial Mirbet, pp. 5-14

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación.* México: Mc Graw Hill

Hoffman, L. Paris S., Hall E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Mc Grow Hill. Madrid.

Instituto nacional de estadística INEI. (2017). Indicadores de calidad de vida. Recuperado de .;http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259944522500¶m4=Mostrar#top

Krzemien, D. (2001) Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. *Grupo de investigación psicológica del desarrollo*, 2(5) ,3.

Lazarus (2000). Calidad de vida en la Vejez. *Saber Envejecer: Parte del Arte de Vivir*, 5.

Leitón, Z; Ordoñez, Y. (2003). *Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor*. Manual de Información para profesionales. Instituto de bienestar familiar. Centro de Documentación, Lima.

Lenardt, M. y Cols. (2013). *Prevalencia de prefragilidad para el componente velocidad de la marcha* (Tesis de pregrado). Universidad Federal de Paraná. Brasil.

León, D. y cols. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Ley N° 28369. Ley del Trabajo del Psicólogo. Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, viernes 29 de octubre del 2004.

Ley N° 30490. Ley de la persona adulta mayor. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, domingo 26 de agosto del 2018.

Marcano, M. Aular, J. y Finol, M. (2009). Cuestiones conceptuales básicas en torno a la evaluación de programas. *Revista OMNIA*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 15 (3), 9 -30

Martínez, A; Piqueras, J & Ramos, V. (2009). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2931/293122002020/>

Martinez, J. Acosta, H. (2011). *Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira* (tesis magistral). Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

Mejía, J. (2012). Reseña Histórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista Científica* 3(17). Recuperado de <http://editorial.udistrital.edu.co/contenido/c-770.pdf>

Melguizo H., E., Acosta L. A., y Castellano P., B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28 (2), 251-263.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013) .*Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (2013-2017)*. Recuperado de: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Montanet, Bravo y Hernández (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(1), 1-10. Recuperado en 16 de octubre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es&tlang=es

Nieto Munuera, J. (1998). Dimensiones Psicosociales Mediadoras de la conducta de Enfermedad y Calidad de Vida en Población geriátrica. *Servicio de Publicaciones*, Universidad de Murcia - España, 75 - 81.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/> http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.* Recuperado de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/plan_de_accion_sobre_la_salud.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). Para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (2), 175 -189.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Adulto Mayor.* Recuperado de http://Catarina.udlap.mx/u_dl_a/talles_documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

O’Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Galway*, 615-34.

Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*. Universidad de Lima, Lima, (18), 91-104.

Paulina, O., & María José, T., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (24), 61-75. <http://dx.doi.org/DOI: 10.5354/0718-0527.2011.13531>

Puijalón, B. (2009). Autonomía y dependencia en la vejez. *Fundación Víctor Grífor i Lucas*. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688831/cuaderno16.pdf/2f29e074-4dee-4b5b-bca2-9fdb11599c7>

Salvarezza, L, (1998). *Una mirada gerontológica actual.* Buenos Aires; Paidós.

Sánchez Cánovas J. (2007). *EBP: Escala de bienestar psicológico:* TEA.

Sosa, S., y Celis, G. (2006). *Calidad de vida en el Adulto Mayor.* Recuperado de <http://es.slideshare.net/fahm91/34-14223767>

Tomás J., Almenara J. (2010) *Master en Paidopsiquiatria – Modulo I*. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de
http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf

Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.

Victoria, C., González, M., Fernández, J. y Ruiz, V. (2005). Calidad de Vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 8, (3). Recuperado de
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Villamil, M., Quintero, A., Henao, E., y Cardona, J. (2013). Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(2): 202-208

ANEXOS

- **Ficha sociodemográfica**
- **Consentimientos Informados**
- **Escala de Calidad de Vida en el adulto mayor (M.G.H.)**
- **Programa Psicológico “Atando Lazos”**

- Consentimiento informado grupo experimental

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto	: “BENEFICIOS DE UN PROGRAMA PSICOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER”
Institución	: Universidad Nacional de San Agustín
Investigadores principales	: Huillcahuaman Ramos Luis Carlos Sucasaca Quisocala Lady Juana
Correos electrónicos	: quispevaldezpercyarmando@gmail.com lady.sucasaca@gmail.com

Presentación:

La presente investigación conducida por Luis Carlos Huillcahuaman Ramos y Lady Juana Sucasaca Quisocala, Bachilleres de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, tiene como objetivo “Determinar la efectividad del programa psicológico en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del CIAM del distrito de Hunter”.

Si Usted accede a la participación de dicho estudio, se le pedirá en primer lugar responder a una ficha sociodemográfica, seguido de un cuestionario antes y después de la aplicación del Programa Psicológico “Atando Lazos”, la cual consta en 12 sesiones debidamente estructuradas, la información recopilada tendrá fines académicos, debido a ello no recibirá beneficio monetario alguno en el transcurso del mismo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los concernientes a esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene Usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores.

Respuesta:

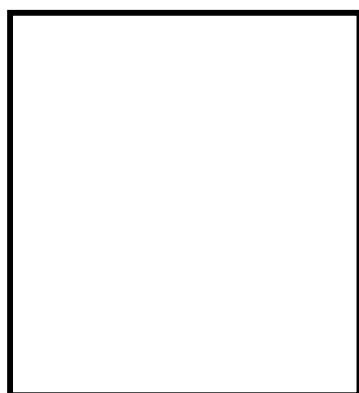
He leído el consentimiento informado y acepto participar voluntariamente en esta investigación denominada: “BENEFICIOS DE UN PROGRAMA PSICOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER”. He sido informado (a) del objetivo del estudio, me han indicado también que tendré responder en primer lugar a una ficha sociodemográfica, seguido de un cuestionario antes y después de la aplicación del Programa Psicológico “Atando Lazos”, la cual consta de 12 sesiones. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento. También entiendo que no recibiré algún pago o beneficio económico por la participación.

Nombre : _____

Firma : _____

Fecha : _____

Huella digital :



- Consentimiento informado grupo control

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto : “BENEFICIOS DE UN PROGRAMA PSICOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER”

Institución : Universidad Nacional de San Agustín

Investigadores principales : Huillcahuaman Ramos Luis Carlos
Sucasaca Quisocala Lady Juana

Correos electrónicos : quispevaldezpercyarmando@gmail.com
lady.sucasaca@gmail.com

Presentación:

La presente investigación conducida por Luis Carlos Huillcahuaman Ramos y Lady Juana Sucasaca Quisocala, Bachilleres de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, tiene como objetivo “Determinar la efectividad del programa psicológico en la calidad de vida de los adultos mayores del CIAM del distrito de Hunter”.

Si Usted accede a la participación de dicho estudio, se le pedirá en primer lugar responder a una ficha sociodemográfica, seguido de un cuestionario y luego de un lapso de tiempo se le volverá a aplicar el mismo cuestionario. Cabe mencionar que la información recopilada tendrá fines académicos, debido a ello no recibirá beneficio monetario alguno en el transcurso del mismo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los concernientes a esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene Usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores.

Respuesta:

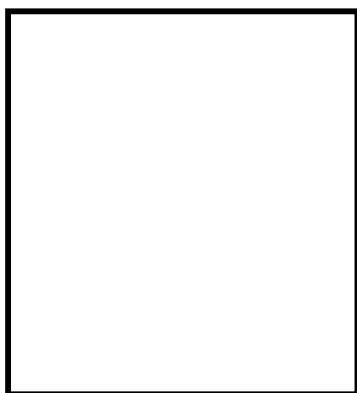
He leído el consentimiento informado y acepto participar voluntariamente en esta investigación denominada: "BENEFICIOS DE UN PROGRAMA PSICOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER". He sido informado (a) del objetivo del estudio, me han indicado también que tendré responder en primer lugar a una ficha sociodemográfica, seguido de un cuestionario y luego de un lapso de tiempo se me volverá a aplicar el mismo cuestionario. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento. También entiendo que no recibiré algún pago o beneficio económico por la participación.

Nombre : _____

Firma : _____

Fecha : _____

Huella digital :



- **Ficha sociodemográfica**

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Los datos de este cuestionario son confidenciales quedando su uso reservado sólo para los fines específicos del programa

Instrucciones: Marque Ud. la alternativa que corresponda a su situación actual, en cuanto a sus características sociodemográficas.

I.DATOS PERSONALES:

Nombres y Apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer Edad: _____

D.N.I: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a
Viudo/a Otros

II. EDUCACIÓN, TRABAJO, SEGURO, SALUD

Ítem	Si	No	Si respondió “Si” – Especificar
¿Usted, sabe leer y escribir?	1	2	
¿Usted, trabaja?	1	2	
¿Usted, se encuentra afiliado a algún tipo de seguro?	1	2	
¿Usted, tiene algún problema de salud?	1	2	

III. ENTORNO FAMILIAR

Número de personas con las que comparte la vivienda: _____

¿Con quién/quienes comparte usted la vivienda?

Esposa/o		Yerno / Nuera		Otros/as parientes	
Hija/o Hijastra/o		Nieta/o		No parientes	
Otros (especificar)					

¿Vive sólo?

Si No

IV. INGRESOS

¿Usted, recibe o cuenta con algún tipo de ingreso?

Si No

Gracias por su colaboración

Fecha en que se realiza la encuesta	
Lugar donde se realiza la encuesta	
Nombre del/ de la encuestador/ra	

- Escala de Calidad de vida en el adulto mayor (M.G.H.)

ESCALA M.G.H. CALIDAD DE VIDA.

*Lic. Miriam Alvarez Pérez, Prof. Gema Quintero Danauy, Héctor Bayarre Vea.
(Registrada en Cuba en la Oficina Nacional de Patentes)*

	Casi Siempre	A Menudo	Algunas Veces	Casi Nunca
1.- Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físico, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).				
2.- Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3.- Mi familia me quiere y respeta.				
4.- Mi estado de ánimo es favorable.				
5.- Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6.- Con la jubilación mi vida perdió sentido.				
7.- Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)				
8.- Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9.- Soy importante para mi familia.				
10.-Me siento solo y desamparado en la vida.				
11.-Mi vida es aburrida y monótona.				
12.- Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
13.-Puedo aprender cosas nuevas.				
14.-Puedo usar el transporte público.				
15.-Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.				
16.-Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.				
17.-He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
18.-Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.				
19.-Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.				

	Casi Siempre	A Menudo	Algunas Veces	Casi Nunca
20.-Estoy nervioso o inquieto.				
21.-Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).				
22.-Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.				
23.-Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
24.-Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25.-Soy feliz con la familia que he constituido.				
26.-Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)				
27.-Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.				
28.-He pensado quitarme la vida.				
29.-Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
30.-Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
31.-Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
32.-Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.				
33.-Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34.-Soy feliz con la vida que llevo.				

Dimensiones	Puntaje	Calidad de vida
Salud física		
Relaciones Interpersonales		
Independencia para realizar actividades		
Satisfacción por la vida		
Calidad de Vida Global		

“PROGRAMA PSICOLÓGICO ATANDO LAZOS”



PROGRAMA PSICOLÓGICO “ATANDO LAZOS”

I. DATOS GENERALES

Población beneficiaria	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Nº total de asistentes	: 20 personas adultas mayores
Nº de Sesiones a desarrollar	: 12 sesiones
Tiempo por sesión	: 60 minutos
Duración del Programa	: 3 meses
Alcalde de Jacobo Hunter	: Sr. Simón Balbuena Marroquín
Responsable del CIAM	: Sra. Magda Mamani
Responsables del Programa	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. INTRODUCCIÓN

En los últimos años a nivel mundial y en el Perú se está evidenciando un incremento de la población adulta mayor, según el INEI en el 2007 la población de 60 años aumento y la población mayor de 65 años creció en términos absolutos el 5.8% en el 2010 y se espera que para el 2050 sea el 16% de la población total, todo esto constituya un riesgo debido a los cambios que acontece en el proceso de envejecimiento.

Por ello el profesional de Psicología como parte del equipo de salud en el primer nivel de atención y encargado del cuidado de las personas, debe desarrollar acciones orientadas a educar, ayudar y satisfacer las necesidades bio-psico-socio-cultural, espiritual según las capacidades del adulto mayor, con el énfasis en optimizar el nivel de independencia, autosuficiencia en sus actividades diarias, valorar sus redes sociales, el apoyo familiar y su desenvolvimiento en la sociedad, con la finalidad de optimizar la salud, mejorar la calidad de vida, y facilitar el desarrollo personal, promoviendo un envejecimiento activo, saludable; como lo refieren las organizaciones mundiales y que al llegar a los 60 años no sea sinónimo de enfermedad.

Es entonces que este Programa Psicológico denominado “Atando Lazos”, el cual estará basado en sesiones de programas realizados a adultos mayores y también que se proponen plantear para conseguir el objetivo de incrementar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, se fueron implementando a lo largo del programa de acuerdo a las necesidades de la población adulta mayor y según la Escala de Calidad de Vida (MGH).

III. OBJETIVOS

• OBJETIVO GENERAL

Incrementar la Calidad de Vida en la población adulta mayor

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar las relaciones interpersonales del Adulto Mayor.
- Mejorar la independencia para realizar actividades del Adulto Mayor.

- Contribuir en la mejora de la salud física del Adulto Mayor.
- Desarrollar la dimensión de Satisfacción por la vida en el Adulto Mayor.

IV. TEMÁTICA A DESARROLLAR

Se hace la propuesta de las siguientes sesiones:

Nº DE SESIÓN	TEMAS	FECHA
TALLER N° 1 “SALUD FISICA”		
1	Autoestima: Me siento valorado	19-07-18
2	Mi escudo motivacional	25 y 26 -07-18
3	Estilo de vida saludable	01y 02-08-18
TALLER N° 2 “SATISFACCIÓN POR LA VIDA”		
4	Mi mundo de emociones	08 y 09-08-18
5	Sonríele a la vida	16 – 08- 18
6	La unión hace la fuerza	22-08-18
TALLER N° 3 INDEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES		
7	Auto aceptación: descubriéndome	05-09-18
8	La Autonomía	06-09-18
TALLER N° 4 “RELACIONES INTERPERSONALES”		
9	Sensibilización a las generaciones jóvenes	23-08-18
10	Encuentro Intergeneracional – adultos mayores y jóvenes	28-08-18
11	Sensibilización a los familiares	12-09-18
12	Encuentro Intergeneracional – adultos mayores y sus familiares	20-09-18

V. METODOLOGÍA

El programa consta de 12 sesiones, las cuales serán ejecutadas en el transcurso de tres meses, en la Asociación “Años Dorados” que pertenecen al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Hunter, teniendo como responsables a: Huillcahuaman Ramos Luis Carlos y Sucasaca Quisocala Lady Juana.

La metodología empleada será netamente práctica, contando con diferentes actividades enfocadas desde el ámbito de la Psicología, creyendo conveniente realizar actividades y/o dinámicas para captar la atención del adulto mayor para que de esta manera aprenda divirtiéndose y a la vez mejore su calidad de vida en el transcurso de las doce sesiones.

En primera instancia se dará la bienvenida a todos los adultos mayores y se presentarán los responsables del programa, entregándoles solapines con sus respectivos nombres. Seguidamente se desarrollará las sesiones correspondientes de los talleres las cuales incluirán; dinámica de inicio, seguido de la aplicación de actividades así como de dinámicas recreativas para explorar su sentido de vitalidad y confianza, además de historias de reflexión, trabajo en equipo, videos de motivación y encuentros intergeneracionales.

Finalmente se aplicará fichas o dinámicas de evaluación y/o reflexión, posterior a ello se otorgarán palabras de agradecimiento por su participación, por último se sellará su carnet de asistencia. En la clausura del programa se hará entrega de un diploma como reconocimiento por la actitud demostrada, agasajándolos después con un pequeño compartir como gratitud por su asistencia y colaboración en el transcurso del programa.

VI. RECURSOS

- Recursos humanos**

- 20 Adultos mayores de la Asociación “Años Dorados” que pertenecen al Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter

- 1 responsable del Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
- 2 Bachilleres de Psicología

- **Recursos materiales**

- | | |
|---------------------|------------------------|
| - Hojas bond | - Cintas adhesivas |
| - Lapiceros/lápices | - Tijeras |
| - Papelotes | - Colores |
| - Plumones gruesos | - Goma |
| - Cartulinas | - Silicona líquida |
| - Corrospum y foami | - Incentivos (premios) |
| - Hojas de colores | |

VII. EVALUACIÓN

Para conocer los aspectos positivos que generará cada sesión frente a la población adulta mayor, se realizará una reflexión finalizando cada sesión a modo de recapitular y conocer la esencia de la sesión realizada, las cuales se conocerán mediante las intervenciones orales o un pequeño resumen de lo aprendido, logrando detectar el aprendizaje obtenido y reforzar adecuadamente aquellos contenidos que no tuviesen recepción. Así mismo se verá la manera en cómo aprovechar esta experiencia y la puedan compartir con los demás, proponiendo alternativas de solución de diversos problemas a los que se enfrenta la sociedad en las áreas: prevención, promoción e intervención. Logrando sistematizar estos aportes y presentarlos a las organizaciones, instituciones públicas y privadas en pro de los adultos mayores, adultos, adolescentes y niños.

VIII. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES															
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	x															
Elaboración del Esquema de programa	x															
Primera presentación del Programa		x														
Levantamiento de observaciones		x														
Elaboración del material			x													
Apertura del Programa				x	x											
Primera sesión						x										
Segunda sesión							x									
Tercera sesión								x								
Cuarta sesión									x							
Quinta sesión										x						
Sexta sesión										x						
Séptima sesión											x					
Octava sesión												x				
Novena sesión												x				
Décima sesión												x				
Onceava sesión													x			
Doceava sesión														x		
Clausura del programa															x	

IX. PRESUPUESTO

Nº	Detalle	Cantidad	Valor(S/.)	Total (S/.)
1.	Papel bond	4 paquetes	12.00	48.00
2.	Sello	1 unidad	8.00	8.00
3.	Lapiceros	24 unidades	1.00	24.00
4.	Lápices	2 cajas	8.00	16.00
5.	Borrador	5 unidades	0.50	2.50
6.	Saca punta	5 unidades	0.50	2.50
7.	Papelotes	30 unidades	0.50	15.00
8.	Plumones gruesos	4 unidades	3.00	12.00
9.	Cartulinas	10 unidades	0.50	5.00
10.	Corrospum	8 planchas	3.50	28.00
11.	Foami	20 pliegos	1.00	20.00
12.	Hojas de colores	2 docenas	0.20	4.80
13.	Goma	2 frascos	3.50	7.00
14.	Cinta adhesiva	2 unidades	2.00	4.00
15.	Silicona líquida	2 unidades	5.00	10.00
16.	Palitos de chupetes	5 paquetes	2.00	10.00
17.	Cartón para diploma	20 unidades	1.00	20.00
18.	Papel fotográfico	3 paquetes	5.00	15.00
Sub Total: 251.80				

Servicios:

Detalle	Cantidad	Valor(S/.)	Total (S/.)
Fotocopias	100 unidades	0.10	10.00
Impresiones	200 unidades	0.10	20.00
Viáticos	20 veces	10.00	200.00
Sub Total: 230.00			

Total General: S/. 481.80

APERTURA DEL PROGRAMA

“ATANDO LAZOS”

I. DATOS GENERALES

Lugar : Centro Integral del Adulto Mayor – Asoc. Años Dorados
Fecha : 05 -07-18
Duración : 60 minutos
Responsables : Huilcahuaman Ramos, Luis Carlos
Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO

Aperturar el Programa Psicológico “Atando Lazos”

III. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA Y RESPONSABLES

La responsable del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) brindará las primeras palabras de apertura e inauguración del programa. Presentará a los Responsables Bachilleres de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

Los Bachilleres de Psicología se presentarán y brindarán las palabras de bienvenida y agradecimiento a todos los adultos mayores por su asistencia, se dará a conocer el Programa Psicológico “Atando Lazos” los objetivos y la metodología a trabajar, así mismo se expresará la satisfacción de vivir con ellos esta nueva experiencia, por último, se mencionará las normas de convivencia para realizar un óptimo trabajo, los cuales se detallan a continuación:

- Llegar temprano a cada sesión, se les entregará un carnet de asistencia que deberán traer consigo y se sellará al término de cada sesión.
- Pedir las cosas por favor y dar las gracias.
- Respetar la opinión de los demás.
- Esperar nuestro turno para hablar.

ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Objetivo: Obtener la participación voluntaria de los adultos mayores.

Duración: 10 minutos

Procedimiento: Se les hará entrega del Consentimiento informado a cada uno de los asistentes, brindando las indicaciones correspondientes e invitándolos a realizar sus debidas preguntas para lograr un mejor entendimiento del proceso que se desea desarrollar, se les indicará que deberán firmar en la parte inferior del documento si aceptan y aprueban su participación.

DINÁMICA DE PRESENTACIÓN: “EL NOMBRE EN EL GLOBO”

Objetivos:

- Conocer los nombres de todos los participantes.
- Generar vínculos de confianza con los adultos mayores, para la libre expresión de sentimientos y pensamientos.

Participantes: Todos en general

Duración: 15 minutos

Material: Globos de diferentes colores, plumones, música.

Procedimiento: Se les repartirá un globo a cada uno de los asistentes en los cuales escribirán sus nombres con un plumón indeleble, enseguida se dará la indicación de

pasar a un espacio amplio en donde tendrán que lanzar su globo hacia arriba de manera que se dé un intercambio de globos, a una señal de la responsable, los participantes buscarán el globo que contenga su nombre, luego se formarán en un círculo en donde cada uno de ellos realizará una breve presentación de sí mismo. Conociendo el nombre de todos se brindará la siguiente indicación; arrojar sus globos y a la otra señal cada quien cogerá el globo que tenga más cerca, leerá el nombre y buscará al dueño del mismo, una vez que lo encuentra se lo entrega y espera que le den el suyo.

APLICACIÓN DEL PRE TEST Y FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Objetivos: Conocer el nivel de calidad de vida de los adultos mayores antes de la aplicación del programa.

Conocer las características sociodemográficas de la población adulta mayor.

Duración: 30 minutos

Materiales: Pre test y lapiceros.

Procedimiento: Los responsables del programa aplicarán la Escala de Calidad de vida (MGH) como pre test.

AGRADECIMIENTO:

Como último paso se les empezara a narrar una pequeña reflexión acerca de “Los tres filtros de Sócrates” para que de esta manera interioricen y vean que todo lo que se hará y dirá en las próximas sesiones no sea divulgado y de esta manera no sea mal tomado pos otras personas y así se dará por culminado el preámbulo del programa, invitándolos a asistir a todas las sesiones con puntualidad y recordarles la fecha de la primera sesión, haciéndoles hincapié que deberán traer consigo su carnet de asistencia.(Anexo 1)

TALLER N°1: “SALUD FÍSICA”

SESIÓN N° 1

AUTOESTIMA

“Me siento valorado”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores de la Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 19 – 07- 18
Responsables :	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Fortalecer la valoración personal en los Adultos Mayores.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la primera sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella

2. Dinámica Introductoria: “La ensalada”

Objetivo: Para romper el hielo y formar grupos

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se pedirá a los Adultos Mayores la formación de una media luna y se les enseñara la dinámica de la ensalada:

Ensalada

Pica pica la ensalada (bis)

Raya raya la ensalada (bis)

Mueve mueve la ensalada (bis)

Ensalada de dos, tres y sucesivamente.

