

CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

{Lazara Velis, Ileana Álvarez, Nelly López}@ug.edu.ec
Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas.

Recibido (23/05/18), aceptado (21/07/18)

Resumen: El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades es para los próximos decenios uno de los hechos más trascendentales del actual siglo. La investigación tuvo como objetivo realizar una caracterización psicosocial de los adultos mayores en el sector Suburbio de la fundación Nurtac. El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores de 65 años. Se recogieron los datos por medio de un cuestionario semiestructurado para evaluar el riesgo psicosocial como el maltrato intrafamiliar, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Escala de autoestima de Coopersmith, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar F-SIL. Se obtuvo como resultados que la mayoría de los adultos/as estuvieron comprendidos en las edades de 75 a 85 años, del sexo femenino, con vínculo de pareja, iletrados, sin rol productivo, percibieron a sus familias como disfuncionales respecto a los roles, armonía y comunicación, no cumplían con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, tenían un bajo nivel de autoestima y ligeros síntomas depresivos, los tipos de maltrato que predominaron en el estudio fueron el psicológico y la negligencia.

Palabras Claves: Adulto mayor, caracterización psicosocial, atención domiciliaria.

PSYCHOSOCIAL CHARACTERIZATION OF OLDER ADULTS IN HOME CARE

Abstract: The progressive increase of life expectancies in all societies is one of the most transcendental events of the current century for the coming decades. The objective of the research was to carry out a psychosocial characterization of older adults in the Suburbio sector of the Nurtac foundation. The study was carried out under a quantitative, descriptive and transversal approach; the sample consisted of 80 seniors, 65 years old. Data were collected through a semi-structured questionnaire to assess psychosocial risk such as intrafamily abuse, Katz Index, Lawton and Brody Scale, Coopersmith Self-Esteem Scale, Yesavage Geriatric Depression Scale, Family Functional Perception Test F -SIL. It was obtained as results that the majority of adults were included in the ages of 75 to 85 years, of the female sex, with a couple bond, illiterate, without a productive role, perceived their families as dysfunctional with respect to roles, harmony and communication, did not comply with the basic and instrumental activities of daily life, had a low level of self-esteem and mild depressive symptoms, the types of abuse that predominated in the study were psychological and neglect.

Keywords: Older adult, psychosocial characterization, home care.

I. INTRODUCCIÓN

La constitución ecuatoriana [1] reconoce a las personas adultas mayores derechos que incluyen la atención gratuita y especializada de salud, trabajo remunerado, acceso a una vivienda digna, jubilación universal, rebajas en transportes y espectáculos, otras exoneraciones y sobre todo a ser asistidos por sus hijos e hijas cuando lo necesiten.

Sin embargo, la realidad de la población adulta mayor (PAM) en Ecuador transcurre entre las necesidades de contar con ingresos para subsistir, la baja escolaridad, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, escaso acceso a la atención oportuna de salud, la discapacidad, mala nutrición, entre otras problemáticas cuyos efectos más visibles tienen que ver con el aumento de los índices de pobreza, y de afecciones a la salud, lo cual agrava la inseguridad e indefensión en la población adulta mayor, que, en los estratos más pobres está sujeta a riesgos de mendicidad, explotación económica y de salud [2]

La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) [3] indica que alrededor del 30% de los adultos mayores carecen de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, la incorporación en condiciones precarias al mercado laboral, el acceso a albergues públicos y privados o, viven en la mendicidad; cerca

del 38% realiza alguna actividad económica; el 27% son analfabetos; proporción que se incrementa en las mujeres.

Frente a esta situación el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) [4], a través de políticas públicas que han visibilizado esta población, ha implementado servicios de atención desde el enfoque de derechos que considera la etapa de envejecimiento una oportunidad de participación ciudadana activa y positiva, que promueva dignidad y cuidado de la salud. Esta política pública está planteada desde tres ejes:

- Inclusión y participación social, considerando a los adultos mayores como actores del cambio social.
- Protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social.
- Atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación.

Para dar cumplimiento a estos ejes, el MIES ha implementado espacios de atención regulados a partir de la Norma Técnica de la Población Adulta Mayor [4], en la que se establecen espacios formativos para la comunidad, los mismo que se llevan a cabo en cuatro modalidades: Centros gerontológicos residenciales, Centros gerontológicos diurnos, Espacios alternativos y Aten-

ción domiciliaria.

