



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19.

AUTORAS:

Briones Santos, Jailene Joana;

Moya Suárez, Ana María

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

TUTORA:

Condo Tamayo, Cecilia

Guayaquil, Ecuador

14 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación **Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19**, fue realizado en su totalidad por **Briones Santos, Jailene Joana; Moya Suárez, Ana María**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Trabajo Social**.

TUTORA

f. _____
Condo Tamayo, Cecilia, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Quevedo Terán, Ana Maritza, Mgs.

Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Briones Santos, Jailene Joana;**
Moya Suárez, Ana María

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2020

LAS AUTORAS

f. _____

Briones Santos, Jailene Joana

f. _____

Moya Suárez, Ana María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Briones Santos, Jailene Joana;**
Moya Suárez, Ana María

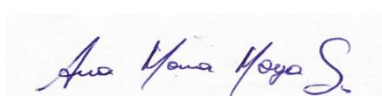
Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2020

LAS AUTORAS

f. 

Briones Santos, Jailene Joana

f. 

Moya Suárez, Ana María

Urkund Analysis Result

Analysed Document: UTE AnaMajai Tesis Final 2020..docx (D80891452)
Submitted: 10/7/2020 12:55:00 AM
Submitted By: jailene.briones@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink that reads "Cecilia Condo" in a cursive script.

Mgs. Cecilia Condo
Docente tutora de tesis

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme tener la fuerza emocional y mental para la realización de este trabajo de investigación. En mi familia agradezco principalmente a mi padre por haberse esforzado en financiarme mi carrera universitaria y permitirme estudiar una carrera tan completa y satisfactoria para mi vida, a mi madre por su apoyo emocional en cada paso que di en mis estudios, a mis hermanos por brindarme felicidad y paz en los momentos más difíciles y a mis tías/tíos que no dudaron en ayudarme en cualquier situación que se me haya presentado a nivel personal o académico. A mis compañeros/as y amigos/as tanto del colegio como de la universidad quienes siempre fueron un pilar fundamental en mi desenvolvimiento como ser humano y como estudiante y que, además, me dejaron muchas enseñanzas y fuertes vínculos afectivos que prevalecerán a lo largo de mi vida. A mis profesores que desde el inicio de mi carrera me enseñaron el valor que tiene nuestra profesión, quienes intentaron que las y los estudiantes den todo de sí en cada camino que se nos abría, por mi parte, daré lo mejor como profesional aplicando cada una de las cosas que me enseñaron. A todos infinitamente les agradezco, sin ustedes no hubiera podido lograrlo.

Jailene Joana, Briones Santos

AGRADECIMIENTO

Quisiera empezar agradeciendo a Dios, dándole toda la honra y el crédito por permitirme estar aquí y haber realizado esta investigación frente a todo pronóstico y adversidad. A mi familia, por amarme, especialmente a mi querida madre por jamás abandonarme, estar a mi lado y demostrarme que juntas somos más fuertes y podemos superar todo, a mi padre por apoyarme en lo que pudo a la distancia y haberme entregado los mejores años de su vida en su momento, a mis tías, tíos y primos que siempre me dieron sus consejos, ayuda y amor cuando más lo necesité, a mis abuelos por amarme con cariño puro e incondicional. A mis amigas/amigos de la vida y de la carrera, por permitirme a través de sus vidas conocer el mundo, quererme, brindarme apoyo, risas y más que nada momentos que jamás olvidaré y atesoraré por siempre en mi corazón. A mis profesoras y profesores de la carrera quienes a través de sus conocimientos nos dieron la oportunidad de deconstruirnos y construirnos en seres más empáticos, sensibles, éticos, justos y humanos, por permitirnos cambiarnos los lentes y ver la realidad del mundo que nos rodea y a partir de ellos actuar. A todos y a todas los nombrados y no nombrados, a los que conozco recién y los que conozco desde siempre, les agradezco por ser parte de mi vida y darme las experiencias vividas, sin ellas no fuera la persona que soy el día de hoy, infinitas gracias.

Ana María, Moya Suárez

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico principalmente a todas las y los adultos mayores y familias que frente a una situación nueva que fue el confinamiento por COVID-19, pudieron encontrar respuestas o estrategias para sobrellevar cada día, que unieron sus fuerzas individuales y familiares para buscar alternativas frente a los momentos de crisis, así mismo, agradezco a nuestra carrera y profesores que constantemente motivan a las y los estudiantes a realizar investigaciones desde la justicia, equidad, derechos, a la directora de la carrera Mgs. Ana Quevedo, que siempre nos enseñó a luchar por nuestros ideales y no quedarnos con una sola versión de los hechos.

A nuestra tutora Mgs. Cecilia Condo, por motivarnos desde el inicio hasta el final, por recalcar nos lo capaces e inteligentes que somos, por el apoyo incondicional que nos brindó, por sus palabras que nos reconfortaban cuando atravesábamos momentos felices o tristes en nuestra vida y en nuestra investigación, esta investigación es tan nuestra como de usted.

A mi compañera de tesis, que a pesar de que tuvimos dificultades personales a lo largo de la realización de la investigación, fue y es una de las mejores personas que conozco en mi vida, y estoy agradecida de que haya sido mi amiga en todo mi ciclo universitario, si me volvieran a pedir que elija una diada de tesis, te seguiría eligiendo a ti, porque eres inteligente, valiente, honrada y responsable y sobre todo mi hermana.

Jailene Joana, Briones Santos

DEDICATORIA

Principalmente quisiera dedicarle esta investigación a todos los y las adultos mayores que luchan a diario con su salud mental y emocional, a los que continúan con su batalla interna y a aquellos que ya no están aquí debido a ella, especialmente a mi querido abuelito Segundo Moya que luchó hasta el final frente a sus emociones, pero lamentablemente no pudo ganar la batalla, espero que su camino a casa haya sido lleno de paz y tranquilidad.

A mi querida directora de carrera, la Mgs. Ana Quevedo, por darnos cátedras que jamás olvidaré y espero poder poner en práctica muy pronto, por empoderarnos y enseñarnos el valor del conocimiento y la responsabilidad, por último, pero no menos importante por salvarme, escucharme, aconsejarme y regalarme un abrazo sincero cuando más lo necesité.

A nuestra adorara tutora Mgs. Cecilia Condo, por su paciencia, tiempo y más que nada por mostrarnos su lado más humano frente a estos tiempos de adversidad, darnos fuerza, valor y así mismo empoderarnos para enorgullecernos a nosotras mismas, las palabras no me caben para expresar el agradecimiento y admiración que tengo por estas dos profesionales y su labor con los demás, espero sus legados continúen y perpetúen.

Y, por último, a la hermana que me regalo la vida mi compañera de tesis, querida amiga y futura colega Jailene Briones Santos por demostrarme que las amistades sinceras y reales existen, que estas van más allá de los intereses propios, eres un rayo de luz y amor en la vida de otros y nunca dudes que en la mía, espero nunca me faltes y no dudes que de igual manera estaré presente para ti, eres valiosa.

Ana María Moya Suárez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CECILIA CONDO TAMAYO

TUTORA

f. _____

ANA MARITZA QUEVEDO TERÁN

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

JOSÉ GREGORIO SALAZAR JARAMILLO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE A-2020

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A LA DEPRESIÓN QUE VIVIÓ EL MIEMBRO ADULTO MAYOR ANTE EL PRIMER MES DE CONFINAMIENTO POR COVID19", elaborado por el/la estudiante JAILENE JOANA BRIONES SANTOS, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
CECILIA CONDO TAMAYO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO	ROXANA DEL ROCIO LEON NEVAREZ
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 9.71 / 10	9.75 / 10 Total: 10 %	9.69 / 10 Total: 20 %	9.56 / 10 Total: 70 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 9.68 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.


Miembro 1 del Tribunal


Miembro 2 del Tribunal


Oponente


Docente Tutor



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE A-2020

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A LA DEPRESIÓN QUE VIVIÓ EL MIEMBRO ADULTO MAYOR ANTE EL PRIMER MES DE CONFINAMIENTO POR COVID19", elaborado por el/la estudiante ANA MARIA MOYA SUAREZ, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
CECILIA CONDO TAMAYO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO	ROXANA DEL ROCIO LEON NEVAREZ
Etapas de ejecución del proceso e Informe final			
9.71 / 10	9.75 / 10	9.69 / 10	9.56 / 10
	Total: 10 %	Total: 20 %	Total: 70 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 9.68 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.


Miembro 1 del Tribunal


Miembro 2 del Tribunal


Oponente


Docente Tutor

Índice General

CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema.....	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.1.1. Antecedentes Contextuales/ Estadísticos.	4
1.1.2. Antecedentes Investigativos (Estado del arte)	10
1.2. Planteamiento del problema.....	26
1.3. Preguntas de Investigación.....	32
1.3.1. Pregunta de Investigación General	32
1.3.2. Preguntas de Investigación Específicas.....	32
1.4. Objetivo General.....	33
1.4.1. Objetivos específicos.	33
1.5. Justificación.	33
CAPÍTULO II: Marcos Referenciales.	36
2.1. Referente Teórico.....	36
2.1.1. Teoría Sistémica.....	36
2.1.2. Teoría Construcccionista.....	39
2.1.3. Teorías sobre Familia	41
2.1.4. Funcionamiento familiar	43
2.2. Referente Conceptual.	45
2.2.1. Familia 45	
2.2.2. Funcionamiento Familiar	47
2.2.3. Estrategias de afrontamiento familiar	49
2.2.4. Envejecimiento	51
2.2.5. Adulto Mayor	52
2.2.6. Depresión	53
2.2.7. Confinamiento	54
2.3. Referente Normativo.	56
2.3.1. Normativas Nacionales.	56
2.3.2. Normativas Internacionales.	61
2.4. Referente Estratégico.	63
2.4.1. Planes Estratégicos/Agendas Nacionales	64
CAPÍTULO 3: Metodología de la Investigación.....	69
3.1. Enfoque de la Investigación.....	69
3.2. Tipo y Nivel de la Investigación.	69

3.3. Método de Investigación.....	70
3.4. Universo, Muestra y Muestreo.....	71
3.4.1. Universo	71
3.6. Formas de Recolección de la Información.....	72
3.7. Formas de Análisis de la Información.....	73
Matriz de Operacionalización de Variables.....	73
CAPÍTULO 4: Resultados de la Investigación.....	76
4.1 Caracterización de las muestras.....	76
4.2. Resultados según Objetivos Específicos.....	79
4.2.2 Objetivo Específico 1	79
4.2.3 Objetivo Específico 2	87
4.2.5 Objetivo Específico 3:.....	100
CAPÍTULO 5: Conclusiones y Recomendaciones.	107
5.1. Conclusiones Generales.....	107
5.2. Recomendaciones Generales.....	111
Bibliografía.....	112
Anexo 1	125
Formato de Consentimiento informado	125
Anexo 2.....	126
Encuesta de adultas y adultos mayores.....	126
(Adaptado de la escala de depresión geriátrica de Yesavage).....	126
Anexo 3.....	129
Encuesta a las familias de las y los adultos mayores	129
(Adaptado de la escala de apoyo social percibido de Procidano y Heller)	129
Anexo 4.....	134
Guía de Entrevista Familiar	134
Anexo 5.....	139
Transcripción de Entrevistas de la y los adultos mayores y sus familiares...	139

Índice de Tablas

Tabla 1. Satisfacción de vida y discapacidad	207
Tabla 2. Satisfacción de vida y nivel educativo	207
Tabla 3. Abandono de actividades y género	207
Tabla 4. Número de convivientes y sentimiento de vacío	207
Tabla 5. Sentirse aburrido y género	208
Tabla 6. Sentirse aburrido y nivel de educación	208
Tabla 7. Sentirse aburrido y número de convivientes	208
Tabla 8. Sentirse aburrido y tipo de discapacidad	208
Tabla 9. Buen humor y género	208
Tabla 10. Buen humor y discapacidad	209
Tabla 11. Temor de que algo malo pueda ocurrir y discapacidad	209
Tabla 12. Temor de que algo malo pueda ocurrir y edad	209
Tabla 13. Sentimiento de felicidad y discapacidad	209
Tabla 14. Sentimiento de felicidad y edad	209
Tabla 15. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y género	210
Tabla 16. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y edad	210
Tabla 17. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y discapacidad ..	210
Tabla 18. Problemas de memoria y género	210
Tabla 19. Problemas de memoria y edad	210
Tabla 20. Problemas de memoria y discapacidad	211
Tabla 21. Problemas de memoria y nivel de educación	211
Tabla 22. Estupendo estar vivo y discapacidad	211
Tabla 23. Estupendo estar vivo y edad	211
Tabla 24. Sentimiento de inutilidad y edad	212
Tabla 25. Sentimiento de inutilidad y nivel de educación	212
Tabla 26. Sentirse lleno de energía y género	212
Tabla 27. Sentirse lleno de energía y tipo de discapacidad	212
Tabla 28. Sentirse lleno de energía y edad	213
Tabla 29. Sentimiento de no esperanza y tipo de discapacidad	213
Tabla 30. Sentimiento de no esperanza y edad	213
Tabla 31. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y género ..	213
Tabla 32. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y tipo de discapacidad	214
Tabla 33. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y nivel de educación	214
Tabla 34. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y discapacidad	214
Tabla 35. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y sentimiento de vacío	215
Tabla 36. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y sentimiento de felicidad	215
Tabla 37. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y estupendo estar vivo	215
Tabla 38. Apoyo moral de la familia y tipo de discapacidad	216
Tabla 39. Familia escucha al AM según el género	216

Tabla 40. Familia escucha al AM según el tipo de discapacidad	216
Tabla 41. Familia acudió al AM según tipo de discapacidad	216
Tabla 42. AM confió en su familia según el género	217
Tabla 43. AM confió en su familia en relación a sus sentimientos de felicidad	217
Tabla 44. AM confió en su familia en relación al sentimiento de energía 17 Tabla	
45. AM confió en su familia en relación a si acudieron a él o ella	217
Tabla 46. AM confió en su familia en relación a si existió un miembro a quien acudir	217
Tabla 47. AM confió en su familia en relación a si tuvo alguna relación con algún miembro de la misma	218
Tabla 48. La familia acudió al AM para apoyo emocional según el género	218
Tabla 49. La familia acudió al AM según la edad	218
Tabla 50. Relación profunda entre el/la AM y la familia según el género	218
Tabla 51. Relación profunda entre el/la AM y la familia según la edad	218
Tabla 52. Deseo de familia diferente según género	219
Tabla 53. Deseo de familia diferente según edad	219
Tabla 54. Deseo de familia diferente según edad	219

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo “Analizar las estrategias de afrontamiento que han adoptado las familias frente al miembro adulto mayor en situación de depresión debido al confinamiento por covid-19 en la ciudad de Guayaquil, a fin de identificar las acciones que hayan resultado positivas”. La metodología utilizada para la investigación responde a un enfoque mixto en donde la muestra estuvo conformada por 100 adultas y adultos mayores y 91 familias en relación al instrumento de encuestas y 6 adultas y adultos mayores para las entrevistas semiestructuradas. Para las encuestas se utilizaron 3 instrumentos de escalas, para la encuesta dirigida hacia las y los adultos mayores se usaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de apoyo social percibido de Procidano y Heller, así mismo, para la encuesta dirigida hacia las familias, se utilizó la escala de afrontamiento familiar de Olson, McCubbin y Larsen. El estudio evidenció que la cuarentena incrementó la posibilidad de que surjan síntomas depresivos o desarrollando los ya existentes, pero las estrategias de afrontamiento familiar y del propia adulto y adulta mayor no siempre influían directamente en la situación de depresión del adulto mayor.

Palabras Claves: *Estrategias de afrontamiento, depresión, familia, adulto mayor, confinamiento, covid-19, Trabajo Social.*

ABSTRACT

The present investigation aims "To analyze the coping strategies that families have adopted against the elderly member in a situation of depression due to the lockdown because of COVID-19 in the city of Guayaquil, in order to identify the actions that have been positive". The methodology used for the research responds to a mixed approach in which the sample was made up of 100 elderly people and 91 families in relation to the survey instrument and 6 elderly people as well for semi-structured interviews. For the surveys 3 scale instruments were used, for the survey directed towards elderly people and were used the Geriatric Depression Scale of Yesavage and the Perceived Social Support Scale of Procidano and Heller, in addition, the family coping scale of Olson, McCubbin and Larsen was used for the family survey. The study showed that quarantine increased the possibility of depressive symptoms or developing existing ones, but the coping strategies of the family and the adult and elderly themselves did not always have a direct impact on the depression of the elderly people.

Key Words: Coping strategies, depression, family, elderly, confinement, covid-19, Social Work.

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria que generó el COVID-19 tuvo un impacto en la salud emocional y mental de las personas, por ello el interés de conocer y analizar las estrategias de afrontamiento familiar utilizadas por las familias hacia su miembro adulto mayor en situación de depresión ante estos nuevos escenarios que surgieron a partir del confinamiento.

Desde la profesión de Trabajo Social, las investigadoras pretenden analizar y describir las estrategias que ha usado la familia hacia su miembro adulto mayor en situación de depresión originada por el confinamiento por COVID-19, recalcando que, la familia es un grupo vital de importancia para el desarrollo de los seres humanos, en la misma, ocurren desde su interior y por medio de las interacciones entre los miembros, procesos que determinan su funcionamiento y sus formas de existencia, es así, que la familia es la institución más importante para la y el adulto mayor, donde además el mismo, forma parte activa en donde contribuye y aporta a su crecimiento (Placeres, De León, & Delgado, 2011, pág. 481).

En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, dentro del mismo, abordamos los antecedentes contextuales e investigativos relacionados con nuestro estudio, las mismas, que nos ha permitido conocer cuál es el campo investigativo frente a nuestro problema, que se ha investigado y que falta por investigar, de la misma forma, se plantearon las preguntas de investigación, los objetivos y la justificación.

En el segundo capítulo, se encuentra los marcos referenciales, dentro de las teorías bases utilizadas para el análisis de la información, se encuentran la teoría sistémica, construccionista, teorías sobre familia y funcionamiento familiar. En el referente conceptual se abordaron categorías como familia, estrategias de afrontamiento familiar, envejecimiento, adulto mayor, depresión y confinamiento, finalmente dentro de la base legal que sustenta nuestro estudio, se analizaron leyes, organismos, políticas que responden a nuestra problemática.

Seguido del capítulo 3, donde se encuentra presente la metodología de la investigación, la descripción de los participantes, es decir, los adultos y adultas mayores, las familias, el tipo y nivel del estudio, el enfoque que en este caso fue mixto, además de las formas de análisis y recolección dirigidas a los distintos enfoques como se mencionó anteriormente.

Y, por último, el capítulo 4 donde se desarrollan los resultados de la investigación mediante los objetivos que buscaban analizar estrategias en relación a la depresión, identificar los niveles de depresión y describir estas estrategias de afrontamiento implementadas, además de llegar a una conclusión final y realizar recomendación a nivel universitario, familiar y estatal.

CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Contextuales/ Estadísticos.

En diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan (China) se presentaron una serie casos de personas con sintomatologías de neumonía originados por un nuevo virus, el cual responde a varias denominaciones, 2019-nCov según la OMS y SARS-CoV-2 el Comité Internacional de Taxonomía de Virus. El 7 de enero fue anunciado oficialmente por las autoridades de China que el nuevo coronavirus es el causante de dichas afecciones. (Palacios Cruz et al, 2020, pág. 2)

Así mismo, a mediados del mes de enero la OMS (2020) declaró el brote de COVID-19 como una emergencia de salud pública a nivel mundial por las cifras de defunciones y contagiados, por su rápida propagación alrededor de 54 países y de la región de Las Américas, convirtiéndose en un problema social.

Hasta el momento se ha reportado a nivel mundial alrededor de 5.103.006 casos y más de 333.401 muertes, que en su mayoría han afectado a América ya que predomina en contagiados y decesos (Sputnik, citado por El País, 2020).

En Europa, específicamente en la Comunidad Autónoma Vasca, región situada en el norte de España, la alarma acerca del covid-19 comenzó a partir de marzo del 2020, siendo el primer caso de la persona detectada el 28 de febrero, a partir de allí, los casos aumentaron rápidamente. El 12 de marzo el Gobierno Vasco, suspende las actividades en todos los centros de educación, tanto escuelas, como universidades. Es así que el 14 de marzo el Gobierno Español declara el estado de alarma y el confinamiento en toda la ciudadanía, con la finalidad de salvaguardar su salud y evitar la propagación (Ozamiz et al., 2020, pág. 2)

El Covid-19 llegó a América Latina y el Caribe, el 25 de febrero del 2020, en una comunidad del Ministerio de Salud Pública de Brasil, siendo ahí el primer caso de una persona contagiada. A partir de ello, el virus se propago inmediatamente en los demás países, siendo los de América del sur los más afectados. Argentina fue el primer país en reportar una muerte asociada al virus. Se ha confirmado que la mayoría de casos de infectados en América Latina, han sido procedentes de Europa, especialmente Italia (Rodríguez, et al , 2020, págs. 4-5).

Se han presentado varios síntomas que en conjunto se asocian directamente con el virus entre ellos están:

Virosis son fiebre (83-98%), tos (76-82%), disnea (31-55%) y dificultad respiratoria (17-29%), entre otros que aún están en estudio como hallazgos radiográficos en aquellos pacientes quienes presentaron compromiso grave, presentando alta similitud con la sintomatología causada por los coronavirus respiratorios del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV) y del Coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV). (Rodríguez-Morales et al., 2020, pág. 7)

Desde el contexto ecuatoriano, el presidente de la República del Ecuador, Lenin Moreno, el jueves 12 de marzo a través de diferentes medios de comunicación, declaró emergencia sanitaria en el país a causa del covid-19 (El Comercio, 2020). Se estima que el virus llegó al país a través de una ciudadana ecuatoriana residente de España, por lo que se la identificó como paciente 0.

En el Ecuador, hasta fines del mes de mayo del 2020 se ha evidenciado un total de 39.098 casos confirmados a nivel nacional, de los cuales 3.358 son personas fallecidas, adicional a esta cifra se registran 2154 fallecidos probables por COVID-19 (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2020, pág. 1). En relación al sexo, se ha visto ligeramente más afectada la población masculina reflejándose con un 55% frente al femenino que se refleja con el 45% de la población contagiada (Ibid). Casos confirmados por grupo etarios se ha evidencia que el más afectados

comprenden de los 20 a 49 años con un 56,3%, siguiendo el grupo de 50 a 64 años 24,2% y finalmente dentro de la población de adultos mayores, es decir, personas de más de 65 años solo se vio afectado el 16,2% (Ibid).

Aterrizando en territorio guayaquileño, esta ha sido la ciudad más afectada por la pandemia a nivel nacional con una cifra de 14.061 de personas que han dado positivo al COVID-19, dejando así grandes secuelas en la ciudad a nivel económico, social y de salud (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2020). Se estima que el 30% de la población estuvo expuesta al virus, por ende, el COE Nacional especula que entre los meses de marzo y abril hubieron alrededor de 7.600 defunciones más que los meses anteriores (El Comercio, 2020).

El brote de dengue, se suma a las afectaciones en la salud por parte de los ciudadanos en tiempos de covid-19, en Guayaquil hay casos de pacientes que presentan otras enfermedades virales propias de la época invernal, los especialistas lo denominan sindemia, que es la concurrencia de epidemias que coexisten en un tiempo y lugar determinados (Universo, 2020, pág. párr. 1).

Josefina Coloma, investigadora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, quien dirige un estudio de dengue y Sika en Ecuador, menciona que, países de Latino América registran una doble carga en la incidencia del coronavirus y del dengue, siendo así, el centro de atención de las autoridades hacia la pandemia covid-19 y no al seguimiento de casos de dengue (Coloma citado por El Universo, 2020).

El informe epidemiológico del Ministerio de Salud Pública (MSP), señala que la primera semana de abril a nivel nacional se reportaron 6941 de dengue, siendo Guayas la provincia con mayor incidencia de infectados (2078 personas) (Ministerio de Salud Pública citado por El Universo, 2020).

En Ecuador los ciudadanos mantienen confinamiento general de acuerdo con las disposiciones emitidas por las autoridades del Gobierno Nacional, con el fin de evitar la saturación de los servicios de atención médica y evitar la propagación a nivel comunitario (Ministerio de Salud Pública , 2020).

Cabe recalcar que en las dos últimas semanas del mes de mayo se ha reflejado una reducción en la curva de contagiados por COVID-19, solo hubo un aumento del 3,6% de casos confirmados, pasando así después de dos meses de confinamiento a semáforo amarillo desde el 1 de junio, es decir, una nueva fase de distanciamiento social (El Comercio, 2020).

El semáforo amarillo como se mencionó anteriormente además de ser una nueva fase, también flexibiliza algunas de las restricciones que se decretaron al comienzo de la crisis sanitaria. Las nuevas medidas serían la ampliación de horarios de atención, apertura de negocios cumpliendo las medidas recomendadas, extensión de días y horarios de circulación vehicular, re inserción del 50% del personal en lugares de trabajo, entre otros (El Comercio, 2020).

Uno de los efectos a nivel social más relevantes es el confinamiento de países y ciudades como medida de protección contra el contagio, acompañadas de restricciones de movimientos para reducir los efectos directos del virus. A pesar de que esta medida conlleva consigo efectos positivos para reducir la curva de contagiados, es una vivencia nueva para muchos auto aislarse y mantener un distanciamiento social frente a los demás (Bárcena, 2020, pág. 3).

Considerado como uno de los cambios más estructurales de la época hablando socialmente debido a la crisis, estudios sobre epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia serie de consecuencias a nivel psicosocial en los sujetos ya que esta traerá consigo nuevas formas de relacionarse inter e intrapersonalmente (Bárcena, 2020, pág. 13).

A nivel social, La Organización Mundial de la Salud ante la pandemia, considera a la familia como una unidad de la sociedad señalando que la misma, tiene gran influencia sobre la salud y la situación social de las personas, comunidades y las naciones. La pandemia produjo que las autoridades a nivel nacional adopten medidas estrictas que han alterado el funcionamiento cotidiano de las familias, es así, que hace un llamado al fortalecimiento de la unidad familiar para realizar esfuerzos de prevención y contención para prevenir el contagio, del mismo modo la OMS alerta que en

el confinamiento se ha evidenciado un impacto en las relaciones familiares funcionales y negativas, trayendo consigo el aumento de la violencia familiar, abuso sexual e infantil, sumado a ello el Tele Trabajo ha generado sobrecarga laboral para los padres o cuidadores de los niños, niñas y adultos mayores. (Sánchez, citado por El Telégrafo, 2020)

En Ecuador, las familias han tenido que someterse a cambios estrictos en el manejo de sus finanzas, lo que ha generado problemas a nivel intrafamiliar.

Según los datos de la encuesta de la consulta Oikonomics, el 51% de ciudadanos consideran que su situación económica empeoró hace un mes, y el 66% considera que en el mes de mayo será peor. (El Universo , 2020)

La socióloga Sánchez señala que es necesario analizar la situación económica de las familias en el Ecuador desde una perspectiva de estratos sociales, debido a que la situación económica del país es desigual (Sánchez, citado por El Telégrafo, 2020).

El espacio de convivencia de los ciudadanos durante el confinamiento, quizás, es una de las tantas desigualdades a las que se tienen que enfrentar a diario. El quedarnos en nuestra casa para precautelar nuestra salud y la de los miembros, ha generado cambios positivos como negativos en la dinámica familiar. Las estructuras de las casas de la gran parte de ecuatorianos, puede ser una detonante para agravar la situación de covid-19, debido a la gran cantidad de miembros que viven ahí, y del reducido espacio que hay.

La economía a nivel mundial se ve inmersa en una crisis sanitaria, humana y económica, la cual aumenta continuamente. El Covid-19 ha generado que las economías se cierren y paralicen y las sociedades entren en cuarentena (Bárcena, 2020, pág. 1).

Bárcena en un informe especial Covid-19 N° 1 del 2020 *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales*, señala que América Latina y el Caribe enfrenta la pandemia desde una posición más débil que la del resto del mundo a nivel económico, y que ese impacto tendrá mayor o menor índice dependiendo de las medidas que se

tomen a nivel nacional, regional y mundial. A nivel social, la situación no es diferente, pues antes del brote de virus, América mostraba un alto índice de pobreza, desigualdades. El covid-19, ha tenido repercusiones negativas en los sistemas de salud, educación, empleo y pobreza. (Bárcena, 2020).

A nivel psicológico, la salud mental se ha vuelto fuertemente afectada debido a la pandemia, este impacto puede verse reflejado a través de múltiples alteraciones psicológicas asociadas que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático que afectan más a las poblaciones vulnerables como lo son las mujeres, niños, niñas y adultos mayores, siendo esta última la población a estudiar. (Ramírez, et al., 2020, pág. 2)

En un estudio realizado sobre el impacto psicológico por el COVID-19 se pudo reflejar que la mayoría de los participantes reflejaron un impacto psicológico de moderado a severo con un 53,8%, un 16,5% manifestaron sintomatología depresiva moderada a severa, con respecto a la ansiedad un 28,8% reportó estos síntomas de moderados a severos, finalmente con una minoría del 8,1% se reflejaron niveles de estrés moderados a severos. Los participantes de este estudio permanecieron en sus casas entre 20 y 24 horas seguidas debido al confinamiento, lo que recurría a la preocupación de que un miembro de su familia se contagiara esto se vio reflejado con un 75,5% de la muestra (Cuiyan Wang et al. citado por Lozano, 2020).

Uno de los miembros que más causa preocupación como se mencionó anteriormente es la y el Adulto Mayor por su nivel de vulnerabilidad no solo física ante el virus, sino mental ante la situación de confinamiento y pandemia.

Existen distintas terminaciones para referirse al grupo de personas que comprenden los 65 años en adelante, la mayoría de autores coinciden en que el término correcto para referirse a este grupo poblacional es "Adulto o Adulthood Mayor", según la Constitución de la República del Ecuador (2008) se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que las personas que superan los 65 años y tienen enfermedades cardíacas, respiratorias, hipertensión o diabetes, son un grupo de alto peligro ante la pandemia del covid-19, lo que además aumenta los casos de mortalidad. En un estudio realizado por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de China, se determinó que de 44 672 personas contagiadas del covid-19, el 14,8% corresponde a personas de 80 años en adelante (El Comercio, 2020).

El Gobierno para precautelar a este grupo poblacional vulnerable, anunció la prohibición de visitas a las instituciones gerontológicas, frente a ello el Ministerio de salud Pública, publica un protocolo para el manejo de personas adultas mayores en el contexto de emergencia por el covid-19 en los centros gerontológicos residenciales públicos y privados, y casas de acogida, en el, mediante lineamientos generales, expone medidas de prevención a considerar para el personal de salud y adultos mayores, como el uso de equipos de protección, limpieza y desinfección de superficies, capacitaciones, áreas destinadas al asilamiento en casa de covid-19 positivo, acceso a los servicios de salud y visitas. (Ministerio de Salud Pública, 2020)

1.1.2. Antecedentes Investigativos (Estado del arte)

El presente estado del arte, nos permitirá conocer y exponer el momento actual del conocimiento que abarca nuestra temática, el cual, mediante una investigación documental previa, nos servirá para conocer lo investigado previamente, así como conceptos, resultados, etc., y a su vez poder reflexionar qué falta de investigar y así dirigir nuestra investigación.

Ramírez et al. en el año 2020 llevaron a cabo su estudio *Consecuencias de la pandemia covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. La metodología que usan los autores es un estudio documental el cual evidencia que, en una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes. Las pandemias con el aislamiento social

subsecuente han impactado de forma significativa en la salud mental, tanto durante como después del brote con respuestas emocionales patológicas mantenidas a largo plazo, enmarcadas en trastornos mentales con alta discapacidad, como el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad principalmente (Ramírez, et al., 2020).

Huarcaya en el año 2020, llevó a cabo un estudio sobre las *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de covid-19* a través de la Revista Peruana de Medicina Exp Salud Publica. Realizó una revisión narrativa, a partir de una búsqueda en Pubmed de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020. Se emplearon los términos: (COVID-19 OR COVID 19 OR coronavirus) AND (psychiatry OR mental health OR psychology). Por lo que esta impide la disponibilidad de las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas necesarias para mejorar el bienestar mental durante la pandemia (Huarcaya, 2020).

Ozamiz et al. en el año 2020, realización un estudio denominado *Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España*. En el que utilizaron un estudio exploratorio-descriptivo de tipo trasversal, y como participantes de la muestra fueron 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca, utilizando como método de recolección la Google Forms, así mismo, programas como DASS-21 que fuera escala utilizada por el equipo de investigación para averiguar variables sociodemográficas de los y las participantes. Se reportaron niveles severos y extremadamente severos de estrés, ansiedad y depresión en la muestra recogida en la Comunidad Autónoma Vasca fueron menores que los recogidos en el estudio realizado en China, debido al tiempo con el que el virus llegó a la comunidad, así mismo, los autores recomiendan que son necesarias estrategias tempranas para la prevención y el tratamiento de los efectos psicológicos que puede generar la pandemia (Ozamiz et al., 2020).

Los autores Sandín et al. a través de la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica en el año 2020, expusieron su estudio el *Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en*

población española asociados al periodo de confinamiento nacional en el que se utilizó un estudio cuantitativo, experimental del cual participaron 1.161 personas que residían en todo el territorio español, el 95% de la muestra fue de estudiantes que forman parte de la UNED, el resto forma parte de la población normal, se analizaron las siguientes variables: Experiencia con el Coronavirus; Uso de los Medios de Comunicación; Conductas Asociadas al Confinamiento; Uso de Conductas Preventivas; Escala de Miedo al Coronavirus; Escala de Distrés; Escala de Síntomas de Estrés Posttraumático, Escala de Interferencia por el Coronavirus, y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades, con el objetivo de investigar el impacto emocional relacionado con los posibles miedos vinculados al coronavirus, los factores de vulnerabilidad/riesgo y de protección que pudieran influir en dicho impacto emocional, el impacto emocional negativo (distrés) asociado a la situación de estrés psicosocial del confinamiento, y el posible impacto psicológico positivo mediante el cual se obtuvieron como resultados que uno de los miedos al aislamiento social, i.e., el miedo a no poder ver a familiares o amigos, se da en más del 40% de los participantes y de relieve que la situación especial generada por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento también puede generar efectos positivos (Sandín et al., 2020).

Barrera Monterroso et al. nos muestran en su propuesta de investigación en el año 2020 sobre *Los efectos del confinamiento por la pandemia de Covid-19 en los núcleos familiares guatemaltecos* en el que utilizaron un estudio documental cualitativo y tratan de explicar las relaciones intrafamiliares dentro del contexto propio del confinamiento social ya que convivir dentro de un delimitado espacio y con una determinada rutina, genera la posibilidad de que surjan distintas emociones y actitudes por la situación. Quienes formaron parte del estudio fueron las familias de Guatemala, donde se utilizó como instrumento un cuestionario en línea, sistematizando como resultado los datos obtenidos en la que se recolectó los testimonios de ciertos participantes, llegando a la conclusión de que cada familia vive la crisis dependiendo el contexto en el que se desenvuelvan, pero la mayoría recalando que también es cuestión de actitud (Barrera et al., 2020).

El Diario Español ABC explica en su artículo *Coronavirus: ¿Cómo afecta el confinamiento a la salud de nuestro cerebro?* En el cual expone que el confinamiento ha sido una de las consecuencias más impactantes a nivel mundial ya que al ser seres gregarios, la interacción con el otro es parte fundamental de nuestras vidas. Además, la comunidad científica lleva muchos años analizando que los sujetos que tienen una menor cantidad o calidad de relaciones sociales presentan más problemas de salud y un riesgo mayor de fallecer. En particular, existen abundantes evidencias de que el aislamiento social prolongado tiene un impacto negativo sobre el sistema nervioso y nuestro comportamiento. Concluyendo que nuestro cerebro está diseñado para socializar y sufre cuando vemos reducidas las relaciones, por lo que en estos días se hace muy necesario el afecto y la relación dentro de nuestras casas, pero también, más que nunca a través de cualquier otra vía para evitar el aislamiento y la soledad (Diario ABC, 2020).

Rosa Redolat Iborra Catedrática de Psicobiología de la Universitat de València nos cuenta en su blog sobre *Confinamiento en la población de edad avanzada: impacto psicológico en las personas con demencia* la importancia de intentar entender cómo esta situación está afectando a la población de mayor edad y, especialmente, a las personas con demencia. El coronavirus ha impactado en nuestra sociedad justo en el momento en que hay más gente aislada. La cuarentena puede exacerbar dicho sentimiento de soledad, al que pueden sumarse sentimientos de incertidumbre, desesperanza y tristeza. Aunque el coronavirus también afecta personas jóvenes, y los datos lo evidencian cada día más, los mayores parecen ser especialmente vulnerables por diferentes factores (pérdida de familiares o amigos, deficiencias sensoriales, soledad, menor acceso a la información, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo...) Para paliar el efecto del confinamiento se han propuesto diferentes estrategias, destacando la importancia de mantenerse activo tanto a nivel cognitivo como físico. Concluyendo que por ello se recomienda reforzar las redes de apoyo práctico y emocional involucrando a todos los miembros de la familia e implementando medidas que protejan a nuestros mayores del estrés psicológico (Iborra, 2020).

Se ha encontrado 7 estudios e investigaciones en relación a como el confinamiento ha podido y puede impactar tanto en la salud mental como en la calidad de vida de la población, es por ello que a partir de ellas se ha llegado a la conclusión de que efectivamente el confinamiento puede llegar a tener efectos perjudiciales en la salud mental, debido a que puede exacerbar trastornos o patologías mentales en caso de que ya existan o aparecer en caso de que no, como una respuesta emocional al aislamiento. Afectando así a las poblaciones más vulnerables, en este caso, los adultos mayores que por su edad, ya son un grupo vulnerado que suele ser aislado por sus redes de apoyo familiar y de amistad, pero aun así no se ha podido encontrar evidencia específica sobre cómo les afecta la situación actual, por lo que es de suma importancia hallar respuestas a esta incertidumbre.

Álvarez et al, en el año 2015, realizaron su investigación denominada "*Estado de ánimo y depresión en las personas mayores*". Este libro es dirigido hacia los adultos mayores con el fin de difundir información general del estado de ánimo y la depresión, siendo su metodología un estudio documental. Los autores señalan que, en el envejecimiento, se producen cambios a nivel biológico y social, a nivel biológico, se observa una disminución de sus capacidades sensoriales, funciones orgánicas y aparición de enfermedades, en cuanto al nivel social, los adultos mayores evidencian cambios en situaciones como la jubilación, pérdida del rol social la misma que genera el desplazamiento a roles menos importantes en sus diferentes contextos.

Todo esto genera un retraimiento social, debido al abandono de actividades y relaciones que eran importantes para ellos. La salud también es un factor fundamental en este grupo etario, como se mencionó anteriormente, surgen nuevas enfermedades que limitan la movilidad y la adaptación del adulto en sus actividades cotidianas. La depresión atravesada por un adulto mayor puede verse reflejada en síntomas como desinterés por actividades que antes disfrutaba, disfunción cognitiva, cansancio físico, trastorno del sueño, entre otros. Los autores mencionan que un entorno familiar con un excelente nivel de nutrición emocional, es propicio para cambios en los síntomas que

presentan los adultos, de la misma forma, la ausencia de ese apoyo social o familiar pueden agudizar la enfermedad (Álvarez et al., 2015).

Portellano Ortiz en su tesis doctoral en Psicología clínica y salud realizada en el año 2018 en Barcelona, llevó a cabo su investigación sobre la *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el Envejecimiento con el proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* este proyecto SHARE se basó en una encuesta que se llevó a cabo debido al interés de la Comisión Europea de obtener evidencia científica sobre el proceso de envejecimiento en Europa.

Para esta investigación se utilizó datos de la encuesta anterior en conjunto con un estudio cuantitativo y cualitativo a través de una encuesta multidisciplinar-transnacional y una entrevista personal en Europa donde participaron más de 60.000 adultos mayores no institucionalizados con el objetivo de obtener datos integrales sobre su situación económica, social y de salud, además de analizar la influencia de la depresión, declive cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Se evidenció que la depresión guardaba relación con aspectos sociales, de salud y calidad de vida en general, reflejando que la depresión frente a la cognitivo es una variable más relevante en el proceso de envejecimiento y bienestar en la y el adulto mayor. También se demostró que el deterioro cognitivo se asoció con una menor escolaridad y la no realización de actividades sociales, en comparación con la anterior la calidad de vida se asoció más que la depresión en relación a lo cognitivo (Ortiz, 2018).

La Trabajadora Social Ana Dolores Cuadros Bordal, nos comenta en su trabajo sobre la *Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados* en el que utilizo un estudio descriptivo de corte transversal. Quienes formaron parte fueron 50 adultos mayores residentes de la zona rural Beas de Segura en España, 25 adultos mayores institucionalizados y otros 25 que residían en sus domicilios entre las edades de 65 y 95 años, mencionando que para este estudio utilizó dos instrumentos uno para medir el bienestar subjetivo y el otro la escala de depresión mencionada anteriormente en otras

investigaciones, con el objetivo de establecer una diferenciación que manifieste las posibles diferencias entre la depresión y el bienestar subjetivo que se vivencie entre adultos mayores institucionalizados y residentes en sus domicilios. Cuadros Borda nos comenta que los resultados no parecen apoyar la hipótesis inicial, es decir, que tanto los adultos mayores institucionalizados como residentes domiciliarios poseen niveles similares de depresión lo que refleja que el contexto no influye de forma directa, lo que si reflejó el estudio es la relación negativa que guardaban las variables principales en lo que se concluye que cuanto mayor es el nivel de depresión, menor es el grado de bienestar subjetivo en la y el adulto mayor (Cuadros, 2013).

Salgado et al. en el año 2016 en su trabajo denominado *Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados* realiza un estudio descriptivo y transversal. Quienes formaron parte del estudio fueron 10 ancianos institucionalizados en la casa de Abuelos de Baracoa, en el año 2014-2015.

Para la selección de la muestra de adultos mayores institucionalizados, se procedió al método de selección no probabilístico, determinado por los criterios de inclusión y exclusión, para las variables analizadas, la información se obtuvo de historias clínicas individuales, observación, cuestionarios de apoyo, proyectos sociales y escala de depresión y bienestar subjetivo. Se determinaron que las enfermedades crónicas no transmisibles, la ausencia de pareja y de apoyo social son los factores de mayor acaecimiento en el bienestar subjetivo de los adultos mayores; asimismo, las dimensiones más afectadas fueron la autoaceptación, el apoyo social, el dominio del ambiente y el crecimiento personal (Salgado et al. , 2016).

Toffoletto et al. en el año 2017 llevan a cabo su estudio *Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores*, utilizaron un estudio analítico, transversal. Para la selección de los participantes esta correspondió a 20.351 adultos mayores que respondieron una pregunta sobre satisfacción vital global a través de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, 2011. Los autores exponen que el bienestar subjetivo se lo

relacionó con indicadores de salud, demográficos y sociales. Los resultados del estudio, evidencian que el principal componente que influye en la satisfacción con la vida de los adultos mayores, es la autopercepción de salud. Al observar los restantes predictores más importantes, que son edad e ingresos, es posible sostener, en definitiva, que el paso de los años en este grupo etario, refuerza la satisfacción con la vida, pero la misma debe ir concatenada con una adecuada percepción de salud e ingresos, para de ese modo, poder sostener una calidad de vida óptima (Toffoletto et al., 2017).