Se les indicara que cuando se nombre ensalada de dos, tres sucesivamente deberán agruparse de acuerdo al número mencionado.

3. Actividad central:

Objetivo: Reflexionar la valoración personal en los Adultos Mayores.

Materiales: Relatos de autoestima (**Anexo 2**)

Procedimiento: Se les repartirá diferentes relatos sobre la autoestima a los grupos conformados, el cual expondrán después de leerlo y reflexionar, se les pedirá extraer el mensaje de la historia.

4. Dinámica de reflexión y evaluación: “El billete”

Objetivo: Tomar conciencia del valor propio de una persona.

Materiales: Un billete de cien soles.

Procedimiento: Se saca un billete de cien soles, se les mostrará a los Adultos Mayores y a la vez se les preguntará: “¿A quién le gustaría tener este billete?”. Todas(os) levantarán la mano.

Entonces el responsable de la sesión, coge el billete y lo arruga, haciéndolo una bola. Incluso lo rasga un poquito en una esquina y pregunta una vez más “¿Quién sigue queriéndolo?”. Todos volverán a levantar la mano.

Finalmente, el responsable de la sesión, tirara el billete al suelo y lo pisara repetidamente, diciendo: “¿Aún quieren este billete?”. Todas (os) responderán que sí!.

Entonces el responsable de la sesión mencionara:

“Espero que de aquí aprendan una lección importante hoy. Aunque he arrugado el billete, lo he pisado y tirado al suelo... todos han querido tener el billete porque su valor no había cambiado, seguían siendo cien soles.

Muchas veces en la vida te ofenden, hay personas que te rechazan y los acontecimientos te sacuden, dejándote hecho una bola o tirado en el suelo. Sientes que no vales nada, pero recuerda, tu valor no cambiará NUNCA para la gente que realmente te quiere. Incluso en los días en los que sientas que estás en tu peor momento, tu valor sigue siendo el mismo, por muy arrugado que estés”

Terminada la dinámica reflexiva se hace la retroalimentación de lo aprendido.

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

El responsable agradece a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitará a asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN N° 2

IDENTIDAD

“Mi escudo motivacional”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 25 y 26 -07-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVOS:

Reconocer las áreas que forman parte de su identidad personal y familiar.

Valorar las actividades que realizan fuera de la Institución.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella

2. Dinámica Introductoria: “La papa caliente”

Objetivo: Hacer un recuento del tema anterior a través de la dinámica “Papa caliente”

Materiales: Una pelota de trapo, música.

Procedimiento: Se les pide que se paren y formen un círculo. Indicándoles que va a circular una “papa caliente” y que cuando se apague la música el que tenga la “papa” en ese momento debe responder a la pregunta que se le realice.

3. Actividad central: “El escudo Identitario”.

Objetivo: Reconocer las áreas que forman parte de su identidad personal y/o familiar.

Materiales: Dibujos de escudo. (**Anexo3**)

Procedimiento: Los responsables entregarán una hoja en forma de escudo en el cual las (os) Adultos Mayores tendrán que dibujar con que se identifican más y posteriormente escribir el porqué. El escudo esta dividido en cuatro partes:

a. Dibujo de la persona favorita

b. Dibujo del color favorito representado por un objeto fruta, etc. Por ejemplo.

Me gusta el color anaranjado, dibujaré una naranja.

c. Dibujo de la actividad favorita, por ejemplo tejer, leer, hacer ejercicios, etc.

d. Dibujo del animal con el que se identifique. Por ejemplo; dibujo un león porque es aguerrido y fuerte.

Posteriormente, cada Adulto pegará su escudo y lo expondrá.

4. Actividad de reflexión y evaluación:

Objetivo: Comprobar el aprendizaje obtenido durante la sesión.

Materiales: Ninguno.

Desarrollo: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas:

¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Una responsable agradece a todos los adultos mayores por la participación e invitarlos a asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN N° 3

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

“Mi Vida Saludable”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados.
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 01 y 02 -08-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVOS:

Concientizar a la población adulta mayor a mantener un estilo de vida saludable como factor importante para tener una mejor calidad de vida.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá a todos por asistir a la sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella

2. Dinámica de inicio: “Baile de la ensalada”

Objetivo: Romper el hielo con la dinámica.

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se les pedirá a los Adultos Mayores a que se pongan de pie y formen un círculo. Todos repetirán la canción.

Baile de la ensalada

Este es el baile de la ensalada

Que está de moda y a ti te gusta

Atención!

Preparar!

La lechuga (biss)

El tomate, la lechuga (biss)

La zanahoria, el tomate, la lechuga (biss)

La cebolla, la zanahoria, el tomate, la lechuga (biss)

3. Actividad central: “Estilo de vida Saludable”

Objetivo: Dar a conocer a los Adultos Mayores un buen estilo de vida saludable para mejorar su calidad de vida.

Materiales: Trípticos con el tema (**Anexo 4**)

Procedimiento: Los responsables entregará unos trípticos con el tema “Estilo de vida Saludable” y expondrán el tema.

4. Evaluación:

Objetivo: Comprobar el aprendizaje obtenido durante la sesión.

Materiales: Ninguno.

Desarrollo: Se hará una retroalimentación de lo expuesto realizando las siguientes preguntas:

¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Una responsable agradece a todos los adultos mayores por la participación e invitarlos a asistir a la siguiente sesión.

TALLER N°2: “SATISFACCIÓN POR LA VIDA”

SESIÓN N° 4

“Mi mundo de emociones”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados.
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 08 y 09 – 08-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Fomentar las distintas emociones y la importancia de controlarlas en la población adulta mayor.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación – Bienvenida

Se saludará y agradecerá por asistir a la sesión denominada “Mi mundo de emociones” se presenta el objetivo, motivándolos a brindar cualquier duda, opinión o sugerencia que será bien recibida.

2. Dinámica de inicio: “El Mango relajado”

Objetivo: Romper el hielo con la dinámica.

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se les pedirá a los Adultos Mayores que se pongan de pie y formen un círculo. Todos repetirán la canción, con los movimientos que indicará el responsable de la sesión y que los adultos imitarán.

El mango Relajado

Se agarra el mango

Se lava el mango

Se pela el mango

Me como el mango

Tiro la pepa del mango

Piso la pepa del mango

Yo soy un Mango y mi cuerpo

Relajado, relajado, relajado.

Cuando todos los adultos mayores aprendan la canción, se solicitará a voluntarios que lo realicen solos.

3. Actividad Central: “Habilidades emocionales”

Objetivo: Conocer los beneficios de conocer y controlar las distintas emociones

Materiales: Sombreros de color; negro, azul, amarillo. Caja con pelotitas.

Procedimiento: Se les expondrá el concepto de emoción e inteligencia emocional según Goleman. Se les explicará que hay una infinidad de emociones y las experimentamos a diario, su importancia de controlarlas y que éstas no se mantengan en el tiempo, lo cual indicaría algún problema mayor como por ejemplo; la depresión. Una vez explicado el tema como introducción, se sacará a tres adultos mayores, escogidos al azar, los cuales se pondrán unos sombreros de

distintos colores. Sombrero de color amarillo significará emociones positivas, el sombrero de color azul a las emociones que se consideren neutras y el sombrero azul a las emociones negativas. Distintos adultos mayores sacarán de un cajón que contiene pelotitas con el nombre de las emociones:

Emociones positivas: Alegría, humor, amor, felicidad

Emociones negativas: Ira, miedo, ansiedad, tristeza, vergüenza, aversión.

Emociones neutras o ambiguas: sorpresa, esperanza.

Al sacar un adulto mayor la pelotita de la “caja de las emociones”, leerá la emoción que esté escrita, reflexionará si esta emoción es positiva, negativa o neutra y entregará su pelotita al adulto que tenga el color del sombrero que represente la clase de emoción.

4. Actividad de Reflexión: “Las cartas de las emociones”

Objetivo: Reconocer las distintas emociones mediante la dramatización.

Materiales: Cartas de emociones (**Anexo 5**), dado de cartón (grande).

Procedimiento: Se empezará con una presentación del poema loncco recitado y actuado por el responsable de la sesión. Dicha presentación tiene como fin animar a los adultos mayores a actuar también. Es así que se les presentará las distintas cartas de las emociones quienes se mostrarán al reverso, indicándoles que se han barajado y mezclado bien. Cada carta contiene, una imagen que representa la emoción y su concepto. El adulto mayor deberá sacar una carta y mantenerla en secreto, leerá la carta que le tocó sin compartirlo con ninguno de sus compañeros, para luego actuar dicha emoción y los demás adivinar de qué emoción se trata. Se les da unos minutos para que formulen su actuación. Luego con el dado de cartón, saldrán al frente, representarán su actuación indicándole sobre todo que no debe

nombrar la emoción que le tocó, solo actuarlo. Iniciará su actuación al decir todos juntos ; ¡Luces!, ¡Cámaras!, ¡Acción!. Una vez logrado que los demás participantes adivinen su “emoción” éste tirará el dado y el número que salga, saldrá al frente con la siguiente actuación. Así sucesivamente.

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Se brindarán palabras de gratitud y una frase motivadora por la participación e interés demostrado, luego se pasará a sellar el carnet de asistencia.

SESIÓN N° 5

“Sonríele a la vida”

I. DATOS GENERALES

Institución : Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter.

Dirigido a : Adultos Mayores Asoc. Años Dorados.

Nº participantes aprox : 20 personas.

Tiempo de sesión : 60 minutos.

Fecha de aplicación : 16 -08-18

Responsables : Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos.

Sucasaca Quisocala, Lady Juana.

II. OBJETIVO:

Impulsar el buen humor mediante la risa sanadora, para una mejor actitud hacia el aprendizaje, hacia el trabajo que favorezca la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá por su asistencia, posterior a ello se presenta el tema “Sonríele a la vida” y el objetivo principal, animándolos a participar activamente.

2. Dinámica Introductoria “Los saludos”

Objetivo: Relajar el ambiente de la tensión, introduciendo el humor y la risa en las actividades.

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se solicita a todos los participantes ponerse de pie y caminar por todo el espacio disponible, simultáneamente tendrán que saludar a sus compañeros de la mano, siempre mirándose a los ojos y sonriendo mutuamente. Al transcurrir tres minutos la responsable cambia el tipo de saludo y muestra cómo realizarlo: 1. Saludo al estilo oriental: Deberán saludar con las manos juntas en posición de rezar y con una leve inclinación de la cabeza, haciendo hincapié que no se entretenga hablando y solo sigan la consigna, luego de tres minutos se cambia de saludo. 2. Saludo del vaivén: Consiste en darse la mano entre dos personas de modo que queden cruzadas: la derecha con la mano izquierda y la izquierda con la derecha, mirándose a los ojos, moviendo las manos de un lado a otro y sonreír, pasado los tres minutos se cambia la consigna. 3. Risa Carioca: Los adultos mayores deberán saludarse chocando entre si las palmas de las manos, al cabo de tres minutos se pasa al último saludo. 4. Saludo de león: Tendrán que abrir la boca, situando las manos a ambos lados, cerca de la cara, agitándose a modo de garras, se colocarán al frente de su compañero y a la vez ambos con el mismo gesto emitir

el rugido del león. Al término de la dinámica se preguntará: ¿Cómo se sintieron al realizar los saludos? Y se pasa a la siguiente actividad.

3. Actividad Central: “Desfile de la risa”

Objetivo: Propiciar la risa y diversión en los adultos mayores con un desfile de pasarela.

Materiales: Saco de tela, objetos divertidos (lentes, narices rojas, gorros, etc.), Música Variada.

Procedimiento: El responsable mostrará un saco de tela que esconde muchos objetos y prendas variadas, a modo de disfraz como por ejemplo: lentes, gorros, pelucas etc. Cada adulto mayor sacará un objeto y se lo pondrá. Se colocará una música animada y solicitaremos que cada uno desfile por la pasarela de la risa, cada adulto mayor, desfilará y uno de los responsables hará la presentación de su desfile, se propiciará la risa y el humor.

4. Actividad de reflexión y evaluación:

Objetivo: Comprobar el aprendizaje obtenido durante la sesión.

Materiales: Ninguno.

Desarrollo: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas:

¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Se brindarán palabras de gratitud y una frase motivadora por la participación e interés demostrado, luego se pasará a sellar el carnet de asistencia.

SESIÓN N° 6

“La unión hace la fuerza”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox.	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 22-08-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Motivar a la población adulta mayor a establecer y cumplir sus metas, demostrando valor a pesar de las oposiciones apoyándose como grupo.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá por asistir a una nueva sesión, se expondrá el tema “La unión hace la fuerza” y el objetivo que se persigue, la metodología a utilizar y animándolos a participar como lo vienen haciendo.

2. Dinámica de Inicio: “Torre de Globos”

Objetivo: Integrar y fomentar el trabajo en equipo para llegar a la meta.

Materiales: Globos, cinta adhesiva, tijeras y melodía alegre.

Procedimiento: Se formarán 2 equipos con la dinámica del “La ensalada” de tal manera que se agrupen personas al azar y no por afinidad. Se hará entrega de globos por la cantidad de integrantes, una cinta adhesiva y tijeras. Un responsable indicará a los asistentes que deberán formar una torre con los globos y la cinta, esta torre no debe caerse, esa es la meta que como equipo deberán alcanzar, a la cuenta de 3 empezarán. Al culminar la dinámica se pregunta: ¿Qué sintieron al lograr su objetivo?, ¿Cuántos intentos tuvieron para llegar a la meta? ¿Qué estrategias usaron? Luego se les comentará la importancia de trazarnos metas y persistir hasta alcanzarlas.

3. Actividad Central: “El hilo rojo del destino”

Objetivo: Favorecer el conocimiento y cohesión en el grupo como red de apoyo.

Materiales: Un ovillo de lana. Sillas.

Procedimiento: El grupo de adultos mayores estará sentado en círculo sin dejar espacios vacíos. Se les relatará la historia del “Hilo rojo del destino” (**Anexo 6**). Terminando el relato se hace hincapié que todos estamos unidos por un hilo rojo imaginario, el cual nos une y el grupo está reunido por algún motivo en especial. Es así que uno de los responsables mostrará un ovillo de lana que representará el “hilo rojo del destino”. Se les indicará que piensen en alguna meta que quieran alcanzar, se lo contarán a todos, enredarán la lana en su dedo meñique y luego pasará el ovillo a otro integrante del grupo de adultos mayores, para que repita la dinámica. Iniciará uno de los responsables para que los demás sigan el ejemplo de la actividad. Cuando todos hayan recibido el ovillo quedará formada una estrella de tantas puntas como participantes. Para finalizar la actividad central se les pedirá que cierren los ojos y escuchen la canción “Tu puedes” (**Anexo 7**) y se les brindará palabras de reflexión,

para el logro de sus metas, y que como grupo son una red de apoyo, para lograr sus objetivos.

4. Evaluación de la sesión: “Lo que aprendí hoy es...”

Objetivo: Comprobar el aprendizaje obtenido durante la sesión.

Materiales: Ninguno

Desarrollo: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas:

¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento – Despedida

Los responsables brindarán palabras de gratitud por la participación e interés demostrado.

TALLER N°3: “INDEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES”

SESIÓN N° 7

“Autoaceptación: descubriéndome”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores de la Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 05-09-18
Responsables :	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Fortalecer la autoaceptación en los Adultos Mayores.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá a todos por su invaluable asistencia regular a las sesiones, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella

2. Dinámica Introductoria: “Cuando yo a la selva fui”

Objetivo: Animar a todos los miembros del grupo de adultos mayores a participar de manera libre y desinhibida mediante la repetición de movimientos corporales que propician el juego y la diversión.

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se pedirá a los Adultos Mayores la formación de una media luna y se les enseñará la dinámica:

“Cuando Yo a la selva fui”

Cuando yo a la selva fui (palmadas)

Vi un animal particular:

Con la mano así y con la otra así

Y hacia cui, cui, cui y hacia cua, cua, cua.

Cuando yo a la selva fui

Vi un animal particular:

Con la mano así y con la otra así

Con un pie así y con el otro así

Y hacia cui, cui, cui y hacia cua, cua, cua.

Cuando yo a la selva fui

Vi un animal particular:

Con la mano así y con la otra así

Con un pie así y con el otro así

Y con la cabeza así

Y hacia cui, cui, cui y hacia cua, cua, cua.

Cuando yo a la selva fui

Vi un animal particular:

Con la mano así y con la otra así

Con un pie así y con el otro así

Con la cabeza así

Y con la cola así

Y hacia cui, cui, cui y hacia cua, cua, cua.

*Cuando yo a la selva fui
Vi un animal particular:
Con la mano así y con la otra así
Con un pie así y con el otro así
Con la cabeza así
Con la cola así
Y con las rodillas así
Y hacia cui, cui, cui y hacia cua, cua, cua.*

3. Actividad central:

Objetivo: Reflexionar la valoración personal en los Adultos Mayores.

Materiales: Un espejo grande, música variada y suave

Procedimiento: Se les hará a los adultos mayores una relajación, para que puedan entrar en confianza, con una melodía de fondo, se les pedirá que cierren los ojos y respiren. Una vez terminada la técnica de la relajación. Se les indicará que al azar se elegirán a participantes a los que se les indicará mirarse al espejo. El adulto que pase adelante mirándose al espejo se le preguntará ¿Qué es lo que ve? ¿Si lo que ve, le gusta?, ¿Qué es lo que más le gusta de lo que observa al verse en el espejo?, el adulto participante responderá, quizás hayan respuestas positivas o negativas, luego se le preguntará el nombre del compañero (a) que esté presente en la sesión quisiera que le acompañe en ese momento, una vez que estén frente a frente, al compañero (a) se le preguntará ¿Qué es lo que le gusta de adulto mayor que le llamó a acompañarlo?, una vez responda las distintas cualidades positivas, se darán un abrazo fraternal. Así sucesivamente se repetirá la dinámica, con los demás adultos mayores.

4. Actividad de reflexión:

Objetivo: Establecer el mensaje de la sesión

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Se hará la reflexión de lo aprendido en la sesión, comentando principalmente el no fijarnos solo en el aspecto físico, sino ir mas allá de lo que se puede observar, buscando la esencia de cada uno mismo, como todo que han logrado a lo largo de los años, el cual es motivo de orgullo.

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Los responsables agradecen a todos los Adultos Mayores por la participación y los invitara a asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN N° 8

“La autonomía”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 06-09-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVOS:

Mejorar la autonomía del adulto mayor mediante el ejercicio mental.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá a todos por asistir a una nueva sesión, se presentará el tema luego se expondrá el objetivo que se desea lograr, invitándolos a participar activamente en ella

2. Dinámica de inicio: “La cuchilla y la palanca”

Objetivo: Motivar a los adultos mayores para iniciar la sesión.

Materiales: Ninguno.

Procedimiento: Se les pide que se paren y formen un círculo. Indicándoles que sigan la mímica y enseñándoles la canción:

La cuchilla y la palanca

Ahí viene (responden) ¿quién?

Ahí viene, (responden) ¿quién?

Ahí viene la cuchilla, Ahhh ahhh

Ahí viene la palanca, ahhh ahhh

La cuchilla y la palanca, ahhh ahhhh

Se me sube a los piecitos, ahhh ahhhh

Se me sube a las rodillas, ahhh ahhh

Se me sube a cintura, ahhh ahhh

Se me sube a los hombritos, ahhhh ahhh

Se me sube a la cabeza, ahhh ahhh

Y se menea...

Se repetirá la canción para que puedan aprenderla y se sientan animados.

3. Actividad central: “Adivina la voz”.

Objetivo: Ejercitar la memoria auditiva que active los procesos del cerebro del adulto mayor.

Materiales: Sillas, venda, dado de cartón (grande)

Procedimiento: Sentados en media luna y en el centro se coloca un adulto mayor sentado en una silla, el cual será seleccionado al tirar el dado, se le vendará y se verificará que no mire nada. Se elegirá a alguno de los adultos mayores que están sentado en círculo para que salude al compañero (a) que está vendado, éste debe identificar quién fue el que habló. Una vez terminado su turno, tira el dado para que participe otro compañero (a) de la asociación.

Reglas:

1. El adulto mayor no será relevado del centro hasta que no adivine.
2. Dar hasta tres oportunidades.
3. Debe identificar la voz antes de 30 segundos.

Variante: Si no acierta de quién es la voz a la cuarta vez pasaremos a otro participante.

4. Actividad de reflexión y evaluación:

Objetivo: Comprobar el aprendizaje obtenido durante la sesión.

Materiales: Ninguno.

Desarrollo: Se hará un análisis de la actividad anterior y se realizarán las siguientes preguntas:

¿Que aprendimos hoy?, ¿Cómo lo aprendimos? y ¿Para qué nos es útil?

5. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Una responsable agradece a todos los adultos mayores por la participación e invitarlos a asistir a la siguiente sesión.

TALLER N°4: “RELACIONES INTERPERSONALES”

SESIÓN N° 9

“Sensibilización a las generaciones jóvenes”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Universidad Nacional de San Agustín
Dirigido a	: Alumnos del tercer año de psicología
Nº participantes aprox	: 45 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 23-08-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Sensibilizar a la generación joven acerca de la población adulta mayor y de sus necesidades.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Coordinación- Presentación – Bienvenida

Se hizo una previa coordinación con el docente y delegado del salón para mencionar si deseaban participar de un encuentro intergeneracional.

Se presentara el objetivo, motivándolos a integrarse tanto a las generaciones jóvenes y adultos mayores, para que de esta manera pueda surgir una armonía de ambas partes.

2. Primera Actividad: “Sensibilización a los jóvenes estudiantes del Tercer año de Psicología”

Objetivo: Sensibilizar a la generación joven acerca de la población adulta mayor y de sus necesidades.

Procedimiento: Los coordinadores se presentaran hacia los jóvenes estudiantes del tercer año de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín y se les planteara que desean realizar un encuentro inter generacional con los adultos mayores de la asociación “Años Dorados” del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Hunter; explicándoles que el objetivo fundamental de este encuentro es afianzar y armonizar ambas generaciones.

Seguido se paso a explicar cuáles eran las necesidades y el fin de promover el trato digno a la promoción de una imagen positiva del adulto mayor, fomentando su mayor promoción y difusión.

3. Actividad de Reflexión: “El tazón de madera” (Anexo 8)

Objetivo: Recapacitar sobre algunas malas actitudes que toman las personas acerca de la población Adulta Mayor.

Procedimiento: Se les empezará a contar una pequeña historia, a los jóvenes acerca de cómo un adulto mayor fue tratado mal por su propio hijo sirviéndole comida en un tazón de madera y como luego el nieto del adulto mayor al ver esta situación empezó a moldear un tazón de madera y cuando el papa le pregunta que hacia él respondió que estaba creando un tazón de madera para cuando el envejezca y tenga la edad del adulto mayor se sirva comida de la misma manera en como él lo estaba haciendo con su padre. Algunas personas discriminan y denigran a los adultos mayores, pero está en nosotros dar ese gran cambio y mostrar agradecimiento por todo lo que nos han dado las generaciones Adultas Mayores.

4. Cierre de la sesión: Agradecimiento - Despedida

Se brindarán palabras de gratitud y una frase motivadora por la gran acogida que se obtuvo.