Si bien es cierto los avances científicos y tecnológicos han dado paso a que la vida del ser humano se alargue, el hecho de tener más años implica disfrutar las situaciones satisfactorias de la vida cotidiana, pero también implica asumir pérdidas, declives y deterioros propios del ciclo vital; cuando en esta etapa no se cuenta con el apoyo familiar y social, se tejen problemáticas que afectan la salud física y mental.

Por lo que resulta necesario implementar estrategias de intervención psicosocial que permitan mejorar las acciones que se desarrollan a través de programas y proyectos, esta intervención debe partir de un diagnóstico desde las localidades, donde se logre sistematizar las crisis normativas y paranormativas de los adultos mayores, en este caso de quienes participan en la Fundación Nurtac, pertenecientes al sector suburbio en la modalidad atención domiciliaria.

Esta investigación es un resultado parcial del proyecto de investigación: "Diseño de una estrategia de Intervención familiar para la prevención del maltrato al adulto mayor en la Fundación Nurtac" de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil y tiene como objetivo general: determinar las características psicosociales de los adultos mayores del Sector Suburbio de la Fundación Nurtac, dando así respuesta a las circunstancias actuales que rodean al adulto mayor para un mejor diagnóstico de los aspectos psicosociales en esta etapa de la vida.

II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal, la técnica aplicada es de tipo cuantitativa. El estudio se realizó en la Fundación Nurtac, en el Sector Suburbio en la modalidad de atención domiciliaria.

Población: adultos mayores a partir de 65 años. Muestra: Estuvo conformada por 80 adultos mayores seleccionados por muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Todas las personas de ambos sexos con una edad de 65 años y más.

Nacionalidad ecuatoriana.

Que estuvieron aptos mentalmente para dar su consentimiento informado por escrito de participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores portadores de hipoacusia o acusia,

ciegos o débiles visuales que no les permita la lectura y/o la escritura.

Que no den su consentimiento informado.

Técnicas empleadas:

Cuestionario semiestructurado para identificar datos sociodemográficos y riesgo psicosocial (Maltrato Intra-familiar)

Índice Katz [5]

Evalúa la capacidad requerida para cubrir las necesidades personales habituales del adulto mayor como: comer, bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse, tener continencia de esfínter. Precizando en sí estas actividades las pueden ejecutar sin ayuda, con alguna ayuda, o de ningún modo sin ayuda.

Escala de Lawton y Brody [6]

Fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Fildelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e actividades instrumentadas de la vida diaria. (Capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía)

Inventario de Autoestima de Coopersmith [7]

Tiene como objetivo ayudar a conocer el nivel de autoestima de los individuos. Está conformado por 25 proposiciones (ítems), donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa, teniendo la característica de ser auto aplicado.

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) [8]

Esta prueba es auto-aplicada y está dirigida a diagnosticar el funcionamiento familiar en aspectos relacionados con la cohesión, la armonía, la comunicación, la adaptabilidad, la afectividad, el rol y la permeabilidad.

Escala de Yesavage [9]

Es un cuestionario que tiene como objetivo detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz. Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en los adultos mayores.

Procedimiento.

Antes de aplicar los instrumentos se les informó a los participantes los objetivos que se pretendían alcanzar con este estudio y se les proporcionó el consen-

timiento informado. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación la que se realizó en tres sesiones.

Primera sesión: Se realizó una valoración del riesgo familiar.

Se recoge toda la información relacionada con los datos sociodemográficos, como edad, sexo, nivel de instrucción, vínculo de pareja, red productiva y posteriormente el tema del maltrato, para lo cual se comenzó con una pregunta general, para luego personalizar en sí el maltrato; La primera pregunta realizada tiene como finalidad que el adulto mayor se adentre en el tema del maltrato en cuestión, pero de una forma general sin personalizar en sí el maltrato, por la característica de la pregunta, sólo tiene una variante posible

de respuesta, SI o NO; posteriormente se le dio una segunda pregunta, con el fin de personalizar el maltrato en sí mismo, por parte de algún miembro de su casa, ésta tiene la misma característica de respuesta a la anterior. De ser, SI la respuesta, se continuó con el resto del cuestionario, aquí las preguntas tienen el objetivo de identificar los diferentes tipos de maltrato que han de estar presente en el entrevistado, concluyéndose con una pregunta en relación a la información de estos hechos, las respuestas tienen las mismas características a las mencionadas.

Segunda sesión: Se aplicaron los test psicológicos según el orden referido.

