



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE SICOLOGÍA CLÍNICA**

Tema:

“Afectividad en adultos mayores institucionalizados y en condición de mendicidad de Cuenca.”

Artículo académico previo
a la obtención del título de
Sicólogo Clínico

Autor:

Edwin Andres Gomezcuello Coronel

Director/a de Trabajo de Titulación:

Dra. Olga Susana Neira Cárdenas

CUENCA, ECUADOR

2019

**PERMISO DEL AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA SUBIR AL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo Edwin Andres Gomezcuello Coronel portador (a) de la cédula de ciudadanía N° 0105776975 En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación. **“Afectividad en adultos mayores institucionalizados y en condición de mendicidad de Cuenca.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 18 de septiembre de 2019

Nombres y Apellidos

Edwin Andres Gomezcuello Coronel

CI. 0105776975

Dedicatoria:

El presente trabajo investigativo previo a la obtención del título de sicólogo clínico dedico principalmente a mis padres; Fausto Gomezcuello y Doraliza Coronel quienes me dieron la vida, brindándome su apoyo incondicional durante todas mis etapas de desarrollo como persona, gracias a su ejemplo hoy alcanzo un logro más en mi vida.

De la misma forma a mis hermanos y sobrinos por creer en mí, brindarme su apoyo darme consejos de vida, siempre serán mi motor que me inculque a ser cada día mejor persona

A Daniela Buestan la mujer que con su apoyo, admiración y amor me ayudado a ser cada día mejor, quiero compartir contigo este logro, te amo y juntos lograremos muchos logros más que se nos presenten en la vida.

Finalmente quiero dedicar este trabajo a todas las personas que formaron parte de mi vida familiares, amigos y sobre todo a los docentes de la Universidad Católica De Cuenca de la facultad de psicología quienes con su paciencia y sabiduría lograron inculcar en mí los conocimientos para hacer de esta meta no solo un sueño sino una realidad.

Agradecimiento:

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. Olga Neira, principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo

Resumen

El presente artículo científico analiza la afectividad positiva y negativa en adultos mayores, la investigación se desarrolló mediante la aplicación del test PANAS a una muestra de 58 participantes de los cuales 29 fueron usuarios institucionalizados en el Geriátrico Cristo Rey, los restantes 29 son adultos mayores en mendicidad de la ciudad de Cuenca, en el estudio realizado se describe la relación entre estas dos poblaciones en cuanto a edad, género, afectividad positiva y afectividad negativa, considerando que la edad promedio de esta población sobrepasa los 65 años de edad, se estableció el rango de edad de los participantes entre 65 hasta 95 años.

Al ser la afectividad un rasgo incidente en las relaciones inter e intrapersonales el presente trabajo nos permite corroborar que el envejecimiento saludable se prolongaría de acuerdo a los rangos de afectividad en los que se desenvuelve el adulto mayor, constatamos que los adultos mayores institucionalizados poseen una afectividad positiva alta con 43.07 puntos en comparación de los adultos mayores en mendicidad con una puntuación de 41.21; sin embargo los índices diferenciales en ambos grupos no son representativos, ya que las dos muestras se encuentran dentro del rango alto de afectividad.

Palabras claves: adulto Mayor, Geriatrico, Afectividad, intrapersonal.

ABSTRACT

This scientific article analyzes the positive and negative affectivity in older adults, the research was developed by applying the PANAS test to a sample of 58 participants of which 29 were institutionalised users in the Cristo Rey Geriatric Hospital, the remaining 29 are older adults in begging in the city of Cuenca, the study describes the relationship between these two populations in terms of age, gender, positive affectivity and negative affectivity, considering that the average age of this population exceeds 65 years of age, established the age range of participants between 65 and 95 years.

Since affectivity is an incident trait in inter and intrapersonal relationships, this paper allows us to corroborate that healthy aging would be prolonged according to the ranges of affectivity in which the older adult develops. We found that institutionalized older adults have a high positive affectivity with 43.07 points compared to older adults in begging with a score of 41.21; however, the differential indices in both groups are not representative, since the two samples are within the high range of affectivity.