SESIÓN N° 10

“Encuentro Inter generacional”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter.
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados. Jóvenes del tercer año de Psicología UNSA.
N° participantes aprox.	: 65 personas.
Tiempo de sesión	: 90 minutos.
Fecha de aplicación	: 28-08-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos. Sucasaca Quisocala, Lady Juana.

II. OBJETIVO:

Integrar a la generación Adulta Mayor y la generación Joven.

III. DESARROLLO DEL TEMA

Para el desarrollo de esta sesión se armo un programa:

PROGRAMA DEL ENCUENTRO INTERGENERACIONAL Y DIA MUNDIAL DEL ADULTO MAYOR

*“Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles
del gran arte de vivir”*

PROGRAMA

Día : 28 de agosto del 2018

Hora : 03:00 pm – 04:30 pm

Lugar : Asoc. Años dorados

• PREAMBULO:

En nuestro país se conmemora el Día del Adulto Mayor cada 26 de agosto, en honor a la festividad de Santa Teresa Jornet e Ibras, patrona de la ancianidad que murió en Valencia (España), un 26 de agosto de 1897 y fue fundadora de la congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, obra que se extiende a Europa, América y África.

En el Perú, esta congregación cuenta con 12 residencias ubicadas en Lima, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Chalacayo, Chiclayo, Huancavelica, Piura y Trujillo.

Según el censo de población del 2007, la cifra de personas mayores de 60 años son 2 millones 495, 643. Esto equivale al 9,1 % del total de la población.

El Instituto de Estadística e Informática (INEI), estima que para el 2021 un 11,2 % de peruanos serán adultos mayores.

• ACTIVIDADES:

1. Palabras de agradecimiento hacia el adulto mayor y hacia los jóvenes a cargo de:

LUIS CARLOS HUILLCAHUAMAN RAMOS Y LADY SUCASACA
QUISOCALA (Bachilleres de Psicología).

2. Presentación del Bachiller: LUIS CARLOS HUILLCAHUAMAN RAMOS: “El último beso de mis padres.

3. Presentación del señor Adulto Mayor: GREGORIO FERMIN QUISPE TITTO: “Con mi charanguito yo canto”.
 4. Dinámica preparada por los jóvenes del tercer año de la carrera profesional de psicología: “Te elijo por...”
 5. Dinámica preparada por los jóvenes del tercer año de la carrera profesional de psicología: “Se murió chicho...”
 6. Presentación grupal de los adultos mayores de la Asoc. Años dorados: “Las Pausiñas”
 7. Dinámica de cierre preparada por los jóvenes del tercer año de la carrera profesional de psicología: “La hora loca”
- **Cierre de la sesión:** Agradecimiento - Despedida

Se brindarán palabras de gratitud y se pedirá a algunos voluntarios comentarios acerca de su experiencia por ser parte de este encuentro inter generacional.

SESIÓN N° 11

“Sensibilización a la generación Adulta Mayor”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Dirigido a	: Adultos Mayores Asoc. Años Dorados
Nº participantes aprox.	: 20 personas
Tiempo de sesión	: 60 minutos
Fecha de aplicación	: 12-09-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Sensibilizar a la generación adulta mayor acerca del verdadero significado de la familia.

III. DESARROLLO DEL TEMA

1. Inicio de la sesión: Presentación - Bienvenida

Se saludará y agradecerá por asistir a una nueva sesión del cuarto taller, se expondrá el objetivo que se persigue, la metodología a utilizar y animándolos a participar como lo vienen haciendo.

2. Dinámica de Inicio: “Rockola humana”

Objetivo: Sensibilizar a la generación adulta mayor acerca del verdadero significado de la familia.

Duración: 15 minutos.

Materiales: Música de fondo.

Procedimiento: Se formarán 4 equipos de 5 integrantes cada uno, se hará pequeños círculos y a la vez se les mencionara que recuerden aquella época en que eran jóvenes y el tipo de música que escuchaba. Una vez sucedido esto se les indicara que se pondrá un fondo musical y cuando pare la música cada grupo ira cantando algún tipo de música que escuchaban cuando eran jóvenes.

3. Actividad Central: “Que es una familia”

Objetivo: Tomar conciencia del verdadero valor de la familia.

Duración: 20 minutos.

Materiales: Papelografo.

Procedimiento: Se realizara una charla reflexiva acerca de lo que es una familia, mencionando también los diferentes tipos de familias que existen y que a la vez se den cuenta que ellos desde ya como asociación conforman una gran familia y los valores que debe primar como tal. A través del análisis y la reflexión, determinarán cuales son los valores de cada uno y que debe mostrar a la familia de Asoc. Años Dorados.

4. Actividad de Reflexión: “Tú eres parte de mi familia”

Objetivo: Aumentar la sensibilización a todos los participantes para que conformen esta gran familia de la Asoc. Años Dorados.

Duración: 20 minutos.

Procedimiento: Se le pedirá a cada Adulto Mayor que se dé un tiempo para pensar en un valor que lo caracterice y luego mencione como se siente al formar parte de la familia de la Asoc. Años Dorados.

5. Evaluación de la sesión: “Lo que aprendí hoy es...”

6. Cierre de la sesión: Agradecimiento – Despedida.

SESIÓN N° 12

“Encuentro Inter generacional. Tarde de cine”

I. DATOS GENERALES

Institución : Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter.

Dirigido a : Adultos Mayores Asoc. Años Dorados.
Familiares de los Adultos Mayores.

Nº participantes aprox : 45 personas.

Tiempo de sesión : 90 minutos.

Fecha de aplicación : 20 – 09-18

Responsables : Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos.
Sucasaca Quisocala, Lady Juana.

II. OBJETIVO:

Integrar a los Adultos Mayores y sus familiares.

III. DESARROLLO DEL TEMA

Para el desarrollo de esta sesión se armo un programa:

PROGRAMA DEL ENCUENTRO INTERGENERACIONAL

PROGRAMA

Día : 20 de setiembre del 2018

Hora : 03:00 pm – 04:30 pm

Lugar : Asoc. Años dorados

- **ACTIVIDADES:**

1. Palabras de agradecimiento hacia el adulto mayor y hacia los familiares que están presentes a cargo de: LUIS CARLOS HUILLCAHUAMAN RAMOS Y LADY SUCASACA QUISOCALA (Bachilleres de Psicología).
 2. Dinámica preparada por los Bachilleres de Psicología: “Yo me rio así”
 3. Presentación de la película: “Elsa y Fred”
- **Dinámica de reflexión:** La familia no siempre es de sangre. La familia son las personas en tu vida que te quieren en la suya. Son aquellos que te aceptan por quien eres. Aquellos que harían cualquier cosa por verte sonreír y aquellos que te aman sin importar nada.
 - **Cierre de la sesión:** Agradecimiento - Despedida

Se brindarán palabras de gratitud y se pedirá a algunos voluntarios acerca de su experiencia por ser parte de este encuentro inter generacional.

CLAUSURA DEL PROGRAMA

“GRACIAS”

I. DATOS GENERALES

Institución	: Centro Integral del Adulto Mayor de Hunter
Nº participantes aprox	: 20 personas
Duración	: 60 minutos
Fecha	: 25 -09-18
Responsables	: Huillcahuaman Ramos, Luis Carlos Sucasaca Quisocala, Lady Juana

II. OBJETIVO:

Clausurar el Programa Psicológico “Atando Lazos”

III. DESARROLLO DE LA ACTVIDAD

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO POR PARTE DE LOS RESPONSABLES DEL PROGRAMA

Objetivo: Brindar palabras de gratitud a los adultos mayores por el trabajo realizado.

Materiales: Ninguno

Procedimiento: Los Responsables otorgarán palabras de agradecimiento a todos los participantes por la actitud y desempeño demostrado a lo largo de las sesiones, resaltando las anécdotas positivas que se llevan consigo.

APLICACIÓN DEL POST- TEST DEL PROGRAMA

Objetivo: Conocer el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores después de la aplicación del programa.

Materiales: Pos test y lapiceros.

Procedimiento: Los responsables del programa aplicarán la Escala de Calidad de Vida (M.G.H.) como pos- test, lo cual permitirá medir los resultados de la aplicación del Programa Psicológico “Atando Lazos”

ENTREGA DE DIPLOMAS A LOS ADULTOS MAYORES

Objetivo: Brindar reconocimiento a todos los participantes por haber culminado satisfactoriamente el programa.

Materiales: Diploma No Oficial (**Anexo 9**)

Procedimiento: Se llamará a todos los participantes, los cuales deberán acercarse ante el llamado, mientras se aplaude por el logro obtenido, también se procederá a tomar una foto de recuerdo. Este diploma que se les hace entrega no es oficial, se les hace entrega de manera simbólica por haber culminado el programa.

COMPARTIR POR EL FINAL DEL PROGRAMA-DESPEDIDA.

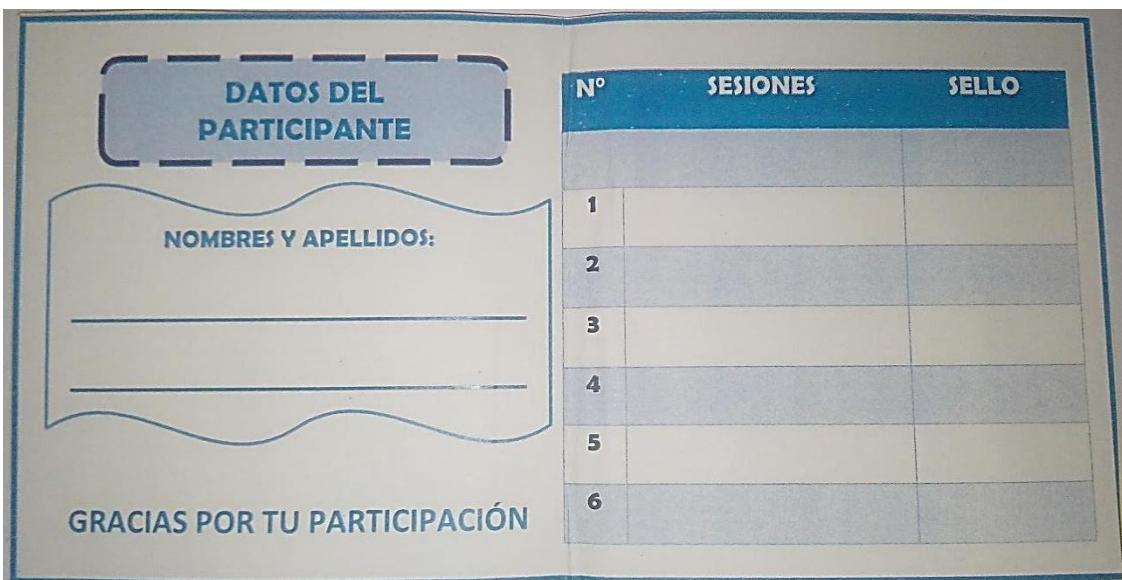
Objetivo: Propiciar un ambiente recreativo.

Materiales: Bocaditos, refrescos.

Como última actividad se procederá a agasajar a todos los Adultos Mayores, resaltando el logro obtenido.

ANEXOS DEL PROGRAMA

ANEXO 1: Carnet de Asistencia



ANEXO 2. Historias de autoestima

EL ASNO Y EL CAMPESINO

Había una vez un campesino con su asno paseando por los bosques, en eso entonces el asno muy desprevenido tropezó a la boca de un pozo, el campesino ilesa llegó a tierra mientras que el asno lloraba de dolor, entonces el campesino con tal de llegar al fin del sufrimiento del asno, quiso enterrarlo vivo para que muera de una vez por todas, el campesino invito a gran cantidad de gente a que lo ayudara a enterrar al asno,todos aceptaron y con sus palas comenzaron el entierro,al principio el asno lloraba y lloraba pero se dio cuenta de que si se esforzaba hasta llegar a la punta del pozo conservaría la vida,acto seguido el asno se sacudió la tierra y comenzó a escalar y de una forma sorprendente llegó a la boca del pozo,lo que había pasado era que con la tierra que le echaban encima del asno, el asno se sacudía y la tierra se fue acumulando hasta que lo llevó al asno a la punta del pozo formando una montaña de arena que sostenía el peso del asno.

EL ELEFANTE Y LA SOGA

Mientras alguien paseaba por el zoológico, se detuvo confundido al darse cuenta de que a los elefantes sólo los retenían con una delgada cuerda atada a una de sus patas delanteras, sin cadenas ni jaulas. Era obvio que los elefantes podían romper la soga que los ataba en cualquier momento pero, sin embargo, por alguna razón no lo hacían. Se acercó a un entrenador en busca de respuestas y éste le dijo:

Bueno, cuando son muy jóvenes y mucho más pequeños, usamos una soga del mismo tamaño para atarlos y, a esa edad, es más que suficiente para retenerlos. A medida que crecen -prosiguió el entrenador-, siguen creyendo que no pueden escapar; creen que la soga aún los retiene, así que nunca intentan liberarse. La persona quedó boquiabierta. Los elefantes podían liberarse de sus ataduras en cualquier momento pero porque creían que no podían ni siquiera lo intentaban, y eso era suficiente para mantenerlos paralizados.

PRESUMIR A DESTIEMPO

Una rana se preguntaba cómo podía alejarse del clima frío del invierno. Unos gansos le sugirieron que emigrara con ellos. Pero el problema era que la rana no podía volar....

Una rana se preguntaba cómo podía alejarse del clima frío del invierno. Unos gansos le sugirieron que emigrara con ellos. Pero el problema era que la rana no podía volar como los gansos, a lo que la rana les propuso:

– “Déjenmelo a mí –dijo la rana–, tengo un cerebro/espléndido”.

Luego pidió a dos gansos que la ayudaran a recoger una caña fuerte, cada uno sosteniéndola por un extremo. La rana pensaba agarrarse a la caña por la boca, y así poder viajar con ellos. Cuando llegó el momento de partir, los gansos y la rana comenzaron su travesía. Al poco rato pasaron por una pequeña ciudad, y los habitantes de allí salieron para ver el inusitado espectáculo. Alguien preguntó:

– “¿A quién se le ocurrió tan brillante idea?”

Esto hizo que la rana se sintiera tan orgullosa de la solución encontrada y con tal de que se le reconociera su mérito, que exclamó: – “¡A mí!”

Su orgullo fue su ruina, porque al momento en que abrió la boca, se soltó de la caña, cayó al vacío, muriendo en el acto.

LUCIÉRNAGAS

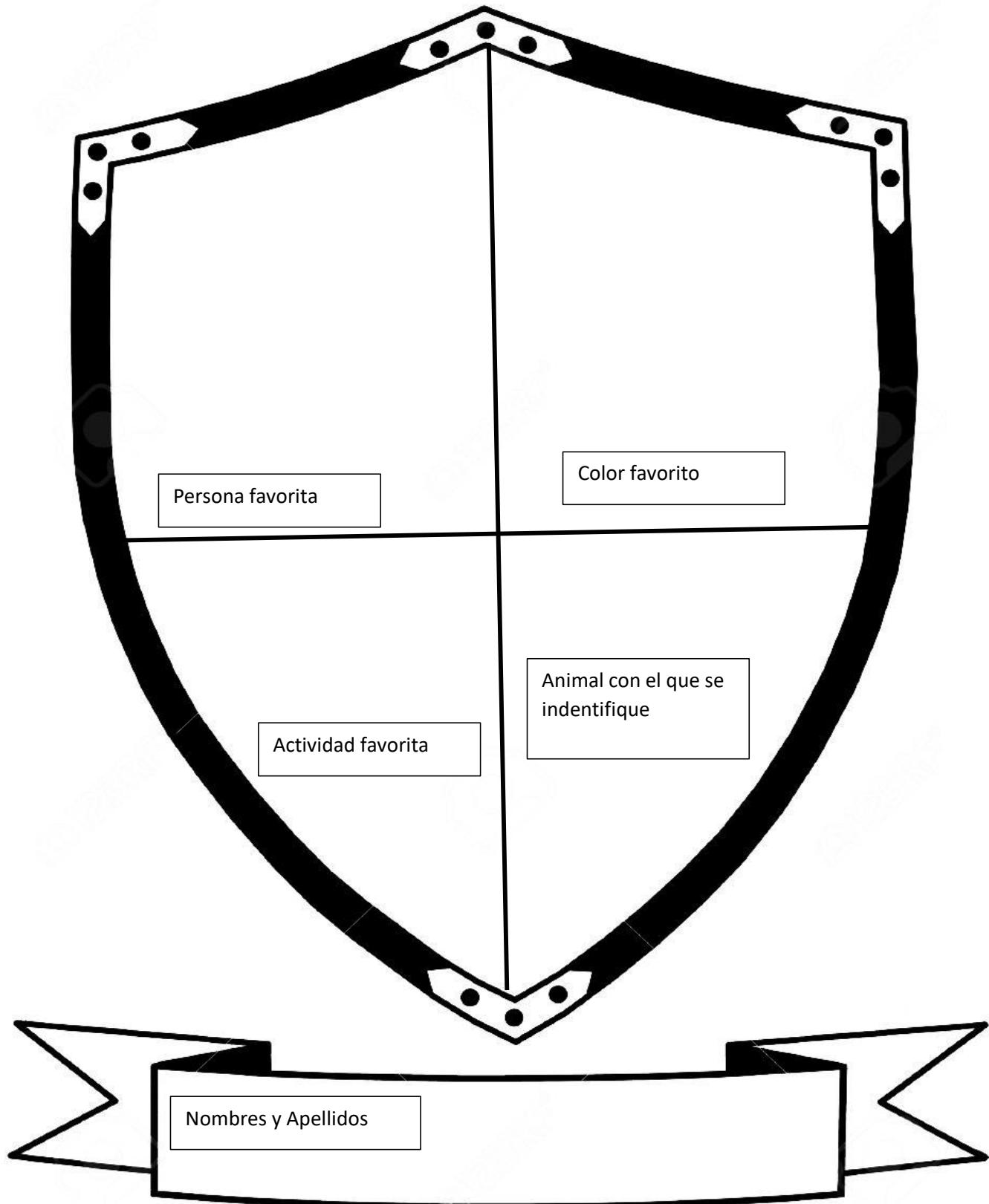
Cuenta la leyenda que una vez una serpiente empezó a perseguir a una luciérnaga. Esta huía rápido de la feroz predadora y la serpiente al mismo tiempo

no desistía. Huyó un día y ella la seguía, dos días y la seguía... Al tercer día, ya sin fuerzas, la luciérnaga paró y le dijo a la serpiente:

- “¿Puedo hacerte tres preguntas?” “No acostumbro dar este precedente a nadie pero como te voy a devorar, puedes preguntar”. - contestó la serpiente...

– “¿Pertenezco a tu cadena alimenticia?” - preguntó la luciérnaga. – “No”, -contestó la serpiente. – “¿Yo te hice algún mal?” -dijo la luciérnaga. – “No”, -volvió a responder la serpiente. – “Entonces, ¿por qué quieres acabar conmigo?” – “¡¡¡ Porque no soporto verte brillar!!!”

ANEXO 3: Escudo Identitario



ANEXO 4: Modelo Tríptico Estilo de vida saludable.



Bienestar integral

EN ESTE NUEVO DÍA

En este nuevo día...
 Elijo reír... en lugar de llorar.
 Elijo cantar... en lugar de quejarme.
 Elijo perdonar... en lugar de ser rencoroso
 Elijo amar... en lugar de odiar.
 Hoy, mañana y siempre.
 Voy a aplaudir... en lugar de criticar.
 Voy a acariciar... en lugar de golpear.
 Voy a bendecir... en lugar de maldicir.
 Voy a orar en lugar de ser grosero.
 Voy a trabajar... en lugar de inventar disculpas.
 ¡Hoy voy a mejorar mi calidad de vida!



**PROGRAMA
“ATANDO LAZOS”**

Estilo de Vida Saludable

■ ■ ■



“El principal agente de salud somos cada uno de nosotros”

*Bachilleres en Psicología:
Lady Sucasaca Quisocala
Luis Huilcahuaman Ramos*

¿QUÉ ES SALUD?

“La Salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de enfermedad.” ☺

MEJORA TU SALUD A TRAVÉS DE UN MEJOR ESTILO DE VIDA

EL ESTILO DE VIDA ES LA BASE DE LA CALIDAD DE VIDA, ENTENDIDA COMO LA CAPACIDAD DE PODER VIVIR BIEN, SANOS Y SEGUROS, CON LO QUE CADA QUIEN TIENE A SU DISPOSICIÓN. LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS DEPENDE DE LA CAPACIDAD PARA INTERACTUAR CON LOS ELEMENTOS Y SITUACIONES COTIDIANAS Y RESPONDER ASERTIVAMENTE A ELLOS.

SALUD + ESTILO DE VIDA

CALIDAD DE VIDA

“Solo tenemos una vida y hemos de cuidarla de manera integral”

PARA SENTIRME BIEN DEBO...:

1.- 
TENER UNA BUENA HIGIENE PERSONAL

2.- Consultar con tu médico o nutricionista, para una **adecuada alimentación**. ☺



3.- El ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial. Puedes practicarlo ☺



4.- Asiste a tus citas médicas. Es muy importante NO AUTOMEDICARSE ☺



5.- **Actividad social:** reunase con sus amigos, salga a bailar, a conversar, asista a reuniones sociales.

6.- **Actividad mental:** Mientras más activos, mantendremos un mejor rendimiento y por más tiempo. Por otra parte, si hemos perdido alguna de estas capacidades, podemos recuperarla con un trabajo adecuado.



ANEXO 5: Cartas de las emociones



ILUSIÓN - OPTIMISMO

Sentimiento de esperanza y seguridad en que nuestras metas y objetivos serán alcanzados. Ello nos motiva a hacer las cosas bien, facilita la atención y activa sensaciones e ingredientes positivos en nuestro sistema fisiológico.

Lista completa:

	Desagrado-Asco	Sentimiento negativo ante una persona, comentario o realidad repugnante con deseo de alejarse. En general reaccionamos evitando que el estímulo entre por nuestros sentidos.
	Desconfianza-precaución	Sentimiento negativo y defensivo ante las intenciones, reales o imaginadas, de los demás. En general provoca distancia y alerta ante el estímulo, evitando la interacción.
	Desgana-aburrimiento	Sentimiento de desmotivación y aburrimiento ante una tarea u objetivo. Nuestro metabolismo se hace más lento y cuesta volver a coger el ritmo normal.
	Enamoramiento	Sentimiento de "borrachera emocional" tal que puede llegar a anular temporalmente nuestro sentido de realidad. En general, la mente está secuestrada por el corazón.
	Enojo-enfado	Sentimiento de irritación hacia alguien o algo que amenaza nuestros objetivos, identidad personal, pertenencias, creencias o valores. Se activa nuestro mecanismo defensivo físico y se pierde con facilidad el control emocional.
	Honestidad-humildad	Sentimiento de seguridad y tranquilidad personal al no sentirse superior a nadie y percibir lo bueno en los demás, así como conducirse por las normas y valores.
	Ilusión-optimismo	Sentimiento de esperanza y seguridad en que nuestras metas y objetivos serán alcanzados. Ello nos motiva a hacer las cosas bien, facilita la atención y activa sensaciones e ingredientes positivos en nuestro sistema fisiológico.
	Impaciencia-impulsividad	Sentimiento negativo ante la tardanza de algo que se desea. Ello conduce a actuar con impulsividad y hacer las cosas sin planificar, cometiendo muchos errores. Nos activa en exceso y perdemos energía.

