



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE GUAYAQUIL**

**CAMPUS MARÍA AUXILIADORA**

**PSICOEDUCACIÓN PARA FORTALECER EL BIENESTAR INTEGRAL EN  
ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD EN GUAYAQUIL**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**Licenciado en Psicología.**

**Autor:**

Paul David Cajilema Quinde

**Tutora:**

Psic. Cl. Gabriela Bajaña Murillo. MSc.

Guayaquil – Ecuador

**2026**

## Certificado de responsabilidad y autoría del trabajo de titulación

### CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Cajilema Quinde Paul David** con documento de identificación N° 0922517735 manifiesto que;

Soy el autor y responsable del siguiente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Guayaquil, 20 de febrero del año 2026.

Atentamente,



---

**Paul David Cajilema Quinde**

**0922517735**

**Certificado de cesión de derechos de autor del trabajo de titulación a la Universidad  
Politécnica Salesiana**

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL  
TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD  
POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, **Cajilema Quinde Paul David** con documento de identificación N° 0922517735, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la **Universidad Politécnica Salesiana** la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor de la **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: "Psicoeducación para fortalecer el bienestar integral en adultos mayores de un Centro de Salud en Guayaquil."**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciado en Psicología**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

**Guayaquil, 20 de febrero del año 2026.**

Atentamente,



---

**Paul David Cajilema Quinde**

**0922517735**

## Certificado de Dirección del Trabajo de Titulación

### CERTIFICADO DE DIRECCION DEL TRABAJO DE TITULACION

Yo, Verónica Gabriela Bajaan Murillo con documento de identificación N° 0925000006 docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **PSICOEDUCACION PARA FORTALECER EL BIENESTAR INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD EN GUAYAQUIL**, realizado por Paul David Cajilema Quinde, con documento de identificación N° 0922517735, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 20 de febrero del año 2026

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Psic. CL. VERONICA GABRIELA BAJAÑA  
MURILLO  
0925000006

## 1. Resumen

El presente trabajo de titulación muestra la sistematización de la experiencia de intervención psicoeducativa diseñada para personas adultas mayores en un Centro de Salud Pública en la ciudad de Guayaquil, realizada en el contexto de las prácticas pre profesionales entre mayo y agosto del 2025. El objeto de sistematización fue la facilitación de talleres sobre autocuidado, mientras que el eje central estaba destinado a analizar el proceso de participación y apropiación de los contenidos psicoeducativos de este grupo poblacional. Metodológicamente, el estudio se sustentó en el enfoque cualitativo e interpretativo de Óscar Jara, en el cual se utilizó un plan de trabajo. De la interpretación crítica de los documentos registrados, se evidenció que la psicoeducación, al llevarse a cabo de manera activa, contribuyó a la generación de ambientes seguros en los que las personas adultas mayores se movilizaron a una postura activa sobre su bienestar emocional. También se evidenció que la sala de espera puede dejar de ser un “tiempo muerto” y convertirse en un espacio que active los apoyos y reduzca la percepción de soledad.

Las lecciones más relevantes subrayan la importancia del primer nivel de atención, los retos de la diversidad y realidad sociocultural de los usuarios y de potenciar la integración activa de las redes familiares.

**Palabras clave:** Sistematización de experiencias, psicoeducación, adultos mayores, autocuidado, salud mental comunitaria.

## 2. Abstract

This graduation project presents the systematization of the psychoeducational intervention experience designed for older adults at a Public Health Center in the city of Guayaquil, carried out in the context of pre-professional internships between May and August 2025. The object of systematization was the facilitation of self-care workshops, while the central axis aimed to analyze the process of participation and appropriation of psychoeducational contents by this population group. Methodologically, the study was based on the qualitative and interpretive approach of Óscar Jara, using logbooks, field notes, planning documents, and playful-pedagogical materials as instruments to recover the lived practice. From the critical interpretation of the recorded documents, it was evidenced that psychoeducation, when carried out actively, contributed to the generation of safe environments where older adults questioned passive beliefs associated with ageism and moved towards an active stance regarding their emotional well-being. It was also evidenced that the waiting room can cease to be a "dead time" and become a space that activates support networks and reduces the perception of loneliness.

The most relevant lessons learned highlight the importance of overcoming the biomedical model in primary care, the clinical challenges regarding the diversity and sociocultural reality of the users, and enhancing the systemic approach for the active integration of family networks.

**Keywords:** Systematization of experiences, psychoeducation, older adults, self-care, community mental health.

### **3. Dedicatoria**

Esta tesis la dedico a Dios por su inmensa ayuda en todo aspecto y guiarme en todo momento en este ciclo de mi vida.

Le dedico mi tesis a mis queridas madres que son Bélgica Quinde y Bertha Quinde quienes sin ellas y sin su apoyo no hubiera podido terminar este proceso tan importante.

#### **4. Agradecimiento**

Le agradezco en general a mi familia, mis tíos, mi padrino y muchas personas importantes que fueron parte fundamental en el apoyo para seguir y nunca desistir de esta etapa en mi vida.

Gracias a mis compañeros de la universidad que siempre fueron grandes personas y buenos amigos en todo aspecto.

Agradezco a los profesores quienes fueron parte fundamental en este proceso y tutores institucionales donde hice mis prácticas que fueron quienes de mucha ayuda para comprender el ámbito laboral y sobre todo los problemas que existen en la sociedad.