Los autores Alejandro Estrada Restrepo et al., en el 2008 llevaron a cabo su investigación en Medellín, Colombia sobre los *Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*, se utilizó un estudio transversal en el cual participaron 276 adultos mayores pertenecientes a los Centros de Bienestar del Anciano de Medellín que en total fueron 39 centros, hubo un sesgo en la población objetivo ya que el estudio no se aplicó a todos los centros de bienestar, tampoco a adultos mayores con deterioro cognitivo, ni a adultos mayores institucionalizados. Los autores decidieron evaluar la depresión en conjunto a otros indicadores como la nutrición, apoyo social, aspectos demográficos, entre otros.

También utilizaron escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage que ha sido mencionada y utilizada anteriormente por otros autores y así mismo otros instrumentos para medir la ansiedad, valoración nutricional y calidad de vida con el objetivo de determinar si existe una asociación de factores como salud física y mental, condiciones de apoyo social, estado nutricional y calidad de vida con los síntomas de depresión en la población adulta mayor institucionalizada.

Se pudo evidenciar así mismo como en otros estudios que el estado de calidad de vida, ser mujer y no tener una formación académica completa se asocian directamente con trastornos depresivos en adultos mayores institucionalizados ya que los pone en una situación de vulnerabilidad (Estrada A et al., 2013).

Segura et al. en el año 2012 llevan a cabo su estudio *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012*,

realizaron un estudio transversal analítico, con fuente de información. Quienes formaron parte del estudio fueron 4.248 adultos mayores de 60 años, los cuales fueron seleccionados por un muestreo probabilístico por conglomerados bietápico. Para determinar el riesgo de depresión se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems.

Los resultados del estudio determinaron que el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional. Es así que los autores concluyen que el riesgo de depresión en los adultos mayores, está asociada a la dificultad de relación con el entorno físico y afectivo, que a la condición biológica de padecimiento (Segura et al., 2015).

Molés et al. en el año 2019, publicaron un artículo sobre *Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana*, en el que utilizaron un estudio observacional, transversal y analítico, para ello participaron 400 adultos mayores de 75 años residentes en la comunidad, los cuales fueron seleccionados mediante muestreo intencionado durante el año 2015 aplicándoles un cuestionario.

El estudio evidencio que la prevalencia de síntomas depresivos es más elevada en las mujeres; la convivencia también es un factor depresivo ya son los adultos mayores que viven solos los que presentan sintomatología depresiva en mayor proporción. En cuanto a factores que se asocian a una menor prevalencia de estos síntomas, los autores exponen que se encuentra la percepción de la salud (Móles et al., 2019).

Los autores Llanes Torres et al. a través de la Revista de Ciencias Médicas de La Habana, publicaron un artículo en el año 2015 sobre los *Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor*, en el que se utilizó un estudio comunitario, explorativo, descriptivo de corte transversal realizado en el 2012, en el cual los participantes fueron 146 adultos mayores pertenecientes al Policlínico Docente “Felipe Poey”, se les aplicó un

cuestionario creado por los autores que exploraba variables bio-psicosociales de la población, en conjunto con la Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad (depresión) con la intención de evidenciar que esta es el factor más relevante que afecta la calidad de vida de los adultos mayores.

Con este estudio se evidenció que, en relación al sexo, el femenino es el más afectado debido al triple rol de la mujer (procrear, cuidar/atender y trabajar) impuesto por la sociedad y efectivamente las mujeres son más conscientes de que su realidad tanto biológica como social les afecta de forma psicosocial. Por último, otro factor que secunda la depresión en adultos mayores es la pérdida de la autonomía a medida que aumenta la edad, siendo esta más visible en adultos mayores con discapacidad, se concluye que son múltiples los factores que influyen en la depresión, pero predominan los eventos que guardan relación con la convivencia familiar y su funcionamiento estructural (Torres LLanes et al., 2015).

Diego Calderón el año 2019 expuso su tesis para optar al grado de doctor en medicina sobre los *Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de Seguro Social en la consulta externa de un Hospital Público de la ciudad de Quito en 2018*, el diseño de estudio es observacional, descriptivo, transversal en donde como parte de la muestra participaron 390 adultos mayores deprimidos pacientes del HCAM, el cual es un hospital público de la Seguridad Social que atiende especialidades y subespecialidades, fueron 4 meses que duró la recolección de muestra para poder cumplir con los criterios y que no tuvieran criterios de exclusión, con el objetivo de identificar una correlación entre depresión y condiciones sociales, familiares, demográficas y de dependencia entre los adultos mayores.

El autor manifiesta que efectivamente en estos pacientes consulta externa se encontró niveles de depresión alta y en algunos episodios recurrentes leves, el cual fue el diagnóstico más reiterado aunque en comparación con una encuesta realizada a nivel nacional esta arroja adultos mayores más depresivos por lo que el autor indica que esto puede deberse a las

características propias de la población ya que estas reciben una pensión por su jubilación y gozan de los servicios del seguro social lo que los hace menos propensos a sufrir depresión (Calderón, 2019).

El Md. José Andrés Suquilanda Heredia nos expone en su tesis el tema de *Factores biológicos y socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016* en el cual busca determinar cuáles son los factores biológicos, socio-familiares en el adulto mayor con depresión en la población mencionada anteriormente, para que ello fuera posible se realizó un estudio cuantitativo, analítico y transversal, con la participación de 126 adultos mayores. Se aplicaron 3 instrumentos para medir la depresión, comorbilidad y la funcionalidad familiar, a su vez estas fueron las variables a investigar. Finalmente, se determinó que la funcionalidad familiar debe ser considerada como un objetivo fundamental, tanto en el cuidado del adulto mayor como para cualquier grupo etario, ya que mejora el perfil patológico de diversas enfermedades, además de la depresión (Suquilanda J. , 2016).

A partir de los hallazgos en las investigaciones realizadas acerca de los factores que influyen en la depresión del Adulto Mayor, se ha logrado evidenciar que dichos estudios confirman que la situación de depresión puede verse agravada o bien tener una menor prevalencia de acuerdo a los factores biopsicosociales a los que se enfrenta la o el miembro adulto mayor, es así que, siendo el contexto un rol fundamental en la calidad de vida de un adulto mayor, habría que investigar cómo el covid-19 siendo una emergencia sanitaria y a su vez una experiencia nueva para la vida de las personas ha influenciado en su estado mental. Es por ello pertinente que nuestro estudio realice una investigación de cómo el confinamiento a causa del covid-19 ha causado o agravado la situación de depresión de los Adultos mayores.

Cruz et al. en el año 2010 realizaron un estudio denominado *Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos*, en el que utilizaron un estudio exploratorio cualitativo. Cruz et al. destacaron métodos como la revisión bibliográfica, escalas de valoración de depresión, entrevistas a profundidad e historia de vida. Para la investigación,

la población escogida fueron 10 adultos mayores, de los cuales 5 fueron mujeres y 5 fueron hombres, ambos pertenecen a un rango de edad de 66 a 75 años que asisten al Centro Diurno. El estudio determinó que las mujeres adultas mayores, cuentan con menos estrategias de afrontamiento como lo son las cognitivas, conductuales y afectivas para enfrentar situaciones que puedan generar un trastorno depresivo, mientras que, los hombres, manifestaron tener menores condiciones que les provoque el sentimiento de tristeza, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, cuentan con mayores habilidades para superar los problemas vitales y no caer en una fase depresiva (Cruz Muñoz et al., 2010).

Blanco en el año 2013 llevan a cabo su estudio *Afrontamiento familiar del paciente con depresión*. Llevaron a cabo una revisión conceptual de carácter documental. La información que se obtuvo en la investigación demuestra la evidencia que tienen las relaciones familiares sobre el desarrollo y curso de la depresión, de la misma forma, las consecuencias que tienen los comportamientos negativos que presenta el paciente depresivo sobre su dinámica familiar. Es por ello, que las familias deben adoptar estrategias que le permitan afrontar esa situación. En cuanto a los recursos que poseen las familias se encuentran los recursos físicos, personales, sociales, técnicas de resolución de problemas y recursos ambientales (Blanco, 2013).

Pacheco & Alfaro en el año 2018, realizan un estudio denominado *Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz*. Los autores a partir de una investigación descriptiva correlacional, trabajaron las variables de apoyo social percibido, factores sociodemográficos y factores socioeconómicos y de depresión. En el estudio se trabajó con 240 personas adultos mayores de 60 años seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico en cadena.

En los instrumentos utilizados, los autores destacan, la escala de apoyo social percibido de Zimet y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Al analizar las variables de apoyo social percibido, se evidenció que la gran parte de los adultos mayores del estudio reciben un apoyo social alto a

medio lo que equivale al 39,58%, mientras que, el 21,67% recibe un apoyo social bajo. En la variable de depresión, cerca del 60% de la muestra no tiene depresión o se encuentran dentro de la normalidad, mientras que, el 10,88% muestra depresión leve y el 30% tiene depresión intensa o muy intensa. Finalmente, el estudio logró evidenciar que las variables del apoyo social percibido y la depresión están correlacionadas, siendo así que, mientras mayor sea el apoyo social que reciben los adultos mayores, menor será el grado de depresión que presenten (Pacheco & Alfaro, 2018).

Las autoras Bertha I. Zapata-López, Norma L. Delgado-Villamizar y Doris Cardona-Arango plantean en un artículo un estudio sobre el *Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011*, en el cual recoge información para realizar una descripción de las redes de apoyo social y familiar (situación de salud y condiciones de vida) con que cuenta la y el adulto mayor a partir de la experiencia de la población, para ello se realizó un estudio descriptivo transversal, donde formaron parte 239 adultos mayores del área urbana del municipio de Angelópolis excluyendo a los adultos mayores que no pudieran responder la encuesta por sus propios medios tomando como instrumento base la encuesta.

Concluyeron que el contexto social que rodea al adulto mayor cobra un valor significativo ya que no sólo permite que sean reconocidos sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales permitiendo así fortalecer los vínculos intergeneracionales dentro y fuera de la familia (Zapata López et al., 2015).

Las autoras Carolina Reyes Rasse y Paz Rojas Arellano nos relatan en su tesis realizada en Santiago, Chile en el año 2006 sobre *Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la Región Metropolitana, considerando la variable género*, fue una investigación de tipo descriptivo-comparativo, de carácter cuantitativo, formando parte del estudio 100 adultos mayores residentes de la Región Metropolitana como se lo menciona anteriormente, con el objetivo de describir y comparar las estrategias de afrontamiento que tengan los adultos

mayores institucionalizados y no institucionalizados frente al apoyo social, para esto se utilizaron instrumentos focalizados en medir el apoyo social familiar, apoyo social de las amistades y la escala de estrategias de afrontamiento, mediante el planteamiento se determinó que si existe una diferenciación entre los dos grupos a estudiar ya que los adultos mayores institucionalizados si perciben menor apoyo social tanto familiar como de amistad ya que sus estrategias de afrontamiento son más reducidas y finalmente las autoras exponen que no se encontraron correlaciones significativas entre las variables percepción de apoyo social (familiar y de las amistades) y las estrategias de afrontamiento (Reyes & Rojas, 2006).

Vela et al. en el año 2020, realizaron su estudio *La relajación percibida y su rol como factor protector frente a la ansiedad fóbica durante el transcurso del aislamiento social, preventivo y obligatorio por Covid-19 en el Gran Mendoza*, en el que respondieron a un diseño cuantitativo, de corte transversal, alcance descriptivo, observacional y de medición única. Quienes formaron parte del estudio fueron 767 personas voluntarias residentes de la Provincia de Mendoza. Vela et al. destacaron métodos como el inventario SCL-90-R, obteniendo un corte transversal representativo. Se utilizó la versión 24.0 de SPSS, para el procesamiento estadístico, gráficos, y Microsoft Excel para la codificación de algunas variables y gráficos comparativos.

El estudio determinó cuales son aquellos factores de riesgo y protectores que inciden en la relajación percibida por las personas durante el aislamiento social, es así que, los niveles elevados de ansiedad fóbica son relevantes para el contexto de amenaza a la salud pública que conlleva la pandemia, en cuanto al contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio, el experimentar o percibir relajación en tiempos de COVID-19, se transformaría en un factor protector frente a los altos niveles de ansiedad fóbica divididos (Vela et al., 2020).

Urzúa et al. en el año 2020, por medio de la Revista de Terapia Psicológica de Chile expusieron su artículo *La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial*. Dirigen su metodología desde

un estudio documental, señalando que en los diversos estudios acerca del impacto del covid-19 en las personas han demostrado que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, provocando que las emociones positivas tales como (felicidad) disminuyan.

Los profesionales concuerdan en que las intervenciones en crisis deben ser consideradas como una medida necesaria que se debe implantar a cada uno de los grupos afectados sin distinción de alguno, tales como, pacientes, personal médico, contactos cercanos, personas en áreas afectadas y al público en general, señalan además que, el uso del internet y de teléfonos inteligentes es una excelente guía para llegar a la población y realizar las intervenciones (Urzúa, et al., 2020).

Los autores Carrasco et al. exponen un artículo a través de la Revista Española de Geriatria y Gerontología en el año 2012, que trata del *Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile* en el que estudian como los vínculos familiares pueden favorecer o amenazar la salud mental de las personas mayores, específicamente la presencia del trastorno de depresión.

Se utilizó un estudio cuantitativo en el cual se incluyeron 394 personas de la ciudad de Santiago de Chile, dando como resultado que el 16% de la muestra se sienten deprimidos la mayoría de días por lo que se lo asoció de manera individual con la autopercepción que se tiene de salud regular o mala, la baja percepción de autoeficacia y la mala percepción de disponibilidad del apoyo instrumental y presencia de conflicto. El Estudio llega a la conclusión de que el apoyo familiar, específicamente el apoyo instrumental y la ausencia de conflicto, tienen relevancia ante el estado de depresión (Carrasco et al., 2012).

Br. Manosalva Zambrano Karen Yesenia nos muestra en su tesis realizada en el 2015 sobre el *Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT- 2015* en el que se utilizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo-correlacional, se realizó durante el mes de enero del 2015, a través del Programa de Atención

Integral de Salud del Hospital Regional Docente de Trujillo en el que participaron 100 adultos mayores con el propósito de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en ellos. Concluyendo que los resultados obtenidos en su de investigación, muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores, tienen 37 apoyo familiar regular (78 por ciento), probablemente porque la familia, sigue siendo la principal fuente de ayuda, sostén y apoyo de tipo social, funcional, afectivo y económico brindando asistencia tanto en ocasiones del diario vivir, como en momento de crisis.

Asimismo, el apoyo familiar se constituye en un valioso recurso para mitigar la potencialidad de los efectos dañinos de estresores ocasionados por el avance de la edad, mejorando los eventos de vida o los problemas que se presentan (Zambrano, 2015).

Dentro de los 8 estudios acerca del apoyo familiar-social o afrontamiento ante la situación de un miembro con trastorno depresivo, hemos podido evidenciar que la familia es un factor relevante para la salud mental de las personas, pero de la misma forma, la familia puede agravar dicha situación. Por lo que hemos podido recoger dentro de estos estudios, que existe ciertas estrategias que permitirán a la familia afrontar la situación de depresión, tales como, brindarle autonomía, asistencia tanto social, afectiva y económica.

Dentro de los antecedentes investigativos, hemos logrado identificar que la mayoría carece de base normativa, puesto que la gran parte son artículos científicos, por otra parte, en 3 documentos, uno colombiano y dos ecuatorianos, hemos visualizado el uso de leyes como la ley para personas en situación de decadencia (Colombia) y la Constitución (Ecuador).

En los textos ecuatorianos señalan a la constitución, el primero para referirse a la importancia de la asistencia psicológica para garantizar el bienestar físico y mental de los ciudadanos (Suquilanda J. , 2016, pág. 12).

En el otro documento ecuatoriano, el autor hace énfasis en que el adulto mayor forma parte de los grupos vulnerables del país y por ello deben recibir atención prioritaria (art. 36). El Estado debe garantizar que la atención que

reciban los adultos mayores sea de calidad y especializada (art. 37), de la misma forma El Estado debe establecer políticas públicas y programas de atención focalizadas en esta población (art. 38) (Calderón, 2019, pág. 1).

A nivel internacional se pudo encontrar un estudio colombiano desde el enfoque de Trabajo Social donde hace relevante la diferencia que hay entre adultos mayores institucionalizados vs no institucionalizados con respecto al bienestar subjetivo, en el cual menciona la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley 39/2006 para enfatizar la importancia de la autonomía y dependencia en adultos mayores y como esto beneficia al bienestar subjetivo de los mismos (Cuadros, 2013, pág. 115).

Por ello, hemos concluido que es pertinente conocer cuáles han sido las estrategias de afrontamiento de las familias hacia la o el adulto mayor en confinamiento por covid-19, ya que, al ser un tema nuevo debido al brote de la pandemia, no existen estudios en el Ecuador que hablen acerca de ello.

1.2. Planteamiento del problema

Para comprender la situación de depresión de la o del miembro adulto mayor dentro del contexto familiar, es necesario empezar explicando el primer derecho de un adulto mayor el cual es, envejecer con calidad de vida.

Para la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es la percepción que una persona tiene de su lugar, de su existencia, de su contexto cultural, su sistema de valores y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Es un concepto amplio que está influido por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales del sujeto. (OMS, citado por MIES, 2014, pág. 11)

La calidad de vida del adulto mayor, está sujeta a distintos contextos, (Santí et al, citado por Zúñiga, 2018, pág. 25) destaca los siguientes:

- El contexto médico: es un contexto determinante de la calidad de vida del paciente, en cuanto, si la atención es satisfactoria contribuirá al bienestar del adulto mayor.
- El contexto familiar: la familia debe participar activamente para cubrir las necesidades de cuidado y afecto para los adultos mayores que desean ser cuidados por su familia.
- El contexto social: aparece el concepto de solidaridad de un grupo de edad a otro, esto implica la inclusión en el trabajo, transporte, entidades gubernamentales y programas sociales.
- El contexto económico: la cobertura económica de sus necesidades básicas mediante pensiones jubilares.

Por lo tanto, se entiende a la calidad de vida como un estado de bienestar integral en la vida de todo sujeto social, aunque en la o el adulto mayor esta puede verse más complicada por factores propios de la edad que influyen de forma directa como salud física y mental. Se entiende por salud mental al estado en que se encuentre una persona para poder desarrollar la resiliencia, ser consciente de sus propias capacidades, trabajar de forma productiva y ser capaz de poder realizar una contribución significativa a su comunidad (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

Es por ello que a partir de la crisis humanitaria y sanitaria desencadenada por COVID-19, la salud mental y física de la sociedad se ha visto afectada por una de las medidas de seguridad más efectivas para contrarrestar el virus, es decir, el confinamiento o aislamiento social. Es así que uno de los trastornos más evidenciados a partir de la crisis, es la depresión.

A nivel general, la depresión según la (OMS, citado por Portellano, pág. 20) es

un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés y/o placer, sentimientos de culpa y/o falta de autoestima, trastorno del sueño y/o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede ser de larga duración o recurrente, perjudicando sustancialmente la capacidad de un individuo para funcionar en su vida diaria.

De la misma forma, la CIE-10 clasifica al episodio depresivo como parte de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y, la categoría F33, la de trastorno depresivo recurrente. En el episodio depresivo el paciente sufre un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés, hay cansancio fácil y desconcentración, habitualmente sueño perturbado y disminución del apetito y la autoestima; si el cuadro se agrava, aparecen además síntomas somáticos. De acuerdo con la intensidad de los síntomas del episodio depresivo, este puede ser leve, moderado o severo. Incluye episodios únicos de depresión psicógena, depresión reactiva y reacción depresiva. (Organización Panamericana de la Salud citado por Calderón, 2004, pág. 11)

Desde el contexto de Adultez Mayor y como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento es una etapa del ciclo vital que presenta una alta correlación entre salud física, depresión, capacidades cognitivas y percepción de la calidad de vida (Portellano, 2019, pág. 1).

La depresión corresponde a uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un problema de salud pública. Pese a que los síntomas bases de la depresión son la caída del estado del ánimo, emociones y sentimientos, el mismo, suele verse reflejado en sintomatologías físicas, por ello el estudio señala que no es raro ver a un adulto mayor no quejarse de tristeza, pues la gran mayoría de veces manifiestan en síntomas corporales. (López, citado por Cuadros, 2013, pág. 110)

Suquilanda señala algunos factores de riesgo biológicos y psicosociales que influyen en el incremento de la depresión (2017, pág. 22).

- **Sexo y edad:** Diversos estudios evidencian que las mujeres tienen el porcentaje más alto de presentar depresión que los hombres.
- **Escolaridad:** Los estudios relacionados a la depresión y factores de riesgo, demuestran que, variables como el analfabetismo o la

baja escolaridad están presente en adultos mayores con depresión.

- **Estado civil:** El estudio señala que la depresión afecta mayoritariamente a hombres viudos o solteros.
- **Ingresos económicos:** Los bajos ingresos económicos o la carencia de los mismos, genera niveles de estrés elevados los cuales podrían incidir en la aparición de la depresión.
- **Comorbilidades:** Padecer más de una enfermedad podría ser un factor de riesgo que incremente o agudice el estado de depresión de la persona.

No se ha evidenciado muchos datos sobre la depresión que causa o podría causar el confinamiento en adultos mayores, pero una situación similar es la institucionalización de los mismos por lo que en un estudio investigativo desde el Trabajo Social, se pudo realizar una diferenciación entre adultos mayores institucionalizados y adultos mayores residentes en domicilios propios, a lo que se llegó a la conclusión que estas últimas presentan, indudablemente, una mayor integración social, por lo que los niveles de depresión eran menores, a diferencia de los institucionalizados presentan niveles mayores por la limitada socialización con las redes de apoyo familiares, salidas al exterior y sentido de autonomía (Cuadros, 2013, pág. 125).

En Ecuador se han realizado pocos estudios en adultos mayores, la mayoría son tesis de grado para tercero y cuarto nivel, una de Andrade reportó prevalencia en pacientes institucionalizados de 70%; mientras que otra, de Crespo realizada en una pequeña población, reportó el 93%, resultados elevados. No se encontraron estudios de prevalencia en afiliados a la Seguridad Social (Calderón, 2019, pág. 12).

También se ha estudiado la relación entre la depresión y las redes de apoyo debido a que el ser humano es un ser bio – psico – social, las redes de apoyo, como la familia y los amigos forman parte fundamental en su desarrollo.

Cuando los adultos mayores se ven expuestos a un aislamiento social, la familia de estos últimos puede jugar un rol a favor de su integración o reintegración a través de un acompañamiento y un apoyo cotidiano (Quiroga, 2015, pág. 49).

Las familias tienen un papel fundamental en nuestra sociedad, es así que se convierten en nuestro principal referente. Un ambiente familiar que propicie el afecto, cariño y atención, es un factor indispensable para una salud mental y física de calidad, por el contrario, un ambiente familiar en el que se ven expuestos problemas como el desapego, desinterés, conduce a sentimientos de abandono que podría conducir a la depresión.

Dentro del mismo estudio, Zapata et al. señalan que la satisfacción con el apoyo familiar mencionada por los adultos mayores encuestados, indica que la mayoría se encontraba satisfecho con el apoyo que recibía de su familia (78,1 % en hombres y 68,5 % en mujeres) (Zapata López et al., 2015, pág. 853). A pesar de que la mayoría de los adultos mayores se encontraban satisfechos con el apoyo recibido por parte de la familia y amigos, se resalta que el 8,3 % de ellos se ha sentido maltratado por sus familiares (Zapata López et al., 2015, pág. 858).

Las redes de apoyo en el adulto mayor, tienen un valor significativo, pues son las propiciadoras de brindarles la oportunidad de participar activamente en las actividades productivas durante la vejez. En este sentido, es relevante que las familias o los cuidadores reconozcan en los adultos mayores, la capacidad de proveer apoyo material, afectivo o instrumental, es así, que desempeñaran un rol protagónico en el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales dentro de la familia y comunidad (Zapata López et al., 2015, pág. 858).

Existen además otros factores además del apoyo familiar que influyen en la depresión en la adultez mayor, como se reveló en un estudio en Colombia que guardan un contexto similar con el de Ecuador. En este se encontró que aspectos como ser mayor de 90 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, una baja puntuación en la calidad de vida, contar con pocos recursos sociales, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las

actividades cotidianas, pueden aumentar la probabilidad de padecer síntomas depresivos en la o el adulto mayor (Segura-Cardona et al., 2012, pág. 191).

Dentro de las investigaciones se reconoce el papel fundamental del apoyo social y familiar hacia la o el adulto mayor en situación de depresión, pero hay carencia de información sobre qué estrategias de afrontamiento realizan o pueden realizar las familias para precautelar la salud del adulto y evitar que su situación se agrave. Dentro de Guayaquil, la especialista Calvopina da pautas de cómo debe accionar la familia ante la emergencia por covid-19, con la finalidad de proteger la salud mental de sus miembros adultos mayores. (Calvopina citado por El Comercio , 2020).

La psicóloga Calvopina señala que antes de iniciar un plan estratégico para apoyar a los Adultos Mayores en su salud mental, es necesario garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas tales como, alimentación, vestimenta y medicación, señala que una de las grandes preocupaciones de los Adultos mayores ante la emergencia sanitaria, es el pensar en que pueden fallecer debido a la falta de su medicina.

Si la o el Adulto mayor cuenta con una red familiar y social que satisfaga sus necesidades básicas, se puede evitar que atraviese una crisis de angustia, una vez cubierta esa etapa, es relevante resolver sus necesidades emocionales como el contacto y la pertenencia, el contacto puede darse mediante el uso de herramientas tecnológicas a través de videollamadas, llamadas telefónicas y redes sociales, así la o el adulto mayor se sentirá más cerca de sus seres queridos (Ibid).

En el confinamiento es necesario realizar rutinas o actividades que permitan que la o el miembro Adulto Mayor dé una continuidad a sus funciones mentales y fisiológicas para evitar que se degeneren, así la recreación, ocio, compartir en familia, autocuidado personal, ejercicios mentales como, sopas de letras, crucigramas, rompecabezas, son algunas de las actividades que permitirán que la salud de la y del Adulto Mayor no se vea afectada. Por último, la Psicóloga señala que una mente tranquila y las normas de higiene

ayuda a mantener un sistema inmunológico fuerte y así evitar el contagio del virus (Ibid).

Como se mencionó anteriormente, la crisis sanitaria que generó el covid-19, tuvo un impacto en la salud física y mental de las personas, especialmente en los Adultos Mayores por motivos expuestos precedentemente, trayendo consigo una serie de efectos colaterales que afectan directamente a su calidad de vida. El confinamiento con el fin de precautelar la salud de los ciudadanos, también ha sido el disparador de trastornos depresivos o de estrés como muestran los estudios.

Frente a ello, surge la necesidad de conocer, ¿Pueden realmente las familias influir en el bienestar emocional y mental durante el confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil?

¿Estamos preparados como familia para afrontar la depresión de un miembro adulto mayor depresivo en confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil?

1.3. Preguntas de Investigación.

1.3.1. Pregunta de Investigación General

- ¿Cuáles han sido las estrategias de afrontamiento de la familia hacia la o el adulto mayor en situación de depresión en confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil?

1.3.2. Preguntas de Investigación Específicas

- ¿Cuáles son los niveles de depresión que presentaron los adultos mayores en confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles fueron las estrategias que la familia utilizó a fin de afrontar la depresión de su miembro adulto mayor durante el confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil?

- ¿Cuáles son los niveles de depresión relacionados con las estrategias de afrontamiento familiar aplicadas durante el período de confinamiento?

1.4. Objetivo General

Analizar las estrategias de afrontamiento que han adoptado las familias frente al miembro adulto mayor en situación de depresión debido al confinamiento por covid-19 en la ciudad de Guayaquil, a fin de identificar las acciones que hayan resultado positivas.

1.4.1. Objetivos específicos.

- Identificar los niveles de depresión que vivenciaron las o los adultos mayores en el primer mes de confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil.
- Describir las estrategias familiares y del propio adulto mayor, ante la situación de depresión experimentada durante el confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil.
- Analizar los niveles de depresión en relación a las estrategias implementadas por la familia y el propio adulto mayor en situación de depresión durante el confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil.

1.5. Justificación.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo explorar qué estrategias de afrontamiento han adoptado las familias frente al miembro adulto mayor en situación de depresión, durante el confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil.

La situación que ha generado la crisis sanitaria a nivel mundial ha tenido un fuerte impacto en las personas y en sus entornos, entre otros aspectos en la

salud mental, en términos de depresión y ansiedad, un artículo del diario ABC, señala que los seres humanos somos una especie social, las interacciones con el otro es indispensable para nuestro desarrollo, dado que, nuestro cerebro está diseñado para socializar y este se ve afectado cuando se reducen esas relaciones (Diario ABC, 2020, pág. 1). Por ello, recalcamos la importancia de investigar cual es la situación de los adultos mayores, ya que al ser considerados un grupo vulnerable y de atención prioritaria, requieren el apoyo social y familiar para afrontar este tipo de condicionantes.

Los adultos mayores tienen como derecho la protección y tratamiento de su salud mental y trastornos derivados de la misma, una de las enfermedades mentales que suelen vivenciar los adultos mayores es la depresión, esta causa un deterioro visible a su calidad de vida, es por ello que la atención, educación y concientización limitada o no existente de la salud mental ya sea por parte del Estado, sociedad o familia es considera una vulneración a los derechos de los adultos mayores.

He ahí la justificación del presente estudio, es decir, evidenciar las estrategias aplicadas por las familias para que así futuros profesionales, familiares o cuidadores responsables del adulto mayor tengan una guía para sobrellevar estos nuevos escenarios, además de permitir el aporte al campo investigativo en el contexto de la crisis sanitaria actual desde un enfoque social, lo que permitirá que existan bases teóricas para futuras intervenciones.

La presente investigación surge desde el interés de la profesión de Trabajo Social, la cual, considera a la familia y el apoyo que la misma brinda una parte indispensable en el desarrollo individual y social de la persona, y al ser el sistema básico en el que el adulto mayor se desenvuelve, es relevante explorar de qué manera la familia aporta estratégicamente al manejo de la situación de depresión.

El Trabajo Social es una carrera con enfoque sistémico, el cual interviene con los distintos sistemas de los sujetos sociales, es por ello, que la familia como tal es un campo de intervención de relevante interés para la profesión, por lo que hemos dirigido nuestro estudio hasta este sistema siendo el

centro de nuestra problemática en conjunto con el adulto mayor, a su vez permitiendo y potenciando a la formación de los nuevos estudiantes en Trabajo Social y a la comunidad investigativa.

El confinamiento es un tema de interés multidisciplinario a estudiar, sin embargo, existe una gran carencia de información y estudios sobre ello, en especial dirigido a la población de adultos mayores, es por eso, que nuestra investigación se diferencia de las demás porque analizaremos y exploraremos las interacciones dentro de la familia y sus acciones frente a un miembro depresivo en este caso la y el adulto mayor en el contexto del confinamiento por covid-19.

Además, el trabajo a investigar tendrá un vasto aporte a la amplificación de datos e información sobre las relaciones entre los indicadores de familia, adultos mayores y confinamiento. Y permitirá realizar una comparación con otros estudios similares según el enfoque de género, políticas, grado, contexto, entre otros.

CAPÍTULO II:

Marcos Referenciales.

2.1. Referente Teórico.

2.1.1. Teoría Sistémica

Consideraremos a la Teoría Sistémica como nuestra teoría base que se utilizará para el presente estudio, su autor L. Von Bertalanffy la acuñó alrededor de la década de los años 40 con el objetivo de estudiar la totalidad de los sistemas y la integración de sus distintas ciencias (García A. , s.f., pág. 1).

Cuando hablamos de sistema se debe comprender que el mismo, debe ser reconocido como un todo y no como la suma de partes individuales, dado que, no son únicamente elementos que conforman un sistema, si no que esos elementos están interrelacionados, dado así que, una acción puede afectar o impactar a los otros y de la misma forma al sistema completo (Peralta, 2016, pág. 127).

Como se mencionó anteriormente La TGS surge en la década de 1950, por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy, quien sentía desconcierto frente a los vacíos de la teoría e investigación biológica para explicar los fenómenos esenciales de la vida, debido a que en los años 30's el enfoque mecanicista era el imperante en la época (Peralta, 2016, pág. 126).

Esta teoría explora las situaciones sociales abordando a los mismos y utilizándolos como un modelo que pueda permitir una mejor organización y que este pueda ser aplicado a todos los sistemas, sin importar el enfoque de estudio (Peralta, 2016, pág. 125).

Según Arnold y Osorio (1998, pág. 2) la TGS es una corriente teórica pertinente para un estudio en el cual se requiera una correcta articulación e interrelación de distintos especialistas y especialidades, exponen que mientras más integraciones haya de los distintos sistemas, participante y

corrientes, existe una mayor probabilidad de que aplique de manera correcta la teoría.

“Tiene un carácter integrador y holístico, en donde lo más importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ella emergen” (Arnold & Osorio, 1998, pág. 1).

La teoría de los sistemas lleva a reflexionar sobre la realidad o lo que se le aproxime más, es decir, no es lineal ni unidireccional, tomando en cuenta para su utilidad los factores sociales, psicológicos, físicos, culturales, entre otros. Reconociendo que esta teoría engloba un conjunto de enfoques que se distinguen entre estilo y propósito (Arnold & Osorio, 1998, pág. 5).

Del mismo modo, los autores (1998, pág. 2) señalan cuales son los objetivos bases de esta teoría, que son:

- a. Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y los comportamientos sistémicos.
- b. Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos los comportamientos.
- c. Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

Así mismo, existen dos consideraciones que surgen de la TGS, siendo estas, estrategias para realizar una investigación con un enfoque de sistema general:

- a. Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos).
- b. Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en los procesos de frontera (sistema/ambiente). (Arnold & Osorio, 1998, pág. 3)

En el primer caso, se puede inferir la cualidad relevante que tiene un sistema está dada por la distancia que existe entre estos miembros integrantes y el orden que surge de la misma. En el segundo, la cualidad se centra en la

relación con otros sistemas externos, existiendo así una corriente de entrada y salida que permita establecer una relación entre el sistema y el ambiente (Arnold & Osorio, 1998, págs. 3-4).

Bajo el anterior marco de referencia acerca de la teoría general de sistemas, la misma puede clasificarse de la siguiente manera: (Arnold & Osorio, 1998, pág. 4).

a. En relación a su entidad, los sistemas se pueden agrupar en reales, ideales y en modelos, los primeros con una existencia independiente del observador, los segundos con construcciones simbólicas y los terceros responden a las abstracciones de la realidad.

b. En relación a su origen, los sistemas pueden ser de manera naturales o artificiales.

c. En relación al ambiente o al grado de aislamiento, los sistemas pueden ser cerrados o abiertos.

Entorno a sus postulados, los autores (1998, pág. 5) nos señalan algunos de los postulados que surgen en la teoría general de sistemas:

a. Entropía: La máxima probabilidad de los sistemas es su progresiva desorganización y su homogeneización con el ambiente, es así, que los sistemas cerrados se encuentran condenados a la desorganización, de la misma manera, hay sistemas que tienden a aumentar sus estados de organización.

b. Información: La información es la más importante corriente negentrópica de que disponen los sistemas complejos.

c. Comunicación: Es el medio que usan los sistemas para el intercambio de información.

d. Retroalimentación: La retroalimentación es el proceso mediante el cual un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en su entorno, la misma información, actúa sobre sus acciones.

e. Equifinalidad: Hace referencia a la mantención de un estado de equilibrio fluyente, es decir, el hecho de que un sistema vivo a partir de distintos caminos que tome, llegará a un mismo estado final.

f. Cibernética: Es un campo interdisciplinario que abarca los procesos de control y comunicación (retroalimentación).

g. Homeostasis: Los procesos homeostáticos, operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, son las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante su estructura sistémica.

h. Viabilidad: Hace referencia, a la capacidad de sobrevivencia y adaptación de un sistema a un medio que se encuentra en constante cambio.

i. Organización: Patrón de relaciones que definen los estados posibles de (variabilidad) para un sistema determinado.

Las investigaciones sobre familia con enfoque sistémico se fundamentan en el conocimiento que los miembros tengan de la familia como tal, es decir, como un grupo con una identidad inherente y como un lugar donde todos tienen la oportunidad de entablar relaciones interfamiliares (Espinal, Gimeno, & González, s.f., pág. 3).

Uno de los primeros investigadores en aplicar la teoría de los sistemas a la familia fue Bronfenbrenner, ya que, este sostenía la idea de que la familia es el sistema en el que una persona se desarrolla y se configura desde su concepción. A partir de ello, se ha permitido poder establecer categorías para el estudio de la familia a partir de la teoría, aplicándola así tanto a familias normativas como a los nuevos modelos de familia, ya que su estructura nos permite integrar conocimiento de otros modelos sistémicos para un sistema complejo como lo es la familia (Espinal, Gimeno, & González, s.f., pág. 12).

2.1.2. Teoría Construccionista

En 1985, surge el concepto de construccionismo social por primera vez, en un trabajo realizado por Kenneth Gergen, quien se convertirá en el máximo exponente de la teoría. La historia del Construccionismo social señala el malestar intelectual hacia el positivismo, por ello que, aparece como una respuesta al empirismo epistemológico, cognitivism, conductismo, experimentalismo y positivismo (Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 3).

Es en 1980, cuando en el campo de la psicología social, el construccionismo logra revolucionar en el campo intelectual que eran dominados por la ortodoxia positivista, logrando así influir en todos los campos de las ciencias sociales (Iñiguez, citado por Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 3).

Es así que, desde la psicología, el construccionismo deconstruyó el enfoque de las investigaciones que se centraba en la mente individual, argumentando, que las mismas carencia elementos históricos – sociales. (Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 3)

El Construccionismo social hace énfasis en que las ciencias son aquellas construcciones acerca de la realidad y esa realidad es un significado producido por la persona (Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 4).

Gergen, por otro lado, define a la teoría construccionista como un conjunto de conversaciones que se desarrollan en cualquier parte del mundo, las mismas participan en un proceso que genera significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos (Gergen citado por Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 4).

Las autoras Bedoya y Arango (2012, pág. 356) entienden al construccionismo como la versión social del constructivismo, explicándolo a través de las emociones, exponiendo que estas son fenómenos internos o privados del ser humano, pero aun así su construcción surge a partir de lo social y el significado de las mismas se obtiene a partir, de las interacciones sociales con los otros.

Según Gergen (2005), el construccionismo busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Un concepto imprescindible dentro de este marco

epistemológico es el lenguaje, al que se le define como el promotor indispensable para acceder y construir la realidad social (Gergen citado por Acevedo Alemán et al, 2018, pág. 5).

Es así que, el construccionismo incluye nuevos conceptos al reconocer que la función principal del lenguaje es aquella construcción de mundos contextualizados, es decir, no se trata únicamente de la transmisión de mensajes. Es así que los teóricos coinciden en que el ser humano adquiere un significado en base a la interacción social expresada por medio del lenguaje (Agudelo & Estrada, 2012, pág. 364).

Villamil citado por Bedoya y Arango (2012, pág. 364) expone que para el construccionismo la comunicación surge a partir de las interacciones y actividades sociales, siendo el lenguaje parte inherente de esta, permitiendo así que exista una co-construcción entre quienes forman parte de un contexto determinado, dando como resultado acciones que tienen significaciones relevantes para quienes se encuentran inmersos en ella.

El construccionismo es una corriente que se declara diferente a las demás ya que esta recoge un conjunto de perspectivas para darle o no un sentido a los estudios, más que una mirada homogénea, el autor expone que para tener un enfoque construccionista se requiere tener una mirada caleidoscópica de la realidad (Sandoval, 2010, pág. 31).

El autor expone un argumento de Gergen en el cual comenta que las sociedades históricamente están expuestas al cambio, por lo tanto, los sujetos que se desarrollen en el mismo cambiarán de igual manera significado que le den a estas realidades, siendo así, que estos significados influyan en las acciones y decisiones de los sujetos que formen la sociedad como tal (Sandoval, 2010, pág. 32).

2.1.3. Teorías sobre Familia

Existen múltiples teorías y abordajes sobre familia que permiten tener una mayor comprensión del estudio, haciendo énfasis en esta por ser parte del

problema objeto de estudio a que la familia es aquella que permite la codificación y desarrollo de los individuos a lo largo de la vida. Algunos de ellos hablan de las interacciones entre los miembros que la conforman, estructura, dinámica, nuevos modelos de familia, entre otros. Ciertos puntos y teorías además son dadas desde varios puntos de vista multidisciplinarios como jurídica, biológica, psicológica, sociológica, haciendo énfasis en este último.

Uno de los autores más reconocidos que ha propuesto y maneja una de las teorías sobre familia es Salvador Minuchin quien comprende a la familia como el núcleo de la sociedad y, además, por ser el primer sistema en el cual se relacionan los sujetos sociales y experimentan el proceso de ciclo vital de todo ser humano (Minuchin, 2003, pág. 20).

Para Minuchin (2003) "La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales" (pág. 39).

También alegaba a la familia como un tejido donde sus miembros puedan desarrollarse psicosocialmente, pero sin obviar su relación externa con la sociedad, pudiendo así asegurar la constancia de su cultura (Minuchin, 2003, pág. 81). A esto también Oliva y Villa concuerdan que debido a estas relaciones externas es que surgen cambios dentro de su estructura debido a la globalización y a las nuevas normalidades modificando y a su vez implementando nuevas costumbres dentro de la dinámica familiar (Oliva & Villa, 2014, pág. 11).

Guamán y Guamán (2010, pág. 17) además nos comentan que la familia analizada desde un enfoque sistémico se la percibe como una totalidad diferente a la suma de sus partes, es decir, que se la concibe como un sistema que se encuentra conformado por un tejido de relaciones y a su vez formada por subsistemas.

Como se ha mencionado anteriormente hoy en día no se define a la familia como un grupo de personas donde las cabezas de hogar necesariamente sean mujer y hombre, ni que entre los que la conformen tengan lazos consanguíneos, hoy en día se conoce a la familia como un grupo social en la

que ya sea por afinidad, alianzas o consanguineidad, conviven bajo una misma red de costumbres y cultura. Es por ello que Cadenas menciona que:

La persona moderna a pesar de poder decidir no tener descendencia, no puede evitar ser reconocido como hijo de otra persona, es decir, la filiación opera de manera universalista y remite al propio sistema segmentado. La alianza, en cambio, abre el sistema a incluir a su lado excluido, al no pariente. Sin alianzas, no obstante, no es posible la reproducción social de la familia. (Cadenas, 2015, pág. 38)

Acotando a lo que dice Cadenas, Gallego alega que en el aspecto afectivo:

La familia es un conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, ésta tiene la responsabilidad social de acompañar a todos sus miembros en el proceso de socialización primario para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria. (Gallego, 2012, pág. 332)

Finalmente, Maganto Mateo nos menciona que “La familia, según se viene exponiendo, es un grupo vital con historia. Es una red comunicacional natural que atraviesa fases en su desarrollo, que suponen crisis naturales, por las que la familia se transforma, crece, madura y/o se rompe” (Mateo, s.f., pág. 5).

2.1.4. Funcionamiento familiar

En el siglo XX, la terapia estructural de familia, que estudia al ser humano en su contexto social, nos habla acerca de las múltiples respuestas del hombre y la mujer como parte de un contexto o del medio (Minuchin, 2003, pág. 23).

Para Minuchin, Fishman y sus colaboradores, desde la terapia con enfoque estructural, se sostiene que, si uno de los miembros modifica las interacciones, se producirán cambios en la conducta individual porque todo se extiende a las partes (Ortega, s.f., pág. 23).

Este modelo estructural se base en el mundo real, de la totalidad que es más que la suma de sus partes, de ahí se parte señalando que el individuo no

puede considerarse como un producto de reacciones internas, sino como el resultado de reacciones de la persona con sus diferentes miembros que conforman su sistema familiar (Ortega, s.f., pág. 29).

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin citado por González, s.f., pág. 2). "Estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros" (González, s.f., pág. 2).