	Miedo-temor	Sentimiento desagradable con deseos de huída, ante la percepción de un peligro o la anticipación de un mal posible. Nos pone en alerta, aunque a veces también nos paraliza.
	Odio-rencor	Sentimiento negativo de aversión o irritación prolongada ante la percepción de alguien o algo que nos desagrada siempre y no se adapta a lo que desearíamos. Termina en deseo de alejamiento o aniquilación del otro.
	Orgullo sano-júbilo	Sentimiento positivo de de respeto y valoración de uno mismo/a ante la conciencia de la propia dignidad o de las propias acciones. Provoca sensaciones internas positivas y facilita la innovación.
	Pánico-terror	Sensación súbita de terror ante un peligro/accidente inminente contra uno mismo/a o contra terceros. Todo nuestro organismo se pone en alerta, pero se suele bloquear. Es frecuente el grito desesperado.
	Satisfacción-felicidad	Sentimiento positivo ante el cumplimiento de un deseo u objetivo, que provoca una sensación positiva de paz y sosiego. Nuestro organismo se relaja y se siente bien, preparándose a tope para la siguiente tarea.
	Sorpresa-asombro	Sentimiento de admiración ante un estímulo inesperado (positivo-negativo) que orienta todos nuestros sentidos hacia el mismo para captarlo con todo detalle. Si el estímulo es muy brusco, estaríamos ante un sobresalto.
	Tristeza-decepción	Sentimiento negativo, acompañado de deseo de aislamiento y pasividad. Interfiere seriamente en nuestra motivación y capacidad de atención y comunicación.
	Vergüenza-timidez	Sentimiento negativo, acompañado de deseo de esconderse, ante la posibilidad o el hecho de que los demás vean alguna falta, carencia o mala acción nuestra, de algo que debería permanecer oculto.

ANEXO 6 : El hilo rojo del destino

LEYENDA JAPONESA

“El Hilo Rojo del Destino”

Hace mucho tiempo, un emperador se enteró de que en una de las provincias de su reino vivía una bruja muy poderosa que tenía la capacidad de poder ver el hilo rojo del destino y la mandó traer ante su presencia.

Cuando la bruja llegó, el emperador le ordenó que buscara el otro extremo del hilo que llevaba atado al meñique y lo llevara ante la que sería su esposa; la bruja accedió a esta petición y comenzó a seguir y seguir el hilo.

Esta búsqueda los llevó hasta un mercado en donde una pobre campesina con una bebé en los brazos ofrecía sus productos. Al llegar hasta donde estaba esta campesina, se detuvo frente a ella y la invitó a ponerse de pie e hizo que el joven emperador se acercara y le dijo: “Aquí termina tu hilo”, pero al escuchar esto, el emperador enfureció creyendo que era una burla de la bruja.

Empujó a la campesina que aún llevaba a su pequeña hija en los brazos y la hizo caer haciendo que la bebé se hiciera una gran herida en la frente. Luego ordenó a sus guardias que detuvieran a la bruja y le cortaran la cabeza.

Muchos años después, llegó el momento en que este emperador debía casarse y su corte le recomendó que lo mejor fuera que desposara a la hija de un general muy poderoso.

El emperador aceptó esta decisión y comenzaron todos los preparativos para esperar a quien sería después la elegida como esposa del gran emperador. Llegó el día de la boda, pero sobre todo había llegado el momento de ver por primera vez la cara de su esposa.

Ella entró al templo con un hermoso vestido y un velo que la cubría totalmente su rostro. Al levantarle el velo vio por primera vez que este hermoso rostro tenía una cicatriz muy peculiar en la frente. Era la cicatriz que él mismo había provocado al rechazar su propio destino años antes. Un destino que la bruja lo había puesto frente suyo y que decidió descreer.

La enseñanza de la leyenda del hilo rojo según la tradición japonesa tiene que ver con la comprensión del destino y el papel preponderante que juega el amor en este hilo. Muestra claramente cómo los amores destinados son eso, no podemos escapar de la persona que nació para amarnos.

ANEXO 7: Letra de la canción “Tu puedes”

LETRA DE LA CANCIÓN: “TU PUEDES”

Autor: Pimpinela

Parece difícil,
Parece imposible,
Pero no hay nada que impida,
Que un sueño pueda cumplirse...
No hay nada que pueda apartarte,
Del deseo de tu corazón,
No hay nada que venza la fuerza de una ilusión...
Por eso tú...
Tú puedes ser aquello que tú quieras ser,
Tú puedes ser el sueño que soñaste ayer,
Tú puedes ser la estrella que brillando ves,
Tú lo decides...
Por eso tú...
Tú puedes ir tan alto como quieras ir,
Tú puedes alcanzar lo que hay dentro de ti,
Tú puedes ser todo eso que te hace feliz,
Tú lo decides hoy...
Parece difícil,
Parece imposible,
Pero no hay nada que cambie,
El camino que tú elegiste...
No hay nada que pueda apartarte
Del deseo de tu corazón,
No hay nada que venza la fuerza de una ilusión...

ANEXO 8: “El tazón de madera”

EL TAZÓN DE MADERA

Un hombre mayor y frágil fue a vivir con su hijo, su nuera y su nieto de cinco años. Las manos del anciano temblaban, su vista era borrosa y sus pies vacilaban.

Todos cenaban juntos en la misma mesa. Pero al abuelo empezaron a caérsele los guisantes por el suelo y a derramar el vino en el mantel. El hijo y la nuera se sentían cada vez más incómodos e irritados.

"Tenemos que hacer algo con el abuelo", decía el hijo. Ya está bien de vino derramado, comer ruidoso y comida por el suelo. Así que decidieron colocar al abuelo en un rincón del comedor y en lugar de platos le dieron la comida en un tazón de madera. Le observaban a distancia y le seguían dando las mismas recomendaciones. El nieto callaba y veía una lágrima que corría por la mejilla del abuelo en su rincón.

Una noche, antes de la cena, el padre vio a su hijito jugando con unos trocitos de madera. "¿Qué estás haciendo, hijo? Le preguntó. Y el niño contestó: "Oh, estoy haciendo un tazón de madera para ti y para mamá para que comáis cuando yo sea mayor".

El padre se quedó sin habla. Lágrimas corrieron por su rostro. Y aunque no hubo palabras, el marido y su esposa sabían lo que debían hacer.

A aquella noche el marido cogió cariñosamente a su padre y lo sentó en la mesa de la familia.

A partir de entonces el abuelo comió con la familia y a ninguno le importó que se le cayeran al suelo los cubiertos, derramara el vino o manchara el mantel.

ANEXO 9: Diploma No Oficial

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación

Escuela Profesional de Psicología

DIPLOMA

OTORGADO A SR. (A): *Juana Quinto Machaca*

En reconocimiento de su invaluable participación en el Programa Psicológico denominado "Atando Lazos".

AREQUIPA, SETIEMBRE DEL 2018.

LUIS CARLOS HUILCAHUAMAN RAMOS
Responsable del Programa Psicológico "Atando Lazos"

LADY JUANA SUCASACA QUISOCALA
Responsable del Programa Psicológico "Atando Lazos"

ANEXO 10: Algunas Fotos de referencia.







Municipalidad Distrital J.Hunter
Expediente: 006361

12:11:37
2018-07-02

Administrado: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN

Documento: CARTA

Asunto: APLICACION DE UN PROGRAMA PSICOLOGICO EN EL C

VELASQUEZ VERAPINTO SOFIA LUZ -folios 2

Escuela Profesional de
Psicología

DISTRITAL JACOB HUNTER
DE DOCUMENTARIO Y ARCHIVO
006361

02 JUL. 2018

Hora:

RECIBIDO

Arequipa. 2018 junio 13

SR. SIMON BALBUENA MARROQUIN.

ALCALDE DEL DISTRITO DE JACOB HUNTER

Pte.

SOLICITO: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOLOGICO EN EL CIAM DE HUNTER

De nuestra mayor consideración:

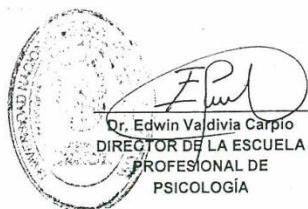
Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y a la vez presentarle a los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

HUILLCAHUAMAN RAMOS, LUIS CARLOS
SUCASACA QUISOCALA, LADY JUANA

Quienes desean realizar una investigación que consiste en la APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOLOGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CIAM DE HUNTER.

Conocedor de la sensibilidad y preocupación por sus ciudadanos, espera desde ya su autorización, la cual agradecemos de antemano.

Atentamente,



Dr. Edwin Valdivia Carpio
DIRECTOR DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE
PSICOLOGÍA


Dr. Adalberto Ascuña Rivera
ASESOR DE
INVESTIGACIÓN

Avenida Venezuela s/n. Arequipa - Perú Teléfono: 477888

Casos Clínicos

CASO 1

Presentado por el Bachiller en Psicología

Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : Dorian M. P.M.
Sexo : Masculino
Edad : 11 años
Fecha de nacimiento : 01 de mayo del 2007.
Lugar de nacimiento : Arequipa.
Procedencia : Arequipa.
Grado de instrucción : Sexto de Primaria.
Religión : Católica.
Informante : Madre y Padre del menor.
Lugar de evaluación : Centro de Salud “Javier Llosa García”
Fechas de evaluación : 22 de setiembre -26 de octubre del 2018
Examinado por : Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

II. MOTIVO DE CONSULTA

Dorian acude al servicio de Psicología en compañía de su madre debido a que tiene problemas con su profesora quien le mencionó: “Siempre se ríe sin motivo y que no es un niño normal”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

a. Tiempo de duración

Madre informa que desde que Dorian ingreso al nivel primario a los 6 años las profesoras siempre le mencionaban que el menor no socializaba con sus compañeros, se reía sin motivo y que no se comportaba como un niño “normal”.

b. Forma de inicio

Al ingresar Dorian al nivel primario a los 6 años, las profesoras siempre referían que no es un niño “normal” que no le gusta sociabilizar con sus compañeros, se ríe sin motivo alguno y solo las atiende cuando lo llaman por su nombre y en un tono de voz alto, debido a esta problemática el Director de la Institución Educativa solicito a los padres a que le hagan una evaluación con un Psicólogo. Con miras a una evaluación psicológica, los padres postergan esta evaluación, sin embargo dicha evaluación no fue posible porque los padres no lo consideraron importante en ese momento y por temor a que pudieran gastar dinero.

c. Síntomas principales

Dorian se ensimisma, no es flexible con las cosas ya que siempre le gusta hacer lo que diariamente hace, esboza sonrisas sin motivo alguno y en ocasiones cuando está alegre presenta aleteo de manos.

d. Relato

Desde que Dorian ingresó al nivel primario a los 6 años las profesoras siempre le mencionaban que el menor no socializaba con sus compañeros, se reía sin motivo y que no se comportaba como un niño “normal”.

Debido a esta problemática el Director de la Institución Educativa solicitó a los padres a que le hagan una evaluación con un Psicólogo. Con miras a una evaluación psicológica, los padres postergan esta evaluación, sin embargo dicha evaluación no fue posible porque los padres no lo consideraron importante en ese momento y por temor a que pudieran gastar dinero.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Etapa pre-natal

Dorian es producto de una relación matrimonial, fue planificado y deseado por ambos padres; la madre acudió a todos sus controles con normalidad. Durante los primeros meses tuvo algunos malestares como náuseas, mareos, antojos hasta problemas para conciliar el sueño debido a ello tuvo que tener muchos cuidados ya que la madre tenía

40 años. No se produjeron incidentes traumáticos que afectaran a la madre durante el período de gestación.

b. Etapa natal (parto)

El parto fue natural, dándose a las 37 semanas aproximadamente de presentación cefálica, empezó con los dolores alas 5 de la mañana dando a luz a las 8 de la noche del mismo día, lloró inmediatamente al nacer, no se requirió de incubadora. Su peso al nacer fue de 3.500 grs. y su talla aproximada de 47 cm, recibiendo todas sus vacunas, estando al cuidado de la madre.

c. Etapa post-natal

• **Alimentación**

En su periodo de Lactancia la madre le dio de lactar por los primeros 6 meses, luego se le pasó a intercalar con leche en fórmula y alimentos como papillas hasta el primer año, pasando luego con alimentos complementarios. Acepta con normalidad todos los alimentos, no tiene problemas para comer ya que él lo realiza sin ninguna dificultad.

• **Desarrollo psicomotor**

El menor controló su cabeza a los 4 meses de nacido y a los 6 meses empezó a sentarse solo, a los 7 meses comenzó a gatear, hasta el año logra mantenerse en pie por si solo dando sus primeros pasos a partir del año con 5 meses, los padres estuvieron con el menor durante este proceso, su marcha fue normal no presentó dificultades coordinando bien sus movimientos, pero no mostraba curiosidad por todos los estímulos externos a su alrededor, podían dejarlo viendo televisión en el corral y su hijo no se movía, siempre veía en un punto fijo.

• **Lenguaje**

Comienza a balbucear a los 9 meses, al año y 6 meses aproximadamente comienza a decir, sus primeras palabras “mamá, papá, agua, vaso” con presentación de ecolalia siendo esta la causante de la preocupación de sus padres, por lo que gracias al consejo de su amiga Psicóloga lo estimulan mas, empiezan a pasar más tiempo con el hablándole, tratando de que los mire a los ojos y enseñándole nuevas palabras.

En la actualidad el se comunica poco, de manera concreta y en ocasiones no se hace entender debido a que presenta ecolalia, teniendo ciertos problemas para realizar un lenguaje fluido.

- **Educación Esfinteriana y Hábitos Higiénicos**

Comenzó su control de esfínter vesical a los 2 años y 3 meses y su esfínter anal a los 2 años la educación fue dado por la madre, en sus hábitos higiénicos, actualmente se asea y viste sin ayuda.

- **Sueño**

El niño desde su nacimiento presento un sueño adecuado es prolongado sin interrupciones no presenta dificultades para conciliarlo. No existiendo ninguna alteración o terror nocturno.

- **Rasgos Neuropáticos**

El niño prefiere dibujar y estar solo sin socializar con sus demás compañeros, llora cuando hay cambios en su rutina diaria y quiere hacer lo que siempre hace. Esboza sonrisa sin razón alguna y cuando está contento aletea con sus manos sobre su cabeza. No sufre de pesadillas ni terrores nocturnos, duerme solo, le gusta su propio espacio.

d. Etapa escolar

Dorian ingresa al nido a los 4 años no lloró ni hizo berrinche alguno, se quedaba tranquilo, cabe mencionar que su profesora indica que Dorian no jugaba con sus compañeros no prestaba atención y solo dibujaba.

Ingresa al nivel primario a la edad de 6 años, su profesora de ese entonces refería que a Dorian no le gustaba sociabilizar con sus compañeros, se reía sin motivo y solo la atendía cuando lo llamaban por su nombre con un tono de voz elevado. Pese a estas situaciones Dorian era un niño que aprendía con facilidad.

En tercer grado de primaria tuvo una profesora Psicóloga quien le ayudó a interactuar con sus compañeros y mejorar notablemente. En cuarto grado de primaria cambiaron de docente y Dorian retrocede ya que empieza a ensimismarse y alejarse de nuevo de los demás, en ese entonces los padres se enteraron que la docente le dice a los compañeros de Dorian que él no es un niño “normal y que parece retrasado”. Por ese motivo los padres ya no querían que asista al colegio, pero Dorian ya se había acostumbrado a esta rutina y no era flexible para cambiarlo, por lo que a pesar de esto se toma la decisión de permanecer en la misma Institución Educativa. Actualmente

Dorian continúa con sus estudios ya que es muy hábil académicamente y aprende de manera rápida.

e. Desarrollo y Función Sexual

Se identifica como un niño y la madre menciona que hasta el momento el menor no ha hecho preguntas referentes al sexo o procreación.

V. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

- Enfermedades y Accidentes

Dorian no tuvo accidentes, ya que el niño era muy tranquilo y no hacia travesuras. En cuanto a su salud en general solo presentó en algunas ocasiones infecciones respiratorias leves.

- Personalidad (Pre mórbida)

Juegos

Su juego preferido es pintar, dibujar, y siempre lo hace solo, ya que podría hacerlo todo el día, le gusta mirar mucho la televisión y puede quedarse así horas de horas.

- Sociabilidad

El niño no se relaciona con sus coetáneos pero si con personas adultas, y refiere que en su colegio hay un niño que lo golpea y que no le duele, por lo que deja que le peguen.

- Reacciones Afectivas

Le agrada estar con sus padres ya que siente que son los únicos que lo aceptan como es. Le gusta compartir más tiempo con su padre porque se siente más identificado con él, por momentos tiende a ensimismarse. No se relaciona con su hermana a pesar de que ella lo trata de comprender y mostrar cariño, Dorian no da respuesta de cariño ante las personas de su entorno social y/o familiar. Por momentos se emociona sin haber motivo alguno y empieza a sonreir dando aleteos con sus manos.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Composición Familiar

La familia está compuesta por el padre que actualmente tiene 50 años, trabaja como soldador en una empresa. La madre tiene 52 años, siendo ama de casa y la hija mayor tiene 18 años, estudia en una academia preuniversitaria.

- Dinámica Familiar

Los padres del niño mantienen una buena relación matrimonial, siente mayor apego por su padre y se lleva bien con su hermana ya que ella comprende lo que tiene Dorian, tratándole de ayudar en todo momento comparten juegos y responsabilidades. el niño se muestra tranquilo, siempre y cuando no cambien su rutina diaria, se sienta en la mesa en el mismo sitio, desayuna almuerza y cena siempre a la misma hora, ya que si tratan de variar Dorian empieza a llorar.

- Condición Socioeconómica

El nivel socioeconómico es medio, solo el padre trabaja, cuenta con su casa propia de material noble, la vivienda tiene 5 ambientes con adecuadas condiciones sanitarias, cuenta con todos los servicios básicos y el sustento económico cubre todas las **necesidades de la familia.**

- Antecedentes Patológicos

En la familia no presenta ningún tipo de antecedentes, sus padres no reportan el hecho de haber padecido alguna enfermedad de tipo crónico o hereditario tanto a nivel mental y físico. Dorian no tiene conciencia de su condición, por partes los padres se muestran angustiados pues piensan que en un futuro esto se agravara más.

RESUMEN

Dorian fue un hijo deseado y planificado, durante los primeros meses tuvo mucho malestar como náuseas, mareos y antojos hasta problemas para conciliar el sueño, tuvo que tener muchos cuidados debido a que su edad era avanzada y no deseaba que le pase nada a su hijo por lo que su esposo estaba pendiente de ella, asistía a todos sus controles sin falta, su parto fue un tanto traumático ya que empezó con los dolores a las 5 de la mañana dando a luz a las 8 de la noche del mismo día, al nacer el niño lloró de manera inmediata y no presentó coloración alguna.

Dorian tuvo un adecuado desarrollo psicomotor ya que gateo a los 7 meses y empezó a caminar al año y cinco meses, en torno a su lenguaje sufre un ligero retraso ya que empieza a hablar al año y medio, es ahí cuando empiezan a notar que su hijo es un poco distinto debido a que desde bebe no era inquieto, podían dejarlo viendo televisión en el corral y el niño nunca se movía siempre veía en un punto fijo, al notar su retraso en el lenguaje una amiga psicóloga les menciona que quizá le falte estimulación por lo que los padres toman la decisión de pasar más tiempo con el hablándole y tratando de que los mire a los ojos, enseñándole nuevas palabras.

Al notar que su hijo ya está empezando a hablar se sienten más aliviados pero a los 3 años cuando lo llevan al nido no jugaba con sus compañeros, no prestaba atención y solo dibujaba, muy pocas veces hace caso cuando se le llama por su nombre, esboza sonrisas sin razón y cuando está contento aleteaba sus manos sobre su cabeza. Al notar ello los padres vuelven a consultar donde su amiga psicóloga quien les indica que podría ser que el niño sufra de autismo por lo que sería adecuado que lo evalúen, donde los padres se negaron por miedo.

Cuando Dorian tiene 6 años ingresa al nivel primario las profesoras indican que Dorian no era un niño “normal” no le gustaba socializar con sus compañeros, se ríe sin motivo alguno y solo las atiende cuando lo llaman por su nombre. En tercer grado de primaria tuvo una profesora psicóloga quien le ayuda a interactuar con sus compañeros y le dice a los padres que no se preocupen ya que ella ayudaría al paciente, mejorando notablemente ya que empieza a jugar con ella y sus compañeros. Ya en cuarto grado de primaria cambian de docente y Dorian retrocede, empieza a ensimismarse, alejándose de nuevo de los demás, la profesora le dice a sus compañeros que no es un “niño normal y parece un retrasado”, al enterarse los padres de esta situación toman la decisión que deje de ir al colegio pero Dorian siempre llora debido a que él no es muy flexible para cambiar su rutina.

El paciente es el segundo y último hijo, donde su madre actualmente tiene 52 años es ama de casa, su padre tiene 50 años, es soldador y su hermana mayor es estudiante y tiene 18 años.



Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

Bachiller en Psicología

EXÁMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y Apellidos : Dorian M. P.M.

Edad : 11 años

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento : 01 de mayo del 2007

Lugar de nacimiento : Arequipa

Grado de instrucción : Sexto de Primaria.

Religión : Católica.

Procedencia : Arequipa

Informante : Madre y Padre del menor

Lugar de evaluación : Centro de Salud “Javier Llosa García”

Fechas de evaluación : 22 de Setiembre - 26 de noviembre del 2018

Examinado por : Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO:

Dorian de 11 años de edad mantiene un peso y porte adecuado para la edad cronológica que tiene, su presentación aseo y alineo personal es adecuado, durante las evaluaciones se muestra colaborador, le costó seguir indicaciones por instantes se ensimisma, esboza sonrisas de repente sin motivo alguno, algunas veces cuando se le pregunta algo se queda mirando fijo hacia un punto, su contacto visual es poco fluido, reaccionando solo cuando se le llama por su nombre con un tono de voz fuerte y tiene movimientos repetitivos estereotipados de manos como aleteos

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN:

- Atención

Dorian presenta una atención bastante limitada ya que se ensimisma mirando fijamente un punto, solo gira su atención cuando se le llama por su nombre, su atención involuntaria se encuentra debilitada porque cuando se ensimisma por más que haya un estímulo fuerte este hace caso omiso y no gira su atención. En cuanto a su atención dividida no se dirige apropiadamente ante dos actividades simultáneas; en un momento tenía que dibujar y al mismo tiempo responder a ciertas preguntas, dicha actividad la realizó con dificultad.

- Conciencia o estado de alerta

Se encuentra en estado de alerta, lo que lo hace más consciente de lo que sucede a su alrededor, se distrae ante cualquier estímulo presentado con facilidad; con respecto a otras personas reconoce a familiares. No presenta somnolencia.

- Orientación

El menor se orienta en tiempo, espacio y persona de forma normal en torno a él y a lo que le rodea. Da razón del día, el año o lugar en el que se encuentra esto fue constatado cuando nos refirió su nombre, edad, y la de familiares cercanos, luego se le preguntó sobre el lugar donde nos encontramos y la fecha, a lo cual el paciente respondió correctamente.