## 5. Índice de contenido

Certificado de responsabilidad y autoría del trabajo de titulación .....	2
Certificado de cesión de derechos de autor del trabajo de titulación a la Universidad Politécnica Salesiana .....	3
Certificado de Dirección del Trabajo de Titulación .....	4
1. Resumen .....	5
2. Abstract.....	6
3. Dedicatoria .....	7
4. Agradecimiento .....	8
5. Índice de contenido .....	9
6. Datos informativos del proyecto.....	10
7. Objetivo General .....	10
8. Eje de la intervención o investigación .....	11
9. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación.....	12
10. Metodología .....	12
11. Preguntas clave .....	13
12. Organización y procesamiento de la información.....	14
13. Análisis de la información .....	15
14. Justificación.....	17
15. Caracterización de los beneficiarios .....	18
16. Interpretación (análisis y reflexión) .....	19
17. Principales logros del aprendizaje.....	21
18. Conclusiones y recomendaciones .....	23
19. Referencias bibliográficas .....	25
20. Anexos.....	27

## 6. Datos informativos del proyecto

- **Nombre de la práctica de intervención o investigación:**

Psicoeducación para fortalecer el bienestar integral en adultos mayores de un centro de salud en Guayaquil.

- **Nombre de la institución o grupo de investigación:**

Centro de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública, Zona 8.

- **Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial u objeto de conocimiento):**

Experiencia de implementación de estrategias psicoeducativas para la promoción del autocuidado y la gestión del bienestar emocional en adultos mayores atendidos en un centro de salud pública de Guayaquil.

- **Localización:**

Guayaquil, Guayas, Ecuador.

## 7. Objetivo General

Analizar la experiencia de implementación del programa de psicoeducación en el centro de salud, con el fin de identificar aprendizajes, tensiones y desafíos metodológicos vinculados a la práctica profesional en relación con el bienestar emocional de los adultos mayores.

## Objetivos Específicos

- Reconstruir el proceso de intervención psicoeducativa, identificando los hitos significativos y las dinámicas que caracterizaron la experiencia con el grupo de adultos mayores.
- Analizar los factores y tensiones que configuraron la práctica, interrelacionando la experiencia directa con los marcos teóricos para comprender la particularidad del contexto intervenido
- Identificar las lecciones clave de la experiencia, aportando elementos reflexivos para la mejora de la práctica de promoción de la salud mental en el nivel de atención primaria.

## 8. Eje de la intervención o investigación

La presente sistematización se centra en el proceso de participación y apropiación de los contenidos psicoeducativos por parte de los adultos mayores durante la implementación de los talleres. El eje busca analizar cómo las dinámicas relacionales, los espacios de diálogo y las tensiones metodológicas influyeron en la construcción colectiva del autocuidado dentro del contexto del centro de salud.

Desde esta perspectiva, el análisis se enfoca en comprender las interacciones entre facilitador y participantes, las resistencias iniciales y los momentos de apertura, priorizando el estudio del proceso comunicativo y pedagógico por encima de la evaluación de resultados o del éxito del programa.

## 9. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación

El objeto de la sistematización es la experiencia de la facilitación de talleres y charlas psicoeducativas sobre autocuidado con los adultos mayores, llevadas a cabo en un Centro de Salud Pública en Guayaquil, durante el período de práctica preprofesional de mayo a agosto del año 2025. Se centra específicamente en la reconstrucción del proceso de interacción grupal, la evolución de las actividades y las reacciones de los participantes, evitando el análisis de la experiencia directa en la sala de espera y el consultorio, sin evaluar los resultados institucionales.

## 10. Metodología

La sistematización se llevó a cabo utilizando un enfoque interpretativo y cualitativo basado en la propuesta metodológica de Óscar Jara. Este enfoque permitió reconstruir y la identificación de los aprendizajes derivados de la experiencia de la práctica profesional con personas mayores.

Para la etapa de recopilación de experiencias, se utilizaron instrumentos de registro específicos para captar la realidad de la intervención en la sala de espera:

- Plan de trabajo: Se utilizó para estructurar los objetivos, el tiempo y los materiales de cada taller (por ejemplo, charlas sobre prevención de la violencia y gestión emocional). Su función principal era servir de contraste: permitían comparar lo que se planeó y lo que se ejecutó, y posteriormente, qué actividades funcionaron y cuáles necesitaron ajustes a la dinámica del grupo.
- Registro fotográfico: Se utilizó como un testimonio visual del proceso para documentar la asistencia y la interacción de los usuarios con los materiales lúdicos y las dinámicas corporales implementadas.

El ordenamiento de esta información se logró mediante una revisión sistemática de los registros mencionados. Este enfoque aseguró que la reconstrucción no dependiera únicamente de la memoria, sino que la memoria se complementara con la documentación de la práctica, lo que a su vez permitió extraer lecciones para futuras intervenciones en salud mental.

## **11. Preguntas clave**

### **Preguntas iniciales**

¿Cómo se estructuró y organizó la intervención psicoeducativa con los adultos mayores en el contexto del centro de salud pública?

¿Cuáles eran las expectativas y actitudes iniciales de los adultos mayores al integrarse a los talleres?

¿Qué actividades y estrategias se planificaron originalmente para abordar el autocuidado y la gestión emocional en este grupo poblacional?

### **Preguntas interpretativas**

¿Qué dinámicas relacionales y formas de interacción surgieron entre los adultos mayores durante las sesiones grupales?

¿Qué tensiones o resistencias se manifestaron en el grupo al abordar los conceptos de salud mental y autocuidado?

¿Cómo influyeron las condiciones institucionales y el espacio físico en el proceso de comunicación y apropiación de los contenidos?

## Preguntas de cierre

¿Qué aprendizajes metodológicos surgieron de la experiencia de intervenciones psicoeducativas en entornos de atención primaria de salud?

¿Qué aspectos de la mediación grupal facilitaron una participación más activa, y qué elementos plantearon los mayores desafíos para el facilitador?