Keywords: Older Adult, Geriatric, Affective, Intrapersonal.

1. Introducción

El cuidado del adulto mayor (AM) en nuestros días se ha convertido en una problemática social de alta prevalencia, los índices de mendicidad, postración o enfermedad que vive este grupo etario se evidencia la carencia social de preparación de su manejo y cuidado durante esta etapa de vida, la tercera edad, en donde surgen estas y otras problemáticas volviendo al anciano vulnerable de ser partícipe de sintomatología física, psicológica e incluso psiquiátrica. (INEC, 2010).

Hoy en día el culto a la juventud va relegando a los adultos mayores a la inactividad por ende a la disminución de acción física y mental, la disponibilidad de tiempo para su cuidado se ve afectado por horarios laborales, responsabilidad por nuevo grupo familiar, impidiendo al cuidador cumplir con las necesidades del anciano, en muchas ocasiones permitiéndole vivir el abandono, la falta de afectividad y comunicación con sus familiares u otros cuidadores. Teniendo en cuenta esta problemática, el presente trabajo procura describir la sintomatología positiva y negativa de la afectividad en los AM, lo que nos permite valorar de mejor manera la calidad de relaciones interpersonales propendiendo a estrechar los lazos entre sus familiares y de sus cuidadores a fin de ofrecer calidez en el tiempo que quede de vida (INEC, 2010; Barbo, 2015).

2. Marco teórico

Durante el proceso de envejecimiento el adulto mayor debe satisfacer necesidades básicas para su vida, teniendo en cuenta que la comunicación, el acompañamiento, las relaciones interpersonales, la situación económica, el lugar donde reside se convierten en pilares fundamentales en el desarrollo de un envejecimiento saludable y que de cada una de ellas

dependerá su salud física y mental, así también durante esta etapa es cuando al adulto mayor debe tener la seguridad que así será (Salud., 2015).

La información obtenida de este trabajo investigativo aportará a la población joven a concientizar la realidad que el adulto mayor enfrenta a diario, siendo prioritario el bienestar de este grupo de personas tanto para los psicólogos clínicos, los médicos y en si el área de salud mental el trabajo proporcionará resultados en cuanto al espectro afectivo que poseen, de la misma manera con la información se podrá plantear nuevas estrategias adaptativas para esta etapa de vida, sabiendo la problemática que transcurren ya sea por abandono de trabajo, nido vacío, pérdida la pareja lo que ocasiona que el anciano se desestabilice en su parte afectiva (INEC, 2010).

En este sentido, resulta importante plantearse si la afectividad negativa de adulto mayor en mendicidad sobresale en relación a los adultos mayores institucionalizados; interrogante desarrollada en la presente investigación.

2.1. Impacto social

El envejecimiento de la población se ve desfavorecido en la actualidad según las formas tradicionales de cuidado a los ancianos, por ello es relevante conocer cómo se desenvuelve el AM en su contexto, es importante tener en cuenta ciertos aspectos que contribuyen a hacer una buena calidad de vida para el anciano; la salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación y derechos humanos, de esta forma al cumplir con estas necesidades prioritarias el adulto mayor logra mantener funcionalmente un soporte emocional, es importante por tanto, concientizar a la población encargada del cuidado del AM sobre ciertos factores que permiten velar por el bienestar de estas personas (Paterne G, 2015, pág. 10).

2.2. Adulto mayor

Los adultos mayores son aquellas personas que han alcanzado una edad cronológica superior a los 65 años, durante esta etapa gran parte de ellas tienden a modificar su calidad de vida, cambian las actividades que realizan, en sí abandonan su trabajo tras la jubilación, por lo general la mayoría dedica su tiempo al descanso; aunque las problemáticas experimentadas actualmente reflejan falta de comprensión en el cuidado por parte de familiares cercanos, convicciones de inutilidad y/o falta de productividad, esto sumado a que alcanzar la adultez mayor significa a su vez haber desarrollado sabiduría en la escuela de la vida con actitudes y aptitudes, convirtiéndolos en personas sabias capaces de brindar conocimiento ante la sociedad a partir de sus vivencias y experiencia (Pateme G, 2015 y Salud, 2015).