IV. CURSO DEL LENGUAJE:

La velocidad de su conversación es lenta; su tono de voz es adecuado a un nivel audible, su vocabulario es acorde a su grado de instrucción y edad, no mantiene el curso de la conversación ya que se distrae con facilidad y no comprende palabras en doble sentido. En su lenguaje expresivo se presenta ecolalias ya que repite lo que se dice cuando se le pregunta algo, en algunas ocasiones tartamudea, su lenguaje comprensivo es limitado debido a que de vez en cuando no entiende lo que se le pregunta por lo que se le tiene que dar ejemplos.

V. PENSAMIENTO Y/O PERCEPCIÓN:

Su pensamiento se encuentra alterado en curso mas no en contenido ya que le preocupa cosas relativas a su edad pero a veces habla de situaciones que no tienen relación a lo que se le pregunta, no puede analizar lo que se dice ya que todo lo toma de forma literal y concreta.

Dorian no presenta ninguna alteración perceptual, ya que no hay presencia de alucinaciones y/o distorsiones

VI. MEMORIA:

La memoria episódica de Dorian se encuentra conservada ya que recuerda eventos importantes en su vida, como por ejemplo que hizo durante el día, que desayuno, recuerda conceptos e incluso palabras que ha escuchado.

Su memoria autobiográfica se encuentra conservada al responder su nombre, su edad y su cumpleaños; respecto a su memoria semántica no presenta ninguna dificultad siendo capaz de conocer la utilidad de ciertos objetos, tiene facilidad de recordar lo que debe realizar diariamente, por lo que presenta una adecuada memoria procedimental.

VII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO:

El menor cuando se encuentra contento empieza a aletear con sus manos sobre su cabeza no las reprime independientemente de lugar donde se encuentra manifiesta alegría cuando se le deja hacer lo que él desea, en ciertas ocasiones esta alegría parece no tener motivo alguno, sus afectos son dirigidos hacia los padres ya que siente que son solo ellos los que lo aceptan como es, su estado de ánimo se encuentra estable ya que se siente contento, no parece afectarle nada.

VIII. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA:

El paciente no posee conciencia y/o conocimiento de enfermedad; no sabe que tiene un problema, el cual está interfiriendo en su desarrollo.

RESUMEN

Dorian de 11 años de edad mantiene un peso y porte adecuado para la edad cronológica que tiene, su presentación aseo y alineo personal es adecuado, durante las evaluaciones se muestra colaborador aunque por instantes se ensimisma, esboza sonrisas de repente, algunas veces cuando se le pregunta algo se queda mirando fijo reaccionando solo cuando se le llama por su nombre con un tono de voz fuerte.

Su atención involuntaria se encuentra debilitada porque cuando se ensimisma por más que haya un estímulo fuerte este hace caso omiso y no gira su atención.

En su lenguaje expresivo se presenta ecolalias ya que repite lo que se dice cuando se le pregunta algo, a veces tartamudea, su lenguaje comprensivo es limitado porque de vez en cuando no entiende lo que se le pregunta por lo que se le tiene que dar ejemplos.

Dorian se muestra comunicativo por breves momentos, no presenta comunicación no verbal. Su pensamiento se encuentra alterado en curso mas no en contenido ya que le preocupa cosas relativas a su edad pero a veces habla de situaciones que no tienen relación a lo que se le pregunta, no puede analizar lo que se dice ya que todo lo toma de forma literal y concreta. Dorian no presenta ninguna alteración perceptual, ya que no hay presencia de alucinaciones y/o distorsiones.



Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : Dorian M. P.M.

Edad : 11 años

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento : 01 de mayo del 2007

Lugar de nacimiento : Arequipa

Grado de instrucción : Sexto de Primaria.

Religión : Católica.

Procedencia : Arequipa

Informante : Madre y Padre del menor.

Lugar de evaluación : Centro de Salud “Javier Llosa García”.

Fechas de evaluación : 22 de Setiembre - 26 de noviembre del 2018

Examinado por : Luis Carlos Huillcahuaman Ramos.

II. OBSERVACIONES GENERALES:

Durante las evaluaciones Dorian se mostro por momentos colaborativo, cuando se alegra tiende a aletear las manitos como aplaudiendo, por momentos se ensimisma reaccionando solo cuando se le llama por su nombre con un tono de voz elevado y tiene un lenguaje ecolálico ya que repite las últimas palabras de lo que escucha.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Test de Inteligencia no verbal (Toni II)
- Lista de verificación del autismo en niños (Q- CHAT)
- Inventario del espectro autista (I.D.E.A)
- Test Proyectivo de dibujo libre
- Test Proyectivo de la Familia.

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. Test de inteligencia no verbal (Toni II):

Análisis Cuantitativo:

<u>Inteligencia no verbal</u>	
Puntaje Total	29
Percentil	111
Categoría	Superior al promedio

Análisis Cualitativo:

De acuerdo a la evaluación realizada Dorian obtuvo un puntaje total de 29, con un percentil de 111, colocándolo en una categoría de superior al promedio por lo que se puede decir que es capaz de resolver problemas, teniendo una adecuada capacidad de análisis y abstracción.

B. Lista de verificación del autismo en niños (Q-CHAT)

Análisis Cuantitativo:

<u>Verificación del autismo en niños</u>	
Puntaje Total:	41
Grupo:	T.E.A

Análisis Cualitativo:

Dorian obtuvo un Puntaje de 41 puntos lo que lo ubica dentro del grupo con niños con T.E.A obteniendo mayor puntaje en la categoría de cuidado a sus juguetes cabe decir que Dorian cuida demasiado sus juguetes, casi ni juega con ellos, por

que los limpia, alinea y los ordena constantemente, mira fijamente hacia un punto por momentos, reacciona solo cuando se le llama por su nombre pero con un tono de voz alto, difícilmente cambia su rutina, repite las palabras finales constantemente y se queda observando durante al menos 10 minutos un objeto que le interesa.

C. Inventario del espectro autista (I.D.E.A)

Análisis Cuantitativo:

<u>Dimensiones</u>	<u>Escala</u>	<u>Puntuación</u>
Dimensión social		1+2+3
1. Trastorno de la relación social	5	9
2. Trastorno de referencia conjunta	1	
3. Trastorno intersubjetivo	3	
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4. Trastorno de las funciones comunicativas	3	11
5. Trastorno del lenguaje expresivo	5	
6. Trastorno del lenguaje receptivo	3	
Dimensión de la anticipación/ flexibilidad		7+8+9
7. Trastorno de la anticipación	4	8
8. Trastorno de la flexibilidad	2	
9. Trastorno del sentido de la actividad	2	
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10. Trastorno de la ficción	2	8
11. Trastorno de la imitación	3	
12. Trastorno de la suspensión	3	
Puntuación Total En El Espectro Autista		36

Análisis Cualitativo:

Dorian obtuvo un puntaje de 36 puntos ubicándolo en un nivel : Síndrome de Asperger indicando que Dorian se encuentra dentro del grupo de niños TEA pero de alto funcionamiento por lo que puede estudiar en Centros de Educación Básica Regular, aun que tiene problemas para establecer sus relaciones sociales pudiendo progresar con un adecuada enseñanza, terapia e intervención.

D. Test proyectivo de dibujo libre:

De acuerdo a la evaluación se puede observar que Dorian es un púber sencillo con sentimientos de inferioridad, es introvertido, sus trazos son fuertes y amplios lo que indica que hay impulsividad y desequilibrio, carece de detalles lo que transmite una sensación de vacío esto debido a que emocionalmente se aísla.

Se puede observar además que Dorian elimina ciertos rasgos faciales como la boca esto debido que él no puede expresar lo que piensa, siente o desea.

E. Test proyectivo de la familia:

Dorian percibe a sus padres como su familia, se siente más próximo hacia su padre esto debido a que el interactúa mas al momento de jugar o de querer hacer algo, se puede observar en su dibujo que ambos padres carecen de manos y boca ya que carece de contacto social, presentando rasgos obsesivos esto debido a que la imagen presenta trazos simétricos que se repiten en el dibujo elaborado.

RESUMEN

Se puede observar que Dorian presenta sentimientos de inferioridad, es introvertido, sus trazos son fuertes y amplios lo que indica que hay impulsividad y desequilibrio, carece de detalles lo que transmite una sensación de vacío esto debido a que emocionalmente se aísla. Además él no puede expresar lo que piensa, siente o desea. Se siente más próximo hacia su padre esto debido a que el interactúa mas al momento de jugar o de querer hacer algo, se puede observar en su dibujo que ambos padres carecen de manos y boca ya que carece de contacto

social, presentando rasgos obsesivos esto debido a que la imagen presenta trazos simétricos que se repiten en el dibujo elaborado.

Dorian es capaz de resolver problemas, teniendo una adecuada capacidad de análisis y abstracción. Cuida demasiado sus juguetes, casi ni juega con ellos, porque los limpia, alinea y los ordena constantemente, mira fijamente hacia un punto por momentos, reacciona solo cuando se le llama por su nombre pero con un tono de voz alto, difícilmente cambia su rutina, repite las palabras finales constantemente y se queda observando durante al menos 10 minutos un objeto que le interesa. Dorian se encuentra dentro del grupo de niños T.E.A pero de alto funcionamiento por lo que puede estudiar en Centros de Educación Básica Regular, aunque tiene problemas para establecer sus relaciones sociales pudiendo progresar con un adecuada enseñanza, terapia e intervención.



Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : Dorian M. P.M.

Edad : 11 años

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento : 01 de mayo del 2007

Lugar de nacimiento : Arequipa

Grado de instrucción : Sexto de Primaria.

Religión : Católica.

Procedencia : Arequipa

Informante : Madre y Padre del menor

Lugar de evaluación : Centro de Salud “Javier Llosa García”

Fechas de evaluación : 22 de Setiembre - 26 de noviembre del 2018

Examinado por : Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

Dorian acude al servicio de Psicología en compañía de su madre debido a que tiene problemas con su profesora quien le menciono: “Siempre se ríe sin motivo y que no es un niño normal”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista

- Pruebas Psicológicas:
 - ❖ Test de Inteligencia no verbal (Toni II)
 - ❖ Lista de verificación del autismo en niños (Q- CHAT)
 - ❖ Inventario del espectro autista (I.D.E.A)
 - ❖ Test Proyectivo de dibujo libre.
 - ❖ Test Proyectivo de la Familia.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Dorian fue un hijo deseado y planificado, durante los primeros meses tuvo mucho malestar como náuseas, mareos y antojos hasta problemas para conciliar el sueño, tuvo que tener muchos cuidados debido a que su edad era avanzada y no deseaba que le pase nada a su hijo por lo que su esposo estaba pendiente de ella, asistía a todos sus controles sin falta, su parto fue un tanto traumático ya que empezó con los dolores a las 5 de la mañana dando a luz a las 8 de la noche del mismo día, al nacer el niño lloró de manera inmediata y no presentó coloración alguna.

Dorian tuvo un adecuado desarrollo psicomotor ya que gateó a los 7 meses y empezó a caminar al año y cinco meses, en torno a su lenguaje sufrió un ligero retraso ya que empieza a hablar al año y medio, es ahí cuando empiezan a notar que su hijo es un poco distinto debido a que desde bebé no era inquieto, podían dejarlo viendo televisión en el corral y el niño nunca se movía siempre veía en un punto fijo, al notar su retraso en el lenguaje una amiga psicóloga les menciona que quizás le falte estimulación por lo que los padres toman la decisión de pasar más tiempo con él hablándole y tratando de que lo mire a los ojos, enseñándole nuevas palabras.

Al notar que su hijo ya está comenzando a hablar se sienten más aliviados pero a los 3 años cuando lo llevan al nido no jugaba con sus compañeros, no prestaba atención y solo dibujaba, muy pocas veces hace caso cuando se le llama por su nombre, esboza sonrisas sin razón y cuando está contento aleteaba sus manos sobre su cabeza. Al notar ello los padres vuelven a consultar donde su amiga psicóloga quien les indica que podría ser que el niño sufra de autismo por lo que sería adecuado que lo evalúen, donde los padres se negaron por miedo.

Cuando Dorian tiene 6 años ingresa al nivel primario las profesoras indican que Dorian no era un niño “normal” no le gustaba socializar con sus compañeros, se ríe sin motivo alguno y solo las atiende cuando lo llaman por su nombre. En tercer grado de primaria tuvo una profesora psicóloga quien le ayuda a interactuar con sus compañeros y le dice a los padres que no se preocupen ya que ella ayudaría al paciente, mejorando notablemente ya que empieza a jugar con ella y sus compañeros. Ya en cuarto grado de primaria cambian de docente y Dorian retrocede, empieza a ensimismarse, alejándose de nuevo de los demás, la profesora les dice a sus compañeros que no es un “niño normal y parece un retrasado”, al enterarse los padres de esta situación toman la decisión que deje de ir al colegio pero Dorian siempre llora debido a que él no es muy flexible para cambiar su rutina.

El paciente es el segundo y último hijo, donde su madre actualmente tiene 52 años es ama de casa, su padre tiene 50 años, es soldador y su hermana mayor es estudiante y tiene 18 años.

V. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA:

Dorian de 11 años de edad mantiene un peso y porte adecuado para la edad cronológica que tiene, su presentación aseo y alineo personal es adecuado, durante las evaluaciones se muestra colaborador aunque por instantes se ensimisma, esboza sonrisas de repente, algunas veces cuando se le pregunta algo se queda mirando fijo reaccionando solo cuando se le llama por su nombre con un tono de voz fuerte.

Su atención involuntaria se encuentra debilitada porque cuando se ensimisma por más que haya un estímulo fuerte este hace caso omiso y no gira su atención.

En su lenguaje expresivo se presenta ecolalias ya que repite lo que se dice cuando se le pregunta algo, a veces tartamudea, su lenguaje comprensivo es limitado porque de vez en cuando no entiende lo que se le pregunta por lo que se le tiene que dar ejemplos.

Dorian se muestra comunicativo por breves momentos, no presenta comunicación no verbal. Su pensamiento se encuentra alterado en curso mas no en contenido ya que le preocupa cosas relativas a su edad pero a veces habla de situaciones que no tienen relación a lo que se le pregunta, no puede analizar lo que se dice ya que

todo lo toma de forma literal y concreta. Dorian no presenta ninguna alteración perceptual, ya que no hay presencia de alucinaciones y/o distorsiones.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

Se puede observar que Dorian presenta sentimientos de inferioridad, es introvertido, sus trazos son fuertes y amplios lo que indica que hay impulsividad y desequilibrio, carece de detalles lo que transmite una sensación de vacío esto debido a que emocionalmente se aísla. Además él no puede expresar lo que piensa, siente o desea. Se siente más próximo hacia su padre esto debido a que el interactúa más al momento de jugar o de querer hacer algo, se puede observar en su dibujo que ambos padres carecen de manos y boca ya que carece de contacto social, presentando rasgos obsesivos esto debido a que la imagen presenta trazos simétricos que se repiten en el dibujo elaborado.

Dorian es capaz de resolver problemas, teniendo una adecuada capacidad de análisis y abstracción. Cuida demasiado sus juguetes, casi ni juega con ellos, por que los limpia, alinea y los ordena constantemente, mira fijamente hacia un punto por momentos, reacciona solo cuando se le llama por su nombre pero con un tono de voz alto, difícilmente cambia su rutina, repite las palabras finales constantemente y se queda observando durante al menos 10 minutos un objeto que le interesa. Dorian se encuentra dentro del grupo de niños T.E.A pero de alto funcionamiento por lo que puede estudiar en Centros de Educación Básica Regular, aunque tiene problemas para establecer sus relaciones sociales pudiendo progresar con una adecuada enseñanza, terapia e intervención.

VII. DIAGNÓSTICO:

Dorian es un niño de 11 años de edad, presenta una inteligencia superior al promedio con dificultades en las funciones ejecutivas, incapacidad para desarrollar relaciones de pares apropiadas al nivel de su desarrollo, falta de reciprocidad social o emocional, manierismos motores estereotipados y repetitivos.

A partir de esta información se concluye que Dorian presenta sintomatología típica del trastorno generalizado del desarrollo, dentro del cual muestra mayor correspondencia con el de Autismo Infantil (F 84.0) según el CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO:

Reservado- Favorable, debido a que el menor deberá contar con recursos importantes y determinantes en la evolución del caso, como un soporte familiar adecuado, corregir a tiempo los problemas en las áreas que presenta dificultad y modificar su comportamiento.

IX. RECOMENDACIONES:

- Psicoterapia individual
- Terapia de Lenguaje
- Terapia familiar
- Planificar un plan estratégico educativo



Luis Carlos Huillcahuaman Ramos

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y Apellidos : Dorian M. P.M.

Edad : 11 años

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento : 01 de mayo del 2007

Lugar de nacimiento : Arequipa

Grado de instrucción : Sexto de Primaria.

Religión : Católica.

Procedencia : Arequipa

Informante : Madre y Padre del menor

Lugar de evaluación : Centro de Salud “Javier Llosa García”

Fechas de evaluación : 22 de setiembre -26 de noviembre del 2018

Examinado por : Luis Carlos Huillcahuaman Ramos.

II. DIAGNÓSTICO:

Dorian es un niño de 11 años de edad, presenta una inteligencia superior al promedio con dificultades en las funciones ejecutivas, incapacidad para desarrollar relaciones de pares apropiadas al nivel de su desarrollo, falta de reciprocidad social o emocional, manierismos motores estereotipados y repetitivos.

A partir de esta información se concluye que Dorian presenta sintomatología típica del trastorno generalizado del desarrollo, dentro del cual muestra mayor correspondencia con el de Autismo Infantil (F 84.0) según el CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL:

Extinción de comportamientos desadaptativos, mejorar su capacidad de establecer contacto social y coetáneos, que los padres puedan comprender el Síndrome de su menor hijo y lo ayuden a desarrollar sus capacidad cognitiva, emocional y lingüísticas.

IV. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

- Psicoeducación.
- Manual de instrucciones con pictogramas.
- Terapia de Cognitivo Conductual.
- Terapia familiar.
- Economía de fichas

V. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS:

<u>SESION N°1</u>	
Tema:	Aprendiendo sobre el autismo
Técnica a utilizar:	Psicoeducacion
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Educar a los padres para que puedan contribuir en el desarrollo de su menor hijo.• Explicar al paciente que es el autismo, características y que pueda entender que no es una enfermedad sino una condición.
Descripción:	<p>Durante la primera parte de la presente sesión se le enseñara a los padres sobre que es el autismo, sus características, cuáles son sus limitantes y cuál será su papel de apoyo durante el proceso terapéutico.</p> <p>En la segunda parte de la sesión se le explicara al paciente que es el autismo y que este es una condición mas no una enfermedad, cuales son sus características, cuáles son sus limitaciones y como trabajaremos para mejorar estas a través del proceso terapéutico, todo esto a través de imágenes e información básica lo que nos permitirá su mejor comprensión por parte del paciente.</p> <p>Finalmente se les preguntara a los tres si tiene alguna duda, la cual discerniremos a través de la explicación.</p>
Tiempo aproximado:	45 minutos
Materiales:	Información, Imágenes relativas a esta

<u>SESION N°2</u>	
Tema:	Dirigiéndome a mi niño
Técnica a utilizar:	Psicoeducación
Objetivo de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar pautas educativas y formas de dirigirse al niño, esto con respecto a la madre.
Descripción:	<p>Para lograr establecer estas pautas educativas se realizará de manera y en acción conjunta con los padres, vamos a establecer un horario y normas de conducta que tanto los padres como su hijo van a tener que seguir para esto se tendrá que aplicar un registro de conductas diarias del niño en la cual los padres anotaran día a día cuáles son las conductas frecuentes y en qué ocasiones estas se producen.</p> <p>A la vez se informará el uso de “pictogramas” a los padres mencionándoles que estos son un signo claro y esquemático que representan un objeto real, figura o concepto. Sintetizan un mensaje que puede señalar o informar sobre pasando la barrera de las lenguas.</p> <p>Con ayuda de los padres también se establecerán “pictogramas” para que aseguren una rápida comprensión de un mensaje completo cuando se requiera enseñar.</p>
Tiempo aproximado:	40 minutos
Materiales:	Manual de instrucciones con pictogramas.

<u>SESION N°3</u>	
Tema:	Eliminando la ecolalia
Técnica a utilizar:	Reforzadores negativos
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Extinguir el lenguaje ecolalico del paciente para modificar este comportamiento
Descripción:	<p>En esta sesión trabajaremos con los padres del paciente ya que ellos deberán ayudar para la extinción del lenguaje ecolalico del paciente, para ello se les explicara en la primera parte que es la ecolalia, posteriormente escogeremos un reforzador negativo (estimulo desagradable) en este caso sus padres no responderán cuando este le hable.</p> <p>Por ejemplo Dorian pásame un vaso, Dorian vaso-vaso, decirle no Dorian no repitas e ignorarlo hasta que entienda que no debe repetir la última palabra de lo que se dice.</p>
Tiempo aproximado:	45 minutos
Materiales:	-----

<u>SESION N°4</u>	
Tema:	Mejorando mi conducta.
Técnica a utilizar:	Economía de fichas
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los padres y el niño acerca de lo útil que sería utilizar la técnica de economía de fichas para poder cambiar y mejorar la conducta del niño.
Descripción:	<p>Se va establecer claramente: Cuáles son los objetivos de nuestra sesión, es así como las conductas que vamos atender a reforzar y aquellas conductas que queremos disminuir o extinguir a través de reforzadores adecuados a la personalidad.</p> <p>Se va establecer un sistema en el cual por cada conducta buena él va a poder recibir un premio de tipo no tangible sino más bien va a tener reforzadores sociales los cuales pueden ser por ejemplo: tiempo dedicado exclusivamente a él, se puede realizar actividades físicas como reforzadores.</p>
Tiempo aproximado:	45 minutos
Materiales:	-----

<u>SESION N°5</u>	
Tema:	Entendiendo las palabras
Técnica a utilizar:	Brindar información adecuada
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a que comprenda el significado de lo que se dice y no lo tome de manera literal
Descripción:	<p>En la primera parte de la sesión se le pedirá a los padres y al paciente que identifique palabras u oraciones las cuales Dorian las ha tomado de manera literal, una vez obtenida esta lista de palabras se procederá a explicar a Dorian a través de imágenes lo que significan en realidad y como debería interpretarlas.</p> <p>Finalmente se le pedirá a Dorian que en el transcurso de la semana, la palabra que no entienda la anote para explicarle en una próxima sesión.</p>
Tiempo aproximado:	30 minutos
Materiales:	Hojas Lápiz

<u>SESION N°6</u>	
Tema:	Conociendo las emociones
Técnica a utilizar:	Psicoeducación
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle al paciente como puede expresar lo que siente de forma no verbal
Descripción:	<p>En la primera parte de la presente sesión se le enseñara a Dorian una serie de tarjetitas donde encontrara diferentes tarjetas con caritas, las cuales expresan las distintas emociones como alegría, molestia, tristeza, etc.</p> <p>Posteriormente se le explicara que significa cada una de ellas y cuando podemos experimentar estas emociones, seguidamente se le pedirá al paciente que pueda reconocer las caritas de acuerdo a las emociones que se le nombre y las pueda imitar.</p>
Tiempo aproximado:	45 minutos
Materiales:	Tarjetas de emociones

<u>SESION N°7</u>	
Tema:	Expresando nuestras emociones
Técnica a utilizar:	Moldeamiento
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle al paciente como puede expresar lo que siente de forma no verbal
Descripción:	<p>La presente sesión se iniciara una vez que el paciente reconozca las diferentes emociones presentadas en la sesión anterior, por lo que se le enseñara a cómo puede imitarlas fácilmente; es decir cómo debe fruncir el ceño, levantar las cejas, abrir los ojos, etc.</p> <p>Seguidamente se le pedirá que nos diga y explique cuando se pueden experimentar estas emociones.</p>
Tiempo aproximado:	45 minutos
Materiales:	-----

<u>SESION N°8</u>	
Tema:	Aprendiendo a socializar
Técnica a utilizar:	Psicoeducacion
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a los compañeros, profesores y entorno social del paciente acerca del autismo.
Descripción:	<p>En la presente sesión se pedirá la colaboración de sus compañeros, profesores y entorno social del paciente para poder explicar que es el autismo, el porqué de su comportamiento y como pueden ayudarnos en su tratamiento.</p> <p>Teniendo en cuenta que es fundamental que ellos entiendan que el autismo es un estado mas no una enfermedad, le permitan integrarse socialmente y no le hagan de esta manera sentir diferente.</p>
Tiempo aproximado:	40 minutos
Materiales:	Trípticos informativos

<u>SESION N°9</u>	
Tema:	Socializando
Técnica a utilizar:	Reforzadores positivos
Objetivos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relación que tiene el paciente con su ambiente social incrementando sus habilidades sociales.
Descripción:	<p>En la presente sesión se le enseñara al paciente como interactuar con sus demás compañeros, ya que ellos ya estarán informados sobre el estado del paciente, por lo que se le pedirá que jueguen con el paciente durante los recesos otorgándoles un reforzador positivo es decir un caramelo, etc.</p> <p>Por lo que se le otorgara un estímulo positivo lo que nos ayudara a reforzar su conducta.</p>
Tiempo aproximado:	40 minutos
Materiales:	-----

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN:

La terapia se realizará dos veces por semana con una duración de 40 a 45 minutos con el niño. Los padres, la familia y su entorno social 1 hora una vez a la semana, el proceso terapéutico se realizará según el orden de los objetivos planteados y según el avance del niño.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS:

- Los padres, la familia lograron comprender y comprometerse con la buena educación del menor dándole una mayor estabilidad socioemocional.
- El evaluado identifica algunas de sus emociones, sentimientos para poder manifestarlas de una manera más adecuada.
- Se continuará con las terapias fortaleciendo el desarrollo de las habilidades sociales y la comunicación familiar, de modo que el paciente logre sociabilizar con su entorno.