¿Qué prácticas podrían incorporarse en futuras intervenciones psicoeducativas dirigidas a personas mayores?

## 12. Organización y procesamiento de la información

El procesamiento de la información se llevó a cabo a través de un procedimiento sistemático de ordenación y categorización, con el objetivo de transformar registros dispersos en insumos interpretables. Para este fin, se realizaron tres pasos fundamentales en alineación con la propuesta de Oscar Jara:

- **Establecimiento de una Matriz Cronológica:** Primero se construyó una matriz de reconstrucción histórica (incluida en el Informe Técnico adjunto en los Anexos). En esta matriz, se incorporaron los datos de los diarios de bitácoras y las guías de planificación, organizando las actividades linealmente desde la Sesión 1 (mayo) hasta el cierre (agosto). Este instrumento permitió la visualización de la secuencia completa de la intervención y la comparación de lo que se planeó con lo que realmente ocurrió durante cada encuentro.

- **Categorización Temática y Contraste:** Con base en el marco cronológico, se aplicó un filtro cualitativo a través de dos categorías analíticas derivadas del eje de sistematización: a) Nivel de Participación y b) Propiedad del Contenido. Se contrastaron las sesiones iniciales (caracterizadas por pasividad) con las sesiones intermedias y finales para identificar el “punto de inflexión” donde el grupo cambió su dinámica.
- **Selección de Narrativas Notables:** Por último, se procedió a extraer citas textuales y narrativas clave de los participantes (como historias de vida o reflexiones sobre la soledad) registradas en las notas de campo. Estos extractos no se trataron estadísticamente, sino que se eligieron por su capacidad para ejemplificar las transformaciones subjetivas de los mayores, sirviendo como evidencia cualitativa para el posterior análisis crítico.

### **13. Análisis de la información**

El enfoque del análisis fue cualitativo e interpretativo hacia la comprensión del significado de la experiencia vivida de los participantes durante los talleres. A diferencia de la investigación experimental, que busca establecer hipótesis, este proceso tuvo como objetivo interpretar el significado de los eventos, tensiones y aprendizajes, y enfocarse estrictamente en el eje de sistematización: la participación y apropiación del contenido psicoeducativo.

Se desarrolló la interpretación de los registros de las notas de campo y su articulación con las categorías emergentes a través de la utilización de una matriz de análisis categorial. Estas categorías no se trataron como datos estadísticos, sino como temáticas que se repiten. Se creó,

por ejemplo, la categoría de “Evolución de la Participación”, en la que se analizó el contraste de los primeros momentos de silencio en las charlas de prevención con la participación activa que se observó en el taller de “Historias de Vida”.

Por otro lado, se realizó un ejercicio de contraste entre lo inicialmente planificado y lo que se ejecutó. Esto hizo posible, en el contexto institucional como condicionante, la visibilización de las diferencias entre lo “ideal” y lo “posible”. Un hallazgo clave de este análisis fue la discrepancia que se produjo entre la percepción de soledad y la concepción de familia que emergió, en el taller de gestión emocional de las participantes, de que “las familias ya no son tan unidas”, lo que condujo a la imprescindible resignificación de la intervención hacia el fortalecimiento de redes de pares.

La teoría mencionada se utilizó como una lente interpretativa para estos eventos. Específicamente, se utilizaron las teorías del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2009) y el empoderamiento comunitario (Montero, 2004) para interpretar por qué las actividades físicas generaron más adherencia que las charlas informativas. La teoría no se utilizó para confirmar el éxito, sino para comprender cómo la historia de vida de los adultos mayores condicionó su disposición hacia el autocuidado.

Por último, la identificación de nudos críticos y resistencias constituyó el objetivo principal del análisis. Más allá de la mera descripción de actividades, se apuntó a capturar aprendizajes metodológicos sobre cómo transformar una sala de espera en un entorno terapéutico, creando materiales contextualizados para futuras intervenciones en salud mental.

## 14. Justificación

El presente trabajo de sistematización nace de una necesidad práctica identificada en el primer nivel de atención de salud pública: la subutilización de los tiempos de espera como espacios para intervenciones psicosociales. Históricamente, la atención de la salud de los adultos mayores, ignorando el malestar emocional de estos usuarios mientras esperan su turno. Así, la principal justificación de este proyecto es documentar y reflexionar sobre las posibilidades de transformar una sala de espera, tradicionalmente un "no lugar" de tránsito, en un lugar de envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2009), donde el usuario deja de ser un paciente pasivo y se convierte en un actor de su autocuidado.

La sistematización de esta experiencia se sustenta en el inicio de adaptación de la teoría, dentro de la Psicología Comunitaria y Clínica. Por ejemplo, el enfoque conductual, donde el aprendizaje y el control de la conducta se enseñan en situaciones de contexto privado y controlado, y el enfoque sistémico, que se enseña para el entendimiento de la soledad y el aislamiento. La tesis que se está desarrollando acerca de este vacío, que hace referencia a la metodología, al hecho de que la teoría se aplica a una situación de la vida cotidiana, en donde hay muchos factores y ruido, y donde la teoría es incompleta. La encrucijada de este proceso se centrará en el vacío relacionado al aspecto rígido de lo clínico.

Respecto a la aportación de la institución, la sistematización es el problema recurrente que surge en la institución: la atención física y la atención a la salud mental están desconectadas. Este trabajo, a partir de la recuperación de las actividades realizadas, como las jornadas de activación física y talleres de memoria descritos en el informe de prácticas, establece que la psicoeducación de bajo costo y alta participación puede disminuir la ansiedad preconsulta. Para el Centro de

Salud esto es evidencia de que la promoción de la salud mental no requiere de grandes obras de infraestructura, sino de una metodología participativa adecuada.