Según la denominación de la OMS se considera a las personas de edad avanzada como adultos mayores jóvenes a sujetos de 60 a 74 años, adultos mayores a personas de 75 a 90 y longevos a aquellos sujetos que sobrepasan los 90 años; por su parte, en nuestra cultura actualmente llamamos personas de la tercera edad a aquellos individuos que han sobrepasado los 60 años (Salud, 2015, pág. 5).

Actualmente el envejecimiento de la población se ha convertido en un fenómeno irreversible, estadísticas manifiestan que 2 personas cada segundo cumplen cumplen 60, siendo de esta forma que existen alrededor de 810 millones de ancianos en el mundo. En nuestro medio las estadísticas recalcan que el 6.5% de la población son personas de la tercera edad perteneciendo a 1.049.824 sujetos el porcentaje manifestado (Salud., 2015, pág. 2).

2.3. Envejecimiento Normal

Biológicamente hablamos de envejecimiento normal a los cambios fisiológicos consecutivos a medida que pasan los años siendo estos inevitables en el ser humano, teniendo en cuenta que las personas pasamos por etapas evolutivas, durante ésta aparecen cambios como

caída y/o blanqueamiento del cabello, presencia de arrugas, encorvamiento, y la muerte de tejidos celulares, factores que impiden al adulto mayor desenvolverse biopsicosocialmente como lo hacía en su época juvenil (Sarzos, 2011-2012, pág. 33).

2.4. Envejecimiento Patológico:

Surge a partir del envejecimiento normal, en la que a causa de múltiples enfermedades físicas como fracturas, reumatismo, artritis, problemas en la audición y la visión, impiden que el adulto mayor tenga una calidad de vida deseable, a su vez el deterioro funcional propio de la edad genera enfermedades psíquicas como el Alzheimer, depresión, deterioro cognitivo e incluso estados demenciales, patologías que en el mejor de los casos son reversibles (Sarzos, 2012).

2.5. Envejecimiento Recomendable:

Dado a partir del autocuidado donde el adulto mayor goza de buenas condiciones tanto psíquicas como físicas, hace referencia a conservar una buena salud a partir del ejercicio físico, mantención de funciones cognitivas activas, el anciano deberá prepararse para transitar esta etapa de la vida, este es el proceso de envejecimiento deseable por todos, implica en mucho no tener pérdidas afectivas e incluso no sufrir de enfermedades que afecten su calidad de vida (Sarzos, 2011-2012, pág. 33).

2.6. Problemáticas en el adulto mayor

Dentro de las problemáticas características del adulto mayor se pueden describir tanto aquellas físicas como psicológicas; las físicas limitan el estado óptimo de la persona en razón de deterioros neurológicos y en la percepción, una mayor vulnerabilidad hacia las enfermedades, lesiones, traumas físicos, accidentes y la falta de actividad regular, lo que a su vez deviene en desadaptación biopsicosocial (Dávila Silva, 2012)

Tomando en cuenta que la familia y los cuidadores cubren un papel importante en esta nueva etapa de adaptación para el adulto mayor, las problemáticas psicológicas abarcarían al desapego familiar, carencia afectiva, soledad, aislamiento, desacuerdo en la toma de decisiones con sus familiares, abandono (Dávila Silva, 2012).

Asimismo, la viudez y el proceso de duelo que sufre el adulto mayor por la pérdida de su pareja trae consigo problemas de adaptación como el mostrarse menos cariñosos con sus familiares cercanos, descuidando su imagen, desconfiado o incluso olvidando sus responsabilidades en la vida doméstica y social (Barbó, 2015, pág. 5).

Ussel (2015), menciona que son de gran importancia los lazos formados en la pareja; mientras más unidos sean dichos lazos, el impacto será mayor tras la muerte de uno de ellos. Cabe recalcar que la presencia de otra persona no ocupará el vacío de la persona que se fue; es importante por tanto, que la pareja se prepare para tales sucesos durante su proceso de envejecimiento, que vivan el acompañamiento hasta el final de sus días, entrenándose conjuntamente para manejar acertivamente la pérdida eventual de uno o de ellos y llevando a cabo un proceso de duelo deseable (Barbó, 2015, pág. 50).