Luis Carlos Huilcahuaman Ramos

Bachiller en Psicología

Anexos

I.D.E.A.
Inventario de Espectro Autista (A. Rivièrre)

Alumno/a: Dorian Fecha: _____

Instrucciones: El inventario I.D.E.A. tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una *puntuación par* (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las *puntuaciones impares*, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

Así, por ejemplo, si la puntuación 8, en la dimensión de trastorno cualitativo de la relación, implica ausencia completa de relaciones y vínculos con adultos, y la puntuación 6 la existencia de vínculos establecidos con adultos en niños que son, sin embargo, incapaces de relacionarse con iguales, la puntuación 7 define a una persona con severo aislamiento, pero que ofrece algún indicio débil o inseguro de vínculo con algún adulto.

Para aplicar el inventario I.D.E.A. es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo o familiar suficiente de la persona que presenta espectro autista. El inventario no se ha construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo (aunque pueda ser un dato más a tener en cuenta en ese diagnóstico), sino de *valorar la severidad y profundidad de los rasgos amistas que presenta una persona, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial*.

El inventario I.D.E.A. puede tener tres utilidades principales:

- ✓ Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).
- ✓ Ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas (como se sugiere en estos artículos).
- ✓ Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con E.A.

Característicamente, las puntuaciones en torno a 24 puntos son propias de los cuadros de trastorno de Asperger, y las que se sitúan en torno a 50 de los cuadros de trastorno de Kanner con buena evolución.

Las doce dimensiones de la escala pueden ordenarse en cuatro grandes escalas:

- ✓ Escala de Trastorno del desarrollo social (dimensiones 1, 2 y 3).
- ✓ Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje (dimensiones 4, 5 y 6).
- ✓ Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad (dimensiones 7, 8 y 9).
- ✓ Escala de Trastorno de la simbolización (dimensiones 10, 11 y 12).

La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones de cada escala proporciona una valoración del nivel de trastorno en dicha escala.

De este modo, el inventario I.D.E.A. proporciona:

Una puntuación global de nivel de espectro autista (de 0 a 96).

Cuatro puntuaciones en las cuatro Escalas de:

- ✓ Trastorno del desarrollo social.
- ✓ Trastorno de la comunicación y el lenguaje.
- ✓ Trastorno de la anticipación y flexibilidad.
- ✓ Trastorno de la simbolización.

Estas puntuaciones varían de 0 a 24 puntos cada una, puesto que cada una de ellas están definidas por la suma de las tres dimensiones de cada escala. 12 puntuaciones (que varían de 0 a 8 cada una) que corresponden a las dimensiones evaluadas.

El cuadro siguiente puede emplearse para sintetizar las puntuaciones de la persona evaluada:

Dimensiones	Escala	Puntuación
Dimensión social		1+2+3
1.-Trastorno de la relación social	5	
2.-Trastorno de la referencia conjunta	1	9
3.-Trastorno intersubjetivo y mentalista	3	
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas	3	
5.-Trastorno del lenguaje expresivo	5	
6.-Trastorno del lenguaje receptivo	3	11
Dimensión de la anticipación/flexibilidad		7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación	4	
8.-Trastorno de la flexibilidad	2	8
9.-Trastorno del sentido de la actividad	2	
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10.-Trastorno de la ficción	2	
11.-Trastorno de la imitación	3	8
12.-Trastorno de la suspensión	3	
Puntuación total en el espectro autista		36

Dimensión Social

1. Trastorno de las Relaciones sociales.

1.1 Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales.	8 7
1.2 Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6 5
1.3 Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	4 3
1.4 Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2 1
1.5.-No hay trastorno cualitativo de la relación	0

2. Trastorno de las Capacidades de referencia conjunta.

2.1 Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8 7
2.2 Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta	6 5
2.3 Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4 3
2.4 Pautas establecidas de atención y acción conjunta pero no de preocupación conjunta.	2 1
2.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta	0

3. Trastorno de las Capacidades intersubjetivas y mentalistas

3.1 Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. Intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8 7
3.2 Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6 5
3.3 Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de T.M.	4 3
3.4 Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	2 1
3.5.-No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas	0

Dimensión de la Comunicación y el Lenguaje

4. Trastorno de las Funciones comunicativas.

4.1 Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significante), y de conductas instrumentales con personas.	8 7
4.2 Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i. e. Para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6 5

4.3 Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	4	9
4.4 Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2	1
4.5.-No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas	0	

5. Trastorno del Lenguaje expresivo.

5.1 Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8	7
5.2 Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6	5
5.3 Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecolálicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4	3
5.4 Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2	1
5.6.-No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo	0	

6. Trastorno del Lenguaje receptivo.

6.1 "Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8	7
6.2 Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	6	5
6.3 Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	4	3
6.4 Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2	1
6.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	0	

Dimensión de la Anticipación/Flexibilidad

7. Trastorno de la Anticipación.

7.1 Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (p.e.: películas de video). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8	7
7.2 Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6	5
7.3 Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej. "curso" vs "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4	3
7.4 Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	2	1
7.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación	0	

8. Trastorno de la Flexibilidad

8.1 Predominan las estereotipias motoras simples.	8
8.2 Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	7
8.3 Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	6
8.4 Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.	5
8.5.-No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad	4
	3
	2
	1
	0

9. Trastorno del sentido de la actividad.

9.1 Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
9.2 Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior	7
9.3 Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	6
9.4 Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	5
9.5 No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad	4
	3
	2
	1
	0

Dimensión de la Simbolización

10. Trastorno de la Ficción y la imaginación.

10.1 Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
10.2 Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	7
10.3 Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	6
10.4 Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles	5
10.5 No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación	4
	3
	2
	1
	0

11. Trastorno de la Imitación

11.1 Ausencia completa de conductas de imitación	8
11.2 Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	7
11.3 Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	6
	5
	4
	3
	2
	1
	0

11.4 Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
	1
11.5 No hay trastorno de las capacidades de imitación	0

12. Suspensión (capacidad de crear significantes).

12.1 No se suspenden pre - acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
	7
12.2 No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional	6
	5
12.3 No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.	4
	3
12.4 No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones	2
	1
12.5 No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión	0

Notas para la valoración adecuada de las dimensiones:

- a) Asignar siempre la puntuación más baja que sea posible. Por ejemplo, en la dimensión 8 (flexibilidad), si una persona tiene estereotipias y conductas rituales, pero también expresa preocupaciones mentales obsesivas y limitadas, la puntuación es 2.
- b) Naturalmente, las características positivas por las que se define cada nivel están ausentes en los anteriores. Por ejemplo, en la dimensión 12, se sobreentiende que las personas que obtienen la puntuación 8, y que por consiguiente no suspenden preacciones, tampoco suspenden acciones instrumentales, propiedades de las cosas o situaciones o representaciones. Por consiguiente, las personas con esa puntuación, ni se comunican mediante gestos suspendidos, ni pueden hacer o comprender juego funcional, juego de ficción y metáforas.
- c) Debe recordarse, que las puntuaciones impares, 7, 5, 3 y 1, se reservan para los casos claramente situados entre dos puntuaciones pares. Por ejemplo, una puntuación 1 en la dimensión 10 (ficción e imaginación) expresa que la persona evaluada es capaz de construir ficciones complejas, en que se observa una ligera inflexibilidad y que ocasionalmente pueden servir para evitar algunas relaciones.

Q-CHAT

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su hijo/a marcando con una cruz el circulo más apropiado. Si puede, intenta contestar TODAS las preguntas.

1. ¿Ud./Lo mira su hijo/a cuando Ua. dice su nombre?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

2. ¿Cuán fácil le resulta establecer contacto visual con su hijo/a?

- muy fácil
- bastante fácil
- bastante difícil
- muy difícil
- imposible

3. Cuando su hijo/a está jugando solo/a, ¿delinea objetos?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

4. ¿Pueden otras personas entender fácilmente a su hijo/a cuando habla?

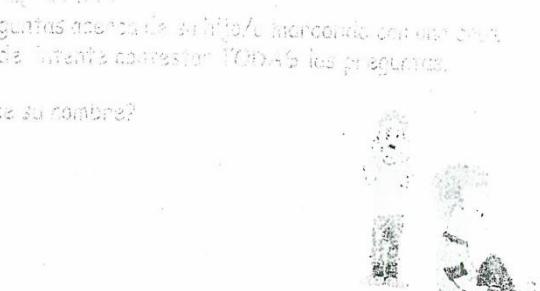
- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca
- mi hijo/a no habla

5. ¿Señala su hijo/a para indicar que quiere algo (por ej: un juguete que está fuera de su alcance)?

- varias veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

6. ¿Señala su hijo/a para compartir un interés con Ud (por ej: señalar hacia algo interesante que vio)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



7. ¿Cuánto tiempo puede su bebé girar la manecilla del reloj de juguete sin moverse, sin pedir ayuda de nadie?

- varias horas
- media hora
- diez minutos
- un par de minutos
- menos de un minuto

2



8. ¿Cuántas palabras puede decir su hijo/a?

- ninguna—no ha comenzado a hablar todavía
- menos de 10 palabras
- 10-50 palabras
- 51-100 palabras
- más de 100 palabras

1



3

9. ¿Su hijo/a juega a "hacer como si" (por ej: coger manijas, habla en un teléfono de juguete)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

4



10. ¿Su hijo/a mira hacia dónde Ud. está mirando?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

2



11. ¿Con qué frecuencia su hijo/a huele o lame objetos inusuales?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

0



12. ¿Agarra su hijo/a su mano y la pone sobre un objeto cuando quiere que Ud. lo use (por ej: sobre la manija de la puerta cuando quiere que Ud. le abra la puerta, o sobre un juguete cuando quiere que Ud. lo active)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

0



13. ¿Camina su hijo/a al punto de pie?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

1



14. ¿Cuán fácil es教她/a su hijo/a adaptarse cuando el
bebé comienza a caminar las cosas están fuera del lugar?
habitualizó?

- muy fácil
- bastante fácil
- bastante difícil
- muy difícil
- imposible

3

15. ¿Si Ud o alguien más en la familia está visiblemente
enfermo/a, muestra su hijo/a signos de querer consolarlo/a
(por ej: acariciando el pelo, abrazando)?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

1

16. ¿Hace su hijo/a la misma cosa una y otra vez
(por ej: hacer correr el agua de la canilla,
prender y apagar la luz, abrir y cerrar puertas)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

2



17. Describiría las primeras palabras de su hijo/a
como:

- muy típicas
- bastante típicas
- levemente inusuales
- muy inusuales
- mi hijo/a no habla

1



18. ¿Repite su hijo/a cosas que escucha (por ej: cosas
que Ud dice, frases de canciones o películas, sonidos)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

2



18. ¿Cuántas veces al día su hijo/a se pasa los dedos de los pies por la boca?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



19. ¿Realiza su hijo/a masticar los dedos de los pies como si fueran comidas?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

1



21. Cuando su hijo/a se enfrenta a una situación desconocida, él/ella mira a la cara espontáneamente para comprobar su reacción?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

1



22. ¿Durante cuánto tiempo pueden sólo uno o dos objetos mantener el interés de su hijo/a?

- la mayor parte del día
- varias horas
- media hora
- diez minutos
- un par de minutos

2



23. ¿Su hijo/a hace girar objetos repetitivamente (por ej: un pedacito de hilo)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

1



24. ¿Parece su hijo/a ser hipersensible al ruido?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca

1



25. ¿Su hijo/a es de mirar fijo a la pared sin un propósito aparente?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca

4



26a. ¿Alguna vez tú o otra persona han referido algún tipo de preocupación por el desarrollo de su hijo/a? (por favor, redondee)

Sí

No

26b. En caso de ser afirmativo, por favor especifique debajo:

Sus tíos, ya que siempre jugaba sola, miraba en un punto fijo.

26c. En caso afirmativo, ¿quién fue la primera persona que mencionó algún tipo de preocupación por su hijo/a?

- padre o madre
- otro miembro de la familia/amigo
- maestra
- pediatra
- otro profesional de la salud

26d. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía su hijo/a cuando surgió la primera preocupación?

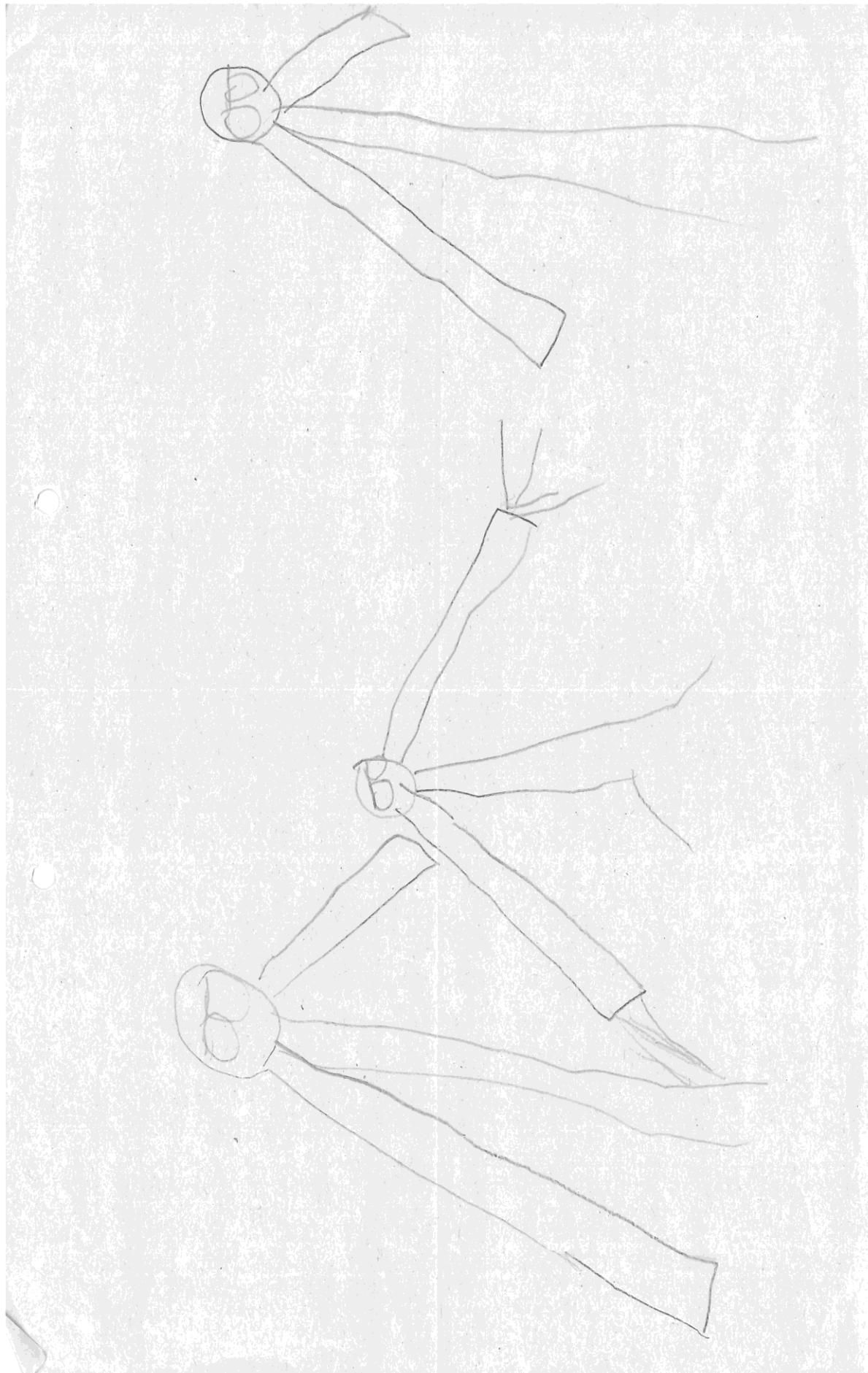
18 Meses

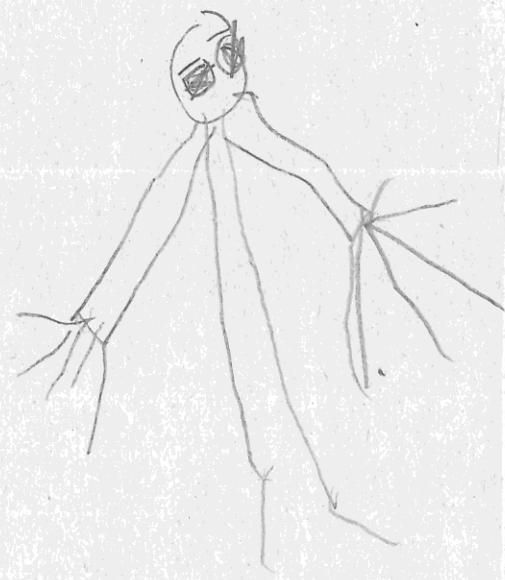
26e. ¿Su hijo/a alguna vez fue derivado por su pediatra por presentar algún tipo de problema médico o del desarrollo (por ej: retraso en el lenguaje, retraso en el desarrollo, problemas en la vista, autismo, problemas para escuchar)? (por favor redondee)

Sí

No

26f. En caso afirmativo, por favor especifique debajo:





CASO 2
Presentado por la Bachiller en Psicología
Lady Juana Sucasaca Quisocala

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : F. W. O. M.
Fecha de Nacimiento : 08 de noviembre del 2009.
Edad : 7 años y 8 meses.
Lugar de Nacimiento : Arequipa.
Sexo : Masculino.
Grado de Instrucción : Estudiante 2do año de Primaria.
Procedencia : Arequipa.
Religión : No creyente.
Informante : Madre del niño
Lugar de Entrevista : Institución Educativa Particular.
Fecha de Entrevista : 14 de julio del 2017
Nombre del entrevistador : Lady Juana Sucasaca Quisocala.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Fernando es llevado por su madre debido a que tiene problemas en su pronunciación y dificultades en su escritura.

III. PROBLEMA ACTUAL

- a) Tiempo:** Este año escolar.
- b) Forma de inicio:** Se inició a medida que se ha ido desarrollando, presentando dificultades en la vocalización.
- c) Síntomas:** Al momento de leer no pronuncia bien las letras.
- d) Relato:** Sus estudios se realizaron con normalidad pero resalta un hecho en la etapa de su educación inicial, donde con 5 años de edad, tenía una docente que gritaba mucho y la cual los amenazaba a él y sus demás compañeros de ese entonces, usando una aguja para que les haga caso, por esa impresión tan fuerte el

examinado regresaba a su casa con el pantalón “orinado”. La madre y los demás padres de familia al darse cuenta de estos acontecimientos, lo reportaron a la Directora de la institución para solicitar el cambio de la docente, y fue así que retiraron a la profesora. Desde entonces Fernando ha continuado con sus estudios normalmente, sin embargo posiblemente esta vivencia podría haber dañado la confianza del niño ocasionando problemas en su desarrollo normal, se muestra aun retraído con su tutora que físicamente tiene un parecido con la docente que lo amenazaba.

IV. HISTORIA PERSONAL

1. Etapas del desarrollo

A. Etapa pre natal

La edad de embarazo de la madre fue a los 17 años, y fue controlado desde los 3 meses, considerándolo un embarazo no deseado, durante el embarazo no se ingirió bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos. Tuvo un embarazo adecuado, con una duración de 9 meses.

B. Etapa natal

El parto se realizó en el hospital, siendo un parto por cesárea sin ninguna complicación realizándose en condiciones favorables, el trabajo de parto y la duración fue normal siendo un parto cefálico.

Nació pensando tres kilos con doscientos cincuenta gramos, lloró al momento de nacer, y no presentó complicaciones.

C. Etapa post natal

Primer año

- a) **Alimentación:** Fernando recibió lactancia materna hasta los 8 meses, no presentó dificultad en el destete, complementando su alimentación con papillas desde los 6 meses con buena tolerancia a ellos. Actualmente no tiene problemas para comer ya que él lo realiza sin dificultad.
- b) **Desarrollo psicomotor:** El evaluado irguió la cabeza a los 3 meses y se sentó solo a los 6 meses aproximadamente, a los 8 meses empezó a gatear,

mientras que a los 10 meses empezó a dar sus primeros pasos, para posteriormente caminar solo sin ayuda de un adulto desde los 11 meses. En el presente, su coordinación motriz es adecuada.