Para la formación profesional, el valor de esta reflexión radica en el aprendizaje situado. La universidad proporciona herramientas para diagnóstico y terapia formal, pero la realidad del servicio público demanda habilidades en improvisación, contención grupal y manejo de resistencias culturales (por ejemplo, el estigma hacia el psicólogo). La sistematización de esta práctica permite articular esos conocimientos “no encontrados en libros”, proporcionando a futuros pasantes una hoja de ruta sobre las tensiones reales y oportunidades de trabajar con geriatría en áreas vulnerables. Además, basándose en la propuesta de Óscar Jara (2018), esta sistematización es éticamente responsable. Haber llevado a cabo los talleres es solo un paso; también debemos documentar las lecciones para que la experiencia no se pierda en el activismo cotidiano. Así, el documento va más allá de la anécdota de la práctica preprofesional y se convierte en un aporte académico que invita a reconsiderar las estrategias de intervención, reforzando la urgencia de humanizarlas y hacerlas más relevantes a la realidad local de Guayaquil.

### **15. Caracterización de los beneficiarios**

Nuestro grupo objetivo consiste en adultos mayores (tanto hombres como mujeres), que son usuarios de los servicios de salud pública del Centro de Salud Pública de Guayaquil. Proviene de sectores pobres urbanos y se caracterizan por la falta de afiliación a la seguridad social (IESS), lo que los coloca en una situación de dependencia exclusiva de los servicios asistenciales del Ministerio de Salud Pública.

Desde una perspectiva sociodemográfica, el grupo presentó un perfil heterogéneo. En términos de nivel educativo, la educación primaria incompleta y completa fue la más prevalente, con algunas personas con educación secundaria o universitaria. En cuanto a la historia ocupacional, la mayoría de los participantes informaron tener experiencia laboral relacionada con el trabajo doméstico, comercio informal o construcción, y actualmente se encuentran en una situación de jubilación o dependencia económica de sus familiares.

Una característica definitoria de este grupo fue su estatus como población flotante, es decir, no formaban un grupo terapéutico preestablecido, sino que eran usuarios que coincidían temporalmente en la sala de espera, esperando ser atendidos médicamente. Este estatus significaba que su presencia en el centro de salud se debía a una demanda biomédica (control de enfermedades, medicamentos), llegando al lugar con una expectativa centrada en la salud física, y con una disposición inicial ajena a las intervenciones de salud mental.

## **16. Interpretación (análisis y reflexión)**

La intervención psicosocial llevada a cabo dentro del Centro de Salud tuvo lugar dentro de una realidad institucional y sociocultural particularmente compleja que condicionó tanto su implementación como el proceso que se vivió. En el análisis crítico de la experiencia, es pertinente destacar la tensión inicial entre la lógica biológica del sistema público de salud, que está enfocada en curar enfermedades físicas y optimizar los tiempos de atención, y la lógica relacional de los ancianos, que requieren que alguien les escuche y les brinde contención emocional, pero que llevan cierto tiempo. En este sentido, la sala de espera, que se concibe

tradicionalmente como un espacio de mero tránsito o de espera pasiva, fue reinterpretada por la intervención como un espacio de conexión y aprendizaje, ampliando así la noción de cuidado más allá de la simple ausencia de síntomas físicos.

Sustentado en el Registro de Malestar Psíquico, la sintomatología más prevalente (ansiedad, tristeza) no respondía únicamente a la situación neurobiológica del envejecimiento, sino que estaba profundamente anclada al proceso del envejecimiento. El discurso de los beneficiarios tenía un claro sentimiento de inutilidad y de ser una carga familiar, producto de una construcción social que devalúa la vejez no productiva (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Desde esta perspectiva, la utilización del enfoque cognitivo-conductual (Bados & García, 2011) planteó una contradicción productiva al chocar con estas creencias. El trabajo sobre los pensamientos automáticos del tipo “ya no sirvo para nada”, o “a mi edad es normal estar triste”, generó espacios para cuestionar creencias vinculadas a la vejez, que contribuyeron a un proceso de resignificación del malestar emocional.

El enfoque sistémico (Minuchin, 1982) permitió el análisis de las dinámicas relacionales que caracterizaban a los actores involucrados. Una dolorosa contradicción era evidente. Mientras el discurso social parece valorar a los ancianos, la vida cotidiana de los pacientes revela altos niveles de soledad no deseada y, a veces, abandono familiar debido a la precariedad económica de los cuidadores. Dado que no era viable intervenir directamente con todas las familias, se estableció el grupo de pares como un sistema de apoyo alternativo. La experiencia mostró que esta “familia elegida” en el centro de salud era capaz de proporcionar el apoyo emocional que el núcleo biológico no estaba cubriendo, aumentando la percepción de apoyo entre pares.

Los talleres demostraron la plasticidad cognitiva que poseían los participantes, lo que se opone al prejuicio de la supuesta inflexibilidad mental asociada con la vejez. Los ancianos eran

particularmente receptivos a aprender nuevas estrategias de autocuidado, y esto fue especialmente cierto cuando la indagación era lúdica y respetuosa. Además, la validación empática por parte del profesional fue un factor facilitador de confianza. Sin embargo, hubo tensiones relacionadas con la infraestructura: el ruido ambiental y la falta de privacidad en las áreas comunes del centro de salud interrumpían a menudo el enfoque necesario para técnicas de relajación o trabajo introspectivo profundo.