Índice de Katz [5] El mismo se obtuvo con preguntas directas por parte del entrevistador al adulto mayor, que exploran la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, informándole al adulto mayor previamente que debe responder según su realidad; las mismas se dieron una a una y donde las respuestas fueron de: SI o NO, por cada pregunta.

Escala de Lawton y Brody [6] Actividades instrumentadas de la vida diaria. Aplicado por el investigador. Se le informó al entrevistado que debía responder las interrogantes con el objetivo de saber que es capaz de hacer por si solo o con ayuda.

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar [8] Tiene también la característica de ser autoaplicada, se le dio el test al adulto mayor y se le brindó la información de que cada pregunta tiene cinco posibles respuestas, pero que él solo podía marcar con una X la que mejor se relacione con la situación de su familia.

Tercera sesión: Exploración de la depresión y la autoestima. Aplicación de:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage [9] Se aplica el test por el investigador, se le lee detalladamen-

te cada proposición explicándosele que debe responder de acuerdo a su vivencia.

Inventario de autoestima de Coopersmith [7] en este caso se le brindó la información necesaria al adulto mayor, ofreciéndole el test, leyendo detenidamente cada pregunta y respondió de forma afirmativa o negativa cada una, según criterio de su realidad.

Después de terminar con la recolección de datos se les agradeció a los adultos mayores y se despidió de manera cordial y afectiva.

Los datos recogidos fueron procesados de forma computarizada y los resultados se expresaron en porcentajes.

III.RESULTADOS

Al analizar la distribución de los adultos mayores según grupo de edad predominó el grupo comprendido en las edades entre 75 y 85 años con 48 adultos mayores (60%), seguido del grupo de 85 años y más donde se incluyeron 20 adultos mayores (25%). Siendo menos significativo los adultos mayores entre 65 -74 años con 12 adultos mayores que representó el (15%).

En relación al género, predominó el sexo femenino, con 55 adultas mayores, para un (69%); mientras que el sexo masculino representó el (31 %) con 25 adultos mayores.

Se observó que 58 adultos mayores aún tenían vínculo de pareja, (72,5%). sólo 22 no mantenían vínculo de pareja, por viudez en el mayor de los casos lo que representó el (27,5%).

De acuerdo a los resultados obtenidos predominó el adulto mayor sin instrucción, con 50 adultos (62.5%), seguido del nivel primario con 20 adultos/as (25 %), no fue significativo el nivel secundario que solo representó el (12,5 %).Predominaron los adultos mayores sin rol productivo, lo que representó el (93%) del total de adultos mayores, solo 5 adultos mayores tenían rol productivo lo que significó el (7 %).

Los tipos de maltrato más frecuentes en los adultos mayores estudiados fueron el maltrato psicológico con 65 adultos mayores, que representan el 81% y el maltrato por negligencia 60, correspondiente al 75%, le sigue el maltrato financiero (15%) y se detectó maltrato físico en 4 adultos mayores que significó el 5%.

Referirse a la violencia en el ámbito familiar resulta complejo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad. Por extraño que pueda parecer, el hogar, lugar en principio de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano puede ser un sitio de riesgo para las conductas

violentas.

Cambios profundos no son posibles de la noche a la mañana, pero el brindar una mano amiga y escuchar a los adultos mayores que están abandonados o son maltratados por sus familiares, es un apoyo real que todos podríamos dar. Tal vez podríamos ayudar a que un abuelo viva un tiempo más en mejores condiciones psicológicas y por ello con una mejor salud física y mental.

Se considera que es importante que la familia tenga las habilidades suficientes para adaptarse y cambiar de estructura de poder, relaciones de roles y reglas ante las situaciones que así lo requieran, con una capacidad de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivos, unos a los otros en todos los momentos; también es trascendental que los miembros cumplan con los roles; responsabilidades y funciones, así como la capacidad de la familia de recibir experiencias de otras familias y su medio en general, por ser un sistema abierto en constante intercambio.

Todas estas acciones deben estar presentes en todo momento y circunstancias, así como deben ser aplicadas para todos los miembros de la familia, sin exclusión por edad. Pero no siempre es así para muchos de los adultos mayores, que viven en familias disfuncionales, lo cual coloca al adulto mayor en una situación de desventaja e incrementa los riesgos de ser víctima de violencia intrafamiliar.