Chinchilla Jiménez citando a Minuchin (2015) expone que la Terapia Estructural de Familia es una terapia de acción: Una transformación de la estructura familiar permitirá alguna posibilidad de cambio. La meta de las intervenciones estructurales se entiende como reubicación de los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios.

Del mismo modo la teoría estructural es un conjunto de teoría y técnicas que en conjunto estudian a los sujetos en su desenvolvimiento dentro del contexto social. El objetivo de la misma es tratar de modificar por medio de una intervención la organización familiar, afirmando que cuando esta es transformada se logra modificar consecuentemente el posicionamiento de cada miembro dentro del grupo familiar. Teniendo como resultado que los miembros modifiquen de igual manera sus experiencias (Minuchin, 2003, pág. 20).

González (s.f.) menciona que la teoría hace énfasis como tal, en los elementos que una familia tiene para que esta no se desintegre, llamándolo a esto, la estructura familiar por lo que esta debe ser fija y estable para proteger a sus miembros y a la vez cumplir con las necesidades requeridas, además de tener cierto grado de flexibilidad que permita que los miembros se sientan aceptados y cómodos dentro del sistema, ya que esto facilitara el proceso por la que evoluciona la familia en sus etapas de ciclo vital (González, s.f., pág. 2).

Fleck nos habla acerca de las funciones de la familia fundamentada en la teoría de sistemas (Stephen Fleck, citado por García Guzmán et al., 2010, pág. 39).

- **Liderazgo y dirección:** Se centra en los progenitores, concebida como la alianza parental, la misma que debe estar dirigida por el respeto mutuo, intimidad emocional, apoyo y comunicación.
- **Manejo de los límites:** Los límites deben de tener dos cualidades fundamentales, la claridad y la permeabilidad, la primera se refiere a la continuidad de inalterabilidad de las fronteras, la permeabilidad significa que los límites deben propiciar y facilitar el intercambio y comunicación entre los miembros de la familia.
- **Afectividad:** Se refiere a los sentimientos, el tono y nivel de intimidad de la familia, por lo que es fundamental que la familia construya un ambiente emocional adecuado que propicie el bienestar psicológico de los miembros.
- **Comunicación:** La comunicación comprende contenidos verbales y comportamientos no verbales tales como la postura, el tono, gestos, los mismos crean hábitos o estilos comunicacionales propios de la familia.
- **Tareas evolutivas de la familia:** Las familias deben adoptar funciones que le permitan adaptarse a cada etapa del ciclo de vida en el que se encuentre cada miembro, de esa manera podrán ejercer de manera funcional cada tarea.

2.2. Referente Conceptual.

2.2.1. Familia

La sociedad se encuentra en constante evolución y con ella viene la adaptación y vivencia de nuevas formas de vida. Hoy en día el concepto de familia se ha visto en la obligación de adaptarse al cambio de una forma positiva que permita aceptar e incluir formas de vivencias que existen desde

hace ya algunos años, pero no han sido visibilizados por regirse a un “status quo” que respaldaba ciertos estigmas.

Se entiende por familia a:

Aquella que reúne a todos los parientes y personas con vínculos reconocidos como tales. El concepto se empleaba como sinónimo de familia consanguínea. Los vínculos civiles, matrimonio y adopción, al conferir la condición de parentesco, extienden el concepto más allá de la consanguinidad. Recoge diferentes núcleos u hogares, con características diferentes: desde organizaciones en las que conviven miembros de tres generaciones y colaterales, hasta hogares monoparentales (Sánchez V. , 2008, pág. 15).

En 1993 la ONU aprobó una resolución para la concientización e información sobre los diversos tipos de familia en los diferentes sistemas que puedan desarrollarse, ya sean estos culturales, sociales, políticos, entre otros (ONU Guatemala, s.f.).

En la sociedad actual, la estructura familiar antes conocida se ha modificado, muchos núcleos familiares se desintegran, dividen o se reestructuran dando paso a nuevos núcleos en los cuales los integrantes de una misma familia pueden pertenecer a otros núcleos como una repercusión de lo antes comentado (Sánchez V. , 2008, pág. 16).

Existen varios modelos y formas en los que se puede conformar una familia:

En los países occidentales la mayoría de la gente vive sola, en familias reconstituidas, separadas, parejas sin hijos, madres solteras, familias homoparentales, varias personas viviendo juntas sin ningún tipo de vínculo biogenético entre ellas, abuelos cuidando nietos, mujeres fuera del hogar todo el día, etc. (Tellez Infantes et al., 2008, pág. 41).

También “Se entenderá por familia a todo grupo social, unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables” (Comisión Nacional de la Familia, citado por Unicef, s.f., pág. 26).

Cadenas citando a Luhmann expone que la familia como un sistema social puede ser comprendida como

Un sistema de comunicación y no un sistema compuesto de humanos o de relaciones entre estos. Al igual que otros sistemas, también, se trata de un sistema autopoiético, es decir, que se reproduce mediante sus propias operaciones. La comunicación que caracteriza a este sistema es, según esta perspectiva, la comunicación personal íntima (Luhmann citado por Cadenas, 2015, pág. 33).

Hoy en día según Torio López (2001) podemos encontrar distintas tipologías de estructura familiar, entre ellas están:

- Familia tradicional institucional o amplia
- Familias extensas o complejas
- Familia elemental, conyugal o nuclear funcional
- Parejas sin hijos
- Hogares monoparentales
- Parejas cohabitantes o uniones de hecho
- Hogares unipersonales
- Familias reconstituidas
- Nuevas formas familiares o alternativas

2.2.2. Funcionamiento Familiar

A partir del año 1975, surgen estudios acerca del funcionamiento familiar, en donde su primicia era el definir las dimensiones que incluía, de la misma forma, la búsqueda de instrumentos que podrían aplicarse para evaluarlo (Polaino y Martínez, citado por Ojeda Silva , 2013, pág. 40).

Por otra parte, el autor Ortiz (2015, pág. 24) define al funcionamiento familiar, como aquella relación que existe entre elementos estructurales con los componentes intangibles que caracteriza o define a cada sistema, los cuales son influidos por la comunicación.

Son diversos autores que abordan el funcionamiento familiar desde diversas categorías, “El Modelo Circumplejo de Olson, cuenta con bastante aceptación” (Ruiz, 2015, pág. 55).

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es “la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)” (Olson, citado por Ferrer Honores et al., 2013, pág. 52).

La dimensión de cohesión hace referencia al vínculo emocional que existe entre los miembros de la familia, de la misma forma, aquella autonomía con la que cuenta cada uno, por otro lado, la dimensión de adaptación se refiere a la habilidad del sistema para crear cambios en su estructura de poder, es decir, que el sistema familiar tenga la capacidad para cambiar las relaciones entre roles o reglas que surgen mediante su interacción, en función a la situación que atraviese el propio sistema (Ruiz, 2015, pág. 55).

Así mismo, dentro del funcionamiento familiar, se habla acerca de la funcionalidad familiar donde se abordan a las familias funcionales y familias disfuncionales.

Siguiendo el modelo de Olson, él clasifica a la familia según su funcionalidad como: Caótica, flexible, estructurada, rígida, disgregada, separada, relacionada y aglutinada, de la misma forma, los conceptos para medir la dimensión de cohesión son: vinculación emocional, límites, coalición, tiempo y espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación, y en cuanto a la dimensión de adaptabilidad se encuentran: estilo de negociación, poder en la familia, tales como (asertividad, control, disciplina), relaciones de roles y reglas en las relaciones (Ferrer Honores et al., 2013, pág. 53).

“La funcionalidad familiar ha sido definida como el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta” (Mc Cubbin & Thompson, citado por Ruiz Balvin, 2015, pág. 55).

Paladines y Quinde (2010, pág. 30) señalan que la funcionalidad familiar es aquella capacidad que tiene un sistema para enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que enfrenta cada uno.

Cuando se habla de la funcionalidad o de lo funcional, se hace referencia, a grupo humano donde sus interrelaciones permiten favorecer el desarrollo sano, crecimiento individual, familiar y social de todos los miembros del sistema familiar (Ojeda Silva, citado por Arés, 2013, pág. 41).

Dentro de los diferentes estudios, se habla acerca de la funcionalidad o disfuncionalidad dentro del contexto familiar. Las familias que cuentan con un buen funcionamiento familiar se caracterizan por la construcción satisfactoria de sus funciones determinadas históricamente, como lo son, las biológicas, afectivas, culturales, económicas, educativas y espirituales (Herrera, citado por Ojeda Silva, 2013, pág. 41).

Mientras que, las familias que mantienen un funcionamiento disfuncional generan dificultades en la individualización de sus miembros, limitando la superación personal (Hidalgo y Carrasco, citado por Ojeda Silva , 2013, pág. 42).

Olson, por otro lado, define a la familia con funcionamiento disfuncional como aquella que presenta las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en los niveles extremos y son sostenidas por un largo tiempo (Olson, citado por Ojeda Silva, 2013, pág. 42).

2.2.3. Estrategias de afrontamiento familiar

Previamente pudimos analizar los conceptos de familia para posteriormente ver cómo y para qué funciona la misma, ahora se expondrá qué es aquello que la familia utiliza para afrontar momentos de crisis y cambios, a esto se le llaman estrategias de afrontamiento familiar (Martínez et al., 2017, pág. 577).

“El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios” (McCubbin, Olson y Larsen citado por Macías et al. , 2013).

El afrontamiento familiar se lo entiende como

un conjunto de interacciones dentro de la familia y de transacciones entre la familia y la comunidad. En el proceso de afrontamiento, la

familia debe aprender a detectar y a resolver los problemas o acontecimientos vitales estresantes. Para ello, debe ser capaz de evaluar la situación, enfrentarse al problema (o estresor) redefiniendo sus roles y modificando sus metas, si es necesario, para poder adoptar una actitud práctica y flexible que le permita hacer frente a la situación. Para ello, en muchas ocasiones resulta necesario promover cambios internos en la organización familiar (Rodas, s.f.).

Los autores García y Rodríguez alegan que “el concepto de afrontamiento hace referencia al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos” (García & Rodríguez, 2005, pág. 46).

Además, Macías et al. (2013) nos menciona que estas estrategias se encuentran en constante cambio, adaptándose a la dinámica familiar y al momento de ciclo vital que se encuentren, también pueden variar dependiendo a la demanda que surja durante el proceso.

Esta capacidad que tienen las familias, va a depender de ciertos factores: primero, qué tan severo sea o se encuentre la situación, qué tipo de estresores, cuántos y cuáles han sido los sucesos que han repercutido en un mismo período, existencia de vulnerabilidades pasadas no concluidas, y, por otro lado, la resiliencia que la familia tenga como un sistema conjunto y que este permita y tenga recursos intrafamiliares para afrontar la crisis o situación (Martínez et al., 2017, pág. 578).

Macías et al. citando a Hernández; Galindo & Milena subrayan que:

A nivel familiar, las estrategias de afrontamiento tienen en cuenta dos dimensiones: la primera hace referencia a la realidad subjetiva de la familia considerado como una entidad en sí misma; y la segunda se refiere a la naturaleza de interacción del afrontamiento en la familia (Hernández; Galindo & Milena, citado por, Macías, 2013).

McCubbin, Olson y Larsen citado por Macías et al. (2013), a partir de sus investigaciones sobre las estrategias conceptuales y de resolución de

problemas utilizadas por las familias de situaciones de crisis, proponen los siguientes tipos de estrategias:

- Reestructuración. Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.
- Evaluación pasiva. Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
- Atención de apoyo social. Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
- Búsqueda de apoyo espiritual. Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.
- Movilización familiar. La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Frente a situaciones de salud mental al momento de aplicar las estrategias la familia debería, en conjunto con un acompañamiento profesional, evaluar su estructura, es decir, sus roles y reinventando la misma asumiendo la situación actual y adoptando una actitud práctica y resiliente en las relaciones que se desarrollen frente y en conjunto al miembro, en caso de que estas estrategias resulten, en efecto, los niveles de estrés disminuirán proporcionando así equilibrio (García & Rodríguez, 2005, pág. 46).

2.2.4. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo, que involucra un conjunto de procesos, interactivos e independientes, que determinan la esperanza de vida y el estado de salud que comienza con el nacimiento, es heterogéneo e irreversible y no necesariamente implica deterioro. En el mismo intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales (Ochoa, 2013, pág. 12).

La Organización Mundial de la Salud (2018, pág. 1) nos habla del envejecimiento desde una perspectiva biológica en la que señala que, el

envejecimiento incluye una acumulación de daños moleculares y celulares, que genera a largo tiempo, una disminución en sus capacidades físicas y mentales, lo que conlleva a un incremento de riesgo de enfermedades y finalmente a la defunción. Otros factores relacionados al envejecimiento son la jubilación, traslado a residencias más apropiadas y la muerte de amigos y pareja.

De la misma forma, la OMS (2014, pág. 17) señala que la vejez es aquel proceso fisiológico que tiene su inicio desde el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en este periodo del ciclo vital, las funciones mentales y físicas se ven afectadas o disminuidas.

Los cambios sociales que se pueden presentar durante la vejez son la disminución en el apoyo socio-familiar, pérdida de estatus laboral y económico y mayor aislamiento social, ampliadas por las limitadas capacidades y recursos para adaptarse a esas circunstancias (García F. , 2014, pág. 23).

Desde el contexto psicológico, se presentan cambios como la disfunción intelectual, problemas de memoria, menor potencia sexual, dificultades para responder ante el estrés, son algunas de las dificultades psicológicas que experimentan con mayor frecuencia los adultos mayores (Fernández y Ballesteros, citado por García Sánchez, 2014).

2.2.5. Adulto Mayor

A las y los adultos mayores de manera general se los percibe como personas que contribuyen al desarrollo de una sociedad. En Ecuador, el adulto mayor según la (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 35) es aquella persona que haya cumplido los sesenta y cinco años de edad. Partiendo de otros conceptos, la OMS (2018, pág. 1) indica que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años se las considera personas viejas o ancianas, y los que exceden los 90 años se los denomina, grandes, viejos o longevos.

Se debe entender a la persona adulta mayor en un contexto sociocultural, antropológico, familiar y económico, cada individuo envejece de diferente manera, siendo un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional. (García F. , 2014, pág. 27)

Las redes de apoyo familiares, sociales y comunitarias tienen un valor significativo en el bienestar y desarrollo general del adulto mayor, el sentirse necesario es uno de los predictores de longevidad, se debe tratar de mantener las relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción, con el fin de que cada miembro sienta que colabora al bienestar común de su sistema familiar, de esa manera, se lograría que el adulto mayor tenga un envejecimiento satisfactorio (Serrano, 2013, pág. 16).

2.2.6. Depresión

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, s.f.).

Además, agrega que es un trastorno evolutivo, es decir, este puede evolucionar hasta llegar a ser crónico o frecuente, y llegar a interferir en las actividades diarias y en su desempeño dentro de los distintos sistemas como la familia, trabajo, instituciones académicas, etc. Si las crisis son leves estas podrían tratarse en conjunto a un acompañamiento profesional sin necesidad de medicamentos, si es moderada a grave es muy probable que se requiera una terapia más focalizada y tratamiento médico, en su forma más grave, la depresión podría terminar en suicidio (OMS, s.f.).

El CIE 10 define a la depresión como:

Una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. También son manifestaciones de

los episodios depresivos (CIE-10, citado por, Universidad Complutense Madrid, s.f.).

- a. La disminución de la atención y concentración
- b. La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil
- d. Una perspectiva sombría del futuro
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f. Los trastornos del sueño
- g. La pérdida del apetito

Los autores Alberdi et al. agregan que:

el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (Alberdi et al., 2006, pág. 1).

Señala que este trastorno como un conjunto de vivencias, experiencias, sensaciones que son dolorosas, no tratadas, negativas, paralizantes, entre otras. Que modifica el estado emocional de la persona deprimida, acompañado con síntomas frecuentes como los mencionados anteriormente y pudiendo desencadenar otros trastornos (Universidad de las Américas Puebla, s.f., pág. 3).

2.2.7. Confinamiento

El confinamiento es una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas como cuarentena, aislamiento y distanciamiento social, no han sido suficientes para inmovilizar el contagio de la enfermedad o virus. Consiste en un estado en donde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales, como el distanciamiento social, uso de insumos de

protección como mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte público y privado, cierres de frontera, etc. Es así que, el confinamiento conlleva a que las personas estén el mayor tiempo posible refugiadas bajo las normas expuestas por las autoridades con el fin de precautelar la salud y evitar más contagios (Sánchez & de La Fuente, 2020, pág. 1).

De la misma forma, Bonifacio Sandín et al. (2020) señalan que las actividades autorizadas dentro de un estado de confinamiento, responden a las relacionadas con los bienes de primera necesidad como, la adquisición de alimentos de primera necesidad, compras de medicina y asistencia a centros médicos o a laboratorios.

Duarte señala que el confinamiento además de reducir la mortalidad, representa una disminución de presión sobre los sistemas sanitarios, dado que, el excesivo trabajo en los sistemas de salud, puede generar un incremento de muertes por otras causas o que los pacientes no puedan ser atendidos correctamente. (Duarte, citado por Diario Público, 2020).

Durante el confinamiento, dentro del sistema familiar surgen cambios en las emociones y pensamientos de los miembros, tales como, rabia, miedo, frustración. A ello se unen las pérdidas económicas, sueños frustrados hasta fallecimiento de conocidos o personas queridas (Sanz et al., 2020, pág. 2).

Las características y los múltiples factores asociados que surgen a raíz de una pandemia, cualifican al confinamiento como una adversidad de elevado estrés psicosocial, teniendo esta, un impacto psicológico mayor a los sucesos vitales normativos (Bonifacio Sandin et al. , 2020, pág. 2).

El mundo ha atravesado diferentes pandemias ocasionadas por el brote de un virus, las mismas, han afectado la estabilidad económica, social y de salud de los países. Una de ellas es la gripe española y el covid-19, que se relacionan, dado que, ambas han generado un alto nivel de defunciones en la población infectada, se presentan inicialmente como un síntoma de gripe, y ambas han generado que la población entre en un estado de confinamiento para proteger su salud y la propagación (CDC, 2019, pág. 1).

La pandemia de la gripa fue denominada gripe española debido a que España procuró la difusión sobre la presencia y desarrollo del virus, de la misma forma, la gripa española no puede ser entendida únicamente como un hecho que surgió por la mutación de un virus, si no también, por aquellos acontecimientos históricos que atravesaban los países, que generaba una ruptura en las relaciones sociales, socioambientales y en la salud (Rodas, 2017, pág. 161).

En relación al nuevo coronavirus denominado Covid-19 y que actualmente está afectando al mundo entero, es parte una amplia familia de virus, algunos de ellos, tienen la capacidad de transmitirse de los animales hacia las personas. Entre sus cuadros o síntomas clínicos, van desde un resfriado común hasta afectaciones más graves. Este virus fue detectado por primera vez en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China (Ministerio de Salud Pública, 2020, pág. 1).

“La crisis del COVID-19 acelerará algunos cambios estructurales en curso en la última década. Por ejemplo, las cuarentenas forzadas aumentarán la virtualización de las relaciones económicas y sociales; el teletrabajo prevalecerá en más industrias y regiones, y la digitalización avanzará aún más rápido” (Bárcena, 2020, pág. 4).

2.3. Referente Normativo.

En el presente estudio se ha realizado un análisis tanto de las normativas que rigen a nivel nacional como de las internacionales relacionadas al adulto mayor, de la misma forma, en el análisis se toman en cuenta aspectos como el objetivo de la normativa, el enfoque y la temporalidad.

2.3.1. Normativas Nacionales.

La Constitución del año (1998, pág. 17) en su **art. 47** señalaba que los niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas con enfermedades catastróficas y personas de la tercera edad, recibirán atención prioritaria, preferente y especializada en los ámbitos

públicos y privados, de la misma forma, la Constitución de la República del Ecuador (2008, pág. 18) en el capítulo tercero sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria **art. 35** y en su sección específica dirigida hacia las y los adultos mayores **art. 36**, coincide en que este grupo etario, recibirá una atención prioritaria bajo los elementos mencionados anteriormente y en especial en campos de inclusión económica y social y en protección contra la violencia.

Las dos leyes concuerdan en que las personas consideradas dentro de un grupo vulnerable deben recibir una atención prioritaria y especializada para su tratamiento, del mismo modo, se observó que, dentro de la ley de 1998, el término usado para los adultos mayores es tercera edad y no especifican la edad en la que se los considera como tal, mientras que, en la Constitución del 2008, se logra evidenciar que son adultos mayores las personas que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad en adelante, adicional a ello, la ley actual está escrita bajo un enfoque de género, lo que no se lograba evidenciar en su totalidad en la anterior.

Finalmente, la constitución del año (1998, pág. 19) en su **art. 54** mencionaba que, el Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a la asistencia especial con el fin de asegurarles un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita, la misma donde la familia, sociedad y el Estado proveerán a las personas de tercera edad y a los otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica para su estabilidad física y mental.

A su vez, la ley del año (2008, págs. 18-19) en su **art. 37** señala que el Estado debe garantizar los siguientes derechos hacia las personas adultas mayores, como, la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito de medicinas, trabajo remunerado, jubilación universal, rebajas en los servicios públicos y privados de transporte o espectáculos, acceso a una vivienda que propicie una vida digna, entre otras, de la misma forma, en su **art. 38** determina que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, las mismas que, tendrán diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, inequidades

de género, etnia, cultura, asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. Estas leyes coinciden en que las personas adultas mayores deben recibir una asistencia especial e integral en los diferentes entornos en los que se desenvuelvan, la ley actual abarca los deberes anteriormente mencionados del Estado, desde una mirada mucho más amplia para que así, las políticas y programas sean más focalizadas de acuerdo a las diferencias que tienen las personas y la sociedad en general.

Dentro de las leyes específicas dirigidas hacia las y los adultos mayores se encuentra **La ley orgánica de las personas adultas mayores** (2019) en su capítulo III **art. 9** señala cuales son los deberes del estado, sociedad y la familia frente a la población de adultos mayores, el Estado debe elaborar y ejecutar políticas públicas, planes y programas, los mismos que deben estar articulados al Plan Nacional de Desarrollo y a las instituciones que integran el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral, todo ello, enmarcado a la garantía de los derechos de las personas adultas mayores, la sociedad, debe promover y respetar los derechos de las personas adultas mayores y brindar un trato especial y preferente, la familia, debe fortalecer las habilidades, competencias y destrezas del adulto mayor, de la misma forma, deben fortalecer las capacidades y habilidades personales y familiares para el cuidado y atención de los adultos mayores (pág. 10).

El bienestar integral de la persona adulta mayor dependerá del apoyo y cuidado que brinde sus entornos inmediatos, es por ello que, el Estado, la sociedad y la familia tienen la responsabilidad de trabajar en conjunto para garantizar a las y los adultos mayores el goce pleno de sus derechos, de esa forma, estarán contribuyendo a que las y los adultos mayores tengan un envejecimiento saludable y de calidad.

De la misma forma, la ley del (2019) en el **art. 42** señala que, los adultos mayores tienen derecho a la salud integral, por eso, el Estado debe garantizar que gocen de ese derecho sin discriminación física, mental, sexual o reproductiva, de la misma forma, su acceso debe ser de manera universal, solidaria, equitativa y oportuna a los servicios de promoción,

prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, todos con un enfoque de género, generacional e intercultural (págs. 14-19). Una vida digna y una salud integral que sea propicia para el desarrollo del adulto mayor, debe estar encaminada al trabajo en conjunto del Estado, sociedad y familia, ellos deben asegurar el cuidado y protección, así mismo, optimizar sus capacidades y funciones que le permitan seguir relacionándose y trabajando en lo que hacen y disfrutan.

La Ley Orgánica de Salud fue decretada en el año (2006), en su **Art. 14** manifiesta el compromiso por parte del Sistema Nacional de Salud para desarrollar e implementar planes y programas que permitan una atención integral de calidad privilegiando a los grupos vulnerables, en este caso a los adultos mayores, sin obviar la importancia de la familias y las comunidades, fomentando y rompiendo el estigma de las enfermedades mentales permitiendo así que los que la sufren puedan reinsertarse socialmente sin discriminación alguna (Ley Órgánica de Salud, 2006, pág. 6).

El Código Orgánico de Salud concuerda en que las y los adultos mayores al ser una población vulnerable, deben recibir una atención preferente y adecuada a la condición personal que cada uno presente e intervenir inmediatamente en el problema que le genere un riesgo a su salud (2016, pág. 16).

Otra ley nacional que aporta al amparo en ciertos aspectos del adulto y adulta mayor es la **Ley de Seguridad Social** cuyo principal rector es el *Seguro General Obligatorio*, en referencia a la atención médica, la Ley de Seguridad Social manifiesta en su **Art. 103** sobre las prestaciones de salud alegando el derecho a la misma a través de consultas, procedimientos, medicinas y especialmente a tratamientos de enfermedades crónicas degenerativas y catastróficas, beneficiando a la población a estudiar en este ámbito que es de suma importancia por el proceso evolutivo del envejecimiento que afecta en su mayor parte a la salud física (Ley de Seguridad Social, 2011, pág. 32).

Así mismo, es importante señalar que frente a la situación sanitaria a nivel mundial que ha generado el covid-19, en Ecuador surge la **Ley Orgánica de**

apoyo humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del covid-19. Dentro de lo establecido en la ley, hemos logrado identificar que no se prioriza a la población vulnerable de las y los adultos mayores, y en relación a la familia, esta ley está enmarcada en normativas dirigidas hacia la educación y el empleo como el teletrabajo o las plazas de trabajo en general.

Si bien es cierto, la economía es un factor importante para el desarrollo de un país, consideramos que aquellos aspectos sociales tales como la salud mental y física, los vínculos familiares, las redes de apoyo, la atención prioritaria a los grupos vulnerables entre otros, debe considerarse con la misma importancia (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2020, pág. 15).

Guardando correlación con los lineamientos de la investigación, la Ordenanza para la protección de las personas adultas mayores de Guayaquil presentada por el GAD Municipal de Guayaquil (2019) expide en el **Art. 3** que las políticas públicas locales van a dirigirse como punto principal a la familia del y la adulta mayor por ser el contexto más influyente por lo que se ven en la necesidad de protegerlo, también mejorar los procesos de atención prioritaria y que estos sean de calidad, durante esta crisis más que nunca el fortalecimiento de los servicios de apoyo para este grupo etario es muy necesario para disminuir el impacto psicológico que trajo la pandemia, en conjunto con el confinamiento (M.I Municipalidad de Guayaquil , 2019).

Direccionando sus fines a otros ejes también como el principio de no discriminación, participación activa, inclusión y entre otras más se pueden inferir del **Art.4**, el enfoque de género es otro eje expuesto en el **Art. 5** garantizando así que esto se encuentre en todos los planes, programas y proyectos por parte del municipio, además del derecho a la salud estipulado en el **Art. 12** donde se asegura una atención integral como se ha expuesto anteriormente, trabajando en conjunto con los centros gerontológicas para que estos puedan buscar estrategias que permitan salvaguardar la salud mental y física del adulto mayor para contribuir a su calidad de vida (Ibíd.).

2.3.2. Normativas Internacionales.

Dentro de este nivel podemos encontrar como primer régimen a la **Declaración de los Derechos Humanos** decretada en 1948 por las Naciones Unidas, señala en su **Art. 24**, el derecho que tenemos todos los seres humanos de sentirnos libres, tener momentos de recreación, descanso digno y limitaciones y beneficios laborales, indagando en la importancia que tiene y el impacto positivo en la vida de todos, amparando de mayor manera a grupos vulnerables como lo son los y las adultas mayores para garantizarles a través de estas acciones un envejecimiento activo y de calidad (Naciones Unidas, 2015, pág. 50).

Asimismo, esta declaración asegura el **Art. 25** el derecho de una vida digna donde la familia y la persona como tal, en este caso, el y la adulta mayor pueda gozar de salud tanto física como mental, alimentación, vivienda, asistencia médica y, por último, pero no menos importante el acceso a servicios sociales, más que nada vulnerar estos mismos en esta época de crisis sanitaria sería un total atropello a los derechos y la vida siendo más difícil superar la pandemia (Ibíd.).

Así mismo, **El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento** en la **sección d**, dirigida a la familia en el estatuto 6 del mismo año de (1982), expone la importancia de la familia en él y la adulta mayor y como su impacto puede afectar de forma negativa o positiva en el proceso de envejecimiento, recomendando así que tantos hombres como mujeres que formen parte del hogar deben tomar la responsabilidad de los cuidados del adulto mayor, aplicando el enfoque de género para apartar el estereotipo de que la mujer en la encargada de los cuidados general del hogar y sus miembros, igualmente el estado deberá apoyar implementando políticas sociales para promover esta participación entre pares.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en el año (1991) adoptaron **Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad** donde se asentaron las bases para futuras convenciones para discutir los derechos de los y las adultas mayores, se discutieron puntos tales como la Independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad, para

esta investigación el eje de pertinente a analizar es el de **cuidados** ya que en el mismo expone la relevancia de la familia en el sentido de protección y cuidado que tienen que tener con el adulto mayor, además de garantizar los servicios de salud y que estos a su vez permitan salvaguardar el bienestar físico, mental y emocional en casos necesarios, como lo sería esta crisis sanitaria, activando y priorizando los servicios sociales y de salud para poder informar a la familia sobre como accionar frente a estas crisis y proteger la calidad de vida de este grupo etario.

El 15 de junio del 2015 la Organización de los Estados Americanos (OEA), aprobó la **Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**. La convención (2015) a partir del **art. 6** señala que los Estados adoptaran las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y a vivir con dignidad su vejez, es así, que los Estados tendrán que tomar medidas que permitan que las instituciones públicas y privadas ofrezcan una atención integral, de la misma forma, en su **art. 9**, el Estado debe garantizar al adulto mayor seguridad y una vida sin violencia que atente contra su salud física o mental (págs. 6-7). Los Estados se encuentran en el deber de cumplir estas medidas para que los adultos mayores atraviesen una vejez de calidad y seguridad que es primordial para el fortalecimiento de su salud física y mental.

Así mismo, en el **art. 8** de la convención del (2015) se enfatiza el derecho a la participación e integración comunitaria, en donde la y el adulto mayor tienen el derecho a tener una participación activa, productiva, plena y afectiva dentro de la familia, comunidad y la sociedad, de la misma forma y como lo señala el **art. 22**, el disfrute al derecho de la recreación, esparcimiento y deporte. Las personas mayores tienen el derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo y como lo menciona el **art. 12**, este sistema integral de cuidado debe proveer protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, vestuario, vivienda, entre otras (págs. 6-8-13).

Los estados deben garantizar que la persona adulta mayor acceda a los servicios o programas que fomenten la participación para fortalecer la salud interna y los lazos sociales en los diferentes contextos en los que se desenvuelva, de ese modo, se promoverá su autorrealización, autonomía e inclusión, también, deberán diseñar medidas de apoyo con enfoque de género hacia las familias y cuidadores tomando en cuenta las necesidades y situaciones individuales de cada una.

En relación a la salud, la convención (2015) en su **art. 19** señala que la persona mayor tiene derecho a la salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, siendo deber del estado, diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya, promoción, prevención y rehabilitación, con la finalidad de propiciar el disfrute de su bienestar físico, mental y social, de la misma forma, este derecho se relaciona con el **art. 24**, que es el derecho a una vivienda, la misma que debe brindar seguridad, entornos saludables, accesibles y adaptables a las necesidades de la familia (págs. 11-13).

Es por ello que, los adultos mayores tienen que recibir una atención prioritaria en los sistemas de salud públicos y privados, y es el Estado el encargado de implementar o fortalecer las políticas públicas que fomenten un envejecimiento activo y saludable, en relación a la vivienda, el mismo, debe permitir que los adultos mayores accedan a los servicios socio-sanitarios, los mismos que deben de ser integrados y de calidad, de esa manera se mantendrá estable su salud física y mental, lo que le permitirá continuar con sus actividades cotidianas.

2.4. Referente Estratégico.

Para ampliar el contexto normativo de esta investigación relacionada al adulto mayor, es necesario acudir a los planes y agendas nacionales que tiene Ecuador, en la misma, expondremos los artículos, objetivos y políticas públicas que amparan a las personas mayores dentro del ámbito de la salud y de la familia.

2.4.1. Planes Estratégicos/Agendas Nacionales

El plan estratégico vigente en nuestro país es el **Plan Nacional de desarrollo Toda una Vida**.

Para cumplir con lo propuesto, el Plan Nacional (2017, pág. 36) propone el abordaje de los objetivos y la política pública nacional a través de tres ejes que son:

1. Derechos para todos durante toda una vida
2. Economía al servicio de la sociedad
3. Más sociedad, mejor Estado

Dentro del contexto de nuestra investigación, es importante abordar lo que el eje número uno denominado “Derechos para todos durante toda una vida” expone.

Eje 1: Derechos para todos durante una vida

El eje número uno considera al ser humano como un sujeto de derecho en todo su ciclo de vida, es decir, que toda persona sin distinción alguna es titular de derechos y por ende no puede ser discriminando, de la misma forma y como se mencionaba anteriormente, el plan promueve que cada persona sea valorada desde sus condiciones individuales celebrando la diversidad. Mediante las políticas públicas y los servicios disponibles se pretende eliminar cual forma de violencia que pueda atentar contra la vida de las personas.

El Estado debe garantizar el cumplimiento de estos derechos, especialmente en los grupos de atención prioritaria. En relación al adulto mayor, esta reforma priorizará la ampliación de la cobertura y especialización de los servicios de salud, pensiones no contributivas, envejecimiento activo y digno con participación intergeneracional, cuidado familiar o institucional, entre otros (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, 2017, pág. 48).

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas

Dentro de este objetivo, el Estado debe garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para todas las personas en sus ciclos de vida, mediante el préstamo de servicios los cuales permitirán que las personas gocen y ejerzan sus derechos y al mismo tiempo lograr satisfacer sus necesidades básicas, pero este objetivo no solo se centra en el provisión de servicios, si no que va mucho más allá, como la lucha constante contra la inequidad, violencia, pobreza, de esa forma se alcanzaría el disfrute pleno de los derechos humanos (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, 2017, págs. 53-54).

En relación a la salud, el objetivo señala la importancia de orientar este derecho de manera especial hacia los grupos de atención prioritaria y vulnerable con enfoque en la familia como base fundamental de la sociedad. Es así que, lograr una vida digna, especialmente, en aquellos grupos vulnerables, debe incluir la promoción de un desarrollo inclusivo que empodere a cada persona en su ciclo vital (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, 2017, pág. 54).

A continuación, se presentarán algunas políticas públicas del Plan Nacional relacionadas a nuestra investigación:

1.2 Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.

1.5 Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

1.8 Garantizar el acceso a una vivienda adecuada y digna, con pertinencia cultural y a un entorno seguro, que incluya la provisión y calidad de los bienes y servicios públicos vinculados al hábitat: suelo, energía, movilidad, transporte, agua y saneamiento, calidad ambiental, espacio público seguro y recreación.

1.15 Promover el uso y el disfrute de un hábitat seguro, que permita el acceso equitativo a los espacios públicos con enfoque inclusivo.

Dentro de las intervenciones emblemáticas que corresponde al eje 1, se encuentra el programa **mis mejores años**, este programa es “un instrumento que busca la inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación oportuna de servicios como la atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal” (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, 2017, pág. 67).

En relación a las metas que podrían vincularse con nuestra investigación, se encuentran:

- Incrementar de 12,2% a 14,4% la población mayor a 12 años que realiza más de 3,5 horas a la semana de actividad física a 2021.

Esta meta no mide específicamente la actividad física, más bien, hace énfasis en el tiempo libre y duración de la ciudadanía hacia la realización de actividad física. En el año 2018 a través de la información de la ENEMDU la actividad física se concentró un 10,1% a nivel nacional a comparación con el 11,1% que presentó en el año 2017, lo que indica que este índice ha disminuido (INEC, 2019, pág. 8).

En relación a la salud, la meta a alcanzar es:

- Aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud incrementar el porcentaje de percepción positiva de los hogares con relación a servicios públicos de salud de calidad a 2021 (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, 2017, pág. 59).

Así mismo, cabe señalar que uno de los entes rector del cuidado y protección de la o el adulto mayor es el MIES.

Los centros y servicios de atención hacia las personas adultas mayores, se dan a través de servicios de centros gerontológicos residenciales, de atención diurna y de espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro, todos ellos con la finalidad de satisfacer sus diversas necesidades. (Ministerio de Inclusión Económica y Social , s.f., pág. 1)

A partir del Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, surge la **Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional**.

Entre ellas podemos encontrar **La Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional** (2017). Para el análisis de las políticas para las y los adultos mayores se realizó una consulta propiciando la participación ciudadana de los mismos, de lo cual se identificó y analizó que la necesidad más afectada es el acceso a los servicios de salud, que son de suma importancia durante esta etapa de vida, estas necesidades son de distintos índoles no solo de servicio, sino de factores externos que no permiten gozar completamente este derecho, por lo que se vieron en la necesidad de generar políticas que permitan una mejor optimización del servicio, a través de planes y programas que atiendan de manera integral las necesidades del grupo etario (Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2017, pág. 172)

Para lo mencionado anteriormente se recomienda fortalecimiento de planes y programas para (2017, pág. 172)

-Promover prácticas de vida saludable

-Reducir la malnutrición

-Impulsar practicas con enfoque intercultural y territorial

-Atención inmediata en caso de enfermedades catastróficas o de alta complejidad

-Desarrollar hábitos de salud mental desde el ámbito familiar y la prevención para la detección de suicidios y otros trastornos.

Entre otras recomendaciones se promueve la necesidad de una política estatal que promueva específicamente los estilos de vida saludable que permitan un envejecimiento activo y saludable (Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2017).

Concatenándonos con el estudio, otra de las problemáticas más recurrentes a las que enfrentan los y las adultos mayores es la inactividad física lo cual tiene un impacto a la salud tanto mental como física, por lo que se vieron en la necesidad de trabajar en conjunto con los comités barriales y centros gerontológicos para continuar interviniendo con la problemática, además de promover dentro de todos estos ejes el buen trato hacia ellas y ellos por parte de la familia, sociedad y Estado (Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2017, pág. 173).

En el Ecuador, contamos actualmente con el Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida implementado en el año 2017 con vigencia hasta el año 2021, en el, pudimos observar que sus políticas públicas y sus metas establecidas, no abordan al adulto mayor concretamente, pese a que, en su objetivo, el mismo es parte de un grupo de atención prioritaria, consideramos que debe profundizarse y establecer políticas específicas en relación a ellos, dentro del mismo Plan Nacional, se han generado agendas focalizadas en este grupo prioritario como lo es la agenda nacional para la igualdad intergeneracional, cuyo objetivo ha sido el de cubrir con aquellas necesidades básicas de los grupos de atención prioritaria o vulnerables como lo son las niñas, niños y adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores, a partir de eso, se definen políticas que abarquen las necesidades de estos grupos.

Transmitimos también, la inexistencia de agendas dirigidas hacia la familia como institución fundamental de la sociedad y de agendas enfocadas hacia la salud mental, dado y como se mencionó anteriormente, la familia y la salud son determinantes que influyen directa e indirectamente en la calidad de vida de un adulto mayor, por ello, la importancia de que nuestro país genere agendas que abarquen a estos sistemas.

CAPÍTULO 3: Metodología de la Investigación.

3.1. Enfoque de la Investigación.

Para la presente investigación se utilizó el enfoque de investigación cuantitativa y cualitativa, también denominada, enfoque mixto, este método nos permitió entender y ahondar el problema o el fenómeno desde una mirada más integral y holística (Newman et al., citado por Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar, 2014 , pág. 549).

Hernández y Mendoza definen al enfoque mixto de investigación como

Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández & Mendoza, Metodología de la investigación, 2008, pág. 546)

Por ello, nuestra investigación abarcó aquellos aspectos cuantitativos y cualitativos que surgen dentro de la problemática identificada, de esa forma, se realizó una explicación y exploración de los datos con mayor profundidad, que, a su vez, nos permitió determinar la relación o confrontación de las distintas percepciones o respuestas que tuvieron las familias con sus adultos mayores frente a la situación anteriormente mencionada (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2012, pág. 550).

3.2. Tipo y Nivel de la Investigación.

Al ser una investigación con enfoque mixto, el estudio tuvo como alcance una investigación de tipo descriptivo exploratorio, se entiende como una investigación descriptiva a aquella que busca

conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables (Morales, 2012, pág. 2).

Siguiendo la misma línea en este estudio, se procedió a describir las estrategias usadas por las familias en adultos y adultas en caso de presentar síntomas de depresión durante el primer mes de confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil. Al ser de carácter exploratorio se define que esta “Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento” (Morales, 2012, pág. 7).

Es por ello que, si bien el tema de la depresión en adultas y adultos mayores ha sido investigado previamente bajo distintos contextos, no lo ha sido en situaciones de confinamiento puesto que es un fenómeno reciente para nuestra ciudad.

3.3. Método de Investigación.

El método que se escogió para nuestra investigación es un método mixto con estrategias de combinación, el autor Bericat señala que:

La estrategia de la COMBINACIÓN no se basa en la independencia de métodos y resultados, como en la complementación, ni en la independencia de métodos, pero en la convergencia de resultados, como en la estrategia de convergencia. En este caso se trata de integrar subsidiariamente un método, sea el cualitativo o el cuantitativo, en el otro método, con el objeto de fortalecer la validez compensando sus propias debilidades mediante la incorporación de informaciones que proceden de la aplicación del otro método, a tenor de sus fortalezas metodológicas (Bericat, citado por Echeverría, 2016)

Como se mencionará más adelante, el uso de las encuestas y entrevistas que son técnicas que corresponden al método cuantitativo y cualitativo, las mismas que permitieron abordar el problema o fenómeno estudiado desde una perspectiva integral, y, además, complementarlas, con el fin de que el problema identificado sea abordado en su totalidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2012, pág. 550).

3.4. Universo, Muestra y Muestreo.

3.4.1. Universo

El universo del estudio fueron las familias de adultos y adultas mayores de la ciudad de Guayaquil, y en cuanto a la población adulta mayor la proyección de los mismos para el año 2020 aproximadamente sería de 315.509 de personas adultas mayores con más de 65 años de los 4'387.434 de habitantes que residen en el Guayas (INEC, 2020), lo que significa un número menor pero cercano para la ciudad de Guayaquil.

3.4.2. Muestra

Inicialmente se tenía planificado aplicar una muestra representativa aplicando la fórmula para universos finitos, pero dada la situación actual de confinamiento que se mantiene durante el tiempo de ejecución de la investigación, se ha visto la necesidad de modificarla, quedando finalmente una muestra de 100 familias guayaquileñas con sus adultos y adultas mayores para lo cuantitativo, lo cual representa al 0.03% del total de adultos y adultos que residen en Guayaquil expuesto en el universo.

Dentro de los ***Criterios para la selección de la muestra*** teniendo en cuenta que la población de adultos y adultas mayores en Guayaquil es diversa, se incluyó en la muestra criterios como la diversidad de género, diversidad étnico-racial, diversidad de capacidades.

Para lo cualitativo, se recogió una muestra de 6 familias con sus respectivos adultos mayores, por medio de una entrevista semiestructurada, en donde así mismo, se incluyeron los criterios de selección de la muestra.

3.4.3. Muestreo

Para el muestreo usado en esta investigación se contó con dos, para lo cuantitativo, es decir, las encuestas dirigidas a adultos y adultas mayores y sus familias el muestreo fue de tipo *voluntario*, según Hernández et al., este tipo de muestra a la cual también lleva por nombre autoseleccionada se caracteriza por el hecho de que los participantes se proponen de forma autónoma como participantes o responden de forma activa para involucrarse

en el estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2012, pág. 396).