2.7. Afectividad positiva y negativa

La Afectividad Positiva (AP), representa una característica psicológica que permite al individuo reflejar una actitud general de agrado o bienestar en relación a sus experiencias biopsicosociales; niveles significativamente altos de AP se asocian con sentimientos y pensamientos positivos: alegría, vitalidad, optimismo; por otro lado, un nivel bajo de AP provocaría que el ser humano sea partícipe de sentimientos negativos que involucran entre otros factores al cansancio físico y al deterioro mental. La afectividad positiva, es un complemento para el bienestar psicológico del ser humano, en este sentido, algunos estudios demuestran que la AP se relaciona con procesos biológicos antiinflamatorios y analgésicos, lo cual se asocia a su

vez con ausencia de dolor físico y por tanto con sentimientos de bienestar general (Finan & Garlan, 2015; Ambrona & López-Pérez, 2014).

La afectividad negativa (AN), como su nombre lo indica, abarca estados anímicos perjudiciales para el ser humano, relacionándose con sentimientos y estados de miedo, ansiedad, agresividad, entre otros. La AN está estrechamente vinculada a los niveles y/o estados cognitivos disfuncionales sobre el autoconcepto, así como con la depresión e insatisfacción con el modo de vida (Ambrona & López-Pérez, 2014).

Niveles elevados de AP implican una serie de modificaciones en cuanto a la salud física de manera positiva disminuyendo trastornos biológicos; cabe mencionar que la disminución significativa de la afectividad positiva podría causar problemas físicos en el individuo.

Las dimensiones AP y AN se caracterizan como independientes, indicándose así que el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto (*positivo o negativo*), mientras que el polo bajo reflejaría la ausencia de una implicación afectiva. En este sentido, un estudio reciente encontró que es recomendable desde una perspectiva longitudinal mantener equilibrados los factores afectivos tanto positivos como negativos (Weiser, 2012; Rush & Hofer, 2014).

2.8. Tratamiento psicológico para adultos mayores

Los procesos de tratamiento psicoterapéutico persiguen brindar estabilidad emocional al paciente; los adultos mayores son un grupo vulnerable dentro de la sociedad, por lo cual uno de los tratamientos con mayor eficacia es la psicoterapia de apoyo basada en la contención emocional, en la que será necesario implementar grupos interactivos donde el paciente se sienta identificado y cómodo; con esto se logrará crear estrategias de afrontamiento para desenvolverse funcionalmente en la cotidianidad. De la misma forma, se trabaja con técnicas psicoterapéuticas que ayuden a mejorar su autoestima y estabilidad afectiva, consiguiendo que el anciano adquiera destrezas para la solución de problemas que puedan presentarse en los

diferentes contextos de la vida. Con estas técnicas se evita que el adulto mayor entre en un estado depresivo y mejore su parte afectiva emocional y con ello su calidad de vida (Dávila Silva, 2012, pág. 33).

2.9. Estudios comparativos

El espectro afectivo del adulto mayor se ha estudiado ampliamente durante las últimas décadas; algunos hallazgos importantes se describen a continuación:

Según indican Marta Martín Carbonell; Antonio Marín y Raquel Pérez (2011), el *Modelo Bifactorial de Afectividad* creado por los autores Watson y Tellegen ha complementado al estudio de las diferencias existentes entre la depresión y ansiedad utilizando como muestra a los países Norteamericanos y Europeos, cabe mencionar que este modelo no ha podido ser puesto a prueba en otras poblaciones. La meta principal de esta investigación fue el estudio de la Afectividad Positiva y Negativa en personas adultas con rasgos ansiosos, depresivos o mixtos. La muestra estuvo compuesta por 219 individuos los cuales presentaron los siguientes resultados: 17,8% de la población escogida presentó sintomatología depresiva, mientras que el 19,2% contenía síntomas predominantes de ansiedad, por su parte, el 23,7% tuvo como predominio síntomas mixtos. Las escalas utilizadas dentro de la investigación fueron: el Inventario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para el estudio de la afectividad y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) para la diferenciación de los subgrupos los cuales contenían un diagnóstico. Se utilizó el análisis ANOVA para establecer las diferencias generales. Se pudo evidenciar que la AP era menor en los depresivos como lo predijo el modelo, pero no se estableció la hipótesis de que la AP llegara a diferenciar a los ansiosos de los individuos que no poseían síntomas, y se llegó a encontrar que en el grupo con síntomas mixtos contenía una mayor AN y menor AP que en los otros subgrupos con las patologías, lo cual