Los resultados de esta investigación se corresponden con los obtenidos en la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), donde se reflejó que diferentes adultos mayores reportaron las situaciones de violencia que estaban padeciendo, dando como resultado que un 7,2% había sufrido algún tipo de daño físico, el 14,7% alegó haber sido insultado, el 16,4% sufrió violencia psicológica, y el 14,9% expuso no recibir dinero, ni alimentos. [4]

La capacidad funcional fue otra de las variables estudiadas, aquí se observó que predominaron los adultos mayores en el grupo B con 52 (65%) y en el grupo C con 24 (30%), lo que significó que tenía limitaciones para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria; solo 4 se encontraron en la letra A (5%), o sea, que eran totalmente independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

De acuerdo a los resultados obtenidos solo 4 adultos mayores cumplen con las actividades instrumentadas de la vida diaria (5%) el resto de los adultos mayores no cumplía ya que requieren ayuda en actividades como ir de compras, elaborar sus alimentos, administración de sus finanzas, entre otras.

En este sentido, la capacidad funcional se define como la capacidad que tiene el individuo para realizar

actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la destreza para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Comúnmente, este concepto es medido en el campo físico, o sea, por la valoración de la capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria [10, 11].

En la literatura podemos encontrar varios modelos explicativos respecto a la implicación funcional en el adulto mayor. Los más recientes consideran este proceso una condición multifactorial como la implicación cognitiva, los trastornos emocionales, entre otros. [10-12, 13].

Respecto a la autoestima los resultados obtenidos nos muestran un alto porcentaje de adultos mayores con un bajo nivel de autoestima 58 (73%), le siguen los adultos con un nivel medio de autoestima 15 (19%) y sólo 7 adultos mayores manifestaron un alto nivel de autoestima 7 (8 %)

Los adultos mayores que presentan una autoestima baja se sienten inapropiados para la vida, inadecuados en la propia existencia y responden a los desafíos y tareas de la vida con sentimientos de incapacidad y desmerecimientos y están siempre atentos a satisfacer a los demás, no son capaces de reclamar lo que es suyo, sienten culpa irracional, son incapaces de afrontar los problemas e impulsos por su desvalorización, no perciben la humillación.

La autoestima se relaciona con las conductas de salud y afrontamiento del estrés, por lo que el mantenimiento de una autoestima sana es primordial para el bienestar del adulto mayor. “Se considera significativo tomar en cuenta la autoestima como factor clave en la valoración de habilidades y características debido a que el adulto mayor está consciente de los cambios que ha sufrido tanto de manera física como social y cultural” [14]

De acuerdo a los resultados obtenidos 62 adultos mayores presentaron depresión ligera, para un (77,5%), seguido de 12 con depresión acentuada, para un (15%) y 6 (7,5%) adultos mayores no reflejaron tener síntomas depresivos.

A medida que se envejece se van teniendo pérdidas, como la de amigos y familiares, la del rol laboral lo puede llevar a los adultos mayores a un aislamiento social que en muchos casos conduce a la soledad y a padecer síntomas depresivos.

La depresión es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, por ser uno de los grupos más vulnerables. [15-16]

En muchas ocasiones la depresión puede pasar des-

apercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento natural. Muchas veces, los síntomas depresivos son asociados al envejecimiento, pero este planteamiento es errado, ya que la depresión no es una etapa del envejecimiento. La depresión excesiva en el adulto mayor puede estar relacionada con factores psicológicos y sociales. [17-18]

Las razones por las que el adulto mayor puede sentirse en un estado depresivo son, deterioro de las relaciones familiares, aislamiento social, mínima participación en actividades que le resultan agradables, entre otras. [19]

Predominó la familia disfuncional con 55 adultos mayores para un (69%), seguido de la familia moderadamente funcional, con 15 adultos mayores para un (19%), 6 adultos mayores percibieron a su familia como severamente disfuncional, para un (7%). Sólo 4 adultos mayores percibieron a su familia como funcional lo que representó el (5%).

Esto se corrobora con lo planteado por otras investigaciones realizadas, donde se considera a la familia, la instancia en la cual se cumplen las funciones necesarias para el desarrollo psicosocial de los miembros que la conforman. Su importancia se ve aumentada a medida que envejecen los adultos, “condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo” [20]

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor categoría, guía a sus integrantes al logro de fines de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de conservar la relación familiar y responder a las demandas del contexto.[21]

El funcionamiento familiar es un factor importante por ser ésta una institución de apoyo natural en los resultados obtenidos se evidenció que no siempre es capaz de brindar tal apoyo, en el sentido propio que la palabra encierra.

Se considera que la familia es el resultado de una transformación o deterioro de valores conservados por la sociedad, donde el adulto mayor constituía una figura cimera en la familia, al que se le respetaba y se admiraba en todo momento, independientemente de la edad.