Cualitativamente, en la cual nos referimos a la entrevista, este muestreo fue de carácter *dirigido* o *intencional*, comúnmente denominada bola de nieve ya que su efectividad para acceder a poblaciones vulnerables es alta, según Estrada y Vargas, se lo denomina así cuando

El investigador contacta a cierto número de individuos aleatoriamente que deben cumplir ciertos requisitos, se les brinda la oportunidad de entrar en contacto con otros individuos de la población sujeto de estudio para acceder con profundidad a la población investigada (Estrada & Vargas, 2010, pág. 271).

3.6. Formas de Recolección de la Información.

Para la recolección de información o de datos dentro de nuestra investigación, se utilizaron dos técnicas que corresponden a un enfoque cuantitativo y cualitativo como se mencionó anteriormente en el método de investigación.

Dentro de nuestra primera etapa que corresponde a la cuantitativa, se encuentran las encuestas. La primera encuesta sobre la **“Situación de depresión en las y los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19”**, estuvo dirigida hacia las y los adultos mayores que vivieron el período de confinamiento a causa del covid-19, estuvo compuesta por la unión de dos escalas que son, la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de apoyo social percibido de Procidano y Heller. La segunda encuesta **“Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión de su familiar adulto mayor, durante el confinamiento por COVID-19”**, se dirigió hacia la familia de las y los adultos mayores que vivieron el primer mes la etapa de confinamiento a causa del covid-19 en conjunto o comunicados con ellos, esta encuesta se basó mediante la escala de afrontamiento familiar de Olson, McCubbin y Larsen.

En la segunda etapa, que responde a un enfoque cualitativo, se aplicaron entrevistas familiares semi-estructuradas sobre las estrategias de afrontamiento aplicadas por la familia hacia la y el adulto mayor en caso de presentar algún síntoma de depresión, estas entrevistas, estuvieron dirigidas hacia el miembro o cuidador más cercano del adulto mayor en la familia. En esta etapa, se procuró abordar de manera más profunda aquellas estrategias de afrontamiento familiar y respuestas de los adultos mayores en relación a la depresión, que se obtuvieron a través de la aplicación de las encuestas.

3.7. Formas de Análisis de la Información.

Una vez aplicados los instrumentos correspondientes hacia los participantes y posteriormente haber obtenido la información deseada por medio on-line, se realizó el análisis de la información, la misma que fue dividida de forma cuantitativa y cualitativa, para la primera se realizó la tabulación de las encuestas por medio de Excel, en donde a partir de ello se obtuvo los datos numéricos necesarios para la definición de los resultados.

A nivel cualitativo, se transcribieron las entrevistas por medio de Word, y se analizó por medio de la codificación axial, esta partió de las categorías que se elaboraron en la Matriz de Operacionalización de Variables, es decir, mediante matrices por categoría de estudio, Quintana (2006, pág. 81) expone que la codificación se manifiesta a partir del primer encuentro con los datos que se recolectó y que, con ayuda de la codificación esta permitirá que se logre tener una mayor comprensión de una manera lógica y congruente, aminorando así el número de unidades de análisis de la información recolectada a los participantes.

Matriz de Operacionalización de Variables

Variable o categoría	Subvariables	Indicadores
Reestructuración	Resiliencia	Formas de afrontar una situación estresante o de crisis por parte de la familia

	Comunicación	Formas de comunicación entre los miembros de la familia
	Lazos familiares	Vínculos de afinidad dentro del sistema familiar
	Participación en decisiones del grupo	Cooperación activa de los miembros de la familia frente a problemáticas o situaciones de crisis.
Evaluación pasiva	Contención emocional	Formas de manejar situaciones emocionales por parte de la familia
	Comunicación	Formas de comunicarse de la familia frente a sucesos problemáticos
Atención de apoyo social	Redes de apoyo	Importancia de las redes de apoyo
	Vínculos sociales	Percepciones de la familia frente a los vínculos sociales
	Acompañamiento	Percepciones de la familia frente al acompañamiento emocional y físico del apoyo social por parte de sus redes de apoyo
Búsqueda de apoyo espiritual	Creencias	Ideas, rituales o costumbres que la familia tenga con respecto a la espiritualidad.
	Grupos de apoyo espiritual	Reuniones familiares que tengan como objetivo la superación de adversidades con respecto a lo espiritual.

	Religión	Vínculo entre la familia y creencias en relación a una divinidad con el fin de encontrar confort.
Movilización familiar	Iniciativa	Predisposición que tengan los miembros al pedir o recibir ayuda de la comunidad en momentos de crisis
	Recursos	Medios externos o internos que una persona o comunidad brinda a otra dentro de circunstancias de necesidad.
	Trabajo cooperativo	Aportes realizados por una persona con un grupo o comunidad con el objetivo de generar bienestar a los miembros que lo conformen.
Depresión	Envejecimiento	Proceso biológico o físico que involucra aspectos tanto mentales y emocionales como de salud
	Perdida de autonomía	Abandono de Actividades o de la rutina diaria
	Enfermedades	Impacto o surgimiento de enfermedades en la salud de los Adultos Mayores
	Apoyo Familiar	Apoyo que brinda la familia hacia la y el Adulto Mayor

CAPÍTULO 4: Resultados de la Investigación.

Los resultados obtenidos para la elaboración del presente capítulo fueron recolectados a partir de dos instrumentos, el primero con alcance cuantitativo a través de dos encuestas, una para identificar los niveles de depresión y apoyo familiar recibido por las y los adultos mayores, y otra para conocer las estrategias de afrontamiento aplicadas por la familia del adulto mayor en situación de depresión. El segundo instrumento con alcance cualitativo se lo ejecutó a través de una entrevista semi-estructurada para conocer de igual manera las estrategias de afrontamiento aplicadas por la familia frente a la depresión de su familiar adulto mayor durante el primer mes de confinamiento a causa del COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, la cual fue aplicada con el objetivo de lograr profundizar la información recolectada a través de la encuesta.

4.1 Caracterización de las muestras

Dentro de nuestra investigación, se han establecido tres muestras significativas en relación a los instrumentos aplicados, como lo son las encuestas y las entrevistas.

La primera muestra de las encuestas estuvo dirigida a 100 adultos mayores, los mismos que pertenecen a la ciudad de Guayaquil y sus zonas de influencia, aunque, cabe recalcar que también hubo respuestas de otras provincias del país y otras ciudades del mundo, las cuales fueron eliminadas con el objetivo de que la muestra solo sea de la ciudad de Guayaquil como se mencionó anteriormente.

En referencia al género el 80% de las encuestadas correspondía al femenino y el 20% al masculino que correspondían a edades de entre 65 a 93 años. En cuanto al nivel educativo de la muestra, se demostró que el 30% de los adultos y adultas mayores son bachilleres, seguido del 24% que terminó la primaria, un 18% obtuvo un título universitario, el 13% de los mismos no terminó la secundaria y un 9% no culminó la primaria, para finalmente

constatar que solo el 4% de los y las adultas mayores posee un título de 4to nivel o más.

Ahora, en relación al tipo de discapacidad, se evidenció que de entre los 100 participantes el 31% presentaban algún tipo de discapacidad, entre ellos, el que predominó en los adultos y adultas mayores fue el tipo de discapacidad motora con un 14%, seguido con un 10% los de discapacidad auditiva, 4% de discapacidad visual y finalmente, un 3% con discapacidad intelectual.

En cuanto a la segunda muestra de las encuestas, participaron 91 familias que vivieron con adultos y adultas mayores durante el primer mes de confinamiento por COVID-19 de la ciudad de Guayaquil y sus zonas de influencia. En referencia al género de los encuestados, se observó una mayoría en el género femenino con un 71% y del masculino con un 29%, de los cuales se reflejó en edades entre 20 años hasta los 65. Dentro de la relación entre el adulto mayor y sus familiares encontramos que los hijos y los nietos fueron las principales figuras de cuidado de los mismos. Con respecto al número de personas que convivieron en conjunto con los y las adultos mayores podemos decir que el mayor porcentaje es el 41% el cual correspondió a 4 y 6 personas, seguido de 2-3 personas con un 37%, 7 o más 14% y solo con el adulto mayor 6%.

Desde nuestra muestra cualitativa, se realizó una entrevista semi-estructurada sobre las estrategias de afrontamiento familiar de la familia frente a su adulto mayor en situación de depresión durante el confinamiento por COVID-19, la misma que fue aplicada a 6 adultos mayores que vivieron con sus familias durante el primer mes de confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, cuyas características fueron:

Caso 1. Adulto mayor de 76 años jubilado de oficial de policía, oriundo de Loja pero que vivió y vive actualmente en la ciudad de Guayaquil junto con su esposa e hijo durante el primer mes de confinamiento por COVID-19. El familiar entrevistado es la esposa quien tiene 38 años y es docente de profesión, quien es la encargada principal del cuidado del hogar.

Caso 2. Adulta mayor de 67 años con discapacidad motora (dolor de huesos), que vivió y vive actualmente con su hijo durante el primer mes de

confinamiento por COVID-19, los demás hijos que ayudaron al cuidado de la adulta mayor durante este mes se encuentran viviendo en las casas aledañas a la de la misma. El familiar entrevistado es una de sus hijas de 42 años quien en conjunto con sus otros hermanos han establecido rutinas y pautas para el cuidado de su madre.

Caso 3. Adulto mayor de 65 años que se dedicaba antes del confinamiento al comercio de frutas, vegetales y hortalizas, vivió y vive con su esposa, hija y nietas durante ese primer mes de confinamiento por COVID-19. El familiar entrevistado es la hija quien tiene 34 años de edad que vela por el cuidado de sus padres e hijas.

Caso 4. Adulta mayor de 75 años que presenta diabetes y osteoporosis, que vivió y vive con su esposo, en las casas aledañas viven sus hijos quienes la cuidaron durante el primer mes de confinamiento por COVID-19. El familiar entrevistado es una de sus hijas de 51 años, quien es la encargada principal del cuidado integral de sus padres como el de la alimentación, atención de salud, cuidado emocional, entre otros.

Caso 5. Adulta mayor de 74 años ama de casa con problemas de ansiedad, que convivió con sus nietos mayores el primer mes de confinamiento por COVID-19, la entrevista se la realizó sin familiares para evitar alguna disputa dentro la familia.

Caso 6. Adulta mayor de 67 años con discapacidad motora (usa silla de ruedas), diabetes e hipertensión que convive con sus dos hijos solteros, siendo el menor el cuidador principal y el mayor el proveedor económico del hogar antes y durante el primer mes de confinamiento por COVID-19, se encontró acompañada por el hijo menor de 38 años, el cual es el cuidador principal de la adulta mayor.

4.2. Resultados según Objetivos Específicos.

4.2.2 Objetivo Específico 1: Identificar los niveles de depresión que vivenciaron las o los adultos mayores en el primer mes de confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil.

A continuación, se presentarán los niveles de depresión de la adulta y adulto mayor en relación a variables como percepción de vida, satisfacción, buen humor, entre otras variables que forman parte de la encuesta.

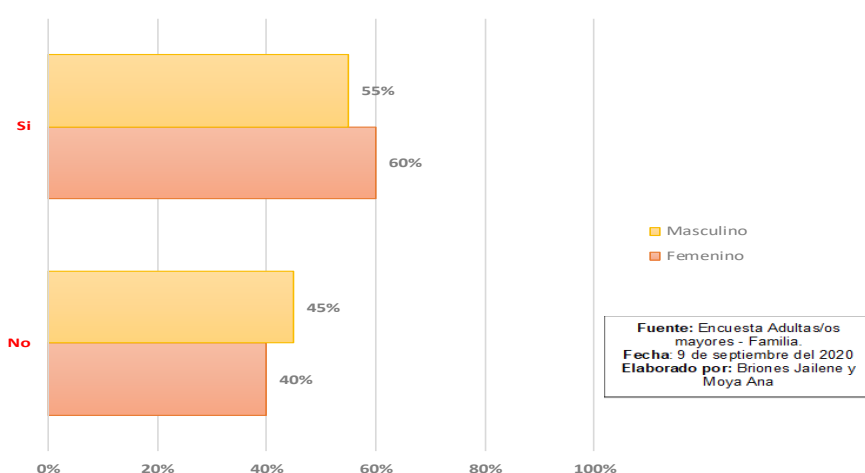


Fig. No. 1 Satisfacción de Vida según el Género

Se ha extraído de los resultados, que el confinamiento debido a la crisis sanitaria a nivel mundial, ha afectado a la satisfacción de vida que tienen las y los adultos mayores, a un 45% de los encuestados. Ryan y Deci “ahondan en esta diferenciación señalando que la perspectiva Hedónica implica satisfacción con la vida, la presencia de estado de ánimo positivo y ausencia de estado de ánimo negativo (cuyo conjunto determina la felicidad)” (Ryan y Deci, citado por Ramírez Pérez, 2012, pág. 409).

Durante el primer mes de confinamiento, el 60% de las mujeres y el 55% de los hombres se sentían satisfechos con su vida, lo que significa que, en promedio, el 41% de adultos mayores se sintió insatisfecho en este periodo. Estos resultados nos permiten observar que la percepción sobre la satisfacción de vida se encuentra ligeramente ligada al género, dado que, solo existe una diferencia del 5% entre los mismos.

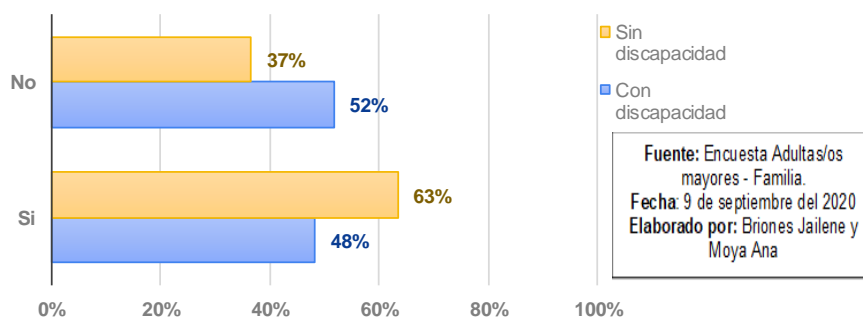


Fig. No. 2 Satisfacción de vida según la discapacidad

Durante el primer mes de confinamiento, el 48% de las personas con discapacidad y el 63% de personas sin discapacidad, se sentían satisfechos con su vida, lo que significa que, en promedio, el 41% de adultos mayores se sintió insatisfecho en ese período, así mismo, otros 62% de adultos mayores con discapacidad expresó no sentirse feliz.

En conclusión, la discapacidad sí se encuentra ligada con la satisfacción de vida y la felicidad que siente un adulto mayor, ya que se observó que un 52% de adultos mayores no se encuentra satisfecho con su vida, en relación al 37% de personas que no tienen discapacidad, de esta manera se conoce que la discapacidad es un condicionante para la satisfacción de vida y felicidad y a su vez es un factor que incide en el humor de forma mínima aunque relevante, ya que, el 52% de adultas y adultos mayores que tiene discapacidad no se encontraron de buen humor en relación al 49% de encuestados que no tiene discapacidad.

Mencionando a la Adulta Mayor 6 en la entrevista: “Me siento mal, me siento inútil porque no puedo ayudar a coger la escoba o aquello, como ya le digo ya me siento animada y me tomo una pastilla para el dolor y por ahí cojo una silla en la cocina y aunque sea por ahí lavo un plato aunque sea pero uno se siente mal no haciendo; yo uno ya estaba acostumbrado pues a hacer sus cosas para no molestar a nadie” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

Esto podría deberse en que tener discapacidad y estar en confinamiento causa una doble vulnerabilidad, es decir que, los adultos mayores que tienen

discapacidad son más propensos a estar en una situación de depresión en relación a los que no tienen discapacidad.

En la población de AM, la depresión es una de las alteraciones de salud mental más frecuentes, (...) lo que implica un factor de riesgo independiente para el desarrollo de discapacidad en AM; aun controlando características sociodemográficas y condiciones generales de salud, esta pérdida de funcionalidad atribuida a trastornos mentales o neuropsiquiátricos puede ser igual o incluso más incapacitante que la provocada por condiciones médicas generales. (Astudillo, 2017, pág. 439)

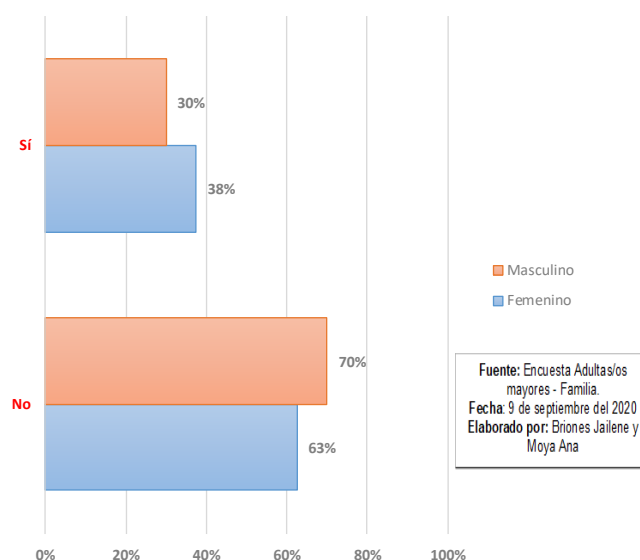


Fig. No. 3 Sentimiento de felicidad según el género

Durante el primer mes de confinamiento, el 38% de las mujeres y el 30% de los hombres sintieron felicidad la mayor parte del tiempo, lo que significa que, en promedio, el 64% de adultos mayores no sintieron felicidad durante este periodo, lo cual es entendible debido a la incertidumbre que directa o indirectamente que provoca la pandemia en los mismos, como la edad, la cual no está relacionada con el confinamiento en sí, pero sí es inherente al adulto mayor.

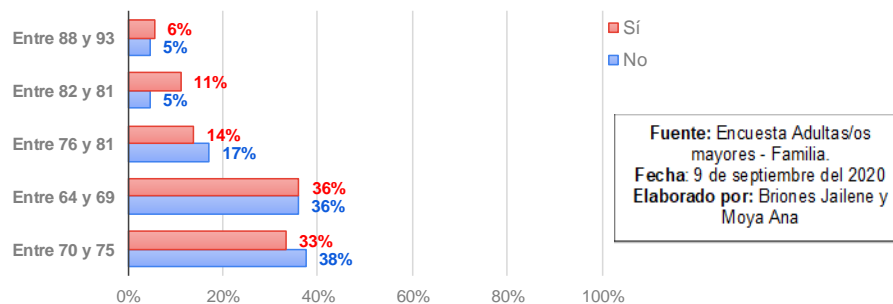


Fig. No. 4 Sentimiento de felicidad según la edad

Como se mencionaba anteriormente en relación a la edad, las y los adultos mayores en el rango de 70 y 75 años, demostraron en un 38% que no se sienten felices la mayor parte del tiempo, estos porcentajes podrían deberse a los cambios que comienzan a presentar los mismos, dado que el confinamiento aceleró sus procesos de envejecimiento y pérdida de autonomía, ya que, como lo expone Fernández y Ballesteros, citado por García Sánchez (2014) dentro del contexto psicológico suelen presentarse cambios tales como la dificultad para responder frente a los estímulos de estrés, deterioro cognitivo, disfunción intelectual, menos potencia sexual, etc.

El adulto mayor 1 nos comenta que: “El confinamiento aumentó mi proceso de envejecimiento, por el mismo hecho de no estar en constante actividad física, como uno ya está enseñado” (Adulto Mayor 1, 2020), de la misma forma.

La adulta mayor 2 dice: “Claro yo si sentí bastante, me puse delgadita, viejita se me veía, arrugadita de lo que yo bajé bastante, si sentí bastante eso, mi familia me veía acabadita, así me puse pues” (Adulta Mayor 2, 2020). Los adultos mayores manifestaron que no sienten felices la mayor parte del tiempo debido al abandono de sus actividades habituales con un 36% en rango de 64 y 69 años de edad.

Estos resultados son relevantes para nuestra investigación ya que nos permite evidenciar un alto porcentaje de adultos mayores que no se sintieron felices durante el primer mes de confinamiento en relación a género y a edad y al incremento de su envejecimiento y abandonó de sus tareas habituales y aficiones, ya que el 85% de las y los adultos mayores encuestados

manifestó si haberlas abandonado, los datos anteriormente expuestos, mencionaron que el 55% de adultos mayores no se sintió lleno de energía.

De esta manera coincidimos en que el abandono de actividades que realizan las y los adultos mayores tienen un impacto en su felicidad, los autores Tortosa, citado por Carmona y Ribeiro señalan que “Las personas mayores, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos; sólo cuando el individuo realiza una actividad se siente feliz, satisfecho y adaptado” (2010, pág. 165). De igual forma, el número de personas con las que convivieron es un factor relevante, ya que se demostró que mientras los adultos mayores vivían con más personas, tenían una mejor apreciación de la vida.

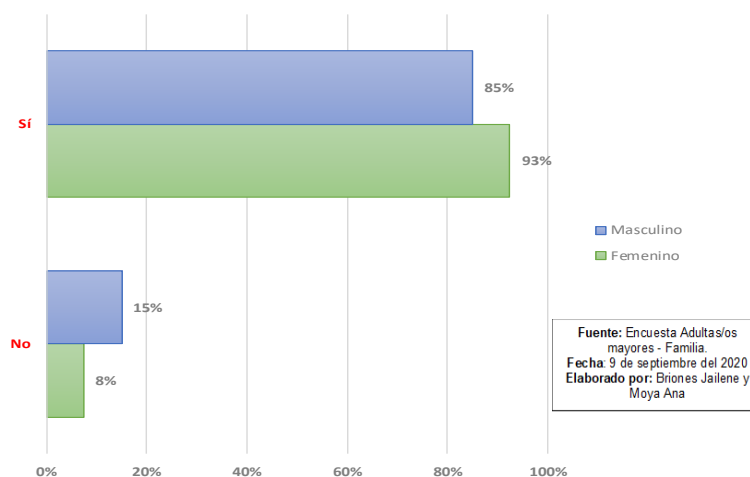


Fig. No. 5 Percepción de sentirse vivo según el género

Durante el primer mes de confinamiento, el 93% de las mujeres y el 85% de los hombres pensaron que es estupendo estar vivo, lo que significa que, en promedio, el 9% de adultos mayores no tuvieron la misma apreciación durante este periodo. En cuanto a la edad, se observó que, el rango entre 70 y 75 años son claves para la felicidad subjetiva de las y los adultos mayores, ya que con una prevalencia del 44% expresaron que no es estupendo sentirse vivo, ya que como se mencionó anteriormente, hemos logrado identificar que, dentro de este rango, las y los adultos mayores presentan procesos a nivel biopsicosocial que influyen con su satisfacción de vida.

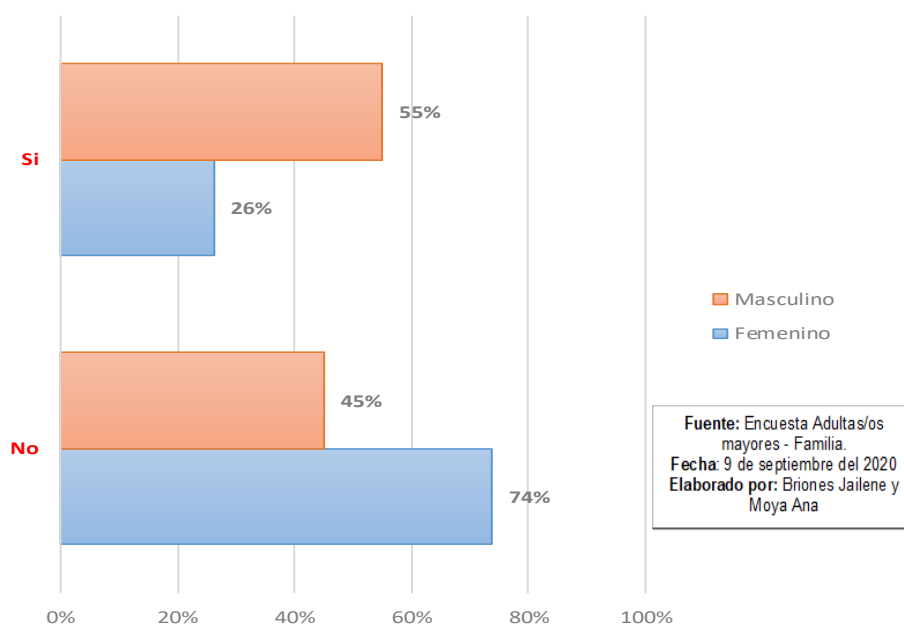


Fig. No. 6 Sentimiento de inutilidad según el género

Durante el primer mes de confinamiento, el 26% de las mujeres y el 55% de los hombres se sintieron inútiles, lo que significa que, en promedio, el 68% de adultos mayores presentaron la sensación de ser inútiles durante este periodo, es decir, 6 de cada 10 adultos mayores lo cual resulta estadísticamente significativo para nuestro objetivo.

Dentro de este 68%, el 55% son hombres, los mismos que señalaron que se sentían inútiles, así mismo, en el género femenino se identificó que el 71% de mujeres señalaban que sus familiares acudían a ellas cuando necesitaban un consejo en momentos de crisis durante el primer mes de confinamiento frente a los hombres, esto se puede dar, por triple rol que social y culturalmente se le ha asignado a la mujer, como el de procrear, cuidar/atender y trabajar, tal como lo menciona Caroline Moser (1992) en su libro “La Planificación del Género en el Tercer Mundo” analizando el triple rol de la mujer, por lo que se puede constatar que haya un menor número de mujeres que no se sienten inútiles en comparación con los hombres por las ocupaciones que se mencionaron anteriormente, dato que coincide con el estado de aburrimiento de adultos y adultas mayores durante el primer mes de confinamiento el cual refleja de igual manera que los adultos mayores se sintieron un 70% más aburridos en relación a las mujeres con un 61%, no

obstante, con el último dato habrán hogares que tuvieron que reestructurar sus roles y eso generó una mayor participación.

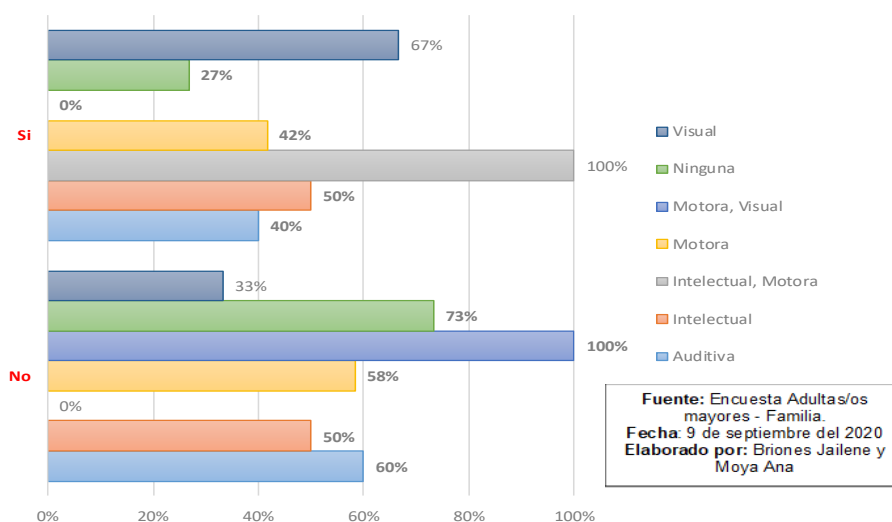


Fig. No. 7 Sensación de inutilidad según el tipo de discapacidad

Durante el primer mes de confinamiento el porcentaje de personas que afirmaron sentirse útil tenemos la siguiente escala según el tipo de discapacidad: Ninguna 73%, Motora 58%, Auditiva 60%, Visual 33%, Intelectual 50%, Intelectual, Motora 0%, Motora, Visual 100%; a diferencia de las personas afirmaron sentirse inútiles con la misma escala: Ninguna 27%, Motora 42%, Auditiva 40%, Visual 67%, Intelectual 50%, Intelectual, Motora 100%, Motora, Visual 0%.

En términos generales, se puede inferir que los promedios del sentimiento de inutilidad se van incrementando cuando se analiza a las personas con discapacidad y depende de la discapacidad como tal, ya que no es el mismo sentimiento de los que tienen discapacidad motora (16%) en comparación con los que tienen discapacidad visual (6%), de todas formas, se concluye que la sensación de inutilidad si se encuentra ligada a la discapacidad.

La adulta mayor 6 entrevistada frente al sentimiento de inutilidad y discapacidad dice: “Me siento mal, me siento inútil porque no puedo ayudar a coger la escoba o aquello, como ya le digo ya me siento animada y me

tomo una pastilla para el dolor y por ahí cojo una silla en la cocina y aunque sea por ahí lavo un plato, aunque sea, pero uno se siente mal no haciendo; yo uno ya estaba acostumbrado pues a hacer sus cosas para no molestar a nadie” (Adulta Mayor 6, 2020).

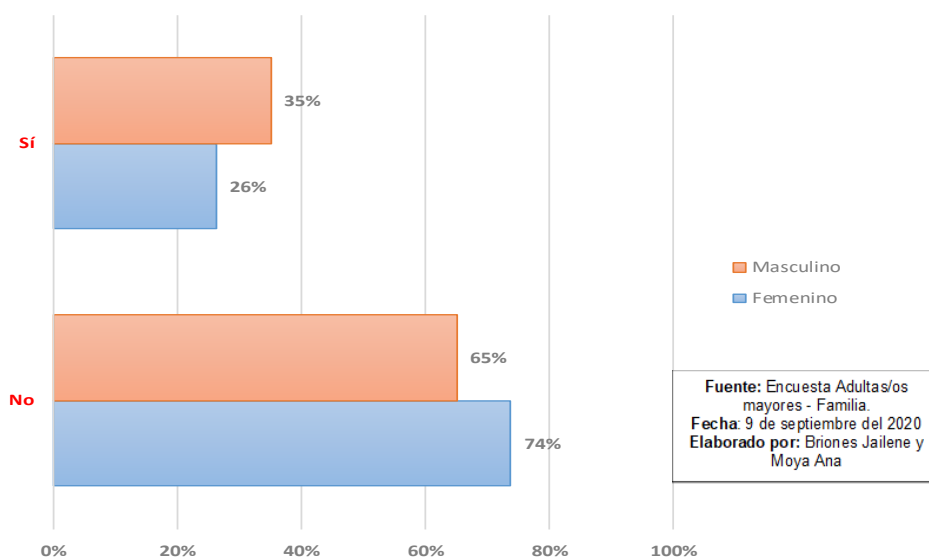


Fig. No. 8 Sentimiento de esperanza según el género

Durante el primer mes de confinamiento, el 26% de las mujeres y el 35% de los hombres sintieron esperanzas, lo que significa que, en promedio, el 72% de adultos mayores no experimentaron esta sensación durante ese periodo.

A nivel cuantitativo se demostró que un gran porcentaje de adultos mayores se sintieron con esperanza, lo cual es positivo para su salud mental frente a la pandemia. El Adulto Mayor 3 menciona que: “Gracias a Dios me sentí muy bien, el primer mes, el segundo mes, todos estábamos ya le digo, tranquilamente muy bien” (Adulto Mayor 3, 2020).

De igual manera, una muestra significativa de adultos y adultas mayores manifestó haber temido de que algo malo pueda ocurrirle, lo cual pudo haber exacerbado durante esos meses sensaciones de ansiedad, miedo, pánico, etc. dando paso a que puedan intensificarse sentimientos de tristeza prolongada, dentro de las entrevistas, 5 de cada 6 adultas y adultos mayores entrevistados se sintieron sin esperanza, como, por ejemplo:

El adulto mayor 1 señala que: “Por mi mente me pasaba que me tocaba partir, porque pensaba que me iba a contagiar del covid, y si fallecía no quería que sea aquí en Guayaquil, porque aquí no tengo nada (...)”

La adulta mayor 4 menciona: “Me siento triste porque no puedo salir, no veo nada, estoy aquí no más encerrada en la puerquita viendo todo” (Adulta Mayor 4, 2020).

La adulta mayor 5 señala: “Del 1 al 10 me siento 4 (siendo 0 lo más triste y 10 lo más feliz), de tristeza no hay número que alcance” (Adulta Mayor 5, 2020).

La adulta mayor 6 nos dice: “Hubo bastantes momentos de miedo total, un miedo atroz y hay veces que yo pensaba que uno como decían que se contagian o que se han muerto (...) yo pensaba cosas feas; ya le dije que yo lo que hago es llorar ahí con mis cosas que me pasan” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

Desde el construccionismo social, según Acevedo Alemán et al (2018, pág. 3).la vivencia y los sentimientos de felicidad e infelicidad manifestado por las y los adultos mayores son un producto vivido por el confinamiento y esa realidad es un significado en este caso colectivo producido por la muestra. Llegando a la conclusión de que muchos de las y los adultos mayores presentaron sentimientos de tristeza prolongados durante los días.

4.2.3 Objetivo Específico 2: Describir las estrategias familiares y del propio adulto mayor, ante la situación de depresión experimentada durante el confinamiento a causa del covid-19 en la ciudad de Guayaquil.

Para alcanzar el objetivo 2 se trabajó las siguientes subvariables en la matriz de operacionalización de variables: Resiliencia, Lazos familiares, contención emocional, redes de apoyo, vínculos sociales, trabajo cooperativo, envejecimiento, pérdida de autonomía, apoyo familiar, creencias.

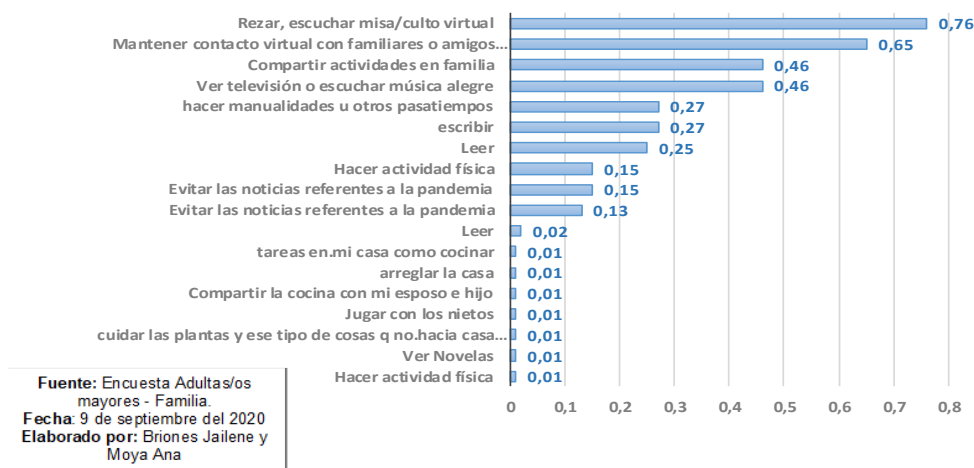


Fig. No. 9 Estrategias de afrontamiento en los días de tristeza y soledad

Para este objetivo, se tomaron en cuenta las estrategias tanto de las y los adultos mayores como el de las familias.

Durante el primer mes de confinamiento, la mayor estrategia que usaron las y los adultos mayores para afrontar sus sentimientos de tristeza y soledad fueron, rezar, escuchar misa/culto virtual con un 76%, seguido de un 65% que mantuvo contacto virtual con familiares o amigos que vivían fuera de casa, un 55% prefirió evitar las noticias referente a la pandemia, con una similitud de porcentaje del 46% de adultas y adultos mayores que compartieron actividades en familia, leer, escribir, hacer manualidades u otros pasatiempos, un 47% que decidió ver televisión o escuchar música alegre, y finalmente, solo el 26% de los encuestados decidió hacer actividad física.

Pudimos obtener estadísticamente mediante una muestra significativa que los y las adultas mayores acudieron a usar las estrategias percibidas en la gráfica como recursos resilientes ante el confinamiento causado por la crisis sanitaria, estos recursos fueron físicos, sociales, personales, ambientales, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, una de las estrategias más utilizadas por las y los adultos mayores fue, rezar, escuchar misa/culto virtual, fue un factor comúnmente usado por parte de los participantes, ya que, la búsqueda de

apoyo espiritual es un factor condicionado por las tradiciones socioculturales de Guayaquil, Ecuador, siendo esta una sociedad en donde las prácticas religiosas juegan un rol importante de resiliencia.

Las familias y los adultos mayores entrevistados en relación a esta estrategia señalan:

La Adulta Mayor 2: “En mi tiempo libre, "me gustaba leer la biblia, siempre como soy de mi religión católica, me dedico a eso. Pues también ahora nos prohibieron que no podemos ir a la iglesia, todo eso estaba prohibido pues, no se podía andar saliendo, yo en la casa no más hacía mis oraciones” (Adulta Mayor 2, 2020).

Familiar del Adulto Mayor 3: “Con el barrio se hizo una oración cada quien, en su casa, porque había muchos vecinos que estaban enfermos, la oración nos ayudó bastantes, no tanto para nosotros, pero si para las personas que estaban padeciendo por la enfermedad” (FM Adulto Mayor 3, 2020).

Adulta Mayor 4: “Como estrategias rezar, pedirle a Dios que nos cure y cuide para que no nos pase nada y Diosito si nos ha escuchado porque gracias a Dios no nos ha dado la epidemia” (Adulta Mayor 4, 2020).

Por consiguiente, las familias durante la pandemia que produjo el confinamiento, buscaron afianzar sus vínculos afectivos y lazos familiares a través los dispositivos familiares como videollamadas, llamadas, y demás redes sociales. Resaltando la importancia que tiene esta estrategia frente a la y el adulto mayor en situación de depresión, dentro de la teoría familiar, la autora Mateo (s.f.) nos menciona que, la familia como se conoce, es un grupo vital con un historial, además de una red de comunicación que permite atravesar por medio de su desarrollo vivencias que suponen ser crisis naturales, en este caso atravesar en familia una pandemia no es natural pero de igual forma permite que esta se transforme, crezca, madure o a su vez pueda romperse.

Así mismo, Álvarez et al señalan, “un entorno familiar con un excelente nivel de nutrición emocional, es propicio para cambios en los síntomas que presentan los adultos, de la misma forma, la ausencia de ese apoyo social o

familiar pueden agudizar la enfermedad” (2015). Frente a ese vínculo y apoyo familiar, los entrevistados dijeron lo siguiente:

El adulto mayor 1:

- Familiar del adulto mayor 1: “Durante el mes de confinamiento consideramos importante los vínculos entre la familia, amigos, y los familiares, la buena relación que tengamos con la familia porque nos hemos dado cuenta que todos nos necesitamos, que a pesar de que tengamos o no tengamos la situación económica igual nos necesitamos. En la familia de Miguel ahora que ha fallecido la mamá se han unido más” (FM Adulto Mayor 1, 2020).
- Adulto mayor 1: “Por el confinamiento pude hacer las paces con mi familia de Loja, por la preocupación de que alguno se enferme por el virus” (Adulto Mayor 1, 2020).

El adulto mayor 3: “Mi familia es cortita, mi familia que está aquí, mi hija mis nietas, mi esposa, siempre nos comunicábamos. Con mis hermanos también me llamaban, yo los llamaba, gracias a Dios pasábamos así comunicándonos no más” (Adulto Mayor 3, 2020).

Familiar de la adulta mayor 4: “Entre las estrategias que teníamos es que, mi hermana hacía dulces y traía para compartir, las oraciones, las novenas a nivel de barrio, a mi papi lo mantenía ocupado con la costura, mi mamá sentadita en la puerta saludando a todos los que pasen, las videollamadas con mi hermano de España, estar juntos” (FM Adulta Mayor 4, 2020).

La adulta mayor 6: “Claro que me llamaba con mi hija, yo lloraba con el teléfono ahí con ella porque decían que ya no nos íbamos a poder a ver así pues no, yo recién a los tres meses la fui a ver, pero de ahí si no, pero yo de ahí todos los días le hablaba por teléfono y ella también, mis nietos” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

Otra de las estrategias implementadas por los y las adultas mayores, fue el evitar las noticias que hacían referencia a la pandemia y a sus efectos colaterales a nivel de salud y social, esta estrategia puede verse desde un

aspecto positivo para la salud mental tanto del adulto mayor como de la familia.

Frente a este recurso, las familias y las y los adultos mayores refieren:

Adulta mayor 2:

- Familiar de la adulta mayor 2: “(...) yo les decía a mis otros hermanos ya no hablemos más de muertos, ni digamos que se murió porque igual yo le decía mamá así se muera alguien aquí al lado tu no tiene que preocuparte porque eso te afecta a ti” (FM Adulta Mayor 2, 2020).
- Adulta mayor 2: “A mí a veces me decían que ni vea noticias, porque decían que yo veía las noticias y peormente me sentía mal, a veces me decía mi hijo que está conmigo, no prendas esa televisión, no vea usted noticias, porque cuando usted ve esas noticias, ahí se pone más mal me decía y verdad pues era” (Adulta Mayor 2, 2020).
- Adulta mayor 2: “(Ver noticias) Me ponía mal porque uno se preocupa, uno ve las cosas, lo que sucedía, ver a tanta gente como moría, tantas cosas, en esos hospitales, uno ya estaba como psicosiada de ver tantas cosas también. Tengo familiares lejos por otros lados, sobrinas y ya pues no sabe cualquier rato le llegue de sorpresa algo de eso, es preocupante” (Adulta Mayor 2, 2020).

Adulta mayor 6: “Por supuesto, hubo momentos de depresión, todos los días no es que esto ya ha terminado estamos yo estoy con eso como veo noticias de que sigue el brote que lo uno que el otro, me deprimó, me asustó, me cuidó sobre todo en no salir que no quiero; me siento bien sola, hasta lloro, lloro más de los días porque ya uno tiene más de los setenta años ya casi, estoy viejísima, es muy difícil levantarme y verme en este estado, muy difícil” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

En relación a las estrategias de compartir actividades en familia, ver televisión y leer, escribir, hacer manualidades u otros pasatiempos, las y los adultos mayores entrevistados consideran positivo realizar actividades con la familia y actividades personales, las mismas que, incrementan y fortalecen su estado mental y emocional, es por ello que, “Tratar de mantener nuestras

relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio” (FIAPAM, 2013 , pág. 16).

Adulto mayor 1:

- Familiar del Adulto mayor 1: “Mis actividades las he cambiado y adecuado a raíz del confinamiento, como estar aquí con ellos, pasar bastante tiempo juntos, viendo películas, conversando, haciendo los oficios en casa, porque como yo vivía sola con mi hijo los dos viva la fiesta, nos levantamos a la hora que queríamos a hacer el desayuno, nos íbamos, no había una regla, no teníamos una rutina, en cambio ahora sí, mantenemos un desayuno juntos, almuerzo, compartimos una película, Miguel hace el desayuno, es el primero en levantarse y el último en acostarse” (FM Adulto Mayor 1, 2020).
- Adulto mayor 1: También nos gustaba jugar naipes, ver documentales, y ahí pasábamos toda la tarde, nos acostábamos en el piso a la 1 pm y nos levantamos a las 6pm. (Adulto Mayor 1, 2020).
- Adulto mayor 1: “Mi tiempo libre lo ocupo en mi pequeño jardín, siembro unas plantitas de medicina, de zapallo de romero, veo películas de bonanza, escuchar las noticias” (Adulto Mayor 1, 2020).

Adulto mayor 3: “Aquí pasábamos, conversaciones que teníamos para no aburrirnos tanto, salir, conversar, dialogar como pareja que somos de tantos años” (Adulto Mayor 3, 2020).

Familiar de la Adulta mayor 4: “Entre las estrategias que teníamos es que, mi hermana así dulces y traía para compartir, las oraciones, las novenas a nivel de barrio, a mi papi lo mantenía ocupado con la costura, mi mamá sentadita en la puerta saludando a todos los que pasen, las videollamadas con mi hermano de España, estar juntos” (FM Adulta Mayor 4, 2020).