refuerza la necesidad tanto de la evaluación como del abordaje de tales condiciones entre la población de adultos mayores en nuestras regiones y localidades más próximas.

Por su parte, María José Calcaterra (2015), utilizando la *Psicología Positiva*, realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo consistió en el análisis de la disimilitud entre el bienestar psicológico que muestran ancianos que se encuentran en una determinada residencia para mayores (en la Ciudad de Buenos Aires) y otros ancianos que se encuentran dentro de su hogar. Se realizó el análisis y comparación de las actividades cotidianas realizadas por los ancianos, con la utilización de escalas como el BIEPS-A de María Martina Casullo, *Escala de Satisfacción con la Vida* propuesto por Ed Diener y entrevistas semidirigidas. Se tomó un muestreo de 10 individuos pertenecientes al sexo masculino y 10 individuos de sexo femenino; 5 de cada género fueron elegidos por estar dentro del geriátrico y 5 por estar fuera del mismo. Los criterios para la selección fueron la edad en un rango de 65 y 93 años, la autoeficiencia para la realización exitosa de las entrevistas. Los resultados presentados en ambas escalas fueron semejantes en los dos grupos, presentando un bienestar psicológico de nivel medio, con niveles de satisfacción con la vida en rangos altos y muy altos.

Del mismo modo, María Florencia Giuliani & Caludia Josefina Arias (2010), tomando en cuenta la *Psicología Positiva*, y la *Teoría Bifactorial del Afecto* de David Watson (2002), realizaron una investigación enfocada en el estudio de las características de la afectividad de adultos jóvenes y adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata mediante el Cuestionario de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS). La muestra estuvo conformada por 130 individuos de sexo masculino y femenino (65 adultos mayores y 65 adultos jóvenes). Los resultados no muestran diferencias significativas con referencia a las poblaciones mencionadas con anterioridad. En el análisis por ítems, los adultos mayores presentaron puntuaciones más elevadas en dos de los reactivos: temor y miedo. Tomando en cuenta que los adultos mayores

presentan puntuaciones semejantes a los jóvenes en afecto positivo como negativo se cuestiona el deterioro en tal sentido en la vejez.

3. Materiales y métodos

En el presente trabajo investigativo se procedió con un estudio cuantitativo no experimental de corte transversal con alcance correlacional, puesto que a la población estudiada se le aplicó la escala de afectividad (PANAS), la cual evalúa el afecto tanto de la experiencia inmediata como de las experiencias más remotas a partir de 20 ítems de los cuales 10 evalúan el afecto positivo y 10 el negativo. Los resultados sugieren propiedades psicométricas aceptables en cuanto a la consistencia interna; la escala PANAS presenta una estructura factorial clara de dos dimensiones con una elevada consistencia interna en ambas escalas (valores alfa de Cronbach entre 0.85 y 0.89) (Irene López-Gómez, 2013, pág. 5).

Los datos se obtuvieron tanto en una población de adultos mayores acogidos en el geriátrico Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, en complemento con los resultados obtenidos de adultos mayores en mendicidad, sabiendo que estas personas muchas de las veces viven solas en lugares no acogedores o a veces en la calle. La muestra a la cual se le aplicó los test fué de 58 personas (entre adultos institucionalizados y en mendicidad) a quienes se les pidió llenar el debido consentimiento informado tantoprevi participación en nuestro estudio.