Finalmente, la experiencia proporcionó una comprensión común de la psicoeducación como una práctica con dimensiones tanto terapéuticas como sociales, ya que rehabilita la dignidad y la agencia de un grupo históricamente marginado, permitiendo al paciente asumir un rol activo. La intervención destacó el hecho de que los ancianos, además de la atención farmacéutica, necesitan recuperar su sentido de propósito. Esto también reveló el potencial a menudo no utilizado del sistema de salud pública para promover el bienestar holístico a nivel primario de atención.

### **17. Principales logros del aprendizaje**

La sistematización de esta experiencia en el Centro de Salud ha permitido pasar de la teoría abstracta a la compleja realidad de la atención primaria de salud. El principal aprendizaje profesional reside en la desmitificación del marco clínico clásico: se aprendió que la intervención psicológica con los ancianos no requiere necesariamente de una oficina privada y silenciosa para ser efectiva. Por el contrario, la experiencia demostró que el profesional debe integrarse a la vida diaria del usuario, transformando espacios de tránsito, como las salas de espera, en escenarios válidos para la contención emocional y el aprendizaje.

Con respecto a lo que facilitó la participación, se aprendió que los enfoques lúdicos y corporales son superiores a los puramente verbales. Como se evidencia en las sesiones de activación física descritas en el informe, los usuarios rompieron su pasividad cuando la intervención implicaba movimiento e interacción directa, cuestionando prácticamente el prejuicio de que “a esa edad ya no se aprende”. Desde un punto de vista metodológico, se observó que las intervenciones breves de “paso” son más efectivas en este contexto que los talleres largos, ya que se ajustan al tiempo de las esperas médicas sin generar ansiedad en el paciente.

Uno de los desafíos más significativos fue la limitación del sistema de enfoque en la práctica. Aprendiendo desde la teoría sobre el sistema de enfoque, la red de apoyo es crucial para la implementación. Sin embargo, en el caso de este sistema enfocado en el apoyo familiar, la red de apoyo se despliega con una convocatoria pasiva hacia la familia. En el caso de familiares, el absentismo del cuidador en actividades laborales, se puso de manifiesto un fenómeno de naturalización del aislamiento del adulto mayor en la vivienda. Esta situación demuestra una lección de intervención donde la familia no actúa por sí sola, sino que interviene de manera más coordinada, apuntando incluso a la dimensión del Trabajo Social.

Gestionar la vulnerabilidad en público fue una de las lecciones aprendidas. En el caso de los adultos mayores, el tema de la soledad es sensible y puede llegar a generar sentimientos intensos. Esta situación se puede convertir en un gran obstáculo para el grupo, ya que debe neutralizar la emocionalidad, y evitar que la situación se convierta en un desborde que termine en una crisis. Sin embargo, si esto se hace con el grupo, el adulto mayor será el único que tendrá la oportunidad de dar un posicionamiento a este grupo. Dentro del grupo se generará un gran sentido de reconocimiento, y esto resolverá el sentido de abandono que sienten.

Por último, si esta experiencia se repitiera, se integraría un protocolo de “derivación” asistida para los casos que requieran atención individual más profunda, manteniéndolos separados de la dinámica del grupo desde el principio. El proceso de sistematización nos deja con la certeza de que la psicoeducación es una herramienta adecuada para restablecer un sentido de agencia en los adultos mayores, siempre que el psicólogo esté preparado para reducir su papel y ajustarse a las condiciones institucionales del servicio público.

## **18. Conclusiones y recomendaciones**

### **Conclusiones**

Sistematizar la experiencia nos permite concluir que la intervención psicoeducativa en el nivel primario de atención logra transformar la sala de espera de un lugar de tránsito pasivo a un escenario de envejecimiento activo. A través del análisis de procesos, fue posible superar la resistencia inicial de los participantes como el desencadenante clave de la metodología para ser imaginativos e incorporar una activación física de los participantes. Para esta población, se concluyó que el enfoque verbal tradicional era insuficiente sin el acompañamiento de dinámicas corporales y de historia de vida, que habilitaron a los participantes a pasar de ser silenciosos a validar sus experiencias.

En cuanto a los desafíos, se concluye que el enfoque sistémico encontró una limitación estructural. A pesar de los esfuerzos por involucrar a las familias, una barrera significativa fue la participación de los cuidadores, revelando que la soledad de los ancianos en este contexto es un fenómeno naturalizado. En este vacío, la experiencia mostró que el grupo de pares (los otros

adultos mayores en la sala) asumió el papel de "red de apoyo sustituta", proporcionando el apoyo emocional que la familia nuclear no ofrecía durante el proceso.

Finalmente, lo que se ha aprendido metodológicamente es que la práctica clínica en salud pública requiere un enfoque flexible. La intervención demostró que la rigidez de los modelos académicos privados no se ajusta a la realidad de un centro de salud bullicioso. Se aprendió que las intervenciones breves o "de paso" son una estrategia clínica válida y necesaria, destinada a reducir la ansiedad previa a la consulta y a restablecer un sentido de agencia en los adultos mayores, siempre que se gestione bien el tiempo y se priorice el apoyo inmediato.

### **Recomendaciones**

A partir de la identificación de las restricciones del proceso de reconstrucción, los hallazgos de la intervención sugieren que el Centro de Salud consolide los espacios de psicoeducación como un campo de intervención en el diseño de servicios, es decir, desde el impulso de la integración de actividades que sean gestionadas por los practicantes, en el desarrollo de acciones de psicoeducación estructural. Se requiere de forma prioritaria, la disposición de tiempos y espacios que sean garantizados y que se mantengan sin ruido, para que se puedan aplicar técnicas de relajación y la liberación de emociones en un espacio donde se brinde seguridad, sin las interrupciones que se presentan en los espacios de tránsito.