Adulta mayor 6: “(...) ella estuvo de cumpleaños en plena pandemia y no se hizo nada, pero por lo menos ahí le puse el feliz cumpleaños en el parlante y ahí comidita y ya y paso feliz por lo menos ese día” (Adulta Mayor 6,

Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

Dentro de la estrategia de ver televisión o escuchar música alegre, las familias y las y los adultos mayores expresaron lo siguiente:

Adulto mayor 1:

- Adulto mayor 1: “A mí me gusta cantar para mantener la mente ocupada de la situación de mamá” (Adulto Mayor 1, 2020).
- Familiar del adulto mayor: “Ver películas, compartir documentales, me encantan muchos los viajes” (FM Adulto Mayor 1, 2020).

Familiar del adulto mayor 3: “La televisión, el internet, alguna teleserie, las redes, eso nos ayudó para distraer la mente y distraernos como familia” (FM Adulto Mayor 3, 2020).

Adulta mayor 6:

- “Las novelas me gustan, me pongo, aunque sea ahí a ver novela, por ejemplo, ahí me entretengo y me olvido de todo (...)” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).
- “Vemos televisión, me manda a comprar algo a hacer algo y vimos películas en la pandemia comparamos esas películas de 5 cds y vimos películas” (Adulta Mayor 6, Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19, 2020).

Otras de las estrategias que usaron las familias y los adultos mayores para afrontar algún sentimiento de tristeza o soledad es realizar actividades físicas, es así que el adulto mayor 1 en conjunto con su familia señalan: “Nosotros hacemos ejercicios físicos, los 3 nos levantamos todos los días en la madrugada a hacer. A raíz de la pandemia” (Adulto Mayor 1, 2020).

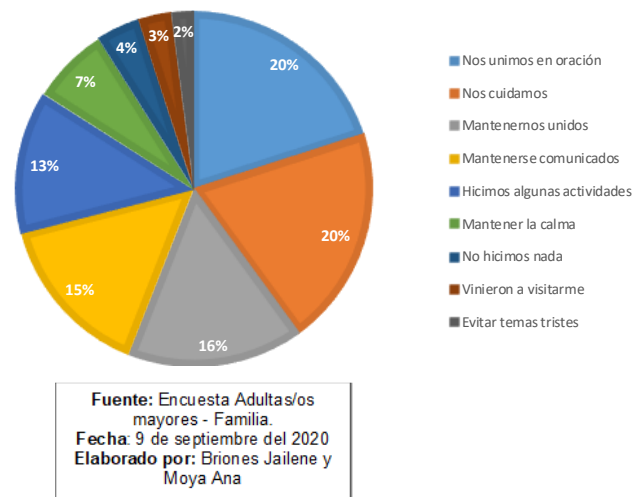


Fig. No. 10 Estrategias de afrontamiento familiar percibidas por el AM ante los días difíciles.

Durante el primer mes de confinamiento, las estrategias de afrontamiento que más usaron las familias frente a los días difíciles del miembro adulto mayor, fueron, con un 20% unirse en oración y cuidarse entre los miembros que conformaban la familia, seguido con un 16% de familias que decidieron mantenerse más unidas y un 15% que prefirió mantenerse comunicada, así mismo, de un 13% de familias que decidieron hacer actividades, un 7% decidió mantener la calma, el 4% de las familias decidió no hacer nada, un 3% decidió visitarse pesar de las restricciones y por último 2% que decidió evitar los temas tristes.

Frente a la estrategia mayormente realizada por los familiares hacia la y el adulto mayor en sus días difíciles, los familiares entrevistados respondieron.

Familiar del adulto mayor 3: "Con el barrio se hizo una oración cada quien, en su casa, porque había muchos vecinos que estaban enfermos, la oración nos ayudó bastantes, no tanto para nosotros, pero si para las personas que estaban padeciendo por la enfermedad" (FM Adulto Mayor 3, 2020).

Familiar de la adulta mayor 4: "Bueno nos pusimos en una cadena de oración con el vecindario porque en realidad si estábamos asustados. Yo soy la más cercana aquí, la que pasa más tiempo con ellos entonces trabaja de cuidarlos" (FM Adulta Mayor 4, 2020).

En relación al 20% de la estrategia, nos cuidamos, las familias entrevistadas mencionaron:

Familiar del adulto mayor 1: "Nos llevamos bien, yo lo cuido. Él está muy agradecido que estoy muy atenta a él, de sus goteros, de su medicina, de la comida" (FM Adulto Mayor 1, 2020).

Familiar de la adulta mayor 2: "Mi relación con mi madre es buena, aquí estamos nosotros aquí la miramos, como ella vive aquí al lado, estamos aquí juntas todos los días viéndonos" (FM Adulta Mayor 2, 2020).

Familiar de la adulta mayor 4: "Yo trate de cuidar lo mejor que podía aquí a mis dos veteranos" (FM Adulta Mayor 4, 2020).

Finalmente, frente al 16% que corresponde al mantenerse unidos, la familia entrevistada señaló:

Familiar de la adulta mayor 2:

- “Estar unidos, el ayudarnos el uno al otro mutuamente, para no decaer para poder sobrellevar este virus que estaba en el mundo” (FM Adulta Mayor 2, 2020).
- “Nuestra fortaleza fue la unión, porque nos unimos más y como le digo, no nos veíamos pero sabíamos más de cada familiar, cosa que comúnmente ni sabemos a veces ya nos vemos que se yo, porque falleció un familiar, porque está enfermo ahí recién la gente comunica, entonces como que hubo más esa comunicación” (FM Adulta Mayor 2, 2020).

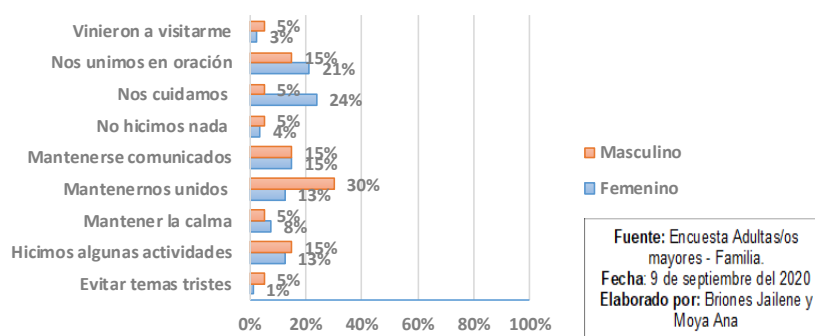


Fig. No. 11 Estrategias de afrontamiento familiar percibidas por el AM ante los días difíciles según el género.

Durante el primer mes de confinamiento, mujeres y hombres realizaron diferentes actividades para afrontar los días difíciles, de los cuales se detalla su comparativo mujeres - hombres: -Recibieron visitas (5%-3%); Se unieron en oración (15%-21%); Se cuidaron (5%-24%); No hicieron nada (5%-4%); mantuvieron comunicados (15%-15%); Mantuvieron unidad (30%-13%); Mantuvieron la calma (5%-8%); diferentes actividades (15%-13%); Evitaron temas tristes (5%-1%).

En relación a las estrategias percibidas por las y los adultos mayores existe una diferencia significativa en relación al género y el cuidado, el 95% de las adultas mayores sintió que sus familiares se cuidaron entre ellos en comparación con los hombres con un 5%, así mismo, las mujeres percibieron que sus familiares las visitaban más en relación a los hombres con 67%.

Esto podría darse debido a que en familias donde existen adultas mayores, los miembros de las mismas se preocupan más debido a que la mujer es la figura principal de cuidado y culturalmente refleja esa imagen de vulnerabilidad, mientras que en los hombres su rol principal ha sido la de proteger a la familia más no de recibir tantos cuidados.

Con todo esto, podemos llegar a la conclusión que, la mujer percibe muchas más estrategias de afrontamiento por parte de su familia en comparación a los hombres debido a los conceptos sociales y culturales en los que se desarrollaron durante el primer mes de confinamiento, dado así que, las autoras Bosch y Ferrer (2003) afirman que socialmente existe una supuesta inferioridad de parte de las mujeres divididas en: la moral, intelectual y la biológica, en este caso concatenando esta idea con lo expuesto en las figuras se podría decir que esta es asimilada desde el punto de vista físico y biológico, como lo menciona la autora, esta es vista como alguien más frágil, hormonal y enfermiza.

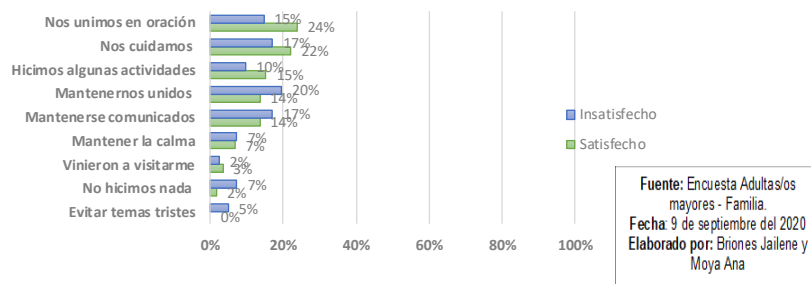


Fig. No. 12 Estrategias de afrontamiento familiar percibidas por el AM ante los días difíciles en relación a la satisfacción de vida.

Durante el primer mes de confinamiento, el 59% de las personas sintieron satisfacción con su vida mientras que el 41% sintieron insatisfacción; de las diferentes actividades realizadas para afrontar los días difíciles, se detalla el comparativo entre Satisfecho - Insatisfecho: -Recibieron visitas (2%-3%); Se unieron en oración (15%-24%); Se cuidaron (17%-22%); No hicieron nada (7%-2%); mantuvieron comunicados (17%-14%); Mantuvieron unidad (20%-14%); Mantuvieron la calma (7%-7%); diferentes actividades (10%-15%); Evitaron temas tristes (5% - 0%).

En la figura expuesta, se refleja que las y los adultos mayores que más se sintieron insatisfechos con sus vidas fueron aquellos que creen que sus familias no hicieron nada frente a los difíciles que presentaron, así mismo, el 50% y 47% de los encuestados se sintieron insatisfechos frente a la unión y comunicación que sus familias les brindó, de todas formas, aquellos que se sienten satisfechos con su vidas son los que en sus familias tomaron como recurso durante el primer mes de confinamiento visitarse, buscar apoyo espiritual, cuidarse entre ellos y hacer actividades.

Finalmente hay un gran número de adultos mayores que a pesar de que sus familias se cuidaban, se mantenían unidos y hacían actividades, se sentían insatisfechos con su vida, esto podría deberse a que pudieron encontrarse en una situación de depresión por el impacto que produjo la pandemia como tal, en conjunto con el confinamiento, ya que, las y los adultos mayores en situación de depresión suelen presentar un estado de ánimo triste o enojado, perder el interés en actividades que previamente eran placenteras, aislarse socialmente, sentirse vacíos la mayor parte del tiempo, entre otros (The National Institute of Mental Health, 2017, pág. 2).

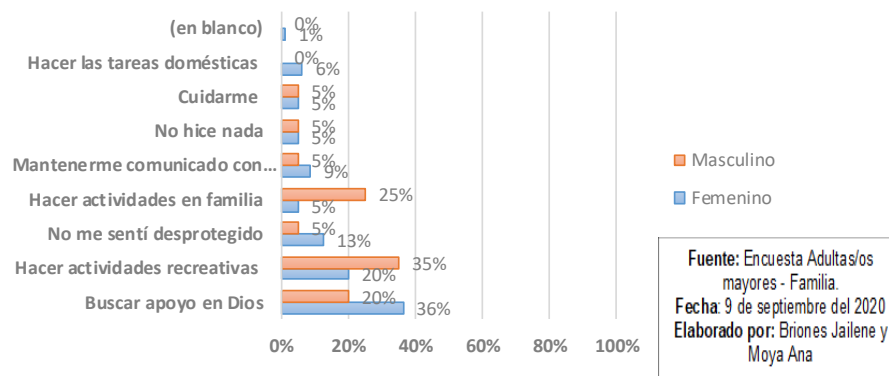


Fig. No. 13 Estrategias de afrontamiento aplicadas por el AM antes los días difíciles según el género.

Durante el primer mes de confinamiento el porcentaje promedio de los valores que diferencian a las mujeres de los hombres es de un 70% en las diferentes actividades realizadas para afrontar los días en que se sintieron desprotegidos las cuales comprende: Buscar apoyo en Dios, hacer actividades recreativas, No se sintió desprotegido, hacer actividades familiares, mantenerse comunicado, no hacer nada, cuidarme, tareas domésticas; además, se observó que, el 70% de adultas y adultos mayores que si se sintieron desprotegidos hicieron actividades recreativas, seguido de un 67% que hizo actividades en familia, en conjunto con el 61% de encuestados que busco apoyo en Dios, estos fueron los valores más significativos en relación a la pregunta de si se sintieron desprotegidos y en el caso de haberse sentido así, que hicieron.

En relación a la figura expuesta, se logra evidenciar que los adultos mayores realizan más actividades recreativas y en familia que las adultas mayores, ya que como se mencionó en el objetivo pasado, tendrían menos tiempo para dedicarse a actividades recreativas y momentos familiares debido al triple rol de la mujer haciendo referencia al rol de cuidadora del hogar cedido por la sociedad, como lo demuestra la figura, el 6% de adultas mayores tomó como estrategia el hacer tareas domésticas frente al 0% de adultos mayores que no las consideró, además según Krzemien, D et al, “el hombre adulto mayor tiene más consentimiento social a realizar este tipo de actividades tanto fuera como dentro del hogar” (Krzemien, Deisy et al., 2005, pág. 190), lo que

demuestra por qué existen más adultos que adultas mayores que predominan en estas estrategias.

También se probó que las mujeres se mantienen más comunicadas, además de sentirse menos desprotegidas y buscar apoyo espiritual en Dios en comparación con los hombres, esto puede deberse a que las mujeres adultas mayores tienen mayor aceptación para la expresión de sus sentimientos y en buscar ayuda, lo cual permite e influye en que se existan mejores vínculos de afinidad con los otros. Es importante tomar en cuenta la relación de género a la hora de abordar las estrategias de afrontamiento ya que estos se encuentran influenciadas por los factores mencionados anteriormente. Por lo que:

La expresividad incluye rasgos estereotípicamente femeninos de personalidad directamente relacionados con la IE, tales como la sociabilidad, la atención a las necesidades de los demás, la sensibilidad o la empatía. Por su parte, la instrumentalidad incluye rasgos estereotípicamente masculinos como la independencia, la asertividad, la alta orientación a la tarea o la ambición. (Gartzia et al. , 2012, pág. 2)

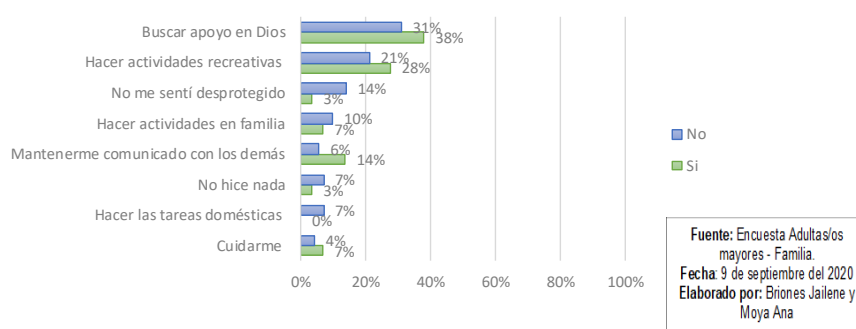


Fig. No. 14 Estrategias de afrontamiento aplicadas por el AM frente a los días difíciles ante la sensación de vulnerabilidad

Durante el primer mes de confinamiento, el 29% de las personas con discapacidad y el 71% de personas sin discapacidad mostraron las diferentes actividades realizadas para afrontar los días que se sintieron desprotegidos, se detalla el comparativo Con - Sin discapacidad: -Buscaron apoyo en Dios (31%-38%), realizaron actividades recreativas (21%-28%), no

se sintieron desprotegidos (14%-3%), realizaron actividades familiares (10%-7%), se mantuvieron comunicados (6%-14%), no hicieron nada (7%-3%), cuidarse a sí mismos (4%-7%), realizaron tareas domésticas (7%-0%).

Se ha evidenciado que las y los adultos mayores que tienen alguna discapacidad se sintieron más desprotegidos que los que no tienen discapacidad, así mismo, fueron los que buscaron más apoyo espiritual. Los adultos mayores con discapacidad tuvieron más contacto con sus familiares y amigos frente a los que no tuvieron discapacidad.

La discapacidad juega un rol importante en el que hacer frente al sentimiento de desprotección que puede llegar a sentir un adulto mayor, entendiendo que la discapacidad genera una limitación en las actividades que suelen realizar comúnmente, aunque dentro de nuestra investigación, los participantes demuestran que la discapacidad no es una limitación para poder aplicar estrategias frente a los días de desprotección o vulnerabilidad.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento aplicadas por las familias y el propio adulto mayor fueron desarrolladas bajo distintos sistemas dentro del contexto de confinamiento, como diría Arnold & Osorio (1998) haciendo referencia a la Teoría de los Sistemas esta reflexiona la realidad tomando en cuenta distintos factores, estos pueden ser sociales como las actividades ejecutadas por las familias y el am, psicológicas pudiendo hacerse referencia a las prácticas de cuidado emocional y atención entre sus miembros, culturales como la búsqueda de apoyo espiritual que permitió sobrellevar los días difíciles a muchas familias y adultos mayores, entre otras.

4.2.5 Objetivo Específico 3: Analizar los niveles de depresión en relación a las estrategias implementadas por la familia y el propio adulto mayor en situación de depresión durante el confinamiento por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil.

Para analizar el objetivo 3 se midieron los niveles de depresión en adultos y adultas mayores a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

(adaptada), eliminando un ítem de la escala. Los resultados se midieron a partir de la siguiente escala del Ministerio de Salud de Chile:

- de 0 a 4 No tiene depresión,
- de 5 a 8 es Depresión Leve,
- de 9 o más es Depresión Establecida.

En este sentido, se trabajaron las siguientes subvariables: Resiliencia, comunicación, lazos familiares, pérdida de autonomía, envejecimiento y apoyo familiar, entre otros.

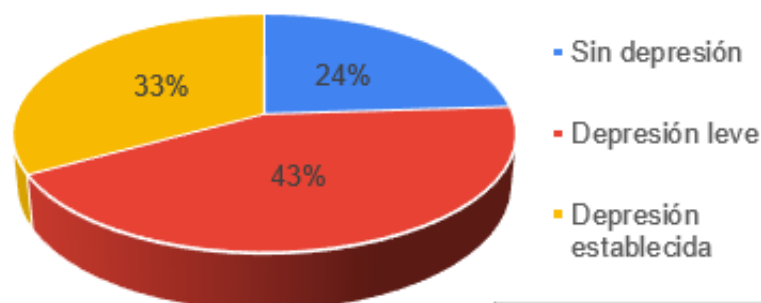
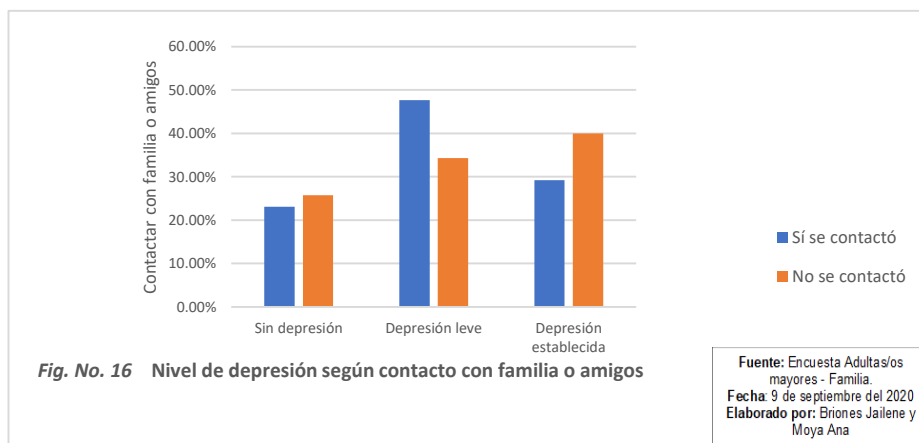


Fig. No. 15 Niveles de depresión

Fuente: Encuesta Adultas/os mayores - Familia.
Fecha: 9 de septiembre del 2020
Elaborado por: Briones Jailene y Moya Ana

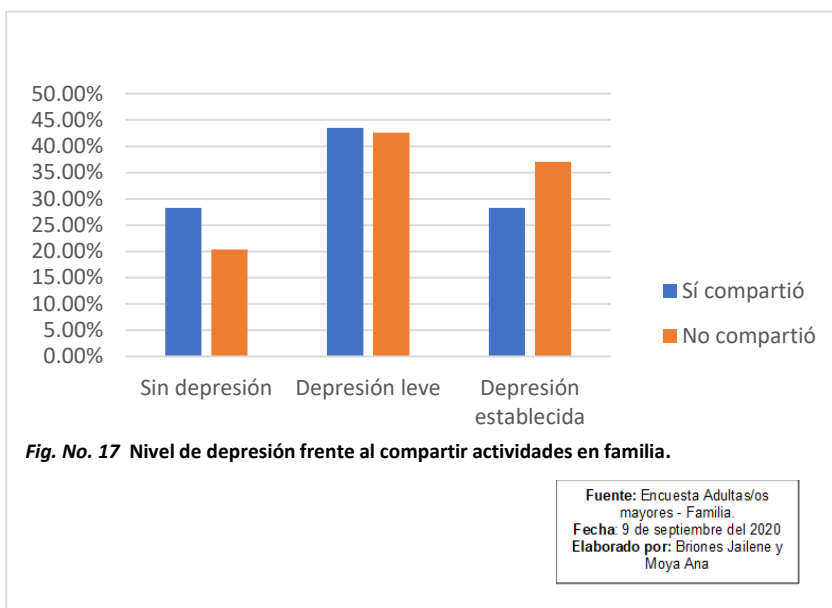
Durante el primer mes de confinamiento, se pudieron establecer los siguientes niveles de depresión en las y los adultos mayores, reflejando resultados significativos en relación al objetivo 1, es así que, una menor cantidad de adultas y adultos mayores no presentaron síntomas de depresión con un 24% seguido de un 33% de adultas y adultos mayores que presentaron síntomas de depresión establecida, finalmente el 43% de los encuestados aunque no presentaron depresión establecida, presentaron síntomas de depresión leve, esto quiere decir que efectivamente el confinamiento ha influenciado de forma significativa a la mayoría de los participantes.



En relación a la figura expuesta, cerca del 50% de los envejecientes que sí mantuvieron contacto externo tuvieron depresión leve, a diferencia de quienes tuvieron depresión establecida, en donde el porcentaje más alto no mantuvo contacto con familiares y amigos. Eso permite inferir que el contacto con personas fuera de la familia nuclear sí se relaciona con el incremento o disminución del nivel de depresión del adulto mayor.

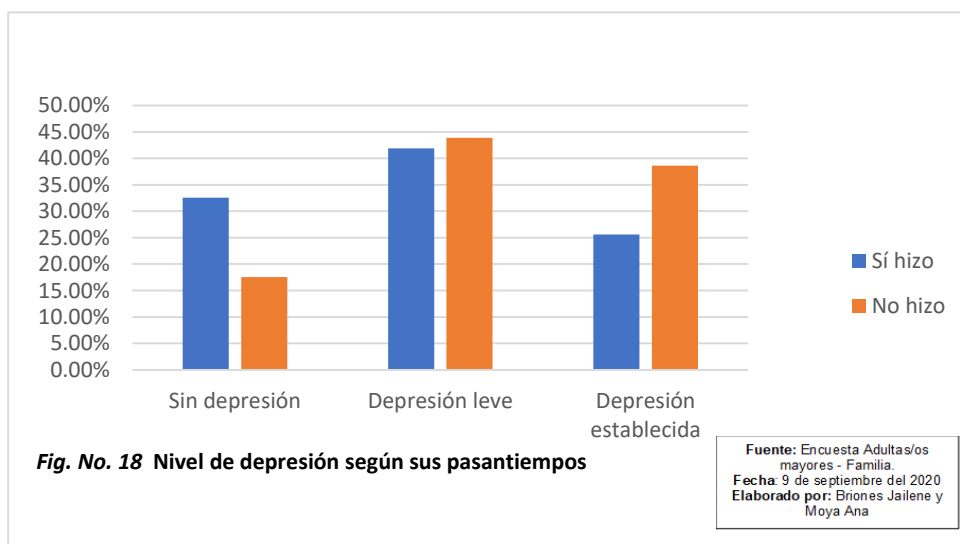
Las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. En este sentido, es importante que los adultos mayores no sólo sean reconocidos como receptores de servicios sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales, basados en la experiencia y la sabiduría que le han dado los años, desempeñando un papel protagónico en el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales al interior de la familia y la comunidad. (Zapata López et al., 2015, pág. 858)

Desde una mirada sistémica esto puede ser explicado como causa y efecto: por un lado, los adultos mayores con depresión leve pueden ser más recursivos y buscar comunicarse con otras personas, lo cual le permite evitar una mayor depresión y superar la que tiene; y, por el contrario, quienes se encuentran en depresión establecida, es probable que no estén en capacidad (física, mental o emocional) de mantener comunicación con otras personas, lo cual a su vez incide en su nivel de depresión.



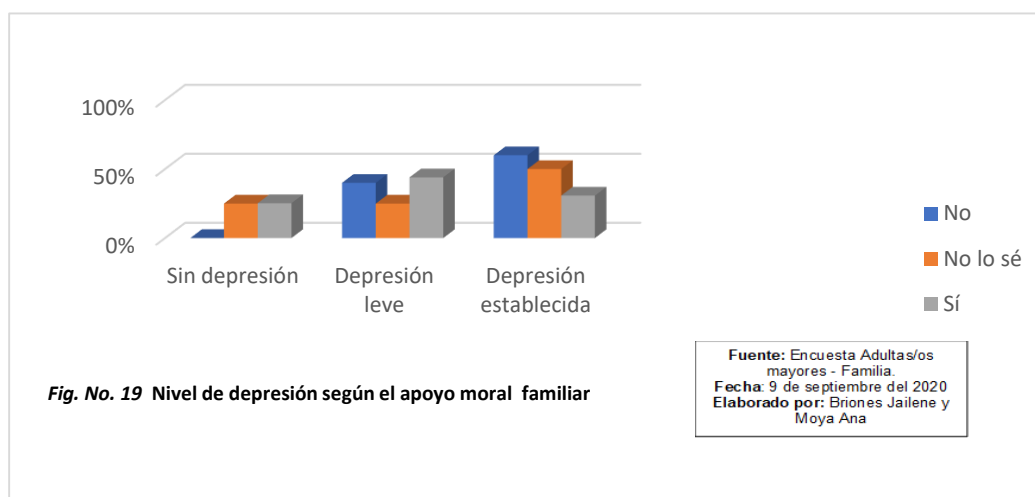
En relación al nivel de depresión vinculado al compartir actividades en familia y entre amigos, en los resultados, existe una mediana relación entre los que no tuvieron depresión, ya que, existió una diferencia aproximadamente del 8% entre los que sí y no compartieron actividades en familia.

En donde sí se pudo observar una relación es en la depresión establecida ya que hubo una diferencia de aproximadamente 10% predominando en las que no compartieron, determinando que existe una ligera asociación en que las adultas y adultos mayores que no compartieron actividades en familia, de forma mínima presentaron en menor grado niveles de depresión.

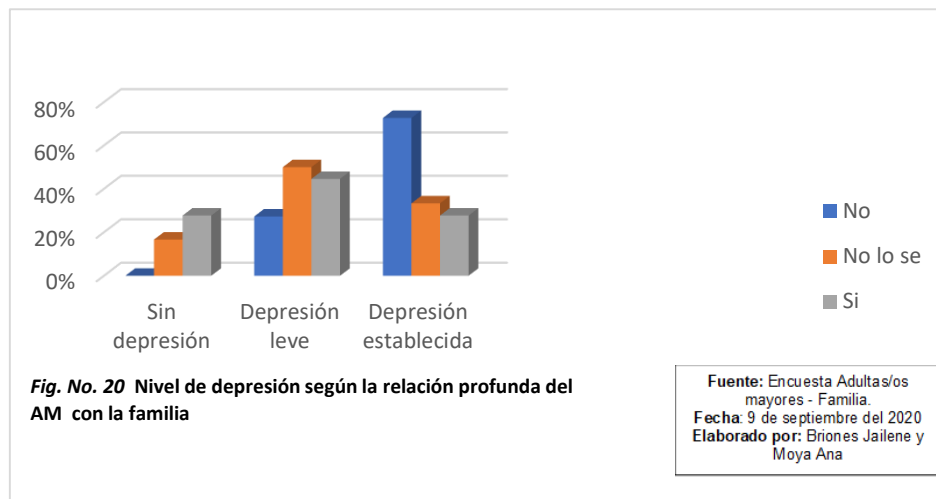


Dentro de los resultados de los encuestados, se encontró que existe una relación entre las y los adultos mayores sin depresión y depresión establecida, frente a que ambas categorías son apuestas, las personas que manifestaron no tener depresión manifestaron que si realizaron actividades o pasatiempos, mientras que, los que tuvieron depresión establecida fueron aquellas personas que no leyeron ni tuvieron otros pasatiempos, esto quiere decir que evidentemente la lectura, las manualidades y los pasatiempos pueden ayudar a prevenir que las personas adultas mayores se depriman.

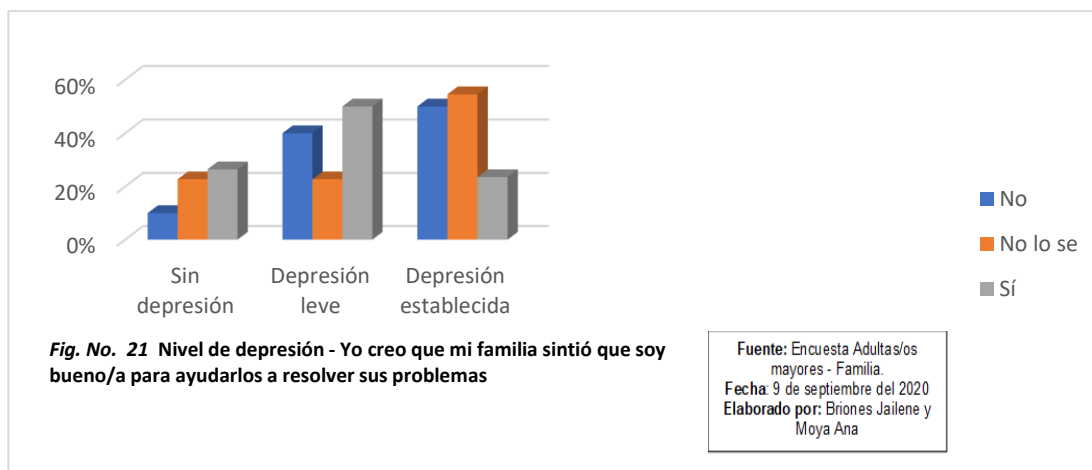
Es así que, la realización de pasatiempos o actividades recreativas en las y los adultos mayores “puede suponerle por una parte un cambio sustancial en su vida interior, ya que le ayudara a aumentar su equilibrio personal, mejorar su estado de ánimo y su salud, potenciar sus reflejos y proporcionarle una agilidad que podía tener estancada o disminuida, y en definitiva, mejorar su calidad de vida” (Torres Martínez et al., 2011, pág. 17), todo ello permitirá a su vez, que no atraviesen situaciones de depresión.



La depresión establecida de las y los adultos mayores dentro del apoyo familiar que percibieron, manifestaron con un 31% sí haber recibido apoyo moral por parte de su familia, pero a pesar de haberlo recibido, presentaron depresión establecida. El apoyo moral de la familia hacia la y el adulto mayor tiene un rol fundamental en el bienestar integral de los mismos, es así, que dentro de los resultados de las y los encuestados, a pesar de que la familia estuvo apoyando al AM, el mismo, posiblemente por la misma situación de depresión no lo percibió o disfrutó en su totalidad.



La depresión establecida en este caso podría ser una causa y efecto de la profunda relación que los y las adultas mayores podrían tener con sus familias, ya que los participantes que si contaron con una profunda relación con varios miembros de su familia no tuvieron síntomas de depresión, lo cual es un factor que influye totalmente en su estado mental y emocional. Además, la diferencia entre los adultos y adultas mayores sin depresión es opuesta en resultados en relación a los adultos y adultas mayores que tienen depresión establecida.



Los niveles de depresión según la percepción que tenía el adulto y adulta mayor en relación a la ayuda es significativo en relación a la depresión establecida ya que un gran porcentaje de los y las participantes que no supieron si a sus familiares les resultaba significativa su ayuda presentaron

depresión establecida, lo que finalmente da a entender que la percepción que la familia tenga del adulto mayor como un ser humano que va más allá de ser quien recibe cuidado y atención, es decir, que este sea visto como un pilar importante en la familia podría ayudar a que los sentimientos de depresión no sean establecidos.

Partiendo desde nuestra profesión de Trabajo Social, señalamos la importancia que tiene el sistema familiar en relación al sistema individual, del vínculo y relaciones que se establecen entre los miembros a lo largo de su ciclo de vida, frente a la situación que generó el confinamiento por COVID-19, la salud mental del AM se vio afectada, es así, que las estrategias que utilizó el propio adulto mayor y la familia fueron esenciales para su estado emocional, dado que, el contacto, las relaciones, el compartir actividades en familia, entre otras, son indicadores positivos para que las personas mayores no atraviesen o no agraven su situación de depresión.

También se demostraron otras estrategias que se reportaron como poco utilizadas y que no mostraron que tuvieran una relación directa con el nivel de depresión como hacer actividad física, evitar noticias sobre la pandemia, realizar tareas del hogar, entre otras.

Las estrategias que se observaron como las que evidenciaron mayor relación o menos utilizados por los y las adultas mayores con depresión establecida fueron mantener contacto con la familia o amigos, realizar pasatiempos, medianamente en compartir actividades con la familia, las cuales a su vez fueron identificadas en mayor porcentaje de los adultos mayores que no llegaron a deprimirse. Estas estrategias

CAPÍTULO 5:

Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones Generales.

Dentro de nuestra investigación y a través de la aplicación de instrumentos de encuestas y entrevistas realizadas hacia las y los adultos mayores y sus familias, hemos podido analizar las estrategias de afrontamiento que adoptan las familias frente a sus miembros adultos mayores que pudieron atravesar situación de depresión en el contexto del confinamiento.

En cuanto a la depresión vivida por las y los adultos mayores, se evidenció que, durante el primer mes de confinamiento, éste efectivamente influyó en la salud emocional y mental de los y las adultas mayores, mostrando así en sus resultados, adultas y adultos mayores con niveles de depresión leve y establecida.

Con respecto a las variables de satisfacción de vida y sentimientos de felicidad, hubo una muestra significativa de adultas y adultos mayores que manifestaron no sentirse felices ni satisfechos, a pesar de que el género no está ligado directamente con esas variables, se pudo constatar que la variable de discapacidad dentro del contexto del confinamiento sí es un factor determinante para percibirse o no satisfechos y felices, al igual que la edad, puesto que el rango entre 70 y 75 años evidenció, en su mayoría, no sentirse felices con su vida.

Algo que se relaciona mucho con los sentimientos de felicidad y tristeza para una adulta o adulto mayor son las actividades y sus rutinas diarias. Debido al confinamiento a causa del COVID-19, estas actividades se vieron afectadas, ya que, más del 80% de los mismos manifestó haberlas abandonado; en cierta medida, este abandono de actividades no solo se debió al cambio de rutina del confinamiento si no a un decaimiento en la energía de los participantes, en la línea de la depresión.

Así mismo, 6 de cada 10 adultos mayores indicaron sentirse inútiles, siendo el género una variable determinante dentro de la misma pues el masculino prevaleció en porcentajes frente a las mujeres. Esto se puede dar, en parte, por el triple rol que social y culturalmente se le ha asignado a la mujer en nuestro medio, como el de procrear, cuidar/atender y trabajar, por lo que se puede constatar que haya un menor número de mujeres que no se sienten inútiles. Además del género, el sentimiento de inutilidad se ve influenciado dependiendo el tipo de discapacidad que presente la o el adulto mayor, dado que, en los resultados de las encuestas, las y los adultos mayores que presentaron discapacidad de tipo intelectual - motora, señalaron que, durante el primer mes de confinamiento, se sintieron inútiles.

Desde luego, frente a estos sentimientos de tristeza, satisfacción o felicidad que experimentó la mayoría de adultas y adultos mayores de la muestra, más de la mitad de ellos se sintió con esperanza frente a la situación dada por el confinamiento a causa del COVID-19, lo cual es buen factor de resiliencia para sobrellevar posibles situaciones de depresión.

El uso de estrategias de afrontamiento, tanto de manera autónoma como familiar, se relacionan con factores sociales y culturales mencionados anteriormente. Dentro de las estrategias más utilizadas por la y el adulto mayor se encontró la búsqueda de apoyo espiritual como lo es el rezar y escuchar misa/culto virtual, lo cual es un rasgo característico de la población guayaquileña y latinoamericana en general.

El autor Mafla señala que, en sus observaciones pudo constatar que ciertamente la religión tiene una función efectiva en la vida de las personas en el plano individual y colectivo. La religión es psicológicamente útil, en tanto sus promesas de recompensa eterna son necesarias para proporcionar soporte y cobijo al sujeto caído en desdicha. Es útil, en tanto imprime un carácter en las personas de inclinación religiosa; asimismo, es fuente de sentido a la vez que eleva la dignidad de la persona y enriquece la naturaleza humana. (Mafla, 2013, pág. 439)

La importancia que tiene la familia para el bienestar emocional y psicológico de la y el adulto mayor resultó evidente pues una de las estrategias que utilizaron fue el que recurrieron a mantenerse en contacto virtual con sus amigos y familiares fuera de casa. Confirmando los datos obtenidos por las entrevistas y las encuestas de las y los adultos mayores, las familias frente a los días de tristeza e incertidumbre, efectivamente buscaron afianzar los vínculos y lazos familiares.

Además, se ha llegado a evidenciar que todas las estrategias que tienen que ver con lazos de afinidad, comunicación y relación con los otros, el género femenino prevalece en porcentajes frente al masculino, esto puede deberse al rol que históricamente ha sido asignado a la mujer en sociedades como la nuestra, como la figura principal de cuidado, de sensibilidad, ya que socialmente, la mujer tiene más permisividad de expresar sus sentimientos que los hombres, lo cual le permite tener relaciones más cálidas, cercanas y afectuosas con los otros.

Otros de los recursos utilizados por las y los adultos mayores fue el evitar las noticias referentes a la pandemia, esta estrategia puede ser considerada una de las más positivas no solo del adulto mayor, si no de la familia, ya que, la sobrecarga de información puede provocar sentimientos de miedo, episodios de ansiedad, estrés, situaciones depresivas, que tienen efecto en la salud mental.

En relación a las estrategias familiares y como se mencionaba anteriormente, una de las estrategias más utilizadas tanto de la y el adulto mayor como de la familia fue la búsqueda de apoyo espiritual como el unirse en oración, seguido de cuidarse entre ellos mismos además de mantenerse unidos y comunicados, así mismo, hemos deducido que, en las estrategias aplicadas por la familia, el adulto mayor las percibió de igual manera por lo que sí existe una relación entre las mismas.

A pesar de que hubo adultas y adultos mayores en el que sus familias aplicaron estrategias de afrontamiento frente a los días difíciles que atravesaron, ellos no se sintieron satisfechos con su vida, lo que podría

deberse a que estuvieran atravesando una situación de depresión y con ello perder el interés en actividades que previamente eran placenteras.

Para las y los adultos mayores, el confinamiento ha sido una experiencia nueva en sus vidas, lo cual los ha hecho llegar a la mayoría de ellos a niveles de ansiedad, depresión, miedo, así mismo, han logrado aplicar estrategias que les han permitido con resiliencia sobrellevar los días.

Finalmente, el nivel de depresión en relación a las estrategias de afrontamiento aplicadas por la familia se pudo llegar a la conclusión de que la situación de depresión de adultos mayores durante el primer mes de cuarentena no se encuentra principalmente ligada a las estrategias perse, es decir, que esta no influye en evitar o llegar a tener depresión, esta se encuentra relacionada con la profundidad de las relaciones que pueda tener el o la adulta mayor con sus familiares.

Es por ello que cabe recalcar ante lo mencionado anteriormente que no es suficiente mantener contacto con familiares, amigos externos o más aún que el adulto o adulta mayor viva dentro de un núcleo familiar, sino que es necesario llegar a una relación profunda con algún miembro de la misma.

Además, se pudo constatar la percepción que la familia pueda tener de un miembro adulto o adulta mayor puede influir más que nada en la depresión establecida, cambiando así la perspectiva de que el adulto mayor es un miembro que solo recibe cuidados y atención mas no uno que pueda brindarlos, es así que con lo último mencionado se considera que el rol activo que pueda tener el adulto mayor en la toma y resolución de decisiones puede ayudar a disminuir o no elevar los niveles de depresión.

A partir de los hallazgos del adulto y adulta mayor, se refuerza el rol de intervención del trabajador social dentro del sistema familiar y a su vez nos permite aprender la importancia de las relaciones con los otros, más que nada en épocas de crisis, las cuales nos permiten evolucionar reordenando nuestros sistemas de redes de apoyo enfatizando las relaciones con los mismo.

5.2. Recomendaciones Generales.

A continuación, se expondrá las principales recomendaciones que surgieron a raíz de nuestra investigación desde el contexto de confinamiento por COVID-19 hacia las y los adultos mayores y sus familias:

- Que se incluya en la malla curricular de la carrera de Trabajo Social, materias enfocadas en el estudio de poblaciones altamente vulnerables, como los adultos mayores.
- Se recomienda al Estado Ecuatoriano implementar políticas públicas y programas dirigidos hacia las familias y personas afectadas por el COVID-19, que promuevan el fortalecimiento del vínculo afectivo.
- Es necesario que las investigaciones sobre efectos del confinamiento en adultos mayores se enfoquen en grupos con doble o triple vulnerabilidad como ancianos con discapacidad, en situación de abandono, que viven solos, entre otros.
- Es conveniente aplicar los instrumentos de este tipo de investigación en un contexto ajeno a la familia, a fin de disminuir el sesgo metodológico que puede darse por el hecho de que es la propia familia quien medió para la aplicación de la encuesta. Esto considerando que al adulto mayor se le consultó sobre su relación con la familia y cuestiones relacionadas con su situación familiar.
- Quedan aún algunos vacíos investigativos en este campo, como la correlación entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento familiar utilizadas por las familias para enfrentar dicha depresión; las formas en que se desarrollan las estrategias familiares relacionadas con el fortalecimiento de los vínculos de familia y amigos; las formas en que se desarrollan las redes de apoyo social fuera de la familia y estrategias basadas en amigos o vecinos; entre otros.