- c) **Lenguaje:** Con respecto al desarrollo del lenguaje, empezó a balbucear a los 7 meses de nacido, a los 10 meses ya podía imitar algunos sonidos onomatopéyicos de animales y a los 12 meses comenzó a pronunciar sus primeras palabras. En la actualidad con respecto a la comprensión del lenguaje, él se comunica y se hace entender mediante el uso de palabras y oraciones claras, teniendo ciertos problemas al pronunciar ciertas palabras las cuales las realiza con ligeras pausas.
- d) **Educación de esfínteres y hábitos higiénicos:** El control del esfínter vesical se dio cuando tenía 1 año y medio y el anal a los 2 años. Sin embargo, a pesar de controlar adecuadamente esfínteres, el menor actualmente se orina por miedo a animales como las ratas o al tener impresiones muy fuertes durante el día. A los 3 años el niño ya manifiesta lavarse y asearse el rostro de forma independiente aproximadamente. Actualmente Fernando no requiere ayuda para asearse ni vestirse, siendo su higiene personal adecuada.
- e) **Sueño:** Durante el primer año, dormía aproximadamente 17 horas durante el lapso de la noche y el día, tiempo que fue disminuyendo a medida que el menor fue desarrollándose. Actualmente, duerme solo, de 10 a 11 horas diarias. No presenta dificultades para conciliar el sueño. No existiendo alguna alteración o terror nocturno.
- f) **Etapa pre - escolar:**

Asiste al nido a los 3 años durante 6 meses, pero lo sacaron porque a los padres de Fernando no les parecía necesario. A los 4 años asistió al jardín donde tuvo un buen rendimiento, a los 5 años completa su educación inicial con un rendimiento muy bueno, sin embargo, en esta etapa, el niño tenía una profesora a la cual tenía miedo, ya que esta docente, lo amenazaba con un aguja a él y sus compañeros, la madre refiere que el niño por ese temor, venía con el pantalón orinado al hogar.

g) Etapa escolar

Comienza la escuela a la edad de 6 años, la madre indica que tiene adecuadas relaciones interpersonales con sus compañeros, tiene pocos amigos, pero juega con todos, la relación con los docentes es buena. El primer grado de primaria Fernando aprendió a leer pero “no vocalizaba bien” las palabras. Posee un nivel de rendimiento académico adecuado, sus materias preferidas son casi todas, como por ejemplo: Artes; y la menos preferida es el curso de inglés, como problemas en su aprendizaje refiere la madre sería que no pronuncia bien las letras y cuando tiene que exponer lo hace con voz baja.

Sus pasatiempos son mirar dibujos animados y jugar con su hermano mayor, también le gusta el karate, aunque actualmente no está inscrito, pero próximamente lo va retomar, su actitud es de timidez hacia las reuniones sociales, por ejemplo no quiere bailar o abrazar.

2. Antecedentes mórbidos personales

- A) Enfermedades y accidentes:** La madre no refiere alguna enfermedad de gravedad o accidente, sólo las comunes relacionadas a resfriados o problemas estomacales.
- B) Personalidad pre-mórbida:** El evaluado desde pequeño se caracterizó por ser un niño tranquilo, sumiso y obediente. En la actualidad se mantienen esas características no obstante en ocasiones cuando se le reprende por no hacer caso a alguna orden de su madre, Fernando responde quedándose quieto sin seguir la orden de su mamá.
- C) Juegos:** A Fernando le gusta jugar con su hermano mayor, también juega con niños de su edad. Le gusta mirar en la televisión dibujos animados, y en internet le gustan los juegos como pokémon.
- D) Sociabilidad:** El niño se relaciona con sus pares, tiene pocos amigos, pero juega con todos. Su actitud es de timidez frente a las reuniones sociales, por ejemplo no quiere bailar o abrazar.

V. HISTORIA FAMILIAR

- A) Composición familiar:** Fernando es el segundo de dos hermanos. Su padre tiene 42 años, nació en Lima, posee estudios superiores, trabaja actualmente en una empresa textil. Su actitud es dominante, es un poco severo y poco afectivo con Fernando. Su madre, de 24 años de edad, nacida en Moquegua, actualmente se desempeña como estudiante y realiza las tareas del hogar, sin ninguna enfermedad, se caracteriza por ser de actitud protectora, dominante y afectiva frente a su hijo. Su hermano mayor tiene 9 años, está cursando el 4to. Grado de Primaria en la misma Institución Educativa. Su hermano tiene TDAH, pero recibe tratamiento especializado. Según refiere la madre, el padre también tuvo TDAH, así mismo comenta que el evaluado tiene astigmatismo y usa lentes. No existe ningún tipo de antecedentes sobre enfermedad crónica venérea, etc.
- B) Dinámica familiar:** El evaluado se comunica principalmente con su madre, y es con quien se relaciona mejor y también con su hermano mayor, actualmente vive con sus padres y su hermano, la razón por la cual generalmente se le llama la atención es por desobedecer las órdenes de su madre, en los cuales se queda quieto sin seguir el mandado de su madre, su madre es quien le llama la atención. Su madre es quien se encarga actualmente de su crianza, mientras que su padre trabaja la mayor parte del tiempo. Sus padres son convivientes, no se han separado nunca durante toda su relación hasta la actualidad.

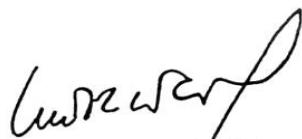
VI. HISTORIA SOCIO-ECONÓMICA

La vivienda en la que habita es propia, es de material noble, con tres habitaciones donde habitan su madre, padre y hermano mayor, el hogar es mantenido por el padre, cuenta con todos los servicios de agua, luz y desagüe.

VII. RESUMEN

El menor es el segundo de dos hermanos varones. Proviene de un embarazo no deseado. Durante el desarrollo pre-natal no se registran hechos de consideración, al igual que la etapa del parto el cual se realizó sin complicaciones y por cesárea. Su desarrollo psicomotor fue adecuado, en su lenguaje balbuceó a los 7 meses, a los doce meses comenzó a pronunciar sus primeras palabras, actualmente se comunica con el uso de palabras y oraciones claras, notándose ciertos problemas

al pronunciar ciertas palabras las cuales las realiza con ligeras pausas. Cuando el menor tenía 5 años en su educación inicial tuvo una profesora el cual amenazaba a sus compañeros y a él en general, con una aguja para que les hagan caso o la obedezcan, debido a esta gran impresión el niño venía a su casa con el pantalón “orinado”. La madre y los demás padres de familia denunciaron el hecho a la Directora y retiraron a esa docente. En su etapa escolar ingresó a los 6 años de edad donde tiene un rendimiento académico adecuado, aprendiendo a leer pero “no vocalizaba bien” Su padre tiene 42 años, con estudios superiores trabaja en una empresa textil, mientras que la madre tiene 24 años es estudiante en un instituto y se dedica a su casa. Sus padres no se han separado, tiene un hermano de 9 años con TDAH con tratamiento especializado, el hogar es mantenido por el padre.



Lady Juana Sucasaca Quisocala
Bachiller en Psicología

HISTORIA ESCOLAR

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : F. W. O. M.
Edad : 7 años.
Fecha de Nacimiento : 08 de noviembre del 2009
Sexo : Masculino.
Nombre del Padre : F. O. M.
Nombre de la Madre : B. S. de O.
Domicilio : -----
Teléfono : -----
Correo Electrónico : -----
Institución Educativa : -----
Grado y Sección : 2do Grado de Primaria.
Informante : Madre del niño.
Expediente Nro. : 002 – 2017 Ps.
Examinadora : Lady Juana Sucasaca Quisocala.

II. ANTECEDENTES DE LA HISTORIA ESCOLAR

Edad	Institución Educativa	Rendimiento anual	Descripción de un hecho importante en este periodo
2 años	No presenta	No presenta	Ninguno
3 años	Jardín	Bueno	Asistió 6 meses, pero sus padres lo retiraron porque creyeron que no era necesario.
4 años	Jardín	Bueno	Asistió todo el año, con un buen rendimiento.
5 años	Jardín	Muy bueno	Una profesora los amenazaba con una aguja para que les hagan caso, el examinado venía con el pantalón orinado al hogar, por esa impresión.

PRE – ESCOLAR

El examinado no recibió ningún tipo de estimulación temprana, en su desarrollo motor y del lenguaje no presentó ninguna dificultad en esta etapa. Asiste al nido a los 3 años durante 6 meses, pero lo sacaron porque no les parecía necesario. A los 4 años asistió al jardín donde tuvo un buen rendimiento, a los 5 años completa su educación inicial con un rendimiento muy bueno, sin embargo, en esta etapa se describe que tenía una profesora a la cual tenía miedo, ya que esta docente, según refiere el examinado los amenazaba con un aguja, la madre refiere que el niño por ese temor, venía con el pantalón orinado al hogar. El examinado tiene amigos entre niños y niñas, comparte con éstos juegos y tareas, sin rechazo al contacto social, sin obstáculos para relacionarse.

PRIMARIA

Grado	Institución Educativa	Rendimiento anual	Descripción de un hecho importante en este periodo
1° Grado	Enrico Fermi	Bueno	Aprendió a leer, pero no vocalizaba bien.
2° Grado	Enrico Fermi	Bueno	No habla fuerte cuando debe exponer, falta vocalización.

Ingresó a la escuela a la edad de 6 años, respecto a sus hábitos de estudios realiza lecturas y memorización de lo que lee para estudiar y también su madre le apoya en ese aspecto, así mismo refiere que todavía no “vocaliza” bien las palabras. La asignatura con mayor agrado es Matemáticas y el de menos agrado es Inglés obteniendo bajas calificaciones a diferencia de los demás cursos. No tiene cursos desaprobados, no ha cambiado de Institución Educativa, sin embargo, posiblemente al próximo sea cambiado de Colegio, según mejore la economía del hogar. No recibe ningún tipo de apoyo educativo fuera o dentro de la Institución educativa. La relación con profesores es cordial y respetuosa, con la tutora siente un poco de temor, quizás por el parecido con la profesora de inicial que los amenazaba. Con sus compañeros se lleva bien.

❖ CONTEXTO ESCOLAR

Las relaciones interpersonales son cordiales, la relación con su profesora es buena sin embargo con la tutora todavía le genera un poco de temor por el hecho en su apariencia física le recuerda a su profesora de inicial que solía amenazarlo. En el caso amical, tiene amigos y amigas de su edad. Lo que más valora de un profesor es que sepa escuchar, su manera de explicar y la atención que da a cada alumno. La apreciación más valiosa de un amigo es que no discrimine a nadie y ayude a sus compañeros. Opina que el colegio es un buen lugar para aprender.

❖ CONTEXTO FAMILIAR

Ambos padres se encuentran de acuerdo que estudie en la Institución Educativa y según mejore la economía familiar, cambiarlo a un mejor colegio. La madre desempeña un papel muy formativo en la vida académica del examinado contando con el tiempo suficiente para esto y es quien supervisa las tareas de su hijo, ayudándolo a superar las dificultades.

❖ HÁBITOS DE ESTUDIO

Respecto a sus hábitos de estudio, el tiempo que le dedica a las tareas es de cuatro horas y aproximadamente al estudio es de una hora, ahora se está dedicando más a la lectura, y el horario en el que estudia es terminando sus tareas, cuenta con un ambiente adecuado para estudiar con una mesa amplia y sin distracciones, su madre le refuerza repitiendo la lección y el niño repasa solo.

❖ ESTILOS DE APRENDIZAJE

Aprende mejor cuando lee y observa figuras, ya que frecuentemente en el salón usan materiales didácticos y visuales que apoyan un conocimiento más profundo. Se siente motivado para aprender porque es muy organizado y responsable.

❖ USO DEL TIEMPO LIBRE

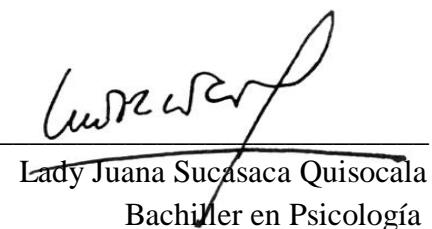
Las actividades realizadas en su tiempo libre son jugar con su hermano mayor, mirar dibujos animados y jugar con el celular. El tiempo que le dedica es dos horas. Lo que más le agrada ver en la televisión son dibujos animados y en internet juegos como pokémon, que lo entretienen cuando termina sus tareas.

III. CONCLUSIONES

- Presenta un bajo rendimiento en el área de lenguaje y del curso inglés por una posible falta de vocalización.
- Respecto a sus relaciones interpersonales podría no superar la experiencia que tuvo con una profesora que tuvo en inicial que los amenazaba con una aguja para que les haga caso.
- Se concluye que es un niño que le gusta ser organizado y responsable y desenvolverse bien en su etapa escolar.

IV. RECOMENDACIONES

- Se recomienda un apoyo más cercano e individual para que supere las dificultades en la falta de vocalización y escritura.
- Se recomienda actividades grupales y de esparcimiento que motiven sus relaciones interpersonales.
- La comunicación en el entorno familiar es de vital importancia para que se superen estas dificultades.



Lady Juana Sucasaca Quisocala
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos	: F. W. O. M.
Edad	: 7 años 11 meses.
Fecha de nacimiento	: 8 de noviembre del 2009.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Sexo	: Masculino.
Grado de instrucción	: 2do. Grado de primaria.
Procedencia	: Arequipa.
Religión	: No creyente.
Informante	: La madre del examinado.
Lugar de evaluación	: I.E. P. Enrico Fermi.
Fecha de evaluación	: 28,30 y 31 de octubre del 2017.
Nombre de la evaluadora	: Lady Juana Sucasaca Quisocala.

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El niño presenta problemas en su pronunciación y escritura.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista

- Pruebas psicométricas:
 - 1.- Test de Articulación de Sonidos María Melgar.
 - 2.- Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ) Forma A.
 - 3.- Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Especial.

IV. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Fernando en su aseo personal está totalmente cuidado, la mayoría de veces su vestimenta está limpia y esta adecuadamente aseada. Antes de empezar las evaluaciones mostraba un actitud de timidez, no hacía preguntas y se mostraba muy colaborador en la ejecución de sus pruebas, mira a los ojos y su vista se desvía solo cuando hay mucho bullicio, siempre trata de mantenerse atento para tener buen desempeño. Cuando Fernando sale al recreo se observa que juega con un grupo de amigos, entre niños niñas, a veces solo con niños, con la profesora se lleva bien, la cual lo considera un alumno aplicado y tranquilo, ya que durante la hora de clases Fernando está tranquilo desarrollando su libro de trabajo y tiene buenas calificaciones.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Test de Articulación de Sonidos María Melgar

Mezcla	Inicial	Medio	Final	Sustitución	Omisión	Adición
(bl), (dr)	-	-	-	-	-	-

En la Articulación de sonidos de Fernando, ha obtenido una edad foniátrica de 6 años, sin embargo, se observaría la pronunciación de la palabra “Silla”, “Blusa”, “Cocodrilo”, las cuales son articuladas con ligeras pausas.

2. Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ) Forma A.

ESCALAS	DECATIPO	NIVEL
A- Reservado / Abierto	4	Bajo
B- Inteligencia Baja / Inteligencia Alta	2	Bajo
C- Emocionalmente Afectado / Estable	5	Medio
D- Calmoso / Excitable	3	Bajo
E- Sumiso / Dominante	3	Bajo
F- Sobrio / Entusiasta	4	Bajo
G- Despreocupado / Consciente	8	Alto
H- Cohibido / Emprendedor	3	Bajo
I- Sensibilidad Dura / Blanda	7	Alto
J- Seguro / Dubitativo	8	Alto
N- Sencillo / Astuto	7	Alto
O- Sereno / Aprensivo	6	Alto
Q3-Menos Integrado / Más Integrado	8	Alto
Q4-Relajado / Tenso	3	Bajo
QI- Ajuste / Ansiedad	7	Alto
QII- Introversión / Extraversión	7	Alto
QIII- Calma - Excitabilidad / Dureza	3	Bajo

Fernando se caracteriza por ser un niño reservado, alejado, y crítico. Con pensamiento concreto, emocionalmente estable, turbable, es poco expresivo y cauto. También es obediente y dócil, es prudente y serio. Otra característica es que es perseverante y sensible a la amenaza. Es un niño impresionable, dependiente, superprotegido. Por otra parte mostraría ser individualista, astuto y calculador, con sensaciones de culpabilidad y autoreproches. Fernando además denotaría ser socialmente escrupuloso y autodisciplinado, controlando su autoimagen. Según la prueba realizada el niño estaría tenso, frustrado y presionado.

Fernando según la prueba puede presentar algún desajuste, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea.

El niño evaluado sin embargo es socialmente desenvuelto, con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales

Fernando es de sensibilidad blanda, impresionable, acomodaticio y sumiso, sobrio y prudente, sentimental, socialmente escrupuloso y poco agresivo.

3. Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Especial.

Puntaje total	Percentil	Rango	Nivel intelectual
28	95	I	Superior

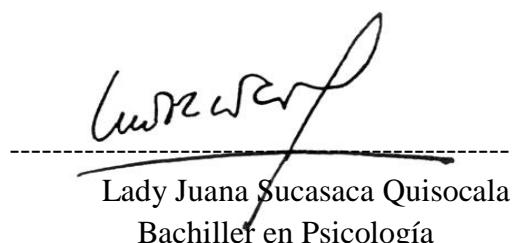
Fernando respondió 28 de los 36 ítems correctamente, obteniendo un percentil de 95, ubicándolo en un rango I, por lo que el grado de dificultad que es capaz de resolver el alumno es Superior.

VI. RESUMEN

Fernando colaboró con la evaluación que se realizó, al principio era tímido de pocas palabras pero luego fue adquiriendo confianza con la entrevistadora no cuestionando ni comentando sobre el procedimiento. Su apariencia física es normal y su aseo es adecuado, se muestra tranquilo, en los recreos juega con un grupo de niños y niñas y a veces solo de niños.

En la articulación de los sonidos queda en observación las palabras silla, blusa, y cocodrilo por estar pronunciadas con pausas.

Entre las características de su personalidad Fernando es un niño reservado, emocionalmente turbable, sujeto a las normas, es también cohibido y tímido. Puede presentar estar insatisfecho con su responsabilidad para responder las urgencias de la vida. Denotaría ser socialmente escrupuloso y autodisciplinado, controlando su autoimagen. Según la prueba realizada el niño estaría tenso, frustrado y presionado, sin embargo es socialmente desenvuelto con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales y tiene una capacidad superior en la resolución de problemas a nivel intelectual.



Lady Juana Sucasaca Quisocala
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos : F. O. M.
Fecha de nacimiento : 8 de noviembre del 2009.
Edad : 7 años 11 meses.
Sexo : Masculino.
Nombre del Padre : F. O. M.
Nombre de la madre : B. S. de O.
Domicilio : -----
Teléfono : -----
Correo electrónico : -----
Institución educativa : -----
Nivel y sección : 2do. Grado de Primaria.
Expediente Nro. : N° 07-00570457-2017.
Examinadora : Lady Juana Sucasaca Quisocala.

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El niño presenta problemas de pronunciación y escritura.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

Durante la evaluación al inicio Fernando presentaba timidez ante la evaluadora, no había confianza para entablar una conversación sus repuestas eran de pocas palabras, luego al pasar los días ya se fue adquiriendo más confianza por parte de él y colaboraba con la realización de los test sin embargo no cuestionaba y preguntaba sobre la aplicación, siempre en los momentos de evaluación su vestimenta es adecuada, pero siempre mostró una actitud colaboradora, nunca rechazó realizar alguna prueba.

IV. COMPORTAMIENTO EN EL AULA

Durante el dictado de clases Fernando presenta una conducta tranquila, trabaja con su libro o cuaderno, es atento y no ocasiona problemas, cuando la profesora los deja solos en el salón de clase, Fernando conversa con sus compañeros pero sin causar alboroto, todos sus demás compañeros realizan muchas travesuras, sin embargo él se mantiene en su sitio y si viene algún otro compañero a conversarle no le hace mucho caso, pero si le conversa.

V. DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA Y DESARROLLO GENERAL DEL ALUMNO

El motivo de evaluación de Fernando se debe a que presenta problemas de pronunciación y escritura donde escribe juntando algunas palabras, sin embargo el presenta buen desempeño escolar, el cual sería mucho mejor si supera esas dificultades, este problema surge a medida que es su desarrollo normal, su madre se percata de esta situación y por la superación de su menor hijo, solicita su evaluación. El menor es el segundo de dos hermanos varones. Proviene de un embarazo no deseado. Durante el desarrollo pre-natal no se registran hechos de consideración, al igual que la etapa del parto el cual se realizó sin complicaciones por cesárea. Su desarrollo psicomotor fue adecuado, en su lenguaje balbuceó a los 7 meses, a los doce meses comenzó a pronunciar sus primeras palabras, actualmente se comunica con el uso de palabras y oraciones claras, notándose ciertos problemas al pronunciar ciertas palabras las cuales las realiza con ligeras pausas. Cuando el menor tenía 5 años en su educación inicial tuvo una profesora el cual amenazaba a sus compañeros y a él en general, con una aguja para que les hagan caso o la obedezcan, debido a esta gran impresión el niño venía a su casa con el pantalón “orinado”. La madre y los demás padres de familia denunciaron el hecho a la Directora y retiraron a esa docente. En su etapa escolar ingresó a los 6 años de edad donde tiene un rendimiento académico adecuado, aprendiendo a leer pero “no vocalizaba bien” Su padre tiene 42 años, con estudios superiores trabaja en una empresa textil, mientras que la madre tiene 24 años es estudiante en un instituto y se dedica a su casa. Sus padres no se han separado, tiene un hermano de 9 años con TDAH con tratamiento especializado, el hogar es mantenido por el padre.

VI. NIVEL DE LOGROS DE DESEMPEÑO CURRICULAR

ÁREA	LOGROS	DIFICULTADES
Comunicación integral	Puede pronunciar bien las palabras y leer con facilidad.	Cuando son ejercicios de razonamiento verbal.
Lógico matemático	Los ejercicios básicos y asociaciones pequeñas puede resolverlo	Para aprender fórmulas matemáticas, resolver problemas grandes o que abarque bastante desarrollo
Personal social	Que le agrada la historia y participa en clase.	Aprender fechas o nombres de personajes.
Ciencia y ambiente	Puedes recordar conceptos, o algunas definiciones	En formulas, nombres, partes de algo.
Ingles	No Puede pronunciar bien	Hacer conjugaciones con estas palabras, presenta bajas calificaciones.
Educación física	Si tiene buena capacidad motora	Usa lentes y debe tener cuidado.

VII. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA

Tomando en consideración los datos hallados durante la entrevista, observación, evaluaciones y características individuales del niño, Fernando al ser evaluado, al principio se mostró tímido de pocas palabras pero luego fue adquiriendo confianza con la entrevistadora no cuestionando ni comentando sobre el procedimiento. Su apariencia física es normal y su aseo es adecuado, se muestra tranquilo, en los recreos juega con un grupo de niños y niñas y a veces solo de niños.

En la articulación de los sonidos de las palabras, queda en observación las palabras silla, blusa, y cocodrilo por estar pronunciadas con pausas.

Entre las características de su personalidad, Fernando es un niño reservado, emocionalmente turbante, sujeto a las normas, es también cohibido y tímido. Puede presentar estar insatisfecho con su responsabilidad para responder las urgencias de la vida. Denotaría ser socialmente escrupuloso y autodisciplinado, controlando su autoimagen. Según la prueba realizada el niño estaría tenso, frustrado y presionado sin embargo es socialmente desenvuelto con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales y tiene una capacidad superior en la resolución de problemas a nivel intelectual.