Para futuras intervenciones, se recomienda igualmente considerar el fortalecimiento del componente sistema mediante estrategias de acercamiento activo a familiares y cuidadores. Se proponen talleres de sensibilización familiares, centrados en brindar información sobre los cambios normativos de la vejez, que contribuyen a prevenir el desgaste de los cuidadores y que impactan en el bienestar del adulto mayor en el hogar.

Por último, se hace un llamado a la academia, así como a los futuros profesionales de la psicología, a que se mantenga una postura flexible en el uso de métodos. Las intervenciones en salud pública requieren que el profesional adapte su vocabulario técnico a la realidad social y cultural de los usuarios. En este sentido, se debe considerar prioritaria la utilización de dinámicas lúdicas y participativas, sobre todo, para facilitar la adherencia y la participación activa de los adultos mayores en la reflexión sobre su propio proceso de envejecimiento.

### **19. Referencias bibliográficas**

Bados, A., & García, E. (2011). Técnicas cognitivo-conductuales. Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18656/1/Apuntes%20de%20T%C3%A9cnicas%20Cognitivo-Conductuales.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. Ediciones Pirámide. [https://www.researchgate.net/publication/255581131\\_Envejecimiento\\_activo\\_Contribuciones\\_de\\_la\\_Psicologia](https://www.researchgate.net/publication/255581131_Envejecimiento_activo_Contribuciones_de_la_Psicologia)

Jara, Ó. (2018). La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. [https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6\\_JAR\\_SIS.pdf](https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_SIS.pdf)

Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familiar. Ediciones Gedisa. [https://www.academia.edu/36551061/Familias\\_y\\_terapia\\_familiar\\_Salvador\\_Minuchin](https://www.academia.edu/36551061/Familias_y_terapia_familiar_Salvador_Minuchin)

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30008.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial sobre el edadismo. OMS.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). La salud mental de las personas mayores.

OPS. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental/salud-mental-personas-mayores>

20. Anexos









## **INFORME TÉCNICO**

Practicas Preprofesionales

Lugar de prácticas:

MSP10: MINISTERIO DE SALUD

## **DESARROLLO**

### **ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN LA MSP**

En la primera intervención fueron charlas sobre la salud mental la cual se dieron de manera presencial en el ministerio de salud más que todo cuidar la mente no solo el cuerpo ellos fueron muy colaborativos en esta intervención tanto que se implementó el ejercicio para que ellos puedan moverse y sentirse más animados al momento de hacer cualquier tipo de actividad que se manejaba en el MSP al momento de dar la información para ellos

En la segunda intervención se dieron charlas sobre las emociones que llevamos cada uno dentro como poder sobrellevarlas al momento que dimos la charla ellos salieron hablando de la familia que son tan unidas ni tan comunicativas como lo eran antes con ellos cuando eran más jóvenes

Tercera intervención sobre el valor que tiene los adultos mayores como ser fuentes en generaciones al base de pasar los años han atravesado distintas etapas de historia cada uno un ejemplo y lo que se puedo ver un militar retirado el cual nos contó su historia de la guerra y como él era antes de envejecer su vida era muy cambiante días pasaba en casa y otros en el trabajo casi no tenía vida

Cuarta intervención se dieron charlas sobre la salud integral en sus vidas se explico que esto no es salud y mente solamente, sino que la salud es integral para nuestras vidas cuidarnos porque también afecta en la salud mental y eso también a la física como tal ellos prestaron atención a toda la charla que se les dio estuvieron muy atentos y al final hicieron preguntas

Quinta, sexta, séptima intervención actividades físicas y móviles ellos fueron muy colaboradores y muy entusiastas al momento



Socialización: Prevención de violencia de género en la población adulta mayor Psi. Cl. Tatiana Segarra 28/05/2025



Sensibilización y Prevención de violencia basada en género. TEC. APS YOMARA VERA



Socialización en sala de espera, siete estrategias para la prevención de la violencia basada en género, dirigido a usuarios de consulta externa. Responsable: Int. Psic. Paul Cajilema, Psi. Cl. Tatiana Segarra 16/05/2025.



Prevención de violencia de género en la población adulta mayor Psi. Cl. Tatiana Segarra 28/05/2025



Sensibilización y Prevención de violencia basada en género. Responsable: TEC. APS YOMARA VERA Fecha: 05/06/2025

### Dirección de Salud e Higiene del Municipio de Guayaquil

Esta dependencia municipal es la encargada de la ejecución de la política de salud local. Sus funciones están establecidas en reglamentos internos y se basan en la autonomía del GAD. Sus roles incluyen:

- **Vigilancia sanitaria:** Realización de inspecciones y controles en mercados, camales, restaurantes, hospitales, clínicas y otros establecimientos.
- **Promoción de la salud:** Desarrollo de campañas de prevención de enfermedades, promoción de estilos de vida saludables y programas de atención primaria en centros de salud municipales.
- **Atención médica:** El GAD de Guayaquil gestiona su propia red de hospitales y centros de salud, como los hospitales Bicentenario y del Día. La operación de estos centros se rige por reglamentos internos y ordenanzas que definen sus servicios y su relación con el MSP.
- **Coordinación interinstitucional:** La dirección municipal trabaja en conjunto con el MSP, la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y otras entidades para garantizar que las acciones locales estén alineadas con las políticas nacionales

#### b) DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- **Formulación de Políticas de Salud:** El MSP diseña y aprueba las políticas de salud a nivel nacional. Esto incluye la creación de planes estratégicos, como el Plan Decenal de Salud, que guían la dirección del sistema sanitario.