Bibliografía

- Acevedo Alemán et al. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: “modelando la intervención social construccionista”. *Margen*, 1-15.
- Adulta Mayor 2. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- Adulta Mayor 4. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- Adulta Mayor 5. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (A. Moya, Entrevistador)
- Adulta Mayor 6. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (A. Moya, Entrevistador)
- Adulta Mayor 6. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (A. Moya, Entrevistador)
- Adulto Mayor 1. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- Adulto Mayor 3. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2017). *Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINI-005/Downloads/Publicaci%C3%B3n%20Agenda%20Nacional%20para%20la%20Igua ldad%20Intergeneracional.pdf
- Agudelo, M., & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 353-378.
- Alberdi et al. (2006). *Depresión*. Obtenido de SCAMFYC: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Álvarez et al. (2015). *Estado de ánimo y depresión en las personas mayores*. Barcelona: Addenda.
- Arnold, & Osorio. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, 1-12. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/101/10100306.pdf>

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (22 de Junio de 2020). *Ley orgánica de apoyo humanitario*. Obtenido de Empresa pública municipal de movilidad, tránsito y transporte de cuenca:
https://www.emov.gob.ec/sites/default/files/transparencia_2020/a2_41.pdf
- Astudillo, C. (2017). Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.*, 438- 449.
- Bárcena, A. (3 de Abril de 2020). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19*. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Obtenido de CEPAL:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf
- Barrera et al. (21 de Mayo de 2020). *Los efectos del confinamiento por la pandemia de Covid-19 en los núcleos familiares*. Obtenido de Universidad de San Carlos de Guatemala :
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/63438768/Propuesta_de_Investigacion_Grupo__820200526-36917-o3ydab.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPropuesta_de_Investigacion_Grupo_8_USA_C.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Cr
- Bedoya, & Arango. (2012). *Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINING-005/Downloads/Dialnet-ConstructivismoYConstruccionismoSocial-5857466%20(1).pdf
- Bericat, citado por Echeverría. (2016). Clasificación de los diseños mixtos en las Ciencias Sociales y aplicación al análisis de tres informes de investigación. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social.*, 8-26.
- Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión . *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 46-51.
- Bonifacio Sandin et al. . (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1-22.
- Bosch, E., & Ferrer, V. (2003). *Fragilidad y debilidad como elementos fundamentales del estereotipo tradicional femenino*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINING-005/Downloads/Fragilidad_y_debilidad_como_elementos_fundamentale%20(1).pdf
- Cadenas, H. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad . *Revista Mad*, 29-41.
- Calderón, D. (2019). *Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de Seguro Social en la consulta externa de un Hospital Público de la ciudad de Quito en 2018*. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7338/Factores_CalderonMason_Diego.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Calvopina citado por El Comercio . (26 de Marzo de 2020). ¿Cómo cuidar de la salud mental del adulto mayor en medio de emergencia por covid-19? *El Comercio* .

- Carrasco et al. (2012). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 9-14.
- CDC. (20 de Marzo de 2019). *Pandemia de 1918 (virus H1N1)*. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades : <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
- CIE-10, citado por, Universidad Complutense Madrid. (s.f.). *Criterios CIE-10 (DEPRESIÓN)*. Obtenido de <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/DEPRESION/cie.php>
- Código Orgánico de la Salud. (12 de Mayo de 2016). *Código Orgánico de la Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
- Coloma citado por El Universo. (2 de Mayo de 2020). En Guayaquil, dengue o tifoidea concurren en pacientes que tienen COVID-19. *El Universo*.
- Comisión Nacional de la Familia, citado por Unicef. (s.f.). *La familia que hemos construido*. Obtenido de <https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/06%20Construido.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador . (11 de Agosto de 1998). *Constitución de la República del Ecuador* . Obtenido de Cancillería : https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1998.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de Constitución de la República del Ecuador: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Obtenido de Organización de los Estados Americanos: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Cruz Muñoz et al. (2010). Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos. *Anales en Gerontología*, 31-49.
- Cuadros, A. (2013). *Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINING-005/Downloads/Dialnet-AproximacionDesdeElTrabajoSocial-4703008%20(1).pdf
- Cuiyan Wang et al. citado por Lozano. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 51-56.
- Diario ABC. (20 de abril de 2020). Coronavirus: ¿Cómo afecta el confinamiento a la salud de nuestro cerebro? *Diario ABC* .

- Duarte, citado por Diario Público. (24 de Abril de 2020). El distanciamiento social puede haber salvado ocho millones de vidas en el mundo. *Diario Público*, págs. <https://www.publico.es/ciencias/confinamiento-distanciamiento-social-haber-salvado-ocho-millones-vidas-mundo.html>.
- El Comercio. (19 de mayo de 2020). Así será la ‘nueva normalidad’ de Guayaquil con semáforo amarillo. *Diario El Comercio*.
- El Comercio. (16 de Marzo de 2020). Cuidado del adulto mayor debe reforzarse contra el covid-19. *Diario El Comercio*.
- El Comercio. (27 de Mayo de 2020). En Guayaquil, una semana con menos casos del nuevo coronavirus. *Diario El Comercio*.
- El Comercio. (29 de mayo de 2020). Inmunología de la población en Guayaquil ante el covid-19 se evalúa. *Diario El Comercio*.
- El Comercio. (12 de Marzo de 2020). Presidente declara emergencia sanitaria en el Ecuador por el coronavirus covid-19. *El Comercio*.
- El Universo . (25 de Abril de 2020). Familias limitan víveres y ajustan su presupuesto frente a crisis por el COVID-19. *El Universo*.
- Espinal, Gimeno, & González. (s.f.). *El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia*. Obtenido de <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Estrada A et al. (2013). *Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMING-005/Downloads/999-Texto%20del%20art%C3%ADculo-18742-1-10-20130514.pdf
- Estrada, & Vargas. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 266-281. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018993007.pdf>
- Fernández y Ballesteros, citado por García Sánchez. (Julio de 2014). *Calidad de vida de Adultos Mayores hombres de una delegación del Municipio de Toluca*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de México : <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Feli%20pe.pdf?sequence=1>
- Ferrer Honores et al. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*, 51-58.
- FIAPAM. (29 de Abril de 2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Obtenido de fiapam.org: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- FM Adulta Mayor 2. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- FM Adulta Mayor 4. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)

- FM Adulto Mayor 1. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- FM Adulto Mayor 3. (Agosto de 2020). Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19. (J. Briones, Entrevistador)
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 326-345.
- García, & Rodríguez. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los Cuidados*, 45-51.
- García, A. (s.f.). *Notas sobre la teoría general de sistemas*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINING-005/Downloads/12310-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12390-1-10-20110601.PDF
- García, F. (Julio de 2014). *Calidad de vida de Adultos Mayores hombres de una delegación del Municipio de Toluca*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de México:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
- Gartzia et al. . (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 567-575.
- Gergen citado por Acevedo Alemán et al. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: “modelando la intervención social construccionista”. *Margen*, 1-15.
- González, C. (s.f.). *Teoría estructural familiar*. Obtenido de Medicina de familiares :
<http://medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
- Hernández, R., & Mendoza. (2008). *Metodología de la investigación*. España: Mc Grall Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2012). *Metodología de la investigación*. España: Mc Graw Hill.
- Hernández; Galindo & Milena, citado por, Macías. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*.
- Herrera, citado por Ojeda Silva. (Diciembre de 2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales*. Obtenido de Universidad del Bío Bío:
http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/330/1/Ojeda%20Silva_Yoselyn.pdf
- Hidalgo y Carrasco, citado por Ojeda Silva . (Diciembre de 2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales*. Obtenido de Universidad del Bío Bío :
http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/330/1/Ojeda%20Silva_Yoselyn.pdf

- Huarcaya. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 1-8.
- Iborra, R. R. (7 de abril de 2020). *Confinamiento en la población de edad avanzada: impacto psicológico en las personas con demencia*. Obtenido de BLOG DEL CRE DE ALZHEIMER: <https://blogcrea.imserso.es/confinamiento-en-la-poblacion-de-edad-avanzada-impacto-psicologico-en-las-personas-con-demencia/>
- INEC. (Septiembre de 2019). *Boletín Técnico N° 01-2019 - Encuesta Multipropósito*. Obtenido de Ecuador en cifras: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Multiproposito/201812_Boletin_Tecnico_Multiproposito.pdf
- INEC. (2020). *Proyección por edades Provincias 2010-2020 y nacional*. Obtenido de Proyecciones Poblacionales: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Iñiguez, citado por Acevedo Alemán et al. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: “modelando la intervención social construccionista”. *Margen*, 1-15.
- Krzemien, Deisy et al. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 183-210.
- Ley de Seguridad Social. (2011). *Ley de Seguridad Social*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_seg_u.pdf
- Ley orgánica de las personas adultas mayores*. (9 de Mayo de 2019). Obtenido de Portal único de trámites ciudadanos : https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Ley Orgánica de Salud. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- López, citado por Cuadros. (2013). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de Trabajo Social*, 109-132.
- Lopez, T. (2001). *Hacia Nuevos Modelos De Familia*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMINING-005/Downloads/Dialnet-HaciaNuevosModelosDeFamilia-209153.pdf
- Luhmann citado por Cadenas. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. *Revista MAD*, 29-41.
- M.I Municipalidad de Guayaquil . (2019). *Ordenanza para la protección de las personas adultas mayores de Guayaquil*. Obtenido de <https://www.guayaquil.gob.ec/OrdenesDia/2019/Febrero/2019-02-13%20Orden%20del%20di%CC%81a%20sesio%CC%81n%20ordinaria/2019-02-13%20Punto%205%20AG-2019-02512.pdf>

- Macias et al., (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*.
- Mafla, N. (2013). Función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. *Theologica xaveriana* , 429-459.
- Martínez et al. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enferm. glob.*
- Mateo, C. M. (s.f.). *La familia desde el punto de vista sistémico y*. Obtenido de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf
- Mc Cubbin & Thompson, citado por Ruiz Balvin. (2015). Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Temática Psicología*, 53-63.
- McCubbin, Olson y Larsen citado por Macías et al. . (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (s.f.). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de [inclusion.gob.ec](https://www.inclusion.gob.ec): <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Salud Pública . (1 de Mayo de 2020). *Consenso multidisciplinario informado en la evidencia sobre el tratamiento de Covid19*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/CONSENSO-MULTIDISCIPLINARIO-INFORMADO-EN-LA-EVIDENCIA-SOBRE-EL-TRATAMIENTO-DE-COVID19-VERSION-4.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Coronavirus COVID 19*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública : <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Protocolo para el manejo de personas adultos mayores en el contexto de la emergencia por la COVID-19 en los centros gerontológicos residenciales públicos y privados, y casas de acogida*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/PROTOCOLO-PARA-EL-MANEJO-DE-PERSONAS-ADULTAS-MAYORES-EN-EL-CONTEXTO-DE-LA-EMERGENCIA-POR-LA-COVID-19-EN-LOS-CENTROS-GERONTOL%C3%93GICOS-RESIDENCIALES-P%C3%94BLICOS-Y-PRIVADOS-Y.pdf>
- Ministerio de Salud Pública citado por El Universo. (2 de Mayo de 2020). En Guayaquil, dengue o tifoidea concurren en pacientes que tienen COVID-19. *El Universo*.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Salud Mental*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
- Minuchin citado por Chinchilla Jiménez. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 1-27.
- Minuchin citado por González. (s.f.). *Teoría estructural familiar*. Obtenido de Medicina de familiares: <http://medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>

- Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia Familiar* . Obtenido de <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Móles et al. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global* , 58-70.
- Morales, F. (2012). *Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa*. Obtenido de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ww5CiWx3BOKJ:scholar.google.com/+investigaciones+de+tipo+descriptivo+exploratorio&hl=es&as_sdt=0,5
- Moser, C. (1992). *La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género*. 1992.
- Naciones Unidas. (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
- Naciones Unidas. (1991). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* . Obtenido de Naciones Unidas: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Newman et al., citado por Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (2014). *Metodología de la investigación* . España: Mc Graw Hill .
- Ochoa, P. (2013). *Aislamiento social y trastornos emocionales de las personas adultas mayores de la parroquia yangana de loja*. Obtenido de Universidad de Loja: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16270/1/Tesis%20Patricio%20Ochoa%20Rios.pdf>
- Ojeda Silva, citado por Arés. (Diciembre de 2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales*. Obtenido de Universidad del Bío Bío: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/330/1/Ojeda%20Silva_Yoselyn.pdf
- Oliva, & Villa. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Olson, citado por Ferrer Honores et al. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*, 51-58.
- Olson, citado por Ojeda Silva. (Diciembre de 2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales*. Obtenido de Universidad del Bío Bío :

http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/330/1/Ojeda%20Silva_Yoselyn.pdf

- OMS. (5 de Febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de World Health Organization : <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2020). Obtenido de OMS: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- OMS. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n.>
- OMS, citado por García Sánchez. (Julio de 2014). *Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de toluca*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de México: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
- OMS, citado por MIES. (2014). *Norma Técnica de Población Adulta Mayor*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social : <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- OMS, citado por Portellano. (s.f.). *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Obtenido de Universitat de Barcelona : <https://www.tdx.cat/handle/10803/666780#page=21>
- ONU Guatemala. (s.f.). *Día de las familias*. Obtenido de Naciones Unidas Guatemala: <https://onu.org.gt/articulos/dia-de-las-familias/#:~:text=Naciones%20Unidas%20considera%20que%20la,sistemas%20sociales%20culturales%20y%20pol%C3%ADticos.>
- Organización Panamericana de la Salud citado por Calderón. (2004). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*. Obtenido de <http://ais.paho.org>: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Ortega, A. (s.f.). *Capítulo III. Aportes teóricos del modelo estructural al entendimiento de la estructura familiar*. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/22378309/CAPITULO_III_APORTES_TE%93RICOS_DEL_MODELO_ESTRUCTURAL_AL_ENTENDIMIENTO
- Ortiz, C. P. (2018). *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el Envejecimiento con el proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/666780>
- Ortiz, citado por Sigüenza Campoverde. (2015). *Funcionamiento Familiar según El Modelo Circumplejo de Olson*. Obtenido de Universidad de Cuenca: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>

- Ozamiz et al. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública* , 1-10.
- Pacheco, M., & Alfaro, A. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides Et Ratio*, 15-28.
- Palacios Cruz et al. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 7.
- Paladines, M., & Quinde, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Obtenido de Universidad de Cuenca: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Peralta, E. (2016). Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. *Aglala* , 122-146.
- Placeres, F., De León, L., & Delgado, I. (2011). La familia y el adulto mayor . *Rev. Med. Electrón.* , 472-483.
- Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021- Toda una Vida*. Obtenido de https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf
- Polaino y Martínez, citado por Ojeda Silva . (Diciembre de 2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales*. Obtenido de Universidad del Bío - Bío : http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/330/1/Ojeda%20Silva_Yoselyn.pdf
- Portellano, C. (2019). Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). *TDX*, 1-277.
- Quintana. (2006). *Metodología de Investigación Científica Cualitativa* . Obtenido de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
- Quiroga, P. (2015). *Prácticas cotidianas de los adultos mayores en el contexto familiar familiar latinoamericano*. Obtenido de <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/> <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/oculum/article/view/2712/1938%7D>
- Ramírez, et al. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social . *Scielo*, 1-21.
- Reyes, C., & Rojas, P. (2006). *Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la Región Metropolitana, considerando la variable género*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/326898887_Las_estrategias_de_afrontamiento_frente_a_la_percepcion_de_apoyo_social_Estudio_Descriptivo-

Comparativo_con_adultos_mayores_institucionalizados_y_no_institucionalizados_de_la_Region_Metropolitana_cons

- Rodas. (s.f.). *Afrontamiento familiar*. Obtenido de Repositorio de Objetos de Aprendizaje de la Universidad de Sevilla: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_11.htm
- Rodas, G. (2017). La gripe española: La información de la prensa española y norteamericana que alertó la epidemia en el Ecuador y el rol del médico Isidro Ayora. *Revista de Estudios Latinoamericanos*, 136-166.
- Rodríguez, et al. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Med Peru*, 3-7.
- Rodríguez-Morales et al. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peruana*, 7. Obtenido de <http://54.39.98.165/index.php/AMP/article/view/909/402>
- Ruiz, M. (2015). Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Temát. psicol*, 53-63.
- Ryan y Deci, citado por Ramírez Pérez. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 407-427.
- Salgado et al. . (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados . *MEDISAN*, 2195-2201.
- Sánchez, A., & de La Fuente, V. (2020). Covid-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de pediatría*, 1-2.
- Sánchez, citado por El Telégrafo. (15 de Mayo de 2020). La pandemia por covid-19 también cambió las relaciones familiares. *El Telégrafo*. Obtenido de Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/relaciones-familia-covid19>
- Sánchez, V. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos . *La Revue du REDIF* , 15-22.
- Sandín et al. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1-22.
- Sandoval, J. (2010). Construcciónismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. *Rev. Mad.*, 31-37.
- Santí et al, citado por Zúñiga. (2018). *El abandono del adulto mayor dentro de su entorno familiar*. Obtenido de Universidad de cuenca: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29424/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>
- Sanz et al. (2020). Consideraciones sobre conducta infantil y confinamiento en la crisis por COVID-19 desde la perspectiva funcional del Análisis de la conducta y ACT. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 115–129.
- Segura et al. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. salud pública.*, 184-194.

- Segura-Cardona et al. (2012). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
- Serrano, J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Madrid: Artistas.
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. (2020). *Situación Nacional por COVID-19 (CORONAVIRUS)*. Guayaquil: Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias.
- Sputnik, citado por El País. (23 de Mayo de 2020). Colombia supera los mil contagios por covid-19 en un día y llega a 20.177 casos. *El País*.
- Stephen Fleck, citado por García Guzmán et al. (Noviembre de 2010). *Percepción del adolescente sobre su comunicación familiar en tipología nuclear, monoparental y extensa; ubicado entre las edades de 15 a 16 años del 9º grado sección a, b y c del centro escolar insa de la ciudad de santa ana*. Obtenido de Universidad de El Salvador : https://www.academia.edu/34854024/Funciones_de_la_familia
- Suquilanda, A. (2017). *Factores biológicos y socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016*. Obtenido de dspace.ucuenca.edu.ec: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>
- Suquilanda, J. (2016). *Factores biológicos y socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27164/1/Tesis.pdf>
- Tellez Infantes et al. (2008). *Sexualidad, Género, Cambio de Roles y Nuevos Modelos de Familia*. Obtenido de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0798.pdf>
- The National Institute of Mental Health. (Enero de 2017). *Las personas mayores y la depresión*. Obtenido de The National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
- Toffoletto et al. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto Contexto Enferm*, 1-10.
- Torres Llanes et al. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*. Obtenido de [file:///C:/Users/ADMING-005/Downloads/707-2349-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ADMING-005/Downloads/707-2349-1-PB%20(2).pdf)
- Torres Martínez et al. (2011). *Eficacia de un programa terapéutico de expresión plástica en la depresión de los adultos mayores del centro de bienestar de ancianos san José pereira*. Obtenido de Core: <https://core.ac.uk/download/pdf/71396562.pdf>
- Tortosa, citado por Carmona y Ribeiro. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Pap.poblac*, 163-185.
- Universidad de las Américas Puebla. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de Colecciones Digitales UDLAP:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

- Universo, E. (2 de Mayo de 2020). En Guayaquil, dengue o tifoidea concurren en pacientes que tienen COVID-19. *El Universo*, pág. párr. 1.
- Urzúa, et al. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 103-118.
- Vela et al. (20 de Abril de 2020). *La relajación percibida y su papel como factor protector contra la ansiedad fóbica durante el curso del aislamiento social preventivo y obligatorio debido a COVID-19 en la población de Mendoza*. Obtenido de scielo: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/82/99>
- Villamal citado por Bedoya y Arango. (2012). *Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas*. Obtenido de file:///C:/Users/ADMING-005/Downloads/Dialnet-ConstructivismoYConstruccionismoSocial-5857466%20(1).pdf
- Zambrano, M. (2015). *Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT- 2015*. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13765/1643.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zapata López et al. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Rev. salud pública.*, 848-860.
- Zapata López et al. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Rev. salud pública*, 848-860. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n6/848-860/es>

Anexo 1

Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado para las y los adultos mayores y sus familias de la ciudad de Guayaquil.

Entiendo que esta entrevista es parte de una investigación, cuyo objetivo es analizar las estrategias de afrontamiento que han adoptado las familias frente al miembro adulto mayor en situación de depresión debido al confinamiento por covid-19 en la ciudad de Guayaquil, a fin de identificar las acciones que hayan resultado positivas, realizada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, desde la carrera de Trabajo Social.

Entiendo que estoy participando libre y voluntariamente en esta entrevista sin ser obligado/a en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho a negarme a participar. Si decido no participar, esto se mantendrá confidencial, y no habrá, sanciones o repercusiones incurridas por mí sí me niego.

Entiendo que puedo detener esta entrevista/encuesta en cualquier momento en que yo desee no continuar y que esto se mantendrá confidencial y no tendré sanción o repercusión, si pongo fin a la entrevista. Entiendo que mi identidad también se mantendrá estrictamente confidencial.

Se me ha explicado el propósito de esta entrevista, y entiendo el contenido de este formulario.

Acepto participar mediante esta declaración acepto que se grabe esta entrevista y que se tomen fotos durante la misma. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni a las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que yo dé.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Nombre del familiar: _____

Firma de familiar: _____

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Firma de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Fecha: _____

Anexo 2

Encuesta de adultas y adultos mayores

(Adaptado de la escala de depresión geriátrica de Yesavage)



Encuesta sobre la “Situación de depresión en las y los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19”.

Presentación: Es una investigación realizada por estudiantes de la carrera de Trabajo Social, dirigida hacia las y los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Identificar los niveles de depresión y apoyo familiar recibido por las y los adultos mayores durante el primer mes de confinamiento a causa del COVID-19.

Datos de Identificación:

Género: Masculino () Femenino ()
Otro ()

Edad: _____

Tipo de discapacidad: Intelectual () Auditiva ()
Motora () Visual () Ninguna ()

Nacionalidad: Ecuatoriana () Otro _____

Ciudad:

Barrio o ciudadela:

Nivel de educación: Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Título universitario ()

**RESPONDA SI O NO O NO LO SÉ EN LOS CASILLEROS
CORRESPONDIENTES**

PREGUNTAS/ADULTOS MAYORES	SI	NO
1. ¿En general, durante el primer mes de confinamiento usted se sintió satisfecho/a con su vida?		
2. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Abandonó muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
3. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Sintió que su vida estuvo vacía?		
4. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió con frecuencia aburrido/a?		
5. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se encontró de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6. Durante el primer mes de confinamiento, ¿temió que algo malo pudiera ocurrirle?		
7. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?		
8. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió vulnerable o desprotegido/a?		
9. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideró que tuvo más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
10. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que es estupendo estar vivo?		
11. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió inútil?		
12. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió lleno/a de energía?		
13. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió sin esperanza?		
14. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que la mayoría de la gente estaba en mejor situación que usted?		
<p>15. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mantener contacto virtual con familiares o amigos que viven fuera de casa ____ * Evitar las noticias referentes a la pandemia ____ * Compartir actividades en familia ____ * Leer, escribir, hacer manualidades u otros pasatiempos ____ * Ver televisión o escuchar música alegre ____ * Hacer actividad física ____ * Rezar, escuchar misa/culto virtual ____ * Otra ____ 		
<p>16. Si su respuesta anterior fue "Otra", especifique qué hizo para afrontar sus sentimientos de tristeza o soledad</p>		
<p>17. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?</p>		

18. ¿Que hizo usted para sobrellevar los días en los cuáles se sintió desprotegido durante el primer mes de confinamiento?			
PREGUNTAS/FAMILIA	SI	NO	NO LO SÉ
19. Mi familia me dio el apoyo moral que necesité:			
20. Mi familia disfrutó escucharme sobre las cosas que pienso:			
21. Ciertos miembros de mi familia acudieron a mí cuando tuvieron problemas o necesitaron un consejo:			
22. Confié en mi familia para apoyo emocional:			
23. Existió un miembro de mi familia al que pude acudir cuando me sentía mal, sin que después eso sea motivo de burla:			
24. Mi familia fue sensible (o empática) a mis necesidades personales:			
25. Los miembros de mi familia acudieron a mí para apoyo emocional:			
26. Los miembros de mi familia fueron buenos para ayudarme a resolver mis problemas:			
27. Tuve una profunda relación con varios miembros de mi familia:			
28. Cuando confié en los miembros de mi familia, eso me hizo sentir incómodo:			
29. Los miembros de mi familia me buscaban para compañía:			
30. Creo que mi familia sintió que soy bueno/a para ayudarlos a resolver sus problemas:			
31. Deseo que mi familia fuera muy diferente a como lo es ahora:			

Valoramos y agradecemos su participación en esta encuesta, gracias.

Anexo 3

Encuesta a las familias de las y los adultos mayores

(Adaptado de la escala de apoyo social percibido de Procidano y Heller)



Encuesta sobre las “Estrategias de afrontamiento de la familia hacia la y el adulto mayor en situación de depresión durante el confinamiento por COVID-19”.

Presentación: Es una investigación realizada por estudiantes de la carrera de Trabajo Social, dirigida hacia las familias de las y los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Conocer las estrategias de afrontamiento aplicadas por la familia del adulto mayor en situación de depresión durante el primer mes de confinamiento a causa del COVID-19.

Datos de Identificación:

Género: Masculino () Femenino ()
Otro ()

Edad: _____

Nacionalidad: Ecuatoriana () Otro

Ciudad:

Barrio o ciudadela:

Relación con la o el adulto mayor:

¿Vive o vivió con la o el adulto mayor durante el primer mes de confinamiento a causa del covid-19?

Si () Parcialmente () No ()

SELECCIONE CON UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

PREGUNTAS		
Marque con una x su respuesta:		
<p>1. ¿Con cuántas personas convivió durante el primer mes de confinamiento? - Solo con el adulto mayor () - 2-3 personas () - 4-6 personas () - 7 o más ()</p>		
Responda con una x en los casilleros de SI O NO	SI	NO
2. ¿Su familiar adulto mayor tenía una habitación privada?		
Marque con una x su respuesta:		
<p>3. ¿Cuáles de estas facilidades tiene el lugar en donde vivieron el primer mes de confinamiento? - Baño dentro de casa () - Luz natural () - Ventanas () - Balcón () - Patio interior ()</p>		
<p>4. ¿Qué problemas vivieron durante el primer mes de confinamiento? - Económicos () - Enfermedades/Búsqueda de atención médica () - Fallecimiento () - Emocionales () - Otro: ()</p>		
<p>5. Si en su respuesta anterior seleccionó "Otra", señale qué otros problemas tuvieron:</p>		
Responda con una x en los casilleros de SI O NO	SI	NO
<p><i>Durante el primer mes de confinamiento, su familiar adulto mayor:</i></p>		

6. Abandonó muchas de sus tareas habituales y aficiones					
7. Temió que algo malo pueda ocurrirle					
8. Se sintió vulnerable o desprotegido/a					
9. Se sintió un/a inútil					
10. Se sintió deprimido/a					
11. Si usted considera que su familiar adulto mayor se deprimió, ¿qué cambios observó en él o ella?					
<i>Frente a los problemas vividos:</i>					
Responda con una x en los casilleros correspondientes	NU NC A	POCA S VECE S	ALG UNA S VEC ES	MU CH AS VE CE S	SIE MP RE
12. Compartimos los problemas con la familia más cercana (abuelos, tíos, etc.)					
13. Buscamos consejo y ayuda en amigos					
14. Pedimos ayuda, consejo y apoyo a los vecinos					
15. Buscamos ayuda en profesionales (psicólogo, trabajador social, etc.)					
16. Buscamos información y ayuda en personas que han tenido problemas iguales o similares					
17. Buscamos ayuda en nuestra Iglesia					
18. Solicitamos apoyo a alguna institución					
Marque con una x su respuesta:					

19. Durante ese período, acudimos a otros (familia, amigos, vecinos u otros) para:
 -Movilizarnos ()
 - Conseguir alimentos ()
 - Obtener medicina ()
 - Acceder a atención médica ()
 - Prestar dinero ()
 - Cuidar a algún miembro de la familia ()
 - Otro: _____

Frente a los problemas vividos durante el primer mes de confinamiento, como familia:

Responda con una x en los casilleros correspondientes	NU NC A	POCA S VECE S	ALG UNA S VEC ES	MU CH AS VE CE S	SIE MP RE
20. Tratamos de encontrar rápidamente soluciones, sin ponernos nerviosos y pensando fríamente en el problema					
21. Definimos el problema familiar de forma positiva para no sentirnos demasiado desanimados o tristes					
22. Aceptamos los problemas como parte de la vida					
23. Vemos en los juegos de azar (lotería, bingo, parchís, etc.), una solución importante para resolver nuestros problemas familiares					

Frente a los problemas vividos durante el primer mes de confinamiento, como familia:

24. Sabemos que tenemos la capacidad suficiente para resolver problemas importantes					
25. Creemos que podemos solucionar los problemas por nosotros mismos					
26. Sentimos que por muy preparados que estemos, siempre nos costará solucionar los problemas					
27. Creemos que, si esperamos lo suficiente, el problema por sí solo desaparecerá					
28. Tenemos fe en Dios y confiamos en su ayuda					

29. ¿Cuál fue la mayor fortaleza de mi familia durante el primer mes de confinamiento?

Valoramos y agradecemos su participación en esta encuesta, muchas gracias.

Anexo 4

Guía de Entrevista Familiar

Tema: Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vive su miembro AM en confinamiento por COVID-19.

La Carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil lo/la invitamos a participar de esta entrevista recalcando que su participación es importante y valiosa, que, además nos permitirá visibilizar y hacer que se escuche su voz frente a esta nueva crisis sanitaria que generó el COVID-19.

La presente investigación es conducida por las estudiantes Ana María Moya y Jailene Briones estudiantes de la Carrera de Trabajo Social.

La información que usted nos brinde es totalmente confidencial, con fines académicos, y se espera recomendar estrategias para enfrentar los efectos del confinamiento en población adulta mayor.

Datos de Identificación del Adulto Mayor:

Género: Masculino () Femenino ()
Otro ()

Edad: _____

Tipo de discapacidad: Intelectual () Auditiva () Motora ()
Visual () Ninguna ()

Nacionalidad: Ecuatoriana () Otro _____

Ciudad: _____

Barrio o ciudadela: _____

Nivel de educación: Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Título universitario ()

Datos de Identificación del Familiar:

Género: Masculino () Femenino ()
Otro ()

Edad: _____

Tipo de discapacidad: Intelectual () Auditiva () Motora ()
Visual ()

Nacionalidad: Ecuatoriana () Otro

_____ **Ciudad:** _____

Barrio o Ciudadela: _____

Nivel de educación: Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Bachillerato ()
Título universitario ()

Relación con la o el adulto mayor: _____

Vive o vivió con la o el adulto mayor durante el primer mes de confinamiento a causa del covid-19:

Si () Parcialmente () No ()

Desde ya le agradecemos su participación.

Guía de Preguntas

1. ¿Quiénes conforman esta familia? ¿Puede contarnos un poco de cada uno?

(nombre, rol, edad, ocupación) Adulto mayor: _____

¿todos ellos estuvieron en el primer mes de confinamiento? ¿siempre han vivido juntos?

¿Cómo es la relación (de cada uno) con la o el adulto mayor?

¿El adulto mayor siempre ha vivido con ustedes o solo durante el confinamiento? Cuéntenos un poco.

2. ¿Pueden contarnos un poco de su vivienda?
 - Tamaño. ¿cuántos dormitorios tiene?
 - ¿qué facilidades tiene? (ventana, balcón, patio, otras)
 - ¿la casa resultó cómoda o incómoda durante el confinamiento?
(profundizar)

3. Actualmente durante el confinamiento, ¿cómo se distribuyen las tareas del hogar?
 - (cocinar, limpiar casa, lavar ropa, hacer compras, cuidar de niños o ancianos, etc)
 - En esa distribución ¿qué rol cumple el adulto mayor?

4. Cuéntenos un poco
 - ¿Edad? ¿Qué le gusta hacer...que no le gusta...en qué ocupa su tiempo libre... en qué trabajaba cuando era joven...salud...enfermedades que tiene... discapacidad...?
 - ¿Usted... (AM) se encarga de su alimentación? ¿sus medicinas? ¿su higiene personal? ¿la comunicación con su familia o amigos?

5. Cuéntenos un poco sobre el inicio de la cuarentena
 - ¿Cómo se enteraron que había una pandemia y que había que estar en confinamiento?
 - ¿A partir del confinamiento que cambió en su vida?
 - ¿Cree que el confinamiento haya acelerado su proceso de envejecimiento?
 - ¿Extraña las actividades que solía realizar antes de que empiece el confinamiento?
 - ¿Qué actividades solía realizar antes del confinamiento y por cuáles las ha sustituido actualmente?
 - ¿Cómo se siente al haber abandonado o limitado la realización de sus actividades por el confinamiento?
 - ¿Cómo se sintieron? profundizar
 - ¿Qué hicieron?

¿Tomaron alguna decisión importante? ¿el AM participó en la decisión?

6. ¿Durante el primer de confinamiento su salud se vio afectada?

¿Ya tenía alguna enfermedad previa?

¿Surgieron nuevas enfermedades?

¿Cómo hicieron para atender la salud?

¿Cómo reaccionaron frente a las situaciones de salud?

7. En ese primer período (primer mes) de confinamiento, ¿cómo reaccionaron los miembros de su familia frente al encierro?

¿cómo lo vivió ...(AM)?

¿Hubo momentos de **depresión**?

Cómo se sintieron...

¿Qué hizo usted (AM) para tratar de superarlo?

¿Qué hizo la familia para tratar de superarlo?

¿Momentos de ansiedad o miedo?

Cómo se sintieron...

¿Qué hizo usted (AM) para tratar de superarlo?

¿Qué hizo la familia para tratar de superarlo?

¿Sentimientos de soledad o tristeza?

Cómo se sintieron...

¿Qué hizo usted (AM) para tratar de superarlo?

¿Qué hizo la familia para tratar de superarlo?

8. En el primer mes de confinamiento, ¿cómo se organizó la familia durante este período?

¿Cuáles fueron las principales dificultades que tuvieron que enfrentar en este período?

¿Qué hicieron para superar estas dificultades?

- Económicos

- Enfermedades/búsqueda de atención médica
- Fallecimiento
- Emocionales

¿Cómo ven esas estrategias que utilizaron?

¿Cómo se sienten de haberlo hecho?

¿Ahora que la situación de cuarentena ha pasado momentáneamente cree que hubieran hecho algo diferente?

¿Pidieron ayuda? ¿Se dejaron ayudar?

¿Dieron ayuda?

Cierre

¿Desde sus experiencias vividas durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideran enriquecedor el mantener vínculos sociales con sus amigos, vecinos o familiares? ¿Por qué?

¿Qué aprendieron como familia?

¿Cuál fue la principal fortaleza que tuvieron como familia durante ese primer periodo?

...Agradecemos su colaboración.

Anexo 5

Transcripción de Entrevistas de la y los adultos mayores y sus familiares

Variable o categoría	Subvariables	Indicadores	AM Y FAMILIA #1	AM Y FAMILIA #2	AM Y FAMILIA #3	AM Y FAMILIA #4	AM Y FAMILIA #5	AM Y FAMILIA #6
----------------------	--------------	-------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

<p>Reestructuración</p>	<p>Resiliencia</p>	<p>Formas de afrontar una situación estresante o de crisis por parte de la familia</p>	<p>* Yo tuve que escuchar mucho bullying porque me tocaba andar recogiendo lavazas, vender corviches, vender chuzos, y como era la más pequeña entonces era la que más rápido mandaban, entonces de mi niñez no tengo gratos recuerdos, la vida de colegio fue la mejor. A los 18 años comencé a trabajar, me gustan las aventuras. La hermana Helena que conocí en un trabajo de guardería me ayudo para ingresar a la</p>	<p>* He aprendido mucho a unirme más con mis hijos, con todos, porque gracias a Dios eso es lo que vale, lo que nos da fortaleza para seguir viviendo, estar unidos, estar siempre con las cosas buenas, haciendo obras buenas. AM</p> <p>*Estar unidos, el ayudarnos el uno al otro mutuamente, para no decaer para poder sobrellevar este virus</p>	<p>* Nuestra fortaleza principalmente , primeramente, Dios, y luego la unión de la familia que es lo que fortalece cualquier cosa. FM</p>	<p>* Tratábamos de llevar la vida normal, tratamos de hacer la vida lo más normal posible, tratar de no transmitirle miedo o temor. FM</p> <p>* Nuestra principal fortaleza fue Dios, porque Dios es todo y es el que decide todas las cosas.</p>	<p>* Como toda etapa que evoluciona, de pequeñitos pegados a uno y en adolescencia todavía están pegados a uno, pero ya ahora en su mayoría de edad no, ellos ahora cada cual estamos juntos, pero ya cada cual hace su vida, ya no somos los tres no no. Ahora conversamos un poquito, pero cada cual ha hecho su vida. AM</p> <p>* Como le digo yo trato</p>	<p>* Hay que seguir adelante uno siempre dice, sea en las buenas o en las malas. AM</p> <p>* Yo para vencer esto dejo que pase el día, la noche y así paso, no tratar de involucrarme mucho; yo soy fanática de ver las noticias, me hace sentir segura estar informada, el día en que yo no las veo me hace sentir mal. AM</p> <p>* A mi me gusta escuchar música pero</p>
--------------------------------	--------------------	--	---	---	---	---	--	---

		<p>Universidad, luego me enamoré de este hombre que fue el que me apoyo, que gracias a él estudie, que me ayudó a conseguir un trabajo en el magisterio, mis estudios se los debo a miguel. FM</p> <p>* Nosotros hacemos ejercicios físicos, los 3 nos levantamos todos los días en la madrugada a hacer. A raíz de la pandemia. FM</p> <p>* A mí me gusta cantar para mantener la mente</p>	<p>que estaba en el mundo. FM</p>			<p>de entretenerme así sea limpiando o barriendo lo que está limpio.</p> <p>* La mejor forma de superar esto para nosotros fue haber tenido los sustentos económicos, eso nos hizo estar tranquilos.</p>	<p>de repente porque le cuento que yo era tan todo el día todos los días de escuchar música, tenía esa de poner mi música pero tiempo a acá he dejado, incluso la pongo en esta situación que me siento triste que se yo un ratito que la veo linda y ya después la apago pero era algo que me fascinaba lo disfrutaba.</p> <p>* Las novelas me gustan, me pongo aunque sea ahí a ver</p>
--	--	--	---------------------------------------	--	--	--	---

			<p>ocupada de la situación de mamá. AM</p> <p>* Nuestra fortaleza como familia a raíz del confinamiento fue el amor, la unión, el apoyo. Porque todos queríamos estar bien, que nos pase nada. FM</p>					<p>novela, por ejemplo ahí me entretengo y me olvido de todo, me gusta que me vengan a visitar o me pongo arreglar mi ropa, la doblo o veo que ya no me gusta. AM</p> <p>* Yo me conectaba al Facebook más que sea del wifi de la alcaldía o me iba por ahí a pedir la clave y ahí en el Facebook me entretengo y chateando con mis amigos. FM</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	--

	Comunicación	Formas de comunicación entre los miembros de la familia	<p>*Durante el primer mes de confinamiento no lo soportaba (RISAS), él no se hallaba aquí, no soportaba la calor, sudaba de la nada, quería estarse bañando a cada rato. FM</p> <p>*Actualmente nos toleramos más porque era difícil al principio ya que estábamos acostumbrados a vivir los dos solos, cada quien hacía lo suyo y entonces ahora con la presencia del ya es diferente, el primer mes si nos dolió bastante no nos</p>		<p>* Por las noticias primero y ya cuando establecieron las diferentes autoridades los toques de queda, los horarios que no se podía salir, que no podíamos ir a hospitales ni nada de eso, principalmente a las personas con enfermedades así catastróficas no podían salir, entonces ya por eso obligadamente tocó quedarse en casa. FM</p> <p>* Bueno por las noticias, uno se entera por los medios</p>		<p>* Todo es grito, todo es maltrato todo es una cosa. Pero cuando yo le digo a Christian (nieto) algo ella (nieta) me dice ya va a molestarlo a mi ñaño y después mi ñaño comienza a hablar. Conmigo no pasa eso porque yo si se lo digo hijo cuidado o hijo otra cosa (de buena manera) y él me dice jajajaja si si veterana (en forma de broma) otras veces esta bravo, pero</p>	<p>* Con la familia tampoco nos mantenemos casi en contacto, solo cuando hay un velorio o una desgracia más o menos ahí, aunque sea hablamos, mas es amistadas. FM</p> <p>* Claro que me llamaba con mi hija, yo lloraba con el teléfono ahí con ella porque decían que ya no nos íbamos a poder a ver así pues no, yo recién a los tres mese la fui a ver,</p>
--	--------------	---	--	--	---	--	---	---

			<p>acostumbrábase, él tiene su manera de ser, etc. Horita en la actualidad ya nos entendemos más, nos comprendemos, evitamos decir cosas que podrían ocasionar una discusión. FM</p>		<p>de comunicación para tener más entendimiento para no poder salir de la casa. AM</p> <p>* Después lo hablamos entre familia de que no salgamos, no vayamos a ni una parte, nos quedamos aquí, pero no se nos hizo tanta dificultades. AM</p>		<p>aquí los escándalos graves han sido por ella (nieta) porque no sabe pedir por favor o no sea malito ñañito bájale el volumen porque estoy trabajando o alguna cosa, no, ella dice; y yo le dije un día a Christian porque tú eres así grosero así, para seguir conversando de buena manera y él me dijo abuelita usted me ve a mí pero se da cuenta como Joan (nieta)</p>	<p>pero de ahí si no, pero yo de ahí todos los días le hablaba por teléfono y ella también, mis nietos. AM</p> <p>* Sería bonito que me digan oye que te pasa porque lloras, no te pongas que se yo y le dan ánimo, pero no hay embeces quien lo haga entonces hay que pasar así el malestar. AM</p> <p>* Cuando le digo las cosas y para que ahí son las peleas porque ella me dice una</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>contesta no ha visto como pide las cosas, ella pide ordenando, vio que no estoy equivocada.</p> <p>* Me dice (nieta) "Ay, ya comenzó a quejarse, usted es una quejambrosa" "Usted es una teatrera". AM</p>	<p>cosa y ahí peleamos, parecemos perro y gato o marido y mujer. FM</p> <p>* Yo soy el que más pelea con ella, pero porque soy con el que más pasa y somos los dos aquí y conversamos durante el día. FM</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

	Lazos familiares	Vínculos de afinidad dentro del sistema familiar	<p>* Nos llevamos bien, yo lo cuido. Él está muy agradecido que estoy muy atenta a él, de sus goteros, de su medicina, de la comida. FM</p> <p>* Me gusta escuchar a mi esposo, escuchar a mi hijo, ver películas, compartir documentales, me encantan muchos los viajes. FM</p> <p>* Por el confinamiento pude hacer las paces con mi familia de Loja, por la preocupación de que alguno se enferme por</p>	<p>* Con el que está conmigo para que, estamos bien, porque el yo le hablo le digo algo y él nunca me reprocha nada de lo que yo le digo, el me escucha, es lo mejor que tiene porque no es un hijo que sea malcriado. Yo le puedo decir algo, le doy un consejo algo y él se queda callado, él no me contradice. AM</p> <p>* Mi relación con mi madre es buena, aquí estamos</p>	<p>* Mi relación es muy buena, no tengo inconvenientes porque siempre nos hemos llevado bien, mis hijos también, se quieren bastante porque son bien apegados a los abuelos. FM</p> <p>* Por lo general aquí pasamos todos juntos, con mi mamá en ese tiempo no trabajaba, paso aquí descansado, porque ya que ella no había tenido mucho descanso, en parte le ayudó para reestablecerse</p>	<p>* En realidad es un poquito difícil convivir con ellos, porque uno quiere una cosa y el otro quiero otra cosa, el uno opina y el otro no opina, entonces, es bastante complicado, pero tratamos de sobrellevarlo y ahí vivimos todos juntos. FM</p> <p>* El convivir con la familia fue difícil, porque al principio de la</p>	<p>* Ya me estoy acostumbrando a las decepciones que tengo de ellos conmigo, pero lo que tiene el uno no lo tiene el otro, nadie es perfecto, pero hay veces donde uno tiene que tratar de serlo casi perfecto con la persona que estuvo con uno (hace referencia a la relación de sus nietos con ella). AM</p> <p>* En mi relación con mi nieta no hay roces</p>	<p>* Mi relación con mi mamá es como con todo hijo, eh también hay peleas, disputas, pero igual nos logramos entender.</p> <p>* Pasar los tres juntos fue algo que nunca hemos vivido porque no salíamos, pero no hay si nos llevamos bien. FM</p> <p>* Mi hermana me visitó hoy día y pues me siento alegre sí, porque ella vino y conversamos como una hora, pero a la final no puedo ver a</p>
--	------------------	--	--	---	---	---	---	---