Hoy en día, muchos de estos valores intrínsecos transmitidos de generación en generación, de familia en familia, se han perdido en parte o en su totalidad: valores, sentimientos de amor, respeto, ayuda, cooperación, colaboración, comprensión y solidaridad.

Al analizar el funcionamiento familiar se tienen en cuenta los aspectos relacionados con la dinámica

de las relaciones internas de la familia y el bienestar subjetivo de sus miembros, aspectos relacionados con la capacidad de unión familiar, física y emocional en las diferentes situaciones a enfrentar y en la toma de decisiones, para el desarrollo de las tareas domésticas, debiendo existir una correspondencia entre los intereses y las necesidades de todos los miembros de la familia en un equilibrio emocional positivo.

IV. CONCLUSIONES

1) En relación con la edad la mayoría de adultos mayores estuvo en los 75-85 años lo que evidencia que la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años en Ecuador. Predominó el sexo femenino, la mayoría tenía vínculo de pareja, eran iletrados y no tenían rol productivo. Los tipos de maltrato más frecuentes en los adultos mayores estudiados fueron el maltrato psicológico y el maltrato por negligencia.

2) Muchos de los adultos mayores no cumplían con las actividades básicas e instrumentadas de la vida cotidiana, reflejando dependencia en dos funciones o tres funciones de las actividades básicas de la vida diaria y no cumplían en su totalidad con las actividades instrumentadas de la vida diaria, los que los hacía dependientes.

3) -En los adultos mayores estudiados predominó un nivel de autoestima bajo.

4) -Predominó la depresión ligera.

5) -El mayor número de adultos mayores percibió la familia como disfuncional.

RECONOCIMIENTO

Especial a las adultas y adultos mayores atendidos en la modalidad atención domiciliaria sin los cuales no hubiera sido posible realizar la presente investigación, al personal técnico de la fundación Nurtac del sector suburbio de la ciudad de Guayaquil, a los estudiantes pertenecientes al proyecto, de la Carrera de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, de igual manera al equipo de investigadores.

V. REFERENCIAS

- [1] Asamblea Constituyente . (2010). Constitution del Ecuador
- [2]-Agenda Nacional de la Igualdad para Adultos Mayores 2013-2017.
- [3]-"Foro mundial en Ecuador para tratar sobre envejecimiento" (2010) Recuperado de: <http://www.radioequinoccio.com/component/content/article/5-entretenimiento/1899-e-petroecuador-responde-mas-a-petroleras-denuncia-correa.html>
- [4]- Instituto nacional de estadísticas y censos. (2009).

Salus, Bienestar y Envejecimiento .Ecuador en cifras.

[5] Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. E Valderrama et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 32 (5): 297-306 1997

[6] Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.

[7] Coopersmith, S. (1967) The antecedents of self-esteem. Consulting Psychologists Press

[8] Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer, 15(3), 164-168.

[9] Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.

[10] Lloyd- Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional em idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(1):11.

[11]. Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. Gaceta Sanitaria. 2011;25(supl. 2):12-20.

[12]. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. Ciência Saúde Coletiva. 2011;16(5):2541-2541-8.

[13]. Millan-Calenti JC, Tubio J, Pita-Fernandez S, González-Abraldes I, Lorenzo T, FernándezArrutyT, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (adl), instrumental activities of daily living (iadl) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Arch Gerontol Geriatr. 2010; 50:306-10.

[14]-Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. CIENCIA y ENFERMERÍA, 25-31

[15]. King MV, Cáceres JA, Abdulkadir MS. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017; 36(4): 1-17

[16]. Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. Archives of gerontology and geriatrics. 2014; 59(1): 150-154.

[17]. Wild B, Eckl A, Herzog W, Niehoff D, Lechner S, Maatouk I, et al. Assessing generalized anxiety disorder in elderly people using the GAD-7 and GAD-2 scales: results of a validation study. The American Journal of Geriatric

Psychiatry. 2014; 22(10): 1029-1038.

[18]. Carriere I, Ryan J, Norton J, Scali J, Stewart R, Ritchie K, et al. Anxiety and mortality risk in community-dwelling elderly people. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203: 303-309

[19]. Crespo Vallejo, J. (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azo-

gues, Cañar y Tambo de la provincia de Cañar, en el año 2011.

[20]- Imbert, L. (2011). EL ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR: Realidad versus legislación. *Derecho y cambio social*, 6-8.

[21]-Friedemann ML. *The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995