- **Regulación y Normativa:** El Ministerio emite leyes, reglamentos y protocolos de atención médica que deben ser aplicados en todos los establecimientos de salud, tanto públicos como privados. Esto abarca desde los estándares de calidad en los hospitales hasta la regulación de medicamentos e insumos.

- **Vigilancia y Control Sanitario:** A través de la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), una entidad adscrita al MSP, se supervisa y controla la calidad y seguridad de los alimentos, medicamentos, cosméticos y productos de higiene, asegurando que cumplan con las normativas sanitarias

- **Atención Primaria de Salud:** El MSP administra una extensa red de centros de salud en todo el país, incluyendo los de Guayaquil, para ofrecer servicios básicos como consultas médicas, vacunación, salud materno-infantil y control de enfermedades crónicas.

- **Atención Hospitalaria:** Gestiona y opera una red de hospitales de diferentes niveles de complejidad, brindando servicios de emergencia, especialidades médicas, cirugías y atención de enfermedades graves. Un ejemplo son los hospitales del MSP en Guayaquil.

• **Programas de Salud Pública:** El Ministerio implementa programas nacionales para la prevención y control de enfermedades, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que garantiza la vacunación gratuita para la población. También gestiona programas para el control del VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y el dengue

c) DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A LA QUE ATIENDE

### **3. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA PREPROFESIONAL**

#### **Población General**

El MSP tiene la responsabilidad de brindar servicios de salud a todos los habitantes de la ciudad, sin distinción de edad, género, etnia o condición socioeconómica. Esto se debe a que la Constitución del Ecuador establece el acceso a la salud como un derecho fundamental y universal, que el Estado debe garantizar.

#### **Población No Afiliada al IESS**

Una gran parte de la población que recurre a los servicios del MSP son aquellos que trabajan en el sector informal de la economía, desempleados, o que simplemente no están afiliados al IESS (seguro obligatorio para trabajadores con relación de dependencia). Para esta población, los centros de salud y hospitales del MSP son la principal, y en muchos casos, la única opción para recibir atención médica gratuita

#### **Población en Emergencias y Desastres**

En situaciones de emergencia, como desastres naturales o pandemias, el MSP es el principal ente encargado de coordinar la respuesta médica para toda la población afectada, independientemente de su estatus de afiliación a cualquier seguro.

### **Demografía de Guayaquil**

Guayaquil es la ciudad más poblada de Ecuador. Según los datos demográficos, cuenta con una población mayoritariamente urbana y con un alto porcentaje de mujeres. La densa población y la concentración en el área urbana presentan desafíos significativos para el sistema de salud, lo que requiere una constante expansión de la infraestructura y los servicios del MSP para satisfacer la alta demanda

#### **a) Descripción del espacio y responsabilidades**

El espacio del Ministerio de Salud Pública en Guayaquil no se limita a una única ubicación, sino que está distribuido en una red de infraestructuras de salud que cumplen diferentes funciones. Esta red abarca:

Coordinación Zonal 8: Esta es la oficina administrativa principal del MSP en Guayaquil, que abarca la provincia de Guayas, y se encarga de la planificación, dirección y gestión de las políticas de salud a nivel regional. Es el centro neurálgico desde donde se articulan las acciones del Ministerio en la zona.

Centros de Salud: El MSP cuenta con una red de centros de salud de atención primaria distribuidos en toda la ciudad, incluyendo parroquias urbanas y rurales. Estos centros, como el Centro de Salud Nro. 10 (ubicado en Machala y Camilo Destruye), son el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud. Su espacio físico es relativamente pequeño y está diseñado para consultas ambulatorias, vacunación, control materno-infantil y otros servicios de atención básica

Las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública en Guayaquil se derivan directamente de su marco legal y su misión a nivel nacional, pero se ejecutan de manera local. Las principales responsabilidades Rectoría y Gobernanza Local: El MSP es la máxima autoridad sanitaria en el cantón. Su responsabilidad es dirigir, planificar y

coordinar las acciones de salud pública en Guayaquil, asegurando que se cumplan las políticas nacionales de salud.

Atención Gratuita: El MSP tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a servicios de salud gratuitos y de calidad a toda la población, especialmente a quienes no tienen seguro Es el único responsable del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de asegurar que la población tenga acceso a las vacunas del esquema nacional de forma gratuita

**b) Actividades que se realizaron**

- Charlas sobre la salud mental en la sala de espera
- Actividades enfocadas en los adultos mayores y público en general para el bienestar físico y mental
- Fomentar la inclusión de personas con problema de salud mental
- Promoción y prevención de trastornos mentales
- Psico-educación para la población en general

**c) Datos de la población atendida (tabla demográfica)**

<u>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS VARIABLES</u>	<u>CARACTERÍSTICAS GENERALES A CONSIDERAR DESCRIPCIÓN</u>
<u>Edad</u> <u>Genero</u> <u>Estado civil</u>	<u>Desde menores hasta mayores de edad.</u> <u>Masculino y Femenino u otros.</u> <u>Solteros, casados y etc.</u>

**INFORME ESTUDIANTE**

CC DEL ESTUDIANTE:	██████████	RUC EMPRESA/INSTITUCIÓN:	██████████
CC DEL TUTOR:	██████████	ACTIVIDAD:	PRACTICAS PREPROFESIONALES

Para garantizar la veracidad del presente Informe, rogamos primero leer atentamente qué información es necesaria para la respectiva gestión del documento. Gracias por su colaboración.