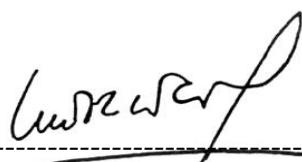
VIII. DIAGNÓSTICO

Se concluye que, el alumno presenta problemas de seguridad en sí mismo que podrían estar ocasionando una leve dificultad en la fluidez de algunas palabras y algunas dificultades en la escritura en el cual junta algunas palabras. Por lo que presenta: Problemas emocionales asociados a cohibición y timidez, lo que podría deberse a la experiencia psicotraumática que tuvo a los 5 años.

IX. RECOMENDACIONES

- Realizar curso extracurricular como paseos, salidas a zoológicos o parques de recreación para despejar a Fernando, acompañados de su familia también.
- Fomentar la utilización de técnicas para un estudio donde pueda leer en voz alta.
- Se recomienda que la profesora apoye en la inserción del alumno en grupos.
- Se recomienda el apoyo de la tutora y profesora mayores niveles de socialización.
- Se recomienda que la profesora de Fernando potencie en él la enseñanza de la escritura para corregir la dificultad de juntar las palabras, todo esto de manera lúdica.
- Interconsulta con un especialista en terapia de lenguaje.

Arequipa, 30 de octubre del 2018.



Lady Juana Sucasaca Quisocala
Bachiller en Psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : F. O.M.

Edad : 8 años

Fecha de Nacimiento : 8 de noviembre del 2009

Sexo : Masculino

Nombre del Padre : F. O. M.

Nombre de la Madre : B. S. O.

Domicilio : -----

Teléfono : -----

Correo Electrónico : -----

Institución Educativa : -----

Nivel y Sección : Primario, 2do.

Expediente Nro :

II. DIAGNÓSTICO

Se concluye que debido a los resultados obtenidos, el alumno presenta problemas de seguridad en sí mismo que podrían estar ocasionando una leve dificultad en la fluidez de algunas palabras y algunas dificultades en la escritura como juntar algunas palabras. Por lo que presenta: Problemas emocionales asociados a cohibición y timidez, lo que podría deberse a la experiencia psicotraumática que tuvo a los 5 años.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Estimular al alumno a la expresión de emociones para una mejor aceptación de sí mismo.

- Instruir en la gestión de sentimientos positivos y negativos que se orientan a los demás.
- Desarrollar conductas pro-sociales de adaptación con su medio para la reducción de las conductas de aislamiento.
- Motivar la participación de los padres para un mejor desarrollo evolutivo del alumno.
- Desarrollar el lenguaje con su correcta pronunciación, remitido a un especialista.

IV. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Observación

Entrevista

Terapia individual

Terapia grupal

Terapia familiar

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Para la realización de este plan terapéutico se realizarán 9 sesiones. Cada una de las cuales tendrá una duración entre 40 a 55 minutos aproximadamente y serán realizados dos veces por semana.

VI. DESARROLLO

A continuación, se describe el desarrollo de cada una de las sesiones planteadas:

Sesión 01	Contrato
Objetivos	Realizar el contrato con Fernando, para que el alumno tome el debido compromiso con la intervención psicopedagógica.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Contrato - Lapiceros
Desarrollo	Realizar el contrato el alumno y la evaluadora donde se constituyen como un equipo de trabajo alrededor de una meta común. A través de este proceso se llega al acuerdo de un horario, tiempo y espacio de encuentro, estipulando las responsabilidades y compromisos de cada una de las partes, se establecerá la frecuencia y duración de las sesiones y duración del tratamiento con un máximo de 2 visitas a la semana; es importante aclarar que dependiendo del tipo de problemática y el nivel de afección emocional se puede modificar el número de sesiones establecidas.
Tiempo	40 minutos

Sesión N°2	Autoestima
Duración	55 minutos
Objetivos	Apoyar al alumno en esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien consolidada.
Materiales	Pelota de trapo, lápices y hojas.
Desarrollo	<p>Se inició la sesión realizando 3 preguntas sobre autoestima con la técnica de la pelota preguntona entre alumno y evaluadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la autoestima? - ¿Cuáles son las bases de la autoestima? - ¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana? <p>En la primera parte del desarrollo sobre autoestima se le pidió al alumno que escriba una historia sobre una niña, niño u alguien más haga alusión respecto al título “Síntomas de baja autoestima”.</p> <p>Para la segunda parte de la sesión se le mostró al alumno 1 video respecto al tema tratado de la autoestima y su importancia.</p> <p>Luego se le dio al alumno una escala valorativa de preguntas respecto a su estima personal</p> <p>A modo de post- test se pidió al alumno opiniones respecto a la sesión y su preferencia por lo que quiera hacer en el siguiente taller.</p>
Conclusión	<ul style="list-style-type: none"> - El autoestima del alumno se encuentra en un nivel inadecuado un poco bajo. - Se concluyó que la sesión apoyó en relación a su autoestima personal. - Se logró que la resistencia del alumno hacia la sesión fuera eliminada. Al finalizar la sesión se pudo observar cambios de expresión del alumno.

Sesión N° 3	Autoconcepto
Duración	55 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una visión realista y positiva de sí mismo y de las propias posibilidades.
Materiales	Lápiz, colores, hojas de pruebas, revistas, goma, tijeras.
Desarrollo	<p>Se inició la sesión realizando preguntas sobre lo que comprende de los términos, autoconcepto.</p> <p>Como pre-test se le realizó una prueba para conocer el autoconcepto del alumno respecto a si mismo, familia y ambiente.</p> <p>Luego de haber usado colores y rostros en la anterior prueba, se le dio una hoja preparada para esta sesión, donde se le dijo al alumno que escribiera, debilidades, fortalezas, aspectos positivos y negativos así sobre el pensar de los demás respecto a él.</p> <p>Para finalizar esta parte se le explicó el termino autoconcepto (la imagen que el niño tiene de sí mismo, quién cree que es, qué capacidades o limitaciones considera que tiene), realizando la técnica de dialogo con el alumno.</p> <p>A modo de post- test se le pidió al alumno que de las revistas y recortes que se le entregó, recorte la persona que crea que se asemeja más a él pegarlo en una hoja que se le entrego junto a sus revistas para luego colocar los aspectos personales, sociales de él mismo.</p>
Conclusión	Se concluye que el alumno presentó un bajo nivel de autoconcepto pero que con la sesión se pudo lograr una expresión más abierta sobre lo que piensa sobre sí mismo así como debilidades y fortalezas que presenta.

Sesión N° 4	Me concentro en mi respiración
Duración	45 minutos
Objetivos	Aprender a respirar en momentos de tensión
Materiales	Plumas de colores
Desarrollo	<p>Se solicita realizar alguna actividad física antes de la sesión para relajar los músculos.</p> <p>Preferentemente se busca la comodidad estando sentados sobre alguna alfombra en el suelo, se esparce plumas de colores y soplando se busca que las muevan lo más lejos posible.</p> <p>Luego, enseñamos a respirar en intervalos de cuatro tiempos, a tomar aire por la nariz y expulsar el aire por la boca lentamente. También se motiva a tratar de recordarlos cuando se atraviesa por situaciones estresantes.</p> <p>Se hace mención sobre la importancia de concentrarse en la propia respiración en situaciones difíciles. Finalmente se habla sobre el avance o dificultad de la sesión.</p>
Conclusión	Se logró el aprendizaje de la respiración en momentos de tensión

Sesión N° 5	Relajación por medio de señales.
Duración	45 minutos
Objetivos	Proveer técnicas para el control de situaciones que le causen temor.
Materiales	Una Silla cómoda y una liga.
Desarrollo	<p>Se dio la bienvenida a Fernando y se estableció un diálogo coloquial sobre cómo le fue en la semana, y cómo le resultó practicar la respiración, luego de ya haber dominado la respiración, se le pedirá al niño que empiece a relajarse y cuando ya se encuentre más tranquilo y respirando adecuadamente, se le dirá la palabra “calma” cada vez que el paciente exhale, con voz baja y tranquila, luego se le pedirá, que repita “Calma”, luego de haber practicado esta técnica la evaluadora le presentó los estímulos frente a los cuales muestra signos de temor, es decir, hacerle recordar las impresiones fuertes que suelen causarle mucho temor, como por ejemplo, si ve una rata, o si ve a su tutora que se parece a la docente que los amenazaba, así también la presión de sus padres, para lo cual Fernando seguirá respirando y repitiéndose en forma sosegada “Calma”. Luego se le exhortó que aplique esta técnica en circunstancias de su vida.</p>
Conclusión	Se le enseñó al alumno una técnica de autocontrol en situaciones que le causen temor.

Sesión N° 6	Expresando sentimientos
Duración	45 minutos
Objetivos	Reconocer, aceptar y expresar las emociones.
Materiales	Hojas bond, cartulinas con rostros, papel de colores, plumones de colores, témpera.
Desarrollo	<p>Se realizan ejercicios de estiramiento general de todo el cuerpo. Se practica los ejercicios de respiración. Preferentemente se busca la comodidad estando sentado sobre almohadas</p> <p>Se habla sobre las emociones que se experimenta en determinadas situaciones.</p> <p>La evaluadora cuenta anécdotas relacionadas a las emociones de las que se está explicando, a modo de ejemplo y se involucra al niño para que se anime a contar las suyas.</p> <p>Se finaliza la sesión jugando a pintar con los dedos los rostros de niño evaluado y de los miembros de su familia.</p> <p>Se realiza seguimiento al sistema de recompensas.</p>
Conclusión	Se logró que el alumno exprese sus emociones

Sesión N° 7	“ El globo de la Relajación”
Objetivo	Enseñar al niño a través de la respiración el manejo de sus emociones y como sentirse más calmado
Tiempo	40 min.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Globos de colores ✓ Plumones ✓ Una ficha de Anotación
Desarrollo	<p>En esta sesión empezaremos mostrándole al niño uno globos de colores inflados y le diremos: “Este es el globo de la relajación quieras jugar con ellos te explicare cómo funcionan” el niño interactuara con el globo y luego le diremos que nos observe, el terapeuta inflara un globo hasta que este, esté muy lleno y luego lo desinflaremos súbitamente. Seguidamente pasamos a explicar al niño que imitaremos al globo llamado relajación le pediremos que se realice los siguientes pasos:</p> <p>Inspiramos muy despacio permitiendo que el aire entre en nuestros pulmones y llegue al abdomen y nos inflaremos como el globo de la relajación hasta ya no poder más luego nos desinflaremos lentamente dejando salir el aire de nuestro cuerpo, despacio. Notando como nuestros brazos y piernas se relajan notamos como nuestra cara y nuestro cuerpo se relaja.</p> <p>Realizaremos cinco repeticiones con ayuda del Terapeuta y tres el niño solo la última le enseñaremos a imaginar que está muy tenso enojado que recuerde cuando siente que va explotar piense en el amigo globo de la relajación y luego soltamos toda esa tensión al exhalar el aire.</p>
Conclusión	El niño se mostró más relajado.

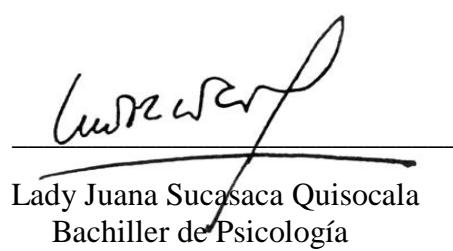
Sesión N° 8	Terapia del Juego- Expresión Plástica y Creativa
Objetivo	Lograr que el niño identifique sus emociones a través de la realización de artes plásticas
Tiempo	1 Hora
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Temperas ✓ Pinceles ✓ Cartulinas ✓ Ligas
Desarrollo	<p>En esta sesión realizaremos máscaras de caritas con emociones pintadas hechas a mano. Al niño se le dará diferentes caritas hechas de cartulina con diferentes expresiones faciales de emociones las cuales las tendrá que colorear del color que le parezca con ayuda de temperas y pinceles , se le dará al niño un mandil para que no se manche su ropa y enseguida empezamos con la tarea, el niño observaba las expresiones de cada imagen y las pintara del color que según el crea debe ir , las emociones serán la alegría , la tristeza, el enojo, el aburrimiento , la ira y la sorpresa; al terminar de pintarlas se las pondrá a secar unos 15 minutos en ese lapso de tiempo se ordenará la sala para la siguiente actividad una vez secada las cartulinas se le hará dos hoyos en las bordes izquierdo y derecho y se ajustará una liga al terminar le diremos al niño que imitaremos el comportamiento de cada carita al colocarla en nuestro rostro luego se hará toma de conciencia que nos sentimos mucho mejor con la emoción de la Alegría.</p>
Conclusión	Se fomentaron las emociones y la creatividad del niño

Sesión N° 9	Las relaciones interpersonales y amicales
Duración	55 minutos
Objetivos	Incentivar al alumno a conocer personas de su misma edad, haciéndole ver que no todas las personas son iguales ni tienen los mismos valores
Materiales	Área verde
Desarrollo	<p>Se empezó utilizando una técnica grupal para romper el hielo, perder la vergüenza y entrar en la sesión.</p> <p>Esta fue realizada en un área fuera del salón, un área verde en la que se pudo desarrollar de manera más dinámica la sesión.</p> <p>Puesta en común de la tarea de la sesión anterior, haciendo hincapié en las dificultades que hayan podido surgir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación teórica del contenido de la sesión. <p>Aplicación práctica del contenido. Se usó la técnica del “role-playing” siendo de especial utilidad pues supone una simulación o ensayo de situaciones reales que se dan entre amigos y compañeros ya sea en la calle, casa o colegio.</p> <p>Las situaciones que fueron actuadas serán discutidas al final para la mejor comprensión y entendimiento por parte del grupo en el que se realiza la sesión así como una posterior re-realimentación del alumno que es evaluado.</p>
Conclusión	<p>Se concluyó que el alumno posee un nivel bajo de comunicación con sus compañeros.</p> <p>El alumno no confía en sí mismo lo que nos hace presumir su falta de relaciones interpersonales.</p> <p>Se concluyó que la sesión abrió nuevas brechas de amistad entre el evaluado y sus compañeros, conociendo aspectos que nunca creyó conocer de cada uno.</p>

Sesión N° 10	Análisis FODA
Objetivo	Fortalecer la inteligencia emocional de la madre
Tiempo	45minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas Bond ✓ Lapiceros
Desarrollo	<p>La última sesión se hará con la Madre exclusivamente, pues ella es el principal miembro que participa en la crianza del menor, sin embargo se hace hincapié en el mismo del rol de Padre, que por tiempo de su trabajo no participa de la sesión. Se hace un breve análisis de su estado emocional , su autoestima y como se siente ella dentro del papel como madre al identificar que ella; que no se siente segura y no se siente lo suficientemente fuerte con los sucesos que pasan a su alrededor se le enseña como el niño capta esos mensajes y no ve en ella una autoridad ni una imagen de respeto enseñarle a través del análisis FODA que vamos a fortalecer sus puntos fuertes y trabajar con las debilidades y acrecentar las oportunidades , un proceso de toma de conciencia de las viejas creencias limitantes, pensamientos pesimistas y empoderar a la madre para así lograr un buen liderazgo en ella en su hogar que se sienta segura de que está asumiendo de forma correcta su papel de madre de esposa y en su vida diaria.</p>
Conclusión	Se fortaleció el rol de la familia en el desarrollo emocional del niño

VII. LOGROS ALCANZADOS

- Mejorías en la comunicación y en el fortalecimiento de lazos amicales positivos.
- Regulación de estados ansiosos y de temor a través de la respiración y la expresión de emociones.



Lady Juana Sucasaca Quisocala
Bachiller de Psicología

Anexos

HOJA DE CALIFICACION DEL EXAMEN DE ARTICULACION DE SONIDOS EN ESPAÑOL

Nombre Fernando Edad 7,11 meses Escuela Enrico Fermi Fecha 28/10/17

Evaluador Lady Sucasaca

Califique como sigue : Sustitución, p/f; omisión, -s; distorsión, /p; adición, escriba la palabra tiguere en lugar de tigre.

Tarjetón Nº	Nivel de Edad	Sonido sujeto a prueba	Lista de Palabras	1	2	3	Sonido Aislado	Adición
----------------	---------------------	------------------------------	-------------------	---	---	---	-------------------	---------

Fonemas			I	M	F
1	3	(m)	mesa	cama	—
2	3	(n)	nariz	mano	botón
3	3	(ñ)		uña	
4	3	(p)	pelota	mariposa	—
5	3	(k)	casa	boca	
6	3	(f)	foco	elefante	
7	3	(y)	llave	payaso	—
8	3	(l)	luna	boña	sol
9	3	(t)	teléfono	patín	—
10	3	(Ch)	chupón	cuchara	—
11	4	(b)	balón	bebé	
12	4	(g)	gato	tortuga	
13	4	(r)	—	aretes	collar
14	6	(rr)	ratón	perrito	
15	6	(s)	silla	vaso	lápiz
16	6	(j)	jabón	ojo	reloj
		(d)	dedo	candado	red

Mezclas			I	M	F
17	4	(bl)	blusa		(bl)
18	4	(pl)	plato		
19	5	(fl)	flor		
20	5	(kl)	clavos		
21	5	(br)	libro		
22	5	(kr)	cruz		
23	5	(gr)	tigre		
24	6	(gl)	globo		
25	6	(fr)	fresas o fruta		
26	6	(pr)	príncipe		
27	6	(tr)	trén		
		(dr)	cocodrilo		(cocodrilo)

Diptongos			I	M	F
28	3	(ua)	guante		
29	3	(ue)	huevo		
30	4	(ie)	pie		
31	5	(au)	jaula		
32	5	(ei)	peine		
33	6	(eo)	león		

$$\text{Edad Fonemas} + \text{Edad Mezclas} + \text{Edad Diptongos} = \text{Edad Foniática}$$

3

$$\text{E.F. } \underline{6} + \text{E.M. } \underline{6} + \text{E.D. } \underline{6} = \underline{6} \quad (\text{Edad Foniática})$$

CPQ

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y nombres: O. H. F.
 Centro Educativo: Enrico Fermi

Edad: 9 años 11 meses
 Sexo: Hombre
 Grado: 2do Primaria

Para dar las contestaciones, girar la hoja a la izquierda

EJEMPLOS:

A	B	C
O	O	O

- X. ¿Qué preferirías hacer?
 Y. ¿Cuál es de las palabras tiene relación con las demás?
- | | |
|-------|-------|
| O O O | O O O |
|-------|-------|

PRIMERA PARTE			SEGUNDA PARTE		
A	B	C	A	B	C
1 ● 0	15 ● 0	29 ● 0	43 ● 0	57 ● 0	71 ● 0
2 0 0 ●	16 ● 0 0	30 ● 0 0	44 0 0 ●	58 ● 0 0	72 0 ● 0
3 0 ●	17 0 ●	31 ● 0	45 0 ●	59 ● 0	73 0 ●
4 0 ●	18 0 ●	32 ● 0	46 0 ●	60 0 ●	74 0 ●
5 ● 0	19 0 0	33 ● 0	47 0 ●	61 0 ●	75 0 ●
6 0 ●	20 0 ●	34 0 ●	48 0 ●	62 0 ●	76 0 ●
7 ● 0	21 ● 0	35 0 ●	49 0 ●	63 0 ●	77 0 ●
8 0 ●	22 0 ●	36 0 ●	50 0 ●	64 0 ●	78 0 ●
9 ● 0	23 0 ●	37 0 ●	51 0 ●	65 0 ●	79 0 ●
10 ● 0	24 0 ●	38 0 ●	52 0 ●	66 0 ●	80 0 ●
11 ● 0	25 0 ●	39 0 ●	53 0 ●	67 0 ●	81 0 ●
12 0 ●	26 0 ●	40 0 ●	54 0 ●	68 0 ●	82 0 ●
13 0 ●	27 0 ●	41 0 ●	55 0 ●	69 0 ●	83 0 ●
14 0 ●	28 0 ●	42 0 ●	56 0 ●	70 0 ●	84 0 ●

Q4	2	Q3	8	Q2	4
----	---	----	---	----	---

CPQ

Apellido y nombre O. M. F.

Sexo M

Comentarios

PERFIL GENERAL EN DECATIPOS

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN (Estudios españoles)

DESCRIPCION (*)	Promedio										Factor	Decatipo	Ansiedad	Extraversión	Excitabilidad/Dureza	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Reservado - Abierto	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A	4	② 8	① 4	① 2	
Inteligencia Baja - Alta	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	B	2	① 2	② 15	② 15	
Emocionalmente Afectado - Estable	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C	5	② 6	③ 3	③ 9	
Calmoso - Excitable	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	D	3	③ 2	③ 3	② 2	
Sumiso - Dominante	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	E	3	② 3	① 3	① 3	
Sobrio - Entusiasta	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	F	4	① 2	② 6	① 2	
Despreocupado - Consciente	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	G	9	① 2	① 3	① 2	
Cohibido - Emprendedor	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H	3	② 16	① 7	② 16	
Sensibilidad Dura - Blanda	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	I	7	① 8	② 1	② 1	
Seguro - Dubitativo	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	J	6	① 7	② 14	② 14	
Sencillo - Astuto	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N	7	① 7	② 1	② 1	
Sereno - Aprendizo	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	O	6	② 18	① 8	② 16	
Menos Integrado	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	8	① 8	③ 9	③ 9	
Relajado - Tenso	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q	3	② 1	③ 9	④ 4	
Constante 77.7										7.0						
Ajuste - Ansiedad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _i	13	+ 11.3	+ 8.1		
Introversión - Extraversión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _{ii}	- 4.7	- 5.0	- 5.3		
Patemia - Excitabilidad/Dureza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _{iii}				2.8	

(*) Unicamente se ofrecen unos términos que identifican muy genéricamente las variables en sus dos polos. Consultese el Manual para una mejor comprensión de las escalas.

NOTA.—Para VARONES, utilízense los coeficientes y constantes redondos con un círculo. Para MUJERES, los no redondos. En cada variable, la 1.^a columna de casillas contendrá los valores positivos, y la 2.^a los negativos.

Hoja de Respuesta. Raven Infantil

Nombre Fernando Edad 7 años 11 meses
 Sexo Masculino Grado escolar 2do Primaria Escuela Enseñanza Fermí
 Fecha de nacimiento: 2009 Día 08 Mes Noviembre Año 2017

No	A	No	AB	No	B
Número correcto		Número correcto		Número correcto	
1	4 ✓	1	4 ✓	1	2 ✓
2	5 ✓	2	5 ✓	2	6 ✓
3	1 ✓	3	1 ✓	3	1 ✓
4	2 ✓	4	6 ✓	4	2 ✓
5	6 ✓	5	2 ✓	5	5 ✓
6	3 ✓	6	1 ✓	6	4 X
7	6 ✓	7	3 ✓	7	5 ✓
8	2 ✓	8	4 ✓	8	8 ✓
9	1 ✓	9	6 ✓	9	4 ✓
10	6 X	10	3 ✓	10	2 ✓
11	4 ✓	11	5 ✓	11	6 X
12	4 X	12	3 X	12	6 X

Puntaje Parcial: 10

Puntaje Parcial: 11

Puntaje Parcial: 7

Hora de comienzo: 10:00 am

Hora de fin: 10:30 am

Puntaje Total: 28

Percentil: 95

Rango: I

Diagnóstico: Superior

Examinador: Lady Juana Sucasaca Quisocala