			<p>el virus. AM</p> <p>* Le doy gracias a mi señora que ella está pendiente de todo mi cuidado, cuando estaba en Loja no tomaba mi medicina a tiempo, ni la comida no comía a la hora que era. AM</p> <p>* Durante el confinamiento nos sentimos más unidos. FM</p> <p>* Como familia aprendimos que la familia es tu mayor tesoro, es única, que no va haber nadie mejor que la</p>	<p>nosotros aquí la miramos, como ella vive aquí al lado, estamos aquí juntas todos los días viéndonos.</p> <p>* Nuestra fortaleza fue la unión, porque nos unimos más y como le digo, no nos veíamos, pero sabíamos más de cada familiar, cosa que comúnmente ni sabemos a veces ya nos vemos que se yo, porque falleció un familiar, porque está enfermo ahí</p>	<p>descansar un poco, ya que pasábamos aquí todo el tiempo en casa, entonces pasábamos viendo televisión, películas, telenovelas, teleseries. FM</p> <p>* Aquí pasábamos, conversaciones que teníamos para no aburrirnos tanto, salir, conversar, dialogar como pareja que somos de tantos años. AM</p> <p>* Nos ayudó bastante a pasar tiempo en familia y cosas así, con</p>	<p>pandemia, se les prohibía entrar y venir (a los nietos del AM), y si venían que se sacaran las zapatas, que se cuidaran y todo eso y se cambiaran de ropa, fue bastante difícil porque no nos hacían caso, se limpiaba la casa y no nos hacía caso entonces había ratos que uno tiraba la toalla. FM</p> <p>* Gracias al</p>	<p>porque en mis 74 años he madurado, puede pasar lo que pase yo no digo nada, veo que conmigo hay un maltrato psicológico desde que ella tuvo su novio y yo no lo quiero; el accionar de ella me hace pensar muchas cosas. AM</p> <p>* Con mi nieto la relación es más o menos bien, cuando está con coraje quiere desbaratar todo y he optado por</p>	<p>mi otra familia porque tengo que andar llamando a Raúl no puedo llevarme. AM</p> <p>* Aquí si tenemos pelea para que no le vamos a decir aquí si está la situación así; mi otro hermano solo ve televisión en su cuarto, el no hace nada con nosotros. FM</p> <p>* (Hace gestos de que su relación con el otro hijo con el que convive es mala). AM</p> <p>* Vemos</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	---

			<p>familia, que es la única que te apoya en los buenos y malos momentos. FM</p> <p>* La pandemia te ha alejado de tus amistades, pero te ha unido a la familia, te ha hecho mantener en una misma casa todo el día juntos la unión. AM</p>	<p>recién la gente comunica, entonces como que hubo más esa comunicación . FM</p> <p>*Aprendimos como familia que la unión familiar hace la fuerza, es todo lo que vale porque nadie estuvo más ahí que la familia, es decir, nos hizo ver lo cual importante es la familia. AM - FM</p>	<p>esta pandemia nos ayudó un poco más a estar en familia. FM</p> <p>* Como familia aprendimos que, a valorar el tiempo, porque a veces tenemos tiempo y lo malgastamos, en cambio horita que teníamos tiempo demasiado de sobra, nos ayudó a convivir más en el sentido de llevarnos un poquito más, que a veces no es bueno estarse peleando tanto. FM</p> <p>* Nos ayudó a</p>	<p>confinamiento estamos horita más unidos, conversamos más, porque cada cual estaba en su mundo, horita estamos preocupados, estamos pendientes si te duele algo, si te sientes mal, si te duele el cuerpo, entonces estamos pendiente de eso para ver qué medidas tomamos, ese es el gran cambio que hay aquí en este hogar. FM</p>	<p>no decirle nada, si él quiere botarse por el balcón que se bote, chao se murió, me va a ganar la delantera nomás porque yo también me he de morir algún día. AM</p> <p>* Entre ellos dos (los nietos) si se llevan bien, de repente nomás que pelean.</p>	<p>televisión, me manda a comprar algo a hacer algo y vimos películas en la pandemia comparamos esas películas de 5 cds y vimos películas, ella estuvo de cumpleaños en plena pandemia y no se hizo nada, pero por lo menos ahí le puse el feliz cumpleaños en el parlante y ahí comidita y ya y paso feliz por lo menos ese día. FM</p> <p>* Se ha buscado más hermandad y</p>
--	--	--	--	--	---	---	--	---

					<p>darnos más fuerza y valor y estar unidos toda la familia. AM</p>	<p>* Aprendimos a querernos más, a estar unidos, y a tomar conciencia de lo que realmente es una enfermedad catastrófica. FM</p>	<p>tranquilidad en los corazones. AM</p> <p>* Yo aprendí de la familia aburrimento, solo aburrido, no conversar, no salir o ver a otras personas, no joder. FM</p> <p>* Estar juntos aquí yo me sentía más bien cuando no se iban mis hijos en esta situación que estaban, cuando estaban aquí pues yo me sentía bien y pues mire ahora uno se va a quedar acostumbrad a a eso</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

								porque Raúl se irá y ya me he acostumbrado con el medio año aquí en la casa. AM
--	--	--	--	--	--	--	--	---

	Participación en decisiones del grupo	Cooperación activa de los miembros de la familia frente a problemáticas o situaciones de crisis.	<p>* Ya es una obligación también de que yo esté aquí para velar por mi mujer y mi hijo. AM</p> <p>* Una vez que se normalice la situación iré a visitar a mis ganados en Loja. AM</p> <p>* Desde el principio se conversó de que yo iba a salir a hacer las compras, porque como en la primera vez más atacaba a los ancianos, entonces yo me iba a encargar de hacer las compras y que ellos se quedaran aquí</p>	<p>*La decisión de que teníamos que estar cada quien en su casa, por ejemplo, yo a mi mamá le decía que por favor no reciba visitas, que nadie venga, yo le llevaba la comida y mi otra hermana que le daba las medicinas, pero que por favor no entre tanta gente porque no se podía, o sea, uno lo que menos trataba era, por ejemplo, yo dejaba la comida y ya ahí mi mami se quedaba</p>	<p>* La decisión más la de por cuidarse, estar prácticamente encerrados, pero por esto de cuidarse, porque si uno no se cuidaba podíamos arriesgarnos a que nos pase algo más. Por evitar esos contagios y evitar tantas cosas, mejor preferimos aislarnos en la casa y no salir, solamente lo debidamente necesario, que se yo, para comprar comida y o medicinas nada más. FM</p> <p>* Por lo general yo salía a</p>	<p>*Decidimos como familia aislarnos del mundo, de la gente, decir Hola como estas? De lejos, el adulto mayor tuve que hacerla tomar esa decisión, correrle a los que venían aquí cerquita a la puerta a saludarla que le tiraban toda su saliva en encima tenía que estarlos corriendo. FM</p>	<p>* Conocer a las personas, de una vez rectifico por mí, cuando uno está enfermo y fregado no hay nadie ni la familia que le da la mano, entonces yo aprendí que uno en la juventud uno tiene que decirle prepárense y ahorren para que no pasen vicisitudes más adelante.</p>	<p>* Me donaban cualquier cosa cualquier pastilla, cualquier inyección y así, mis nietos, mis hijas, sobrinas unas que tengo muy buenas y me pegaban mi ayudita. AM</p> <p>*Ya nos están empezando a llamar para pagar las deudas de agua, luz y demás, estamos pensando cómo resolver pero todavía no tenemos nada no nos llega nada para</p>
--	---------------------------------------	--	---	--	--	---	---	--

			<p>en la casa. También, miguel me entregó el manejo de dinero a mi para yo administrarlo, yo cogí el rol principal en la casa. Yo solo administro el dinero, pero miguel es el que me dice, haces esto, haces lo otro. FM</p>	<p>sola con mi hermano ya que estuvieran los dos ahí. FM - Yo estuve de acuerdo porque había que aceptarlo porque estábamos viviendo por los momentos difíciles, ya no era como antes que no uno podía hacer y decir me voy, salgo por aquí, ya no, había que uno poner de su parte y quedarse en su casa ahí tranquilito no más. AM</p> <p>* Nosotros</p>	<p>comprar, porque como mi papá es Diabético y mi mamá casi una adulta mayor, entonces no salían, yo era la que principalmente salía a comprar comida o medicinas y todos los trámites así, ellos pasaban más encerrados digamos. FM</p>		<p>solucionar esto.</p> <p>* Yo participo de las decisiones del hogar y porque mis hijos dicen que soy la dueña. AM</p> <p>* Ella aquí es como la almirante jajaja. FM</p>
--	--	--	---	--	--	--	--

				somos 6 (hermanos) pero nosotros decíamos, solo nosotras la que la estamos atendiendo (2 hijas), para que no haya muchoa gente ahí en la casa de ella, porque no se podía tampoco, porque lo que uno menos quería era que haya gente, entonces yo decía no estar todos ahí, todos revueltos ahí, menos gente mucho mejor. FM				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Contención emocional	Formas de manejar situaciones emocionales por parte de la familia	* Para el confinamiento nosotros no teníamos televisor, el no tener un televisor fue una ventaja porque el, el primer mes que fue marzo el pasaba más o menos bien, pero en abril comenzaron a pasar las ambulancias, que mira que escuche que murió esta señora, que murió la otra, en el barrio de mi amiga han muerto como 20 personas, el ahí comenzó a asustarse. Eso hizo que él se acerque a su familia de Loja, horita vía	*Le decíamos que todo iba a estar bien, que tenía que tomarse la medicina, que con eso ella ya se iba a mejorar y que tenía que comer, porque como ella tampoco no le sentía sabor a nada, decía, no, yo no quiero comer, y le decía, pero mamá, aunque sea tomate la sopa, lo líquido porque eso si puede.				* Bueno ahí cuando ella caía enferma o triste ahí si se la atendía como todos los días, pero a veces con problemas que hay y ella llora coge a veces y se encierra a llorar y si la dejo sola a veces para que ella mismo suelte ese que se yo coraje o esos sentimientos y ya ahí de noche vuelvo entrar al cuarto. FM
--	----------------------	---	--	---	--	--	--	---

			<p>Whatsapp se saluda con su hermana, con sus hijos, está pendiente de las imágenes, fotos. FM</p> <p>* Cuando regresamos del viaje a Loja luego de visitar a la mamá de Miguel, yo le hablaba a él, le hablaba fuerte, porque no me puedo poner ahí a consolarlo , le decía pero mira vamos a viajar antes de eso porque como que no le gustaba la idea del viaje, y yo le decía pero Miguel es en vida que uno demuestra que uno quiere a una persona,</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			por lo menos a una madre es toda en vida, porque luego de que haya muerto así vayas a la tumba de nada te sirve, bueno, logramos viajar todo bien, pero en el último día como que él supo que ya no la iba a volver a ver y se arrodilló y le pidió perdón y se abrazaron. Y bueno, cuando llegamos aquí a guayaquil él llegó con su malestar de gripe. Así pasaron los días e igual seguíamos pendiente de la mampa y yo le seguía hablando fuerte					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			diciéndole oye es tu mamá por lo menos tuviste la dicha de verla, de que te perdonó y que tienes su bendición, de que ahora tiene un ángel que te cuida en el cielo, pero que es preferible que tu mamá este en el cielo a que este aquí sufriendo, porque la señora ya no comía, no dormía por el cáncer. FM					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

<p>Evaluación pasiva</p>	<p>Comunicación</p>	<p>Formas de comunicarse de la familia frente a sucesos problemáticos</p>	<p>* Yo fui la primera en enterarme de que había confinamiento por COVID-19, yo fui a que trajo las noticias aquí a los chicos, yo estaba en la fiesta en la red de maestros un día sábado, ya estábamos próximos a mi viaje de vacaciones de galápagos, cuando dicen que Guayaquil se encuentra en emergencia por el covid, que nadie puede salir de su casa, y la gente ahí alocada en el momento a las distribuidoras a comprar</p>	<p>* Por los medios que ya dijeron que o sea, ya, yo me acuerdo que andaba por el mercado, o sea, ya yo sabía que existía ya el virus pero en otros países, ya, pero de un momento ya me fui al mercado y comencé a ver personas con mascarilla, ya llegué a la casa y me enteré que la ya la pandemia había llegado, con razón que ya en el mercado las personas,</p>		<p>*Por todos los canales, y uno se asustaba y no salía de la casa, hasta ahora uno no sale de la casa. AM</p> <p>*Yo tomé asunto de eso de la pandemia cuando empezó en china en diciembre, pero cuando brotó aquí en marzo nos enteramos por las noticias. FM</p> <p>*Yo trate de cuidar lo mejor que podía aquí a mis dos</p>		<p>* Yo muevo cielo y tierra cuando es de llamar a alguien para que venga a ayudar a mi mamá. FM</p>
---------------------------------	---------------------	---	--	--	--	--	--	--

			<p>comida, y yo chira a la casa a contarles que teníamos una pandemia y que teníamos que comprar mucho alcohol, mascarilla y que no podíamos salir. FM</p>	<p>bueno, no todos, unos pocos, andaban con mascarillas. FM</p> <p>* La gente se trastornó, se volvió loca comprando todas esas cosas y ya que se agotaron y toda esa cuestión, pero ya le digo, después del mes, porque usted sabe que nos divertimos, jugamos hasta carnaval y toda esa cuestión, nos divertimos hasta lo último, hasta</p>		<p>veteranos. FM</p>		
--	--	--	--	---	--	--------------------------	--	--

				<p>que ya. FM</p> <p>*</p> <p>Escuchábam os la noticia de que ya ese virus llegó aquí, por medio de una señora decían primero, que llegó enferma, ya de ahí de pronto ya salió todo eso aquí pues de la enfermedad. AM</p> <p>* No señorita, no tuve comunicación con mis amigos y familias, hasta perdí un hermano en marzo y hasta el día</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>de hoy yo no me veo con los hijos ni la esposa de él, no nos vemos yo no he ido a donde ellos. Mi hermano falleció por el virus (COVID-19). AM</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	Redes de apoyo	Importancia de las redes de apoyo	<p>* Aquí en Guayaquil, yo soy como un extraño, nadie me toma en cuenta y nadie me saluda, en cambio vuelta, allá en mi tierra en Loja si no es que era 2 en la cuadra, era uno que me decía "¿Que fue misu, como estas?". AM</p> <p>* Allá tiene más amigos porque es su tierra, con años viviendo, trabajo en su propio pueblo, por eso yo le digo que es diferente la cultura de la sierra con la de la costa. En la cierra te conozcan, o no</p>	<p>*No pedimos apoyo porque muchas personas estaban como que tampoco se acerquen, que no vayan a visitarlas, entonces mejor uno evitaba porque después uno se iba a sentir mal, entonces mejor no. FM</p> <p>* Por ahí no más si uno se encontraba con alguien, vecino de buenas buenas tardes buenos días, pero así de lejito no más,</p>	<p>* Los vecinos a raíz de la pandemia como que se hicieron más amigos, conversaban un poquito más, se unieron más como vecindades. FM</p>	<p>* A ver el vecino aunque no sea íntimo por lo menos el saludo, porque el primer familiar decía mi abuelita cuando uno está lejos de su familia están los vecino, aunque no me ha pasado; yo pienso que amigas amigas amigas que amigas para unas colas, para una joda o reunión pero decir amigas un poquito nomas Cecilia (amiga de la</p>	<p>* Por ahí tuvimos ayuda de vecinos, familiares, en darnos comida, un verde, la vecina le pasaba una comida a mi mama ya hecha y así. FM</p> <p>* Con la familia creo que hay que mantenernos unidos en las buenas y en las malas. FM</p>
--	----------------	-----------------------------------	--	--	--	--	---

			<p>te conozcan la gente te saluda. FM</p>	<p>ya lo normal como antes usted se ponía a conversar con un amigo o con un vecino se instalaba a conversar ya eso no se podía hacer. FM</p> <p>* Yo creo antes que la gente muy muy poca era la que se acercaba la mayoría se distanciaba por el temor. FM</p> <p>*Tuvimos más contacto virtual con la familia que con amigos. FM</p>			<p>familia) que me vino a visitar cuando pasó esto, el resto no, la familia más vale con esto del confinamiento o me llaman seguido, mi mamá me llama dos veces al día, por ese lado me he sentido como bien, mi mami ha sido media diabla pero ahora con los años ha cambiado. AM</p>	
--	--	--	---	--	--	--	--	--

	Vínculos sociales	Percepciones de la familia frente a los vínculos sociales	<p>* Con mis amistades me he distanciado, mi mundo siempre ha girado en torno a mis amigas, pero miguel se acercó a sus hijos y hermanas. FM</p> <p>* Durante el mes de confinamiento consideramos importante los vínculos entre la familia, amigos, y los familiares, la buena relación que tengamos con la familia porque nos hemos dado cuenta que todos nos necesitamos, que a pesar de que tengamos o no tengamos</p>	<p>*Si fue importante los vínculos familiares y de amigos porque usted sabe la gente se mantiene ocupada trabajando, casi no tenemos ese contacto por medio así sea de las redes tuvimos un poquito más de ese contacto entre familia. FM</p>	<p>*Los del barrio es la segunda familia de uno, porque a veces la familia no está presenta, y los amigos lo están. AM</p> <p>*Entre el vecindario a veces nos ayudamos, si se puede ayudar a un vecino se le da la mano. FM</p>	<p>*Fue muy enriquecedor los vínculos que mantuvimos con los amigos porque si no está ese hombro o esa mano que te toca, esta esa palabra de aliento que te dicen no te rindas, sigue luchando sigue. FM</p> <p>* Los lazos de amistad se unieron más, se apretaron más, porque en realidad ahí uno ve quien realmente te estima y</p>	<p>* La relación con los vecinos es buena embeces. AM</p> <p>* Ella dice regular. FM</p> <p>* Por supuesto que es bueno porque uno no teniendo amistad o familia que fuera de uno es más mas se le chocaría la vida a una si lo vieran por la calle y no le darían ni la mano ose hay que tener esa amista con la gente. AM</p> <p>* Hay que llevarse bien proque</p>
--	-------------------	---	--	---	--	--	---

			la situación económica igual nos necesitamos. En la familia de Miguel ahora que ha fallecido la mamá se han unido más. FM			aprecia. FM		vivimos en un mismo barrio y es molesto a veces que uno pelea, claro hay personas con las que no me llevo y es incómodo uno vira la cara. FM
	Acompañamiento	Percepciones de la familia frente al acompañamiento emocional y físico del apoyo social por parte de sus redes de apoyo	* En relación a los vecinos, siempre hemos mantenido una distancia, del saludo no pasamos. FM					

<p>Búsqueda de apoyo espiritual</p>	<p>Creencias</p>	<p>Ideas, rituales o costumbres que la familia tenga con respecto a la espiritualidad.</p>		<p>* En mi tiempo libre, "me gustaba leer la biblia, siempre como soy de mi religión católica, me dedico a eso. Pues también ahora nos prohibieron que no podemos ir a la iglesia, todo eso estaba prohibido pues, no se podía andar saliendo, yo en la casa no más hacía mis oraciones. AM</p>		<p>* Siempre poniendo en primer lugar a Dios, rezando, ya te conté que hicimos la novena, pero dentro de casa oramos, mi mamá que es devota a los santitos le prendía velas, también mi hermana la que vive al frente preparaba un dulce para compartir, el otro día venía mi hermano que vive más lejos, él nos traía los mariscos, los verdes,</p>	<p>* Yo profeso el evangelio porque me gusta. FM</p> <p>* Yo he estado más aferrada, oraba todos los días, a uno lo fortalece usted orando pidiéndole uno lo que usted quiere, oro en mi cuarto sola de mañana, de noche, no leo la biblia pero me gustaba verla por la televisión, yo si iba al culto los domingos pero por ahora esto de la pandemia ya no, no pude; estoy con Dios, yo</p>
--	------------------	--	--	---	--	--	---

					<p>sufríamos porque se acaba el alimento y tampoco podíamos salir a comprar en esos momentos tan duros. FM</p> <p>*Como estrategias rezar, pedirle a Dios que nos cure y cuide para que no nos pase nada y Diosito si nos ha escuchado porque gracias a Dios no nos ha dado la epidemia. AM</p>		<p>creo eso que estoy con Dios. AM</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

	Grupos de apoyo espiritual	Reuniones familiares o de amistades que tengan como objetivo la superación de adversidades con respecto a lo espiritual.				<p>* Bueno nos pusimos en una cadena de oración con el vecindario porque en realidad si estábamos asustados. Yo soy la más cercana aquí, la que pasa más tiempo con ellos entonces trabaja de cuidarlos. FM</p>	<p>*Por teléfono nos comunicábamos, la pastora nos ayudó con cualquier cosa y así no hayamos recibido algo material yo me sentí bien cuando por ejemplo ella me llamó me aconsejaba y de amistad he hablado con vecinas que son evangélicas también, conversamos, esas son las que más frecuento en mi caso. AM</p>
--	----------------------------	--	--	--	--	---	---

	Religión	Vínculo entre la familia y creencias en relación a una divinidad con el fin de encontrar confort.	<p>* Dios es nuestra mayor fortaleza. FM</p> <p>* Vivimos el Vía Crucis y la misa aquí todos juntos, miguel tiene la costumbre de venir y pararse frente a la imagen de Jesús, en cambio Daniel (hijo) y yo como tenemos otra forma de pensar, nosotros solo cerramos los ojos, unimos manos y le pedimos a Diosito, lo alabamos, le damos gracias. Miguel reza mañana, tarde y noche, termina de comer y viene a agradecer, y en</p>	<p>*Lo único que podíamos hacer era encomendarnos a Dios, porque ya de ahí no nos salvaba el dinero, no nos salvaba la medicina, no nos salvaba nadie. FM</p> <p>* Cada quien en su casa hacía sus oraciones. FM</p>	<p>*Con el barrio se hizo una oración cada quien, en su casa, porque había muchos vecinos que estaban enfermos, la oración nos ayudó bastantes, no tanto para nosotros pero si para las personas que estaban padeciendo por la enfermedad. FM</p>			
--	----------	---	---	--	---	--	--	--

			noche antes de dormir viene a rezar y cuando se levanta de dormir se para a rezar, es un rezo que dura más o menos como una hora. Siempre pedimos que Diosito habite en esta casa, Dios y la virgen María. FM *Siempre me encamino a mi Dios en que hará lo mejor para todos nosotros. AM					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Mobilización familiar</p>	<p>Iniciativa</p>	<p>Predisposición que tengan los miembros al pedir o recibir ayuda de la comunidad en momentos de crisis</p>					<p>* Así a particulares yo no, no pedimos ayuda y tampoco en el confinamiento o no hubo necesidad, no faltó nada. AM</p> <p>* No, yo me caracterizo por pensar que si el arroz no tengo sal lo hago sin sal. AM</p>	<p>* Aunque por una vez por ahí si vinieron a donarnos una funda, pero igual por ahí ayudaron los vecinos. FM</p> <p>* Claro que si tenemos la apertura para ayudar y recibir ayuda. FM y AM</p>
-------------------------------------	-------------------	--	--	--	--	--	---	--

	Recursos	<p>Medios externos o internos que una persona o comunidad brinda a otra dentro de circunstancias de necesidad.</p> <p>Recursos en la vivencia</p>	<p>* El tamaño de la vivienda sí, yo soy de la provincia de Loja, y estaba enseñando a vivir en un lugar mucho más amplio, inclusive es más tranquila la vida allá, usted puede caminar hasta las 2 am tranquilamente, en cambio aquí no hay esa confianza. AM</p> <p>*Aquí también he encontrado mucha bulla, aquí la gente no respeta, no hay respeto para la gente adulta. AM</p> <p>* Yo aquí veo mucha desigualdad, porque aquí</p>	<p>* Yo vivo con mi hijo Roberto, tenemos 2 cuartos, uno para él y uno para mí. AM</p> <p>* Si me parecía incómoda mi casa, pero uno tenía que adaptarse porque no podíamos salir, no tenemos patio porque todos los hijos están aquí, alrededor, abajo, arriba, en todos los lados, aquí estamos todos en un mismo espacio (tiene 6 hijos). AM</p>	<p>* Bueno niña, cómodamente una casita humilde pero cómoda, nos sentíamos muy bien, gracias con la bendición de Dios que nos sentíamos muy bien en la casa, no hemos sufrido ni una enfermedad hasta el día de hoy, estamos en perfecto estado, todos somos una familia muy comprensible y estamos felices. AM</p> <p>*Hacíamos remedios caseritos para que nos corte un poco el virus. AM</p>	<p>* En la casa de mis padres solo hay una habitación, y durante la pandemia a Dios gracias que nos bendijo, no tuvimos la enfermedad aquí porque si hubiera habido eso de aislamiento, no habría donde aislarla o alguno de los dos. FM</p>	<p>* Está bien como todo departament o tiene sus 3 baños y sus 3 cuartos, sala, comedor, cocina lavandería; todo me gustó de mi casa, más bien me sentí feliz porque aquí no vive nadie solo yo y no me contagiaba, me resultó muy cómoda. AM</p>	<p>* Yo diría que nos falta un balcón, para haber salido a las rejas para pasar viendo pasajeros. FM</p> <p>* Si hubiera habido más comodidad como que se yo, un patio, inflaba una piscina, me bañaba, pero no hay pues. FM</p> <p>* Para mi si fue cómoda la casa porque yo igual no salgo por mi enfermedad. AM</p>
--	----------	---	--	---	---	--	---	--

			<p>nadie me saluda, es como estar en el oeste, aquí toda la noche es bulla, hay gritos y bulla de gente borracha y a las calles la confunden como cantinas. AM</p> <p>* Las ventanas y el patio que tenemos nos ayuda bastante porque hay más iluminación, podemos caminar, hacer ejercicios. AM</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>* Todos tenemos un deber aquí, así como tenemos derechos también tenemos obligaciones. Como solo somos los tres yo (esposa) me dedico a cocinar, mientras que Daniel (hijo) barre y limpia el polvo y miguel (AM) se encarga de regar las plantas, botar a veces la basura, de lavar los platos, ellos se turnan, en especial ellos dos se turnan, Daniel lava en el desayuno o en el almuerzo y miguel lava en</p>	<p>*En las tareas del hogar, mis hijas me tuvieron que lidiar ahí, me llevaban la comida, me llevaban la medicina, todo preparado, pase encerrada yo durante dos meses yo no salí para nada. AM * Mis hijas me lavan la ropa, mi hijo lava la de él, yo no hacía nada. AM * Mi hijo Roberto ha cogido todos los quehaceres de la casa, como antes yo estuve</p>	<p>* Hacemos en conjunto, a veces no en conjunto, cuando ella sale yo me quedo, cuando yo salgo ella se queda y así consecutivamente hacemos las cosas (quehaceres). AM * Yo también hago, porque a veces a ellos les toca salir, a alguna diligencia, entonces mi mami trabaja, entonces yo le ayudo de una u otra manera. FM * Mi papá y mi mamá como no podían salir, ellos</p>	<p>* Lavo los platos, medio cocinar cuando no está mi hija, ver mis plantitas. AM * Es verdad, solo se levanta a la silla, a ver pasar los carros y a saludar a todos los que pasan, y a lavar los platos del almuerzo. FM * Para mí el problema que más se me presentó fue educar a la familia, educar a los</p>	<p>* A ver mi nieto que no le gustaba limpiar su cuarto aprendió solito a limpiar, eso es algo que dejó el covid no solamente lo malo, aprendió a limpiar su cuarto, a lavar su ropa que nunca lo hacía y de la cocina se encargaba Joancita (nieta), la mujer, y yo estaba sentadita, como que a mí me trajo descanso sobre todo esos meses, ahora ya no porque</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--	--

			<p>la merienda. Yo (Esposa) me encargo de lavar la ropa, de colocar en la lavadora y cada cual se encarga de sacar el cesto de ropa sucia. Miguel también nos hace el desayuno. FM</p> <p>* Creo que una de las dificultades que pasamos a raíz del confinamiento fue el económico, en lo personal yo siempre le he dicho a el que ha buena hora la pandemia lo cogió aquí porque gracias al sueldito del nosotros nos hemos</p>	<p>enferma de aquí para acá, cogió el el aseo de la casa. AM</p> <p>* Durante el confinamiento o yo le hacía vaporización es, yo decía, así combatimos el virus ya matándolo, haciendo que tome cosas calientes. FM</p> <p>* Yo he hecho mis quehaceres siempre, ya ahora dejé de hacerlo completamente, yo horita no arreglo casa, no hago nada de esas cosas. AM</p> <p>* Ya horita yo hago mi</p>	<p>pasaban más el tiempo aquí en casa, yo salía a comprar, ellos me ayudaban con los bebés porque ellos tampoco salían para nada. FM</p> <p>* Cuando salíamos al llegar, nos bañábamos, desinfectarnos bien, lavar los zapatos. FM</p> <p>* La televisión, el internet, alguna teleserie, las redes, eso nos ayudó para distraer la mente y distraernos como familia. FM</p>	<p>nietos de mi mamá, eso fue lo más duro para mí, porque yo me levantaba a limpiarle la casa, y ellos venían, salían, entraban y volvían a irse y volvían a regresar, y no pasaba nada porque me decían que venían de su casa, y yo le decía pero vienes de la calle donde la gente escupe sácate los zapatos afuera, eso fue lo más duro,</p>	<p>Christian (nieto) hace su trabajo mi nieto hace su trabajo desde casa; yo honestamente nunca cociné los dos primeros meses, tal vez un desayuno que me hacía alguna cosa pero todo era Joan; yo si limpiaba yo tenía como siempre la de andar limpiando, a mí me gusta limpiar. AM</p>	
--	--	--	--	--	--	---	---	--

			<p>mejorado porque no teníamos nada y en especial gastos de la comida que es bien caro porque aquí si se gasta bastante en comida y como le digo gracias a él sí estamos bien con eso de la comida, porque el sueldo de docente no alcanza y en la actualidad no nos pagan puntuales. Es de muchísima ayuda su presencia aquí. FM</p> <p>* Para nosotros ha sido por un lado ventajoso lo de la pandemia</p>	<p>comida ya cocino. AM</p> <p>* Todas mis hijas colaboraban conmigo. AM</p> <p>* Tratábamos de no estar tanto tiempo ahí en la casa, solo íbamos a dejar la comida, de mañana el desayuno, de tarde el almuerzo y en la noche la merienda y mi hermana iba a darle la medicina e iba en la noche porque le hacía las vaporizaciones y le daba el medicamento. FM</p>		<p>porque trate de educarlos y nunca se educaron y ahora que pasó la pandemia ya no vienen. FM</p> <p>* Entre las estrategias que teníamos es que, mi hermana así dulces y traía para compartir, las oraciones, las novenas a nivel de barrio, a mi papi lo mantenía ocupado con la costura, mi mamá</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

			<p>porque está en un control y chequeo de su salud porque si no hubiera estado lo de la pandemia el estuviera aun viajando a Loja todo los meses. FM</p> <p>* Nosotros como estrategias para el confinamiento, nos organizamos, nos pusimos roles, hicimos ejercicio físico, establecimos rutinas, mejoramos la comunicación y fomentamos el respeto. FM</p> <p>* Fuimos unas de esas pocas familias que, en</p>	<p>* Alguien de la familia se mantenía trabajando, no todos estaban trabajando, pero gracias a Dios alguien estaba trabajando entonces ese es el que generaba ingreso, no nos faltó gracias a Dios la comida, yo creo que antes comimos más de lo normal porque estábamos en casa y pasábamos aburridos. FM</p>		<p>sentadita en la puerta saludando a todos los que pasen, las videollamadas con mi hermano de España, estar juntos.</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>época de crisis, nos dimos el gusto de comprar cosas, de mejorar nuestra casita. FM</p> <p>* También nos gustaba jugar naipes, ver documentales, y ahí pasábamos toda la tarde, nos acostábamos en el piso a la 1 pm y nos levantamos a las 6pm. AM</p>	<p>* A raíz del confinamiento, cada quien voluntad de cada quien, le nace lo que tiene que hacer y dar lo que puede dar, así nos mantuvimos. FM</p> <p>* Tratábamos de decirle que ya está parando esto, que no sigue ya, porque yo le decía a mis otros hermanos ya no hablemos más de muertos, ni digamos que se murió porque igual yo le decía mamá así se muera alguien aquí</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>al lado tu no tiene que preocuparte porque eso te afecta a ti. FM</p> <p>* Yo iba a cada rato a darle una vuelta, y mis hermanos, aunque sea se asomaban por ahí a preguntar como está, porque igual a mi hermano que estaba ahí yo le decía tenla controlada, no la dejes sola, igual mírala, estate pendiente de ella, de cualquier cosa nos vas a avisar. FM</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>*Yo sentía el apoyo de todos ellos porque también, especialmente mi nuera de mi hijo mayor, siempre ha estado pendiente de mí, ella así también trayéndome cualquier cosa. AM</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Envejecimiento	Proceso biológico o físico que involucra aspectos mentales y emocionales como de salud (depresión)	<p>* Ha sido una epidemia muy destructiva, la cual a mi si me causo bastante miedo en el mes de abril. AM</p> <p>* Miguel en un inicio estaba tranquilo ante la noticia del covid, decía que todo iba a estar bien, después ya se iba asustando, que se murió el de arriba, que se murió el de abajo, era asustado, deprimido porque es el primer año que el esta así obligado aquí por nosotros, porque si lo pones a escoger mil veces se va a</p>	<p>* Yo me enfermé como por el 15 de marzo, cuando falleció mi hermano que fue para fin de mes de marzo ahí caí más mal porque yo creo que con todo lo de la muerte de mi hermano que falleció a mí se me complicó, ahí yo ya estuve mal, empezaron a hacerme ver y yo me sentía era mal, ya no me sentía bien, después ya que me pasó eso igual uno queda</p>	<p>* No lo creo eso, tal vez no lo creo eso, cuando uno empieza esa edad, los días que nos caen, porque día a día vemos el tiempo. AM</p> <p>* Gracias a Dios me sentí muy bien, el primer mes, el segundo mes, todos estábamos ya le digo, tranquilamente muy bien. AM</p> <p>* A mi esposa yo le daba ánimos, siempre le decía esto es así mismo, esto va a pasar, y esto tiene que suceder así,</p>	<p>*Me siento triste porque no puedo salir, no veo nada, estoy aquí no más encerrada en la puertita viendo todo. AM</p> <p>*Mi salud si se vio afectada porque tanto susto que tenía que se murió fulano, se murió suntano, que esta grave este, que están llenos los hospitales, y yo me asusté porque decía ojalá Dios no</p>	<p>* Solamente he tenido la cuestión de depresión que quise entrar, pero como le dije rapidito me salí, la primera vez fue 24 horas y la segunda 48 horas nada más. AM</p> <p>* Me enfermó la preocupación, que tenían que ir a trabajar los chicos. AM</p> <p>* Como le digo si me siento fastidiada hay veces, pero trato de que eso no me afecte</p>	<p>* El cambio de mi vida fue que esto me dejo mi cuerpo más inválida, yo le echo la culpa a eso (pandemia) que me tiene así, desde el problema del corazón, la pierna todo.</p> <p>* Yo pasaba preocupada de si algún estornudo o algo, esas fueron mis afectaciones, yo nunca salí y cuando salí a una diligencia de mi enfermedad no se si serán los nervios me enfermé. AM</p>
--	----------------	--	--	--	--	---	---	--

<p>Depresión</p>			<p>Loja porque allá se siente seguro y esta con su gente, aquí se siente solo. FM</p> <p>* A mí me cogió una tristeza, una ansiedad, de ver que aquí llegan los patrulleros a preguntar si aquí vive fulano de tal, pasaba la ambulancia, entonces uno ya se ponía preocupado. AM</p> <p>* El confinamiento aumentó mi proceso de envejecimiento, por el mismo hecho de no estar en constante actividad física, como uno ya</p>	<p>delicadísimo, yo me sentía así débil, no me placía comer, me puse delgadita, ya me quedé así en la casa como estaba como enferma también y que no podía salir uno a ni un lado ya me quedé tranquila, ya no quedaba de otra quedarse en su casa. AM</p> <p>* (envejecimiento) Claro yo si sentí bastante, me puse delgadita, viejita se me veía, arrugadita de</p>	<p>así que usted estese tranquila, respire tranquila que no va a suceder nada. AM</p> <p>* Hay que pensar en lo positivo. AM</p>	<p>quiera que no me de esa enfermedad porque si me iba al hospital me iba a morir. AM</p> <p>* Como yo también soy enferma, tenía miedo de que me cayera esa epidemia porque decían que a los diabéticos tenían que cuidarse mucho. AM</p> <p>* Yo me asustaba por mi familia, que me le llegara a dar a alguien y</p>	<p>trato de pasar nomas; mmmm en lugar de decir coraje mejor digo fastidio, fastidio de todo lo que me rodea. AM</p> <p>* Del 1 al 10 me siento 4 (siendo 0 lo más triste y 10 lo más feliz), de tristeza no hay número que alcance. AM</p> <p>* Ya le estoy contando las decepciones que tengo de los 4, las decepciones si me afectan un poquito, pero ahora trato de vivir</p>	<p>* Me siento envejecida desde que ya no pude caminar, yo por lo menos antes lo hacía con mi bastón ahora solo en esta silla de ruedas, yo no estaba así, pero desde hace los 3 días que me dio lo que me dio en la pierna izquierda y se me hinchó, así como que el dolor se me bajo todo allí y se me fue pasando con pastillas e inyecciones. AM</p> <p>* Por supuesto,</p>
-------------------------	--	--	---	---	--	--	---	---

		<p>está enseñado. Cuando estaba en Loja me iba en carro hasta cierta parte y de ahí tenía que caminar, yo llegaba arriba al cerro en más de una hora para buscar a mis vacas, yo caminaba desde las 4-5 de la tarde. AM</p> <p>* Ahora poco le llegaron las fotos de su ganado que esta flaco, porque no está cuidado por él, porque nadie cuida mejor las cosas que el propio dueño, y lloró, y lloró como cuando se enteró que su mamá había</p>	<p>lo que yo bajé bastante, si sentí bastante eso, mi familia me veía acabadita, así me puse pues. AM</p> <p>* A mí a veces me decían que ni vea noticias, porque decían que yo veía las noticias y peormente me sentía mal, a veces me decía mi hijo que está conmigo, no prendas esa televisión, no vea usted noticias, porque cuando usted ve esas</p>		<p>no poderlo verlo, una tristeza grande de tantas personas que se murieron y que sus familias no lo veían. AM</p>	<p>el día a día, mi momento. AM</p> <p>*Si me afectan emocionalmente un poquito porque como ya le digo yo trato de reaccionar y vivir mi momento como le digo antes trataba de vivir si es posible años adelantada, ahora no, ahora trato de vivir el día a día, no estoy pensando si mañana comeré, si mañana me moriré, viviré, lo vivo el día y al otro día</p>	<p>hubo momentos de depresión, todos los días no es que esto ya ha terminado estamos yo estoy con eso como veo noticias de que sigue el brote que lo uno que el otro, me deprimó, me asustó, me cuidó sobre todo en no salir que no quiero; me siento bien sola, hasta lloro, lloro más de los días porque ya uno tiene más de los setenta años ya casi, estoy viejísima, es muy difícil</p>
--	--	--	---	--	--	--	--

		<p>fallecido porque luego de la mamá lo que más adora es al ganado, luego a la mujer y a su hijo (RISAS) FM.</p> <p>* Pero está mucho mejor, yo le puedo mostrar fotos de cuando el llego aquí por primera vez y de cómo está horita. Cuando llegamos a donde la familia de Vilcabamba las hermanas no lo reconocían, todo el mundo estaba contento porque estaba bajo mi cuidado, esta rejuvenecido,</p>	<p>noticias, ahí se pone más mal me decía y verdad pues era. AM</p> <p>* (Ver noticias) Me ponía mal porque uno se preocupa, uno ve las cosas, lo que sucedía, ver a tanta gente como moría, tantas cosas, en esos hospitales, uno ya estaba como psicosiada de ver tantas cosas también. Tengo familiares lejos por otros lados, sobrinas y ya pues no sabe cualquier rato le llegue de</p>			<p>que amanece lo vuelvo a vivir, todo esto desde antes de la pandemia. AM</p> <p>* Más que angustia, me siento fastidiada porque por lo que yo he hecho yo no tenía por qué haberme pasado esto, pero en la viña del señor se pasa de todo; yo los crie con dedicación, con ocupación, con amor, de eso casi nadie lo hace yo fui la madre que</p>	<p>levantarme y verme en este estado, muy difícil. AM</p> <p>* Hubo bastantes momentos de miedo total, un miedo atroz y hay veces que yo pensaba que uno como decían que se contagian o que se han muerto entonces yo pensaba eso de Raúl de mi otro hijo o llamaba de la angustia a mi hija a media noche preocupada Dios mío que pasa me parecía que mi hija estaba</p>
--	--	---	--	--	--	---	---

			<p>se lo ve gordito, se lo ve bien. FM</p> <p>* Él se sentía desesperado, él quería y necesitaba salir, el viaje a Loja le hizo bien, el haber salido una tarde a caminar eso también lo ayudó. Porque llega un momento en que el que él se siente hostigado, cansado de estar aquí encerrado, a lo menos cuando a mí me toca salir y estoy casi que todo el día afuera el cómo que se deprime y dice "Solamente tú me cuidas,</p>	<p>sorpresa algo de eso, es preocupante. AM</p> <p>* Si en mi barrio, al otro día uno decía, ya se murió uno de ahí, se murió otro por acá y todo eso, a uno sí que lo ponía mal, yo si me sentía mal con eso. Por aquí se murieron algunos, si hubo contagiado, no le digo que uno se acostaba a dormir, amanecía y ya se había muerto uno, dos, todos los días. Uno se ponía mal, yo como</p>			<p>me preocupe (haciendo referencia a hijos y nietos). AM</p>	<p>muerta o algo, yo pensaba cosas feas; ya le dije que yo lo que hago es llorar ahí con mis cosas que me pasan. AM</p> <p>* Me siento mal, me siento inútil porque no puedo ayudar a coger la escoba o aquello, como ya le digo ya me siento animada y me tomo una pastilla para el dolor y por ahí cojo una silla en la cocina y aunque sea por ahí lavo un plato, aunque sea,</p>
--	--	--	--	---	--	--	---	--

			<p>solamente tu andas pendiente de mi". Si le afecta mucho el encierro porque por lo menos él se distrae bastante caminando. Yo siempre anhelaba que llegara el día que tenía que salir a comprar porque a mí en especial no me gusta estar encerrada. FM</p> <p>* Por mi mente me pasaba que me tocaba partir, porque pensaba que me iba a contagiar del covid, y si fallecía no quería que sea aquí en Guayaquil,</p>	<p>sufro hasta de la presión me ponía más mal porque yo veía escuchaba esas cosas y uno ya no sabe que podía suceder, uno piensa en su familia, piensa en sus hijos, es duro, esa enfermedad fue horrible AM.</p> <p>* Intentábamos no conversar de esto del covid, o sea, igual uno porque veía las redes y todas esas cosas, aunque uno</p>				<p>pero uno se siente mal no haciendo; yo uno ya estaba acostumbrado o pues a hacer sus cosas para no molestar a nadie. AM</p>
--	--	--	---	---	--	--	--	--