ACTIVIDAD	LOGRO (técnico)	LIMITANTE (contexto)	APRENDIZAJE (contexto)
Evaluación diagnóstica, diseño y planes de tratamiento y acompañamiento terapéutico	Se logró realizar entrevistas clínicas iniciales y aplicar herramientas de evaluación (como escalas de ansiedad, depresión y otros cuestionarios de tamizaje), lo que permitió identificar de manera clara las necesidades emocionales y psicológicas de los usuarios. Con base en esta información, se diseñaron planes de tratamiento individualizados que incluían objetivos terapéuticos, técnicas específicas y seguimiento continuo, favoreciendo una intervención más eficaz.	La alta demanda de atención por parte de la población generó tiempos limitados por consulta, lo que redujo la posibilidad de realizar evaluaciones más profundas en cada caso.	Aprendí a realizar una evaluación clínica estructurada, reconociendo la importancia de identificar adecuadamente los síntomas psicológicos y emocionales para establecer un diagnóstico inicial. También comprendí cómo diseñar planes de tratamiento personalizados considerando tanto la teoría como el contexto del paciente. Además, entendí la necesidad de adaptarse a los recursos disponibles y optimizar el tiempo ante la alta demanda asistencial.
promoción y prevención sobre la salud mental	Se organizaron y ejecutaron charlas educativas y talleres interactivos en colegios, centros comunitarios y espacios públicos. Se abordaron temas como la importancia del cuidado de la salud mental, el manejo de emociones, técnicas de relajación y cómo buscar ayuda profesional. La mayoría de los asistentes participó activamente y expresó su interés en futuras actividades similares.	En algunas sesiones, hubo poca asistencia por falta de información o difusión previa del evento, lo cual redujo el alcance de la actividad en ciertos sectores.	Descubrí el valor de las actividades educativas como herramienta para generar conciencia y prevenir trastornos mentales. Aprendí a organizar talleres y charlas de forma didáctica y participativa, así como a comunicarme de forma clara y cercana con diferentes públicos. También entendí que el éxito de estas actividades depende en gran parte de la planificación previa, la difusión efectiva y el uso de recursos accesibles para todos.
psico-educación para problemas generales	Se brindaron espacios grupales e individuales para hablar sobre temas como el estrés, la ansiedad, la tristeza prolongada y los conflictos familiares. A través de estos espacios, se entregaron herramientas básicas para el manejo emocional, como respiración consciente, identificación de pensamientos negativos y elaboración de rutinas saludables. Muchos participantes manifestaron sentirse comprendidos y motivados a continuar con el proceso de autocuidado.	Algunas personas, especialmente adultos mayores o adolescentes, mostraron resistencia a participar activamente o expresar sus emociones por miedo al juicio o desconocimiento sobre la salud mental.	Comprendí que la psicoeducación es fundamental para empoderar a las personas frente a sus emociones y dificultades cotidianas. Aprendí a adaptar el contenido según las características del grupo (edad, nivel educativo, experiencia emocional), a manejar resistencias, y a crear un ambiente de confianza. También fortalecí mis habilidades de facilitación y uso de lenguaje accesible.
Actividades preventivas relacionadas con adultos y adolescentes	Se realizaron campañas comunitarias enfocadas en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y suicidio. Estas actividades incluyeron ferias de salud, distribución de material educativo y dinámicas participativas con el objetivo de crear conciencia y reducir el estigma. La intervención permitió identificar factores de riesgo y fortalecer redes de apoyo en la comunidad.	No siempre se contó con el respaldo o articulación de otras instituciones (como escuelas, EPS o comisarías), lo que dificultó ampliar el impacto y dar seguimiento a los casos detectados.	Aprendí a desarrollar intervenciones comunitarias desde un enfoque preventivo, identificando factores de riesgo psicosocial y promoviendo redes de apoyo. Valoré la importancia del trabajo en red con otras instituciones para lograr un mayor impacto. También entendí cómo los recursos limitados y la falta de articulación pueden afectar la sostenibilidad de las acciones, lo que me motivó a buscar soluciones creativas y prácticas para llegar a más personas.
Observaciones: Observe en mis prácticas preprofesionales que la comunidad en general presenta una estigmatización a la psicología, lo cual hace que la sociedad presente una resistencia al momento de ir al psicólogo por el bienestar integral.			
Conclusiones: En esta etapa muy importante me di cuenta que la psicología es algo fundamental para lograr que la comunidad presente cambios significativos en su bienestar y comportamiento dentro de la sociedad, para así lograr una armonía en general.		Recomendaciones: Que los profesionales de la salud sean más informativos y explícitos en el momento de dirigirse a la gente y buscar formas de salir mayoritariamente en lo extramural para llegar a un impacto más grande en una comunidad cercana.	

CC DEL ESTUDIANTE

██████████



FIRMA

PLAN DE TRABAJO

ESTUDIANTE: CAJILEMA QUINDE PAUL DAVID

N°	ACTIVIDAD	RESULTADO/PRODUCTO/APRENDIZAJE	RESPONSABLE	TIEMPO (SEMANAS)								OBSERVACIONES
				1	2	3	4	5	6	7	8	
1	EVALUACION DIAGNOSTICA, DISEÑO DE PLANES DE TRATAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.	Fortalecer habilidades profesionales a través de la experiencia práctica logrando un aprendizaje integral.		X	X	X	X	X	X	X	X	
2	PROMOCION Y PREVENCION DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.	Mejorar la identificación de los patrones emocionales y conductuales utilizando las estrategias adecuadas para el paciente.	TUTOR EMPRESA		X		X		X			
3	PSICO-EDUCACION PARA LA POBLACION EN GENERAL.	Concientización en la población general para lograr la interacción con personas con problemas de salud mental.		X		X		X				
4	ACTIVIDADES PREVENTIVAS GUIADAS PARA ADULTOS Y ADOLESCENTES.	Talleres para la promoción que favorezcan la participación activa de la comunidad.				X		X		X		

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

922517735