4. Resultados

El estudio abarcó una muestra de 58 adultos mayores, de entre ellos 27 son de género femenino y 31 de género masculino, la aplicación se realizó a 29 adultos institucionalizados y 29 adultos mayores en abandono y mendicidad. En cuanto a los adultos institucionalizados se describe lo siguiente:

El promedio de edad entre ellos es de 79.6 años, el rango de edad de las personas participantes fue desde 65 años hasta 95 años; en cuanto al género participaron 11 varones y 18

mujeres, al evaluar la afectividad positiva se obtuvo que el 43.07% corresponde a un nivel alto, con una mínima de 22 y máxima de 50; en relación a la afectividad negativa se obtuvo una puntuación de 24,66 % correspondiendo a nivel bajo, con un mínimo de 10 y un máximo de 45 de acuerdo a los estándares de calificación del test aplicado.

A diferencia de los adultos mayores en mendicidad, el promedio de edad entre ellos es de 77 años en los cuales tenemos participantes de 67 años hasta 90 años; en cuanto al género participaron 20 varones y 9 mujeres, al medir la afectividad positiva se obtuvo 41.21% corresponde a Nivel Alto, con una mínima de 19 y máxima de 50, en cuanto a la afectividad negativa se obtuvo una puntuación de 21,52%, correspondiendo a nivel bajo con un mínimo de 12 y un máximo de 39.

5.1. Rangos de edad de adultos mayores en mendicidad

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS – EDAD Y AFECTIVIDAD POSITIVA		
Participantes	Edad	Afectividad positiva
1	88	22
1	80	30
1	77	33
1	86	35
1	67	37
3	83	38
3	80	40
2	88	42
2	81	44
2	83	47
3	79	48
2	77	49
7	75	50

Tabla 1. En esta se describe la relación entre edad y afectividad positiva en cuanto a la edad de los participantes varían entre 67 y 95 años con una media de 76 años en relación con su espectro afectivo positivo de 43 puntos, según la escala esta puntuación se le localiza dentro del rango alto de afectividad

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS – EDAD Y AFECTIVIDAD NEGATIVA		
Participantes	Edad	Afectividad negativa
2	90, 95	10
2	71, 72	13
1	72	16
3	74, 82, 86	19

3	74, 76, 90	20
2	67, 81	21
1	79	22
2	83, 87	23
1	88	24
2	76, 93	25
2	79, 81	29
1	90	30
2	86, 88	31
2	74, 79	37
1	74	40
1	67	43
1	71	45

Tabla 2. En esta se describe la relación entre edad y afectividad negativa en cuanto a la edad de los participantes varían entre 67 y 95 años con una media de 76 años en relación con su espectro afectivo positivo de 43 puntos, según la escala esta puntuación se le localiza dentro del rango alto de afectividad

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS – GÉNERO Y AFECTIVIDAD POSITIVA

Participantes	Género	Afectividad positiva
1	F	22
1	F	30
1	M	33
1	F	35
1	M	37
2	F	38
1	M	38
1	M	40
2	F	40
2	F	42
2	F	44
1	M	47
1	F	47
2	M	48
1	F	48
1	M	49
1	F	49
3	M	50
4	F	50

Tabla 3. En este cuadro se describe la relación entre género y afectividad positiva de AM institucionalizados, teniendo en cuenta la participación de 29 usuarios de los cuales 18 de género femenino y 11 de género masculino con niveles de afectividad bajo (22), medio (35), y alto superior de (40).

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS – GÉNERO Y AFECTIVIDAD NEGATIVA

Participantes	Género	Afectividad Negativa
1	F	10
1	F	10
2	M	13
1	M	16
3	M	19
2	F	20
1	M	20

2	M	21
1	F	22
2	F	23
1	F	24
1	M	25
1	F	25
1	M	29
1	F	29
1	F	30
2	F	31
1	M	37
1	F	37
1	F	40
1	M	43
1	F	43
1	F	45

Tabla 4. En este cuadro se describe la relación entre género y afectividad positiva de AM institucionalizados, teniendo en cuenta la participación de 29 usuarios de los cuales 18 de género femenino y 11 de género masculino con niveles de afectividad bajo (22), medio (35), y alto superior de (40).