			<p>porque aquí no tengo nada, en Loja tengo una bóveda (antigua esposa fallecida), a mi familia. Yo quiero que me entierren allá, porque allá tengo muchos amigos. AM</p> <p>* Durante el confinamiento, me sentía preocupado porque mi mamá se encuentra muy delicada de salud y no podía estar con ella, pero me mantenía informado mi familia que se encontraba allá, mediante fotos, videollamadas,</p>	<p>no quisiera a veces se enteraba, pero tratábamos de no conversar, o sea, nos poníamos que se yo, a ver una película para tratar de olvidarnos y ver tantas cosas que salían. FM</p> <p>* Ahí fue cuando me decaí más, cuando me hermano falleció, cuando me trajeron esa noticia así de sorpresa que no la esperaba y ya pues, yo lloré, oiga que yo me</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			llamadas. AM	<p>comencé a decaer decaer más, que le dije a mi sobrina, mijita yo quiero que me pongan un suero o algo, porque me sentía desvalida, no me podía levantar, y ella me dice si pero tía eso tiene que recetarle un médico y ahí por esa chica que trabaja en la clínica, ahí en la noche apareció con los medicamentos para ponerme ese suero, y si me hizo bien, uno un día y</p>				
--	--	--	--------------	---	--	--	--	--

				<p>el otro, otro día y me mejoré con eso y una inyecciones que me pusieron ahí porque yo ya me sentía decaída, no me podía levantar, no podía caminar, ahí como que me reforcé un poco, ahí también me hicieron las vaporizaciones, ya ahí me fui levantando un poco, me demoró para pasar eso, no fue rápido. AM</p> <p>* A ella le afectó un poquito, pero</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				tratábamos de que no se deprimiera para que no le afecte en su salud ni nada, de ahí no. FM				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	Perdida de autonomía	Abandono de Actividades o de la rutina diaria	<p>* Mi deporte favorito desde que yo ingresé a la carrera, para mí era lo mejor que yo tenía es que me gusta es el trote, caminar, estar lo que se dice físicamente activo. Pero aquí no hay esa facilidad por terreno ahora también por estas enfermedades que hay. AM</p> <p>* Mi tiempo libre lo ocupó en mi pequeño jardín, sembré unas plantitas de medicina, de zapallo de romero, veo películas de bonanza, escuchar las</p>	<p>* Me gustaba hacer cualquier cosita de venta, hacía como así, tortillas, pescadito frito, que comidas, me ayudaba también. Tenía un puestito afuera de mi casa, ahora a veces hago corviches, pero dentro de mi casa y entrego, pero casi que a mi familia no más les entrego, es una ayuda para algo. AM</p> <p>* Veo las noticias, a veces un</p>	<p>* A mí me gusta mi comercio (venta de frutas, legumbres, hortalizas), que siempre he dicho que por esta enfermedad no he podido ir todavía a trabajar, no puedo salir. AM</p> <p>* Mi tiempo libre lo ocupó estando en mi casa, no salir a la calle, no salir de mi casa, cuidarme un poco más hasta que pase esto. Salgo un ratito afuera al patio, salgo a una diligencia a la</p>	<p>* A mí me gusta hacer de todo, lavar, planchar, cocinar, pero como no lo puedo hacer, ya no lo hago. Me gusta coser, estudiar y escribir en la casa, ver las novelas. AM</p> <p>* Yo estaba acostumbrada a salir, porque iba al hospital, a misa, a las iglesias, a pasear un ratito los fines de semana, ahora ya no salgo los fines de semana y no puedo salir, porque</p>	<p>* Yo siempre fui ama de casa y me dediqué a las cosas del hogar desde los 17 años, pero antes trabajaba en el mercado, tenía un local, pero justo ahí vino la dolarización y yo tenía recién como 10 meses desde que estaba ahí y tuve que salir, no estuve ni un año, pero me encantaría volver a tener el puesto.</p> <p>* No me enfermó el confinamiento o porque yo</p>	<p>* Yo ya no puedo cocinar, por ahí de repente que me alivio; yo si me siento un peso para Raúl (hijo) AM</p> <p>* Ella como no puede caminar, ella hace las necesidades aquí en una vaselina y yo se los boto el orine, pero ya de baño baño ella ahí se sienta y ahí se baña. FM</p> <p>* Que no quisiera yo trabajar, pero no puedo y quizás sí pero no tengo los recursos para</p>
--	----------------------	---	--	--	---	---	--	---

			<p>noticias. AM</p> <p>* Antes del confinamiento, solíamos salir a caminar por las tardes, se encargaba de ir a comprar la yuca, el verde, iba al consulado. FM</p> <p>* A mí me gustaba antes del confinamiento ir a hacer las comprar y cargar las fundas hasta la casa, no coger taxi. AM</p> <p>* Desde el confinamiento cambio en mi vida muchas cosas, mi viernes llegaba y yo era</p>	<p>poco de novelas, cualquier cosa que me distraiga. AM</p> <p>* Hago de todo en mi casa. Nosotros (mi esposo) alquilamos lavadoras a domicilio y lo que hago es coger llamadas. FM</p> <p>* Ya me prohibieron la salida, todos me decían ya no salgas mamá que usted es mayor, a los mayores nos decían que nos afectaban más. AM</p>	<p>casa de mi hermana que está cerquita, no puedo distanciarme mucho por eso salgo a distraerme un poquito. AM</p> <p>* Yo por lo general horita paso en mi casa, por motivo de mi último bebé pequeño, no puedo trabajar, antes si trabajaba, pero por lo general paso en mi casa, no tengo ni una actividad, más paso en mi casa con los niños. FM</p> <p>* Antes de la pandemia nos dedicábamos</p>	<p>ya sabe que tengo 75 años y dicen que los de tercera edad no pueden andar en la calle porque es peligroso. AM</p> <p>* Yo extraño todo lo que hacía antes porque ahora estoy aquí no más. AM</p> <p>* Bastante las extraño porque puchica, no paraba aquí en casa, ahora cada que salgo tengo que andar con la mascarilla que soy</p>	<p>no estoy enseñada a salir.</p> <p>* Siempre he sido ama de casa y he pasado mi tiempo ahí.</p> <p>* Me encantaba irme al Malecón, me gusta irme a tomarme mi heladito, antes con los hijos, después con los nietos y ahora sola, no me molesta esa soledad.</p> <p>* Me trajo descanso sobre todo eso meses, mis nietos se encargaban</p>	<p>yo poder así sea aquí yo en mi casa sentada como estoy yo lo hiciera y por eso estamos en esta situación bien crítica crítica. AM</p> <p>* Ni estando buena me ha gustado salir, siempre he sido así, encerrada en mi casa, haciendo mis qué haceres cuando los hacía y de repente salía, hubo un tiempo que si salí con mis amistades. AM</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

			<p>vámonos, me ha afectado muchísimo, me ha quitado mi libertad, lo que yo tenía antes, andar paseando, mis reuniones sociales, yo cogía a mi hijo y nos íbamos, en ese tiempo no vivía Miguel con nosotros, venía unos días a visitarnos y cuidarnos y se iba, entonces ya con el confinamiento se quedó. FM</p> <p>* Mis actividades las he cambiado y adecuado a raíz del confinamiento, como estar aquí con ellos, pasar bastante</p>	<p>* Antes salía de compras, me iba al mercado, a las tiendas, venía a cocinar, si era de irme a donde un pariente, una hermana, yo visitaba, me iba, por mis sobrinos, me andaba por ahí andando. AM</p> <p>* Ahí cualquier cosita por ahí andaba parada, ya no podía salir a ni un lado, ya uno no se siente con eso de salir, andar porque no se podía tampoco, así uno quisiera</p>	<p>a hacer actividades de bingo, era prácticamente como una labor que teníamos, los fin de semana o entre semana, pero horita por la pandemia no se puede, entonces nos quedamos paralizados. FM</p> <p>* Se extraña mucho su trabajo porque uno en su trabajo le da fortaleza, más esfuerzo de uno para su familia, para todo. Gracias a Dios me siento muy bien porque</p>	<p>alérgica. Ahora solamente aquí en la casa, ahora todo quieren que sea virtual y no se puede porque ese amor que sentimos al ser humano, el apretón, como extraño eso. FM</p>	<p>de muchos de los que haces.</p> <p>* Casi el confinamiento en si por las costumbres que tengo no me afectó mucho.</p>	
--	--	--	---	---	--	---	--	--

			<p>tiempo juntos, viendo películas, conversando, haciendo los oficios en casa, porque como yo vivía sola con mi hijo los dos viva la fiesta, nos levantamos a la hora que queríamos a hacer el desayuno, nos íbamos, no había una regla, no teníamos una rutina, en cambio ahora sí, mantenemos un desayuno juntos, almuerzo, compartimos una película, Miguel hace el desayuno, es el primero en</p>	<p>no se podía salir, había que estarse encerradita ahí no más y casi como yo ya no tengo a quien lidiar, hacer tantas actividades tampoco, ya soy yo con mi hijo nada más, a veces yo si no me da la gana no cocino, mis hijos me llevan comida, ni cocino a veces. AM</p> <p>* Ya ahora estoy comenzando a hacer unos corvichitos, ya me entretengo los fin de</p>	<p>algún día se recuperará esto, el problema, y seguiremos hasta cuando Dios nos tenga. AM</p> <p>* El acostumbrarme e porque sería, porque lo difícil acostumbrarse , porque uno estaba enseñada a salir, andar o que se yo cuando tenemos niños a salir con los chicos, ir a los parques, y de la noche a la mañana ya no podíamos salir porque ya no era igual y principalmente teníamos que cuidarnos,</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>levantarse y el último en acostarse. FM</p>	<p>semana, por ejemplo, los días viernes, sábado y domingo ya yo me entretengo en eso y los demás días ya yo hacía mis actividades en la casa también. Horita yo ya lavo, cocino, horita por eso yo ya me siento mejor, siento que estoy en otras condiciones. AM</p> <p>* Ya no se podía andar como uno comúnmente salía, igual yo sí salía, yo iba al</p>	<p>teníamos que andar con una higiene totalmente diferente, entonces eso nos ayudó, y más todo a parte de ver lo diferente, nos ayuda bastante, porque nos ha ayudado en sí, a cambiar muchos hábitos de vida que muchas personas ya habíamos olvidado, entonces esa es la diferencia, en que, si nos afectó un poquito pero a su vez nos ayudó. FM</p> <p>* Por ratos si, hacen falta,</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				<p>mercado pero con ese temor igual yo venía acá en mi casa y le decía a mis hijos, ni me toquen ni me toquen, déjenme irme a sacarme todo, a bañarme, porque igual yo si salía y más que todo por mi mami porque había que darle la comida, había que atenderla, entonces yo si salía, una vez por semana iba al mercado. Entre todas mis hermanas, yo le daba la comida, yo</p>	<p>igual uno extraña porque no se acostumbra a estar solo en la casa, igual si faltan a veces, si hacen falta esas salidas. No me siento mal, solamente me siento un poquito como uno se deprime igual porque el encierro igual a veces cansa porque igual no es lo mismo estar en la casa que estar por ahí distrayéndose, porque eso ayuda igual a distraer la mente, a veces de tantas cosas</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				<p>cocinaba y le llevaba la comida todos los días. FM</p> <p>* Una hermana le daba la medicina, una le lava la ropa, y así nos ayudábamos. Estas rutinas surgieron a raíz de confinamiento, porque mi mami siempre hacía sus cosas pues no que ya a partir del de eso que ella ya estaba así bien decaída ya no podía. FM</p>	<p>que se piensa, entonces eso ayuda en sí en algo. FM</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	Enfermedades	Impacto o surgimiento de enfermedades en la salud de los Adultos Mayores	<p>*Durante la juventud sufría de la vista, después de que ingresé a la carrera de oficial de policía, me apareció la gastritis porque yo vine a Guayaquil en el 79 y aquí me jodí del estómago, un maduro y un pan y una taza de café era mi desayuno. AM</p> <p>* En salud está bien, el problema es que él no puede regresar a Estados Unidos porque le han cambiado el vuelo, entonces eso si se ve muy afectado</p>	<p>* Porque yo me puse mal, bien mal, casi que los dos primeros meses estuve bien enferma, por mediados de marzo y abril. Me dio como dengue, me hicieron tratar, me daba fiebre, se me fue el gusto del sabor, el cuerpo me sentía pesado, decaída decaída me puse. No me dijeron nunca que era eso. AM</p> <p>* Yo fui operada. Dos cesáreas me hicieron</p>	<p>* De mis medicinas me encargo yo, gracias a Dios que me han dado las medicinas en el centro de salud en donde me atiendo, no puedo ir al hospital porque no está apto para ir. AM</p> <p>* Yo soy diabético, tengo hipertensión, tengo la presión sube y baja. AM</p> <p>* Durante el primer mes de confinamiento, mi presión ni se me subía ni se me bajaba, estaba</p>	<p>* Nos aconsejaron que hiciéramos cualquier remedio casero pero que no la lleváramos a ni un centro de salud porque todos estaban copados. FM</p>	<p>* Bueno pues así que grave grave hasta este momento no gracias a Dios, mi colon irritable y mi gastritis nada más, hasta este momento los médicos me dicen que estoy bien. AM</p> <p>*Tengo la impresión que a mí me dio antes de que digan que entró el virus porque a mí me dios fiebre, frio, gripe como tos y me pasó, hasta los huesos, feo.</p>	<p>* Mi mamá es inválida, no tiene seguro médico. FM</p> <p>* Ya llevo 5 años de estar en silla de ruedas, el problema mío comenzó con mis rodillas, el problema mío empezó ay ay hasta que un día ya no me pude parar del dolor, mis hijos me hicieron operar, pero parece que eso no funcionó, dicen que me hizo mal y de ahí me fue peor. AM</p> <p>* Querían ponerme</p>
--	--------------	--	--	--	---	---	--	--

			<p>porque él prefiere un solo chequeo (de su diabetes), allá en Estados Unidos que sabe que es un chequeo completo y en un buen estado, es decir, que realmente le van a decir que tiene y le van a dar la medicina que a él le hace bien, en cambio, aquí esta con medicina que le receta el doctor de aquí. Pero las medicinas que le han dado aquí no le han afectado para nada su salud, y la atención que le brindan en el consulado de</p>	<p>primero de los dos últimos hijos y de ahí también me operaron de prolapso, descenso que le llaman, ahora último hace más de un año, año y medio de nuevo me operaron de eso mismo. AM</p> <p>* Ya no he quedado muy bien, con todo esto, a uno se le daña la mente, ya mi cuerpo no me lo siento igual para andar, he quedado decaída, no tengo ese</p>	<p>equilibrada. AM</p>			<p>prótesis, pero por el azúcar que tengo no puedo, soy diabética (tipo 1), hipertensa y tengo artrosis; yo pienso que la mala vida que he tenido me ha dañado mucho los huesos. AM</p>
--	--	--	--	--	------------------------	--	--	---

			<p>damas de Mapasingue es muy bueno. FM</p> <p>* A raíz de que se quede aquí en guayaquil viviendo, vimos la necesidad de tenerle el control médico de la diabetes, entonces fui a sacarle la cita médica ahí en el consulado de damas, y desde el mes de marzo se está haciendo chequear, y para que, la doctora es muy buena, muy amable, siempre le busca la mejor medicina. FM</p>	<p>ánimo que tenía antes. AM</p> <p>* Cuando me enfermé en marzo, me llevaron al doctor y entre todos reunían para la medicina. AM</p> <p>* La llevamos a una clínica que trabaja una comadre, pero ella la citó cuando ya la clínica estaba desinfectada y ya no había casi pacientes. Ella (AM) no quería ir, que no la lleven a los hospitales ni nada, porque ya pues decían</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				que la gente ahí antes se moría más rápido, a veces no tanto del covid, si no del miedo, del temor, y de ver tantas cosas porque ahí usted veía la realidad, veía como la gente moría, que no la atendían, bueno, entonces ahí ella fue, la vio el doctor y le mando unas recetas y que con eso era basta y que se tome no más los medicamentos que era por esto no más que andaba.				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>FM</p> <p>* Si mi esposo fue por el hospital Guayaquil, fue a buscar un repuesto de lavadora, y dice que en la calle había la gente vendiendo cajas de muertos, como normalmente uno vende cualquier cosa y dice que a él le impactó eso porque es algo que nunca se había visto. FM</p> <p>*Yo decía a mi Dios, lléname de</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				Fe y que se me vaya este miedo, entonces así fue, yo la iba a atender a mi mami, porque sea lo que sea, uno tampoco puede dejar a un familiar, peor su madre ahí botado, sea lo que tenga.FM				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Apoyo Familiar	Apoyo que brinda la familia hacia la y el Adulto Mayor	<p>* Yo no me acostumbro a vivir aquí en Guayaquil, yo no digo que soy mal atendido o estoy mal aquí, doy gracias a Dios, mi señora se preocupa mucho por mí, está al día con la comida a la hora, las medicinas, ella se preocupa de llevarme al médico, en ese sentido yo estoy muy bien. AM</p> <p>* Mi preocupación ha sido que yo me ha gustado que mis hijos se preparen (educativamente), no sean solamente como el padre.</p>	<p>* Si tenía ese apoyo familiar, aquí de mis hijas e hijos, porque como le digo de mis hermanos no, porque ellos ya están más lejitos, no tan lejos, pero igual hasta la vez nos vemos por lo que existe el virus todavía. Si nos llamamos. AM</p>	<p>* Mi familia es cortita, mi familia que está aquí, mi hija mis nietas, mi esposa, siempre nos comunicábamos. Con mis hermanos también me llamaban, yo los llamaba, gracias a Dios pasábamos así comunicándonos no más. AM</p>	<p>* Mis hijos me ayudan con la comida, la medicina. AM</p> <p>*La alimentación me encargo yo, pero mis hermanos son los que aportan el dinero, y las medicinas se paga el seguro social privado y el seguro me da los medicamentos. FM</p> <p>* En esos meses me convertí en pulpo, estaba arriba, estaba</p>	<p>* No tengo a nadie nadie. AM</p> <p>* Cuando me dieron mis episodios de depresión nadie me quiso ayudar cuando vino el doctor, solo estuvo mi nieto que lo hizo pasar, pero nadie me entendía.</p> <p>* Nadie me entiende como me siento.</p> <p>* Todo me hago yo sola, antes de la pandemia el único que no me ha ayudado es Johny (ex</p>	<p>* Raúl (hijo) es el que me da la mano, es el que pasa aquí conmigo, es el que me hace todo a mí, es el que me dice que me tome la pastilla; el me inyecta porque yo uso insulina. AM</p> <p>* Ya me es costumbre ayudarla, si no lo hago me siento mal, porque si yo no lo hago siento que la casa está mal, ya es una costumbre, bien o mal, me guste o no ya lo hago</p>
--	----------------	--	---	---	--	--	---	---

			AM			<p>abajo, porque yo vivo en la parte de arriba, y de noche esas aguas calientes, de mañana sus té, fue un corre y corre, pero el susto no te dejaba tener síntomas de miedo. FM</p> <p>* Las videollamadas que hacíamos con mi hermano que vive en España, todo los días nos llamaba para saber cómo estamos</p>	<p>yerno) para el doctor, los medicamentos, me apoya cuando me siento mal. AM</p> <p>* De mis cuidados me encargo yo misma.</p> <p>* Ya le estoy contando las decepciones que tengo que no me ayudan. AM</p> <p>* Ya no quiero nada de ninguno de ellos, a uno cuando lo hieren las palabras se las olvida, pero las acciones nunca, no me interesa. AM</p>	<p>por costumbre y obviamente porque me nace porque podría dejar botado todo, pero no. FM</p> <p>* Yo le digo a mi mamá para sacarla la silla de ruedas al parque y dar un rebulo pero a veces no quiere. FM</p>
--	--	--	----	--	--	--	---	--

						<p>nosotros, y eso le alegraba el corazón de mi mamá, para que no se depriman y se sientan solos. FM</p>	<p>* Ahora que estoy con esto mal le digo a mi hija que me mande dinero y de ahí los nietos me cooperan con comida o con renta; yo no recibo dinero ni nada de nadie.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Anexo 6

Tablas Estadísticas

Encuesta para adultos y adultas mayores

Tabla 1. Satisfacción de vida y discapacidad

	Tiene alguna Discapacidad		Valores		Total Encuestados	Total %
	Si	No	Encuestados	%		
8. ¿En general, durante el primer mes de confinamiento usted se sintió satisfecho/a con su vida?	Encuestados	%	Encuestados	%		
Si	14	48%	45	63%	59	59%
No	15	52%	26	37%	41	41%
Total general	29	100%	71	100%	100	100%

Tabla 2. Satisfacción de vida y nivel educativo

7. Nivel de educación	8. ¿En general, durante el primer mes de confinamiento usted se sintió satisfecho/a con su vida?		
	Satisfacción	Insatisfacción	Total general
Secundaria completa	27%	34%	30%
Primaria completa	25%	22%	24%
Título universitario	20%	15%	18%
Secundaria incompleta	12%	15%	13%
Primaria incompleta	7%	12%	9%
Título de 4to nivel o mas	8%	2%	6%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 3. Abandono de actividades y género

9. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Abandonó muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1. Género		
	Femenino	Masculino	Total general
Si	71%	85%	74%
No	29%	15%	26%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 4. Número de convivientes y sentimiento de vacío

Fam. 8. ¿Con cuántas personas convivió durante el primer mes de confinamiento?	10. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Sintió que su vida estuvo vacía?		Valores		Total Encuestados	Total %
	Si	No	Encuestados	%		
2-3 personas	Encuestados	%	Encuestados	%		
2-3 personas	10	31%	24	40%	34	37%
4-6 personas	10	31%	28	47%	38	41%
7 o más	8	25%	6	10%	14	15%
Solo con el adulto mayor	4	13%	2	3%	6	7%
Total general	32	100%	60	100%	92	100%

Tabla 5. Sentirse aburrido y género

%	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
11. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió con frecuencia aburrido/a?			
Sí	61%	70%	63%
No	39%	30%	37%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 6. Sentirse aburrido y nivel de educación

%	11. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió con frecuencia aburrido/a?		Total general
	No	Sí	
7. Nivel de educación			
Secundaria completa	14	16	30
Primaria completa	5	19	24
Título universitario	11	7	18
Secundaria incompleta	3	10	13
Primaria incompleta	2	7	9
Título de 4to nivel o mas	2	4	6
Total general	37	63	100

Tabla 7. Sentirse aburrido y número de convivientes

%	11. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió con frecuencia aburrido/a?		Total general
	No	Sí	
Fam_8. ¿Con cuántas personas convivió durante el primer mes de confinamiento?			
4-6 personas	46%	38%	41%
2-3 personas	41%	35%	37%
7 o más	11%	18%	15%
Solo con el adulto mayor	3%	9%	7%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 8. Sentirse aburrido y tipo de discapacidad

%	11. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió con frecuencia aburrido/a?		Total general
	No	Sí	
3. Tipo de discapacidad			
Ninguna	89%	60%	71%
Motora	3%	17%	12%
Auditiva	3%	14%	10%
Visual	3%	3%	3%
Intelectual	3%	2%	2%
Intelectual, Motora	0%	2%	1%
Motora, Visual	0%	2%	1%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 9. Buen humor y género

%	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
12. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se encontró de buen humor la mayor parte del tiempo?			
No	49%	55%	50%
Si	51%	45%	50%

Total general	100%	100%	100%
---------------	------	------	------

Tabla 10. Buen humor y discapacidad

%	Tiene alguna Discapacidad		Total general
	Si	No	
12. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se encontró de buen humor la mayor parte del tiempo?			
No	52%	49%	50%
Si	48%	51%	50%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 11. Temor de que algo malo pueda ocurrir y discapacidad

%	13. Durante el primer mes de confinamiento, ¿temió que algo malo pudiera ocurrirle?		
	Si	No	Total general
3. Tipo de discapacidad			
Ninguna	70%	74%	71%
Motora	12%	11%	12%
Auditiva	11%	5%	10%
Visual	4%	0%	3%
Intelectual	0%	11%	2%
Intelectual, Motora	1%	0%	1%
Motora, Visual	1%	0%	1%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 12. Temor de que algo malo pueda ocurrir y edad

%	13. Durante el primer mes de confinamiento, ¿temió que algo malo pudiera ocurrirle?		
	Si	No	Total general
Rango de Edad			
Entre 64 y 69	41%	16%	36%
Entre 70 y 75	31%	58%	36%
Entre 76 y 81	16%	16%	16%
Entre 82 y 81	9%	0%	7%
Entre 88 y 93	4%	11%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 13. Sentimiento de felicidad y discapacidad

%	Tiene alguna Discapacidad		Total general
	Con discapacidad	Sin discapacidad	
14. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?			
No	72%	61%	64%
Si	28%	39%	36%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 14. Sentimiento de felicidad y edad

%	14. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?		
	No	Sí	Total general
Rango de Edad			
Entre 70 y 75	38%	33%	36%
Entre 64 y 69	36%	36%	36%
Entre 76 y 81	17%	14%	16%

Entre 82 y 81	5%	11%	7%
Entre 88 y 93	5%	6%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 15. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y género

%	1. Género		
	Femenino	Masculino	Total general
15. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió vulnerable o desprotegido/a?			
Sí	60%	55%	59%
No	40%	45%	41%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 16. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y edad

%	15. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió vulnerable o desprotegido/a?			
	Rango de Edad	Sí	No	Total general
	Entre 70 y 75	32%	41%	36%
	Entre 64 y 69	42%	27%	36%
	Entre 76 y 81	14%	20%	16%
	Entre 82 y 81	5%	10%	7%
	Entre 88 y 93	7%	2%	5%
Total general		100%	100%	100%

Tabla 17. Sentimiento de vulnerabilidad y/o desprotección y discapacidad

%	15. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió vulnerable o desprotegido/a?			
	3. Tipo de discapacidad	Vulnerable	Invulnerable	Total general
	Ninguna	83%	63%	71%
	Motora	2%	19%	12%
	Auditiva	7%	12%	10%
	Visual	2%	3%	3%
	Intelectual	5%	0%	2%
	Intelectual, Motora	0%	2%	1%
	Motora, Visual	0%	2%	1%
Total general		100%	100%	100%

Tabla 18. Problemas de memoria y género

%	1. Género		
	Femenino	Masculino	Total general
16. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideró que tuvo más problemas de memoria que la mayoría de la gente?			
Sí	35%	25%	33%
No	65%	75%	67%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 19. Problemas de memoria y edad

%	16. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideró que tuvo más problemas de memoria que la mayoría de la gente?			
	Rango de Edad	No	Sí	Total general

Entre 64 y 69	36%	36%	36%
Entre 70 y 75	42%	24%	36%
Entre 76 y 81	15%	18%	16%
Entre 82 y 81	4%	12%	7%
Entre 88 y 93	3%	9%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 20. Problemas de memoria y discapacidad

16. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideró que tuvo más problemas de memoria que la mayoría de la gente?			
%			
3. Tipo de discapacidad	No	Sí	Total general
Auditiva	9%	12%	10%
Intelectual	0%	6%	2%
Intelectual, Motora	0%	3%	1%
Motora	7%	21%	12%
Motora, Visual	1%	0%	1%
Ninguna	81%	52%	71%
Visual	1%	6%	3%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 21. Problemas de memoria y nivel de educación

16. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Consideró que tuvo más problemas de memoria que la mayoría de la gente?			
%			
7. Nivel de educación	Sí	No	Total general
Primaria completa	21.21%	25.37%	24.00%
Primaria incompleta	9.09%	8.96%	9.00%
Secundaria completa	33.33%	28.36%	30.00%
Secundaria incompleta	21.21%	8.96%	13.00%
Título de 4to nivel o mas	3.03%	7.46%	6.00%
Título universitario	12.12%	20.90%	18.00%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%

Tabla 22. Estupendo estar vivo y discapacidad

17. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que es estupendo estar vivo?			
%			
3. Tipo de discapacidad	Sí	No	Total general
Ninguna	73%	56%	71%
Motora	11%	22%	12%
Auditiva	10%	11%	10%
Visual	2%	11%	3%
Intelectual	2%	0%	2%
Intelectual, Motora	1%	0%	1%
Motora, Visual	1%	0%	1%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 23. Estupendo estar vivo y edad

17. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que es estupendo estar vivo?			
%			
Rango de Edad	Sí	No	Total general
Entre 70 y 75	35%	44%	36%
Entre 64 y 69	36%	33%	36%

Entre 76 y 81	16%	11%	16%
Entre 82 y 81	7%	11%	7%
Entre 88 y 93	5%	0%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 24. Sentimiento de inutilidad y edad

%	18. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió inútil?			
	Rango de Edad	Inútil	Útil	Total general
	Entre 64 y 69	44%	32%	36%
	Entre 70 y 75	22%	43%	36%
	Entre 76 y 81	22%	13%	16%
	Entre 82 y 81	9%	6%	7%
	Entre 88 y 93	3%	6%	5%
	Total general	100%	100%	100%

Tabla 25. Sentimiento de inutilidad y nivel de educación

%	18. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió inútil?			
	7. Nivel de educación	Inútil	Útil	Total general
	Primaria completa	22%	25%	24%
	Primaria incompleta	6%	10%	9%
	Secundaria completa	31%	29%	30%
	Secundaria incompleta	9%	15%	13%
	Título de 4to nivel o mas	16%	1%	6%
	Título universitario	16%	19%	18%
	Total general	100%	100%	100%

Tabla 26. Sentirse lleno de energía y género

%	19. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió lleno/a de energía?			
	1. Género	Femenino	Masculino	Total general
	Si	48%	35%	45%
	No	53%	65%	55%
	Total general	100%	100%	100%

Tabla 27. Sentirse lleno de energía y tipo de discapacidad

%	19. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió lleno/a de energía?			
	3. Tipo de discapacidad	Si	No	Total general
	Auditiva	4%	15%	10%
	Intelectual	2%	2%	2%
	Intelectual, Motora	0%	2%	1%
	Motora	9%	15%	12%
	Motora, Visual	0%	2%	1%
	Ninguna	82%	62%	71%
	Visual	2%	4%	3%
	Total general	100%	100%	100%

Tabla 28. Sentirse lleno de energía y edad

19. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió lleno/a de energía?			
%			
Rango de Edad	Si	No	Total general
Entre 64 y 69	31%	40%	36%
Entre 70 y 75	44%	29%	36%
Entre 76 y 81	16%	16%	16%
Entre 82 y 81	7%	7%	7%
Entre 88 y 93	2%	7%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 29. Sentimiento de no esperanza y tipo de discapacidad

20. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió sin esperanza?			
%			
3. Tipo de discapacidad	No	Sí	Total general
Auditiva	10%	11%	10%
Intelectual	3%	0%	2%
Intelectual, Motora	1%	0%	1%
Motora	10%	18%	12%
Motora, Visual	0%	4%	1%
Ninguna	75%	61%	71%
Visual	1%	7%	3%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 30. Sentimiento de no esperanza y edad

20. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió sin esperanza?			
%			
Rango de Edad	Sí	No	Total general
Entre 64 y 69	43%	33%	36%
Entre 70 y 75	32%	38%	36%
Entre 76 y 81	18%	15%	16%
Entre 82 y 81	4%	8%	7%
Entre 88 y 93	4%	6%	5%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 31. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y género

21. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que la mayoría de la gente estaba en mejor situación que usted?			
%	1. Género		
	Femenino	Masculino	Total general
Si	16%	25%	18%
No	84%	75%	82%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 32. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y tipo de discapacidad

%	21. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que la mayoría de la gente estaba en mejor situación que usted?		
	Si	No	Total general
3. Tipo de discapacidad			
Auditiva	17%	9%	10%
Intelectual	0%	2%	2%
Intelectual, Motora	0%	1%	1%
Motora	17%	11%	12%
Motora, Visual	0%	1%	1%
Ninguna	61%	73%	71%
Visual	6%	2%	3%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 33. Pensar que otras personas estaban en mejor situación y nivel de educación

%	21. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que la mayoría de la gente estaba en mejor situación que usted?		
	Si	No	Total general
7. Nivel de educación			
Primaria completa	22%	24%	24%
Primaria incompleta	6%	10%	9%
Secundaria completa	44%	27%	30%
Secundaria incompleta	22%	11%	13%
Título de 4to nivel o mas	0%	7%	6%
Título universitario	6%	21%	18%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 34. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y discapacidad

%	24. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?		
	Si	No	Total general
Tiene alguna Discapacidad			
Nos unimos en oración	14%	23%	20%
Nos cuidamos	14%	23%	20%
Mantenernos unidos	14%	17%	16%
Mantenerse comunicados	21%	13%	15%
Hicimos algunas actividades	7%	15%	13%
Mantener la calma	17%	3%	7%
No hicimos nada	3%	4%	4%
Vinieron a visitarme	7%	1%	3%
Evitar temas tristes	3%	1%	2%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 35. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y sentimiento de vacío

24. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?	10. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Sintió que su vida estuvo vacía?				Valores	
	Sí		No		Total Encuestados	Total %
	Encuestados	%	Encuestados	%		
Evitar temas tristes	1	3%	1	2%	2	2%
Hicimos algunas actividades	3	8%	10	16%	13	13%
Mantener la calma	3	8%	4	6%	7	7%
Mantenernos unidos	5	14%	11	17%	16	16%
Mantenerse comunicados	8	22%	7	11%	15	15%
No hicimos nada	2	6%	2	3%	4	4%
Nos cuidamos	7	19%	13	20%	20	20%
Nos unimos en oración	6	17%	14	22%	20	20%
Vinieron a visitarme	1	3%	2	3%	3	3%
Total general	36	100%	64	100%	100	100%

Tabla 36. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y sentimiento de felicidad

24. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?	14. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?				Valores	
	Sí		No		Total Encuestados	Total %
	Encuestados	%	Encuestados	%		
Evitar temas tristes		0%	2	3%	2	2%
Hicimos algunas actividades	8	22%	5	8%	13	13%
Mantener la calma	3	8%	4	6%	7	7%
Mantenernos unidos	5	14%	11	17%	16	16%
Mantenerse comunicados	5	14%	10	16%	15	15%
No hicimos nada	1	3%	3	5%	4	4%
Nos cuidamos	7	19%	13	20%	20	20%
Nos unimos en oración	5	14%	15	23%	20	20%
Vinieron a visitarme	2	6%	1	2%	3	3%
Total general	36	100%	64	100%	100	100%

Tabla 37. Actividades que hizo la familia para afrontar días difíciles y estupendo estar vivo

24. ¿Qué hizo su familia para afrontar los días difíciles que tuvo durante el primer mes de confinamiento?	17. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Pensó que es estupendo estar vivo?				Valores	
	Sí		No		Total Encuestados	Total %
	Encuestados	%	Encuestados	%		
Evitar temas tristes	2	2%	0	0%	2	2%
Hicimos algunas actividades	12	13%	1	11%	13	13%
Mantener la calma	6	7%	1	11%	7	7%
Mantenernos unidos	16	18%	0	0%	16	16%
Mantenerse comunicados	12	13%	3	33%	15	15%
No hicimos nada	2	2%	2	22%	4	4%
Nos cuidamos	20	22%	0	0%	20	20%
Nos unimos en oración	19	21%	1	11%	20	20%
Vinieron a visitarme	2	2%	1	11%	3	3%
Total general	91	100%	9	100%	100	100%

Tabla 38. Apoyo moral de la familia y tipo de discapacidad

% 3. Tipo de discapacidad	Pregunta 26/ Apoyo moral			Total general
	Sí	No	No lo se	
Auditiva	11%	0%	0%	10%
Intelectual	2%	0%	0%	2%
Intelectual, Motora	1%	0%	0%	1%
Motora	11%	20%	25%	12%
Motora, Visual	1%	0%	0%	1%
Ninguna	73%	60%	50%	71%
Visual	1%	20%	25%	3%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 39. Familia escucha al AM según el género

% Pregunta 27/Familia disfruto escucharme	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
Si	79%	80%	79%
No	6%	5%	6%
No lo se	15%	15%	15%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 40. Familia escucha al AM según el tipo de discapacidad

% 3. Tipo de discapacidad	Pregunta 27/Familia disfruto escucharme			Total general
	Si	No	No lo se	
Auditiva	11%	0%	7%	10%
Intelectual	3%	0%	0%	2%
Intelectual, Motora	0%	0%	7%	1%
Motora	10%	33%	13%	12%
Motora, Visual	1%	0%	0%	1%
Ninguna	72%	50%	73%	71%
Visual	3%	17%	0%	3%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 41. Familia acudió al AM según tipo de discapacidad

% 3. Tipo de discapacidad	Pregunta 28/ Acudieron a mi			Total general
	Si	No	No lo se	
Auditiva	6%	9%	44%	10%
Intelectual	1%	5%	0%	2%
Intelectual, Motora	0%	5%	0%	1%
Motora	13%	9%	11%	12%
Motora, Visual	1%	0%	0%	1%
Ninguna	77%	64%	44%	71%
Visual	1%	9%	0%	3%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 42. AM confió en su familia según el género

%	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
29. Confié en mi familia para apoyo emocional			
Si	85%	85%	85%
No	8%	5%	7%
No lo se	8%	10%	8%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 43. AM confió en su familia en relación a sus sentimientos de felicidad

%	29. Confié en mi familia para apoyo emocional			Total general
	Si Confió	No Confió	No lo se	
14. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?				
Si	38%	43%	13%	36%
No	62%	57%	88%	64%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 44. AM confió en su familia en relación al sentimiento de energía

%	29. Confié en mi familia para apoyo emocional			Total general
	Si	No	No lo se	
19. Durante el primer mes de confinamiento, ¿Se sintió lleno/a de energía?				
Si	48%	43%	13%	45%
No	52%	57%	88%	55%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 45. AM confió en su familia en relación a si acudieron a él o ella

%	29. Confié en mi familia para apoyo emocional			Total general
	Si confio	No Confio	No lo se	
Pregunta 28/ Acudieron a mí				
Si	73%	43%	50%	69%
No	19%	57%	25%	22%
No lo se	8%	0%	25%	9%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 46. AM confió en su familia en relación a si existió un miembro a quien acudir

%	29. Confié en mi familia para apoyo emocional			Total general
	Si confió	No Confió	No lo se	
30. Existió un miembro de mi familia al que pude acudir cuando me sentía mal, sin que después eso sea motivo de burla				
Si	72%	29%	63%	68%
No	24%	57%	13%	25%
No lo se	5%	14%	25%	7%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 47. AM confió en su familia en relación a si tuvo alguna relación con algún miembro de la misma

%	29. Confié en mi familia para apoyo emocional			Total general
	Si	No	No lo se	
34. Tuve una profunda relación con varios miembros de mi familia				
Si	89%	57%	38%	83%
No	8%	29%	25%	11%
No lo se	2%	14%	38%	6%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 48. La familia acudió al AM para apoyo emocional según el género

%	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
32. Los miembros de mi familia acudieron a mí para apoyo emocional			
Si	79%	70%	77%
No	15%	25%	17%
No lo se	6%	5%	6%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 49. La familia acudió al AM según la edad

%	32. Los miembros de mi familia acudieron a mí para apoyo emocional			Total general
	Si	No	No lo se	
Rango de Edad				
Entre 64 y 69	38%	35%	17%	36%
Entre 70 y 75	38%	24%	50%	36%
Entre 76 y 81	13%	24%	33%	16%
Entre 82 y 81	5%	18%	0%	7%
Entre 88 y 93	6%	0%	0%	5%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 50. Relación profunda entre el/la AM y la familia según el género

%	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
34. Tuve una profunda relación con varios miembros de mi familia			
Si	85%	75%	83%
No	11%	10%	11%
No lo se	4%	15%	6%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 51. Relación profunda entre el/la AM y la familia según la edad

%	34. Tuve una profunda relación con varios miembros de mi familia			Total general
	Si	No	No lo se	
Rango de Edad				
Entre 64 y 69	34%	55%	33%	36%
Entre 70 y 75	36%	27%	50%	36%
Entre 76 y 81	19%	0%	0%	16%
Entre 82 y 81	6%	9%	17%	7%
Entre 88 y 93	5%	9%	0%	5%

Total general	100%	100%	100%	100%
----------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Tabla 52. Deseo de familia diferente según género

% 38. Deseo que mi familia fuera muy diferente a como lo es ahora	1. Género		Total general
	Femenino	Masculino	
Si	18%	10%	16%
No	75%	85%	77%
No lo se	8%	5%	7%
Total general	100%	100%	100%

Tabla 53. Deseo de familia diferente según edad

% Rango de Edad	38. Deseo que mi familia fuera muy diferente a como lo es ahora			Total general
	Si	No	No lo se	
Entre 64 y 69	56%	31%	43%	36%
Entre 70 y 75	19%	40%	29%	36%
Entre 76 y 81	19%	14%	29%	16%
Entre 82 y 81	0%	9%	0%	7%
Entre 88 y 93	6%	5%	0%	5%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 54. Deseo de familia diferente según edad

% 3. Tipo de discapacidad	38. Deseo que mi familia fuera muy diferente a como lo es ahora			Total general
	Si	No	No lo se	
Auditiva	19%	8%	14%	10%
Intelectual	0%	3%	0%	2%
Intelectual, Motora	0%	1%	0%	1%
Motora	6%	13%	14%	12%
Motora, Visual	0%	1%	0%	1%
Ninguna	63%	73%	71%	71%
Visual	13%	1%	0%	3%
Total general	100%	100%	100%	100%



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Briones Santos, Jailene Joana**, con C.C: # 0931037006; **Moya Suárez, Ana María**, con C.C. # 0941427726, autoras del trabajo de titulación: “**Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19**” previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

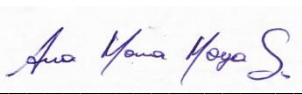
2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de septiembre de 2020

f.  _____

Briones Santos, Jailene Joana

C.C: 0931037006

f.  _____

Moya Suárez, Ana María

C.C: 0941427726



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19.		
AUTORAS	Jailene Joana, Briones Santos; Ana María, Moya Suárez		
REVISOR(ES)/TUTORA	Cecilia, Condo Tamayo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Carrera de Trabajo Social		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de septiembre de 2020	No. DE PÁGINAS:	120 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Protección, Trabajo Social, Gerontología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Estrategias de afrontamiento, Trabajo Social, depresión, familia, adulto mayor, confinamiento, covid-19.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La presente investigación tiene como objetivo “Analizar las estrategias de afrontamiento que han adoptado las familias frente al miembro adulto mayor en situación de depresión debido al confinamiento por covid-19 en la ciudad de Guayaquil, a fin de identificar las acciones que hayan resultado positivas”. La metodología utilizada para la investigación responde a un enfoque mixto en donde la muestra estuvo conformada por 100 adultas y adultos mayores y 91 familias en relación al instrumento de encuestas y 6 adultas y adultos mayores para las entrevistas semiestructuradas. Para las encuestas se utilizaron 3 instrumentos de escalas, para la encuesta dirigida hacia las y los adultos mayores se usaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de apoyo social percibido de Procidano y Heller, así mismo, para la encuesta dirigida hacia las familias, se utilizó la escala de afrontamiento familiar de Olson, McCubbin y Larsen. El estudio evidenció que la cuarentena incrementó la posibilidad de que surjan síntomas depresivos o desarrollando los ya existentes, pero las estrategias de afrontamiento familiar y del propia adulto y adulta mayor no siempre influían directamente en la situación de depresión del adulto mayor.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORAS:	Teléfono: +593-958879464 +593-991611437	E-mail: jailene.briones@gmail.com anamoy98@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Muñoz Sánchez, Christopher Fernando		
	Teléfono: +593-990331766		
	E-mail: christopher.munoz@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			