ADULTOS MAYORES EN MENDICIDAD – EDAD Y AFECTIVIDAD POSITIVA		
Participantes	Edad	Afectividad positiva
1	67	19
1	72	23
1	80	28
1	90	31
1	69	33
1	78	36
2	70, 90	37
1	67	38
1	89	39
1	70	41
2	83	41
1	69	42
1	80	43
2	80,83	44
2	70, 75	45
3	69,72,82	47
1	86	48
1	74	49
5	72,73,77,84,87	50

Tabla 5. En esta se describe la relación entre edad y afectividad positiva en adultos mayores en mendicidad en cuanto a la edad de los participantes oscila entre 67 y 90 años con una media de 77 años en relación con su espectro afectivo positivo de 41 puntos, según la escala esta puntuación se le localiza dentro del rango alto de afectividad

ADULTOS MAYORES EN MENDICIDAD – EDAD Y AFECTIVIDAD NEGATIVA		
Participantes	Edad	Afectividad negativa
1	84	12
1	87	13
1	77	14
2	73, 83	15
1	69	16
2	67, 81	17
3	72,75,80	18
4	69, 70, 78, 86	20
2	67,72	21
3	70,83,90	22
2	70,82	23
1	74	24
1	80	25
2	72,83	30
1	69	34
1	90	35
1	80	39

Tabla 6. En esta se describe la relación entre edad y afectividad negativa en adultos mayores en mendicidad en cuanto a la edad de los participantes varían entre 67 y 90 años con una media de 77 años en relación con su espectro afectivo negativo de 22 puntos, según la escala esta puntuación se le localiza dentro del rango bajo de afectividad negativa.

ADULTOS MAYORES EN MENDICIDAD GÉNERO- AFECTIVIDAD POSITIVA		
Participantes	Género	Afectividad positiva
1	M	19
1	M	23
1	F	28
1	F	31
1	M	33
1	M	36
1	M	37
1	F	37
1	F	38
1	M	39
2	F	41
1	M	41
1	M	42
1	M	43
1	F	44
1	M	44
2	M	45
3	M	47
1	F	48
1	M	49
4	M	50
1	F	50

Tabla 7. En este cuadro se describe la relación entre género y afectividad positiva de AM institucionalizados, teniendo en cuenta la participación de 29 usuarios de los cuales 20 de género masculino y 9 de género femenino con niveles de afectividad bajo (22), medio (35), y alto superior a (40) hasta 50 puntos.

ADULTOS MAYORES EN MENDICIDAD – GÉNERO Y AFECTIVIDAD NEGATIVA		
Participantes	Género	Afectividad Negativa
1	M	12
1	M	13
1	M	14
2	M	15
1	M	16
2	M	17
3	M	18
3	M	20
1	F	20
2	F	21
1	M	22
2	F	22
2	M	23
1	M	24
1	F	25
1	F	30
1	M	30
1	M	34
1	F	35
1	F	39

Tabla 8. En este cuadro se describe la relación entre género y afectividad negativa de AM en mendicidad, teniendo en cuenta la participación de 29 usuarios de los cuales 9 de género femenino y 20 de género masculino con niveles de afectividad bajo (12), medio (35), y alto superior de (40) teniendo en cuenta que la afectividad negativa de este grupo oscila entre 21.52 puntos.

6. Discusión:

Resulta interesante lo obtenido en la investigación realizada en la ciudad de Cuenca, porque si bien en la población de 58 AM, la Afectividad Positiva en los AM institucionalizados y en estado de mendicidad se encuentra dentro de un rango alto, en cuanto a la afectividad negativa ambos grupos están en rangos bajos, lo que quiere decir que tanto la población institucionalizada como la que practica mendicidad se encuentran dentro de los rangos normales, resultados paradójicamente también encontrados en los estudios realizados por Hebra en el año 2011 los cuales manifiestan que tanto el entorno, como los trastornos físicos y psicológicos son factores primordiales para la manifestación de AP y AN, describiendo así que los AM con un nivel normal de cognición, estabilidad emocional, y acompañamiento por parte de los cuidadores poseen mejor estabilidad emocional con respecto a los adultos mayores que padecen de trastornos psicológicos y fisiológicos (Hebra, 2011, pag 49).

Otros estudios realizados mediante el método Bifactorial con el mismo instrumento en la ciudad de México encuentran factores específicos correspondientes a la afectividad tales como la tristeza, miedo, ira y alegría siendo estos los que prevalecen en la población ya enunciada; con respecto al estudio se puede decir que características tales como un buen trato, el acompañamiento dan lugar a un modelo jerárquico del afecto tanto positivo como negativo prevaleciendo de esta manera la afectividad positiva (Watson, Clark & Stasik, 2011, pag 59).

Teniendo en cuenta las necesidades que padecen los adultos mayores hoy en día tanto en nuestra sociedad como en sociedades de países vecinos, el presente estudio al igual que otras investigaciones (ver Encarnación Ramírez, 2015), tras conocer la dinámica afectiva de dicha población, reconoce que nuestros adultos mayores requieren usar asertivamente su potencial, logrando de esta forma llenar expectativas consigo mismo y con su entorno, teniendo en cuenta que una correcta planificación de vida llevará a que nuestros adultos mayores no solo logren vivir felices sino a su vez sean partícipes de actividades dentro de la sociedad.

7. Conclusiones:

Al finalizar el estudio sobre la afectividad en adultos mayores institucionalizados y en mendicidad en la ciudad de Cuenca se concluye que la afectividad positiva prevalece en AM que se encuentran ingresados en el geriátrico en desmedro a los que viven en mendicidad, de la misma forma la afectividad negativa en adultos mayores institucionalizados es mayor que la de los AM en mendicidad, lo que significa que los adultos mayores institucionalizados al estar en un ambiente seguro, acompañados de cuidadores y la seguridad de satisfacción de necesidades, se sienten más queridos.

Si bien es cierto, se puede señalar que la escala de afecto positivo y negativo fue de gran ayuda para realizar la presente investigación debido a que es de fácil aplicación, los adultos mayores responden con facilidad sobre las preguntas realizadas, a su vez en estudios similares

realizados con anterioridad de igual forma han logrado obtener los resultados deseados sobre la afectividad.

8. Referencias

1. Dávila Silva, E. D. (2012). *la vulnerabilidad de la poblacion adulta mayorel acceso.* quito .
2. Irene López-Gómez, G. H. (2013). ADAPTACIÓN DE LA “ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO” (PANAS) EN UNA MUESTRA GENERAL ESPAÑOLA. *researchgate.net.*
3. Paterne G, B. Y. (2015). Calidad de vida. *medicina geriatrica* .
4. Salud., O. M. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *scielo.*
5. Amaro Cano, MC. La ética a la atención de la tercera edad. Bioética desde una perspectiva cubana. 2da Edición. La Habana: Centro Félix Varela. 2003.
6. Espín Andrade Ana M. Familia y vejez. Revista Noticias Médicas 2001
7. Carrasco García Maira R. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005.
8. Bermejo F, Rivera J, Pérez del Molino F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. *Med Clín (Barc).* 1997
9. Carod-Artal FJ, Egido- Navarro JA, González- Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Rev Neurol.* 1999
10. Samele C, Manning N. Nivel de carga del cuidador entre los familiares del enfermo mental en el sur de Verona. *Eur Psychiatry.* 2000
11. Montorio I, Díaz P, Fernández MI. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Rev Esp Geriat Geron.* 1995
12. Guzmán JM, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Reunión de expertos. Santiago de Chile: CELADE- CEPAL;2005.
13. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Gómez Martínez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatrka.* 2001

14. Rocabruno Me deros JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Ciencias Médicas, 1992
15. Belloch Fuster A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 67-73, Washington DC, 1994
16. Barrios Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 57-65, Washington DC, 1994.
17. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003
18. Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2000.
19. Sarzosa, M. A. (2011-2012). Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de. *dspace.uce.edu.ec*, 147.
20. Barbó, I. M. (2015). LA SOLEDAD VIVIDA POR MUJERES MAYORES QUE VIVEN. *memoria* , 147
21. Encarnación Ramírez, A. R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European j investiga*, 9.