

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO  
EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021”**

**LESTER LEONEL SUY NOJ**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE, 2022**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO  
EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**LESTER LEONEL SUY NOJ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE, 2022**

**CONSEJO DIRECTIVO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

**DIRECTOR**

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL DE DE LEÓN

**SECRETARIA**

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M.Sc. JOSÉ MARIANO GONZALES BARRIOS

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESORES**

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDEÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUIZ

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



Cc. Archivo

CIEPS. 39-2022

Reg. 32-2022

CODIPs. 1381-2022

**ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

05 de septiembre de 2022

Estudiante  
**Lester Leonel Suy Noj**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante Suy Noj:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO OCTAVO (18°)** del Acta **CUARENTA – DOS MIL VEINTIDÓS (40-2022)**, de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de septiembre de 2022, que copiado literalmente dice:

**“DÉCIMO OCTAVO:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Lester Leonel Suy Noj**

**Registro Académico 2015-01356**

**CUI: 2722-59381-0408**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el **Licenciado Abraham Cortez Mejía** y revisado por el **Dr. Juan Fernando Porres Arellano**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León**  
**SECRETARÍA DE ESCUELA II**



/Bky



UG-236-2022



Guatemala, 05 de septiembre del 2022

Señores  
Miembros del Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **LESTER LEONEL SUY NOJ, CARNÉ NO. 2722-59381-0408, REGISTRO ACADÉMICO No. 2015-01356 y Expediente de Graduación No. L-12-2020-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 29 de MARZO del año 2022.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Atentamente,



**M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ**  
**COORDINACIÓN**  
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucía G.  
CC. Archivo

**Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en digital.**



CIEPs. 039-2022  
REG. 032-2022

**INFORME FINAL**

Guatemala, 27 de junio de 2022

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

- Me dirijo a ustedes para informarles que el M.A. **Juan Fernando Porres A.** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021”.**

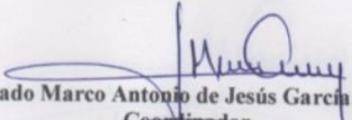
**ESTUDIANTE:**  
**Lester Leonel Suy Noj**

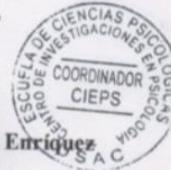
**DPI. No.**  
**2722593810408**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 29 de marzo de 2022 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 22 de junio de 2022, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**  
**“Mayra Gutiérrez”**



c. archivo

*Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”  
9 avenida 9-45 zona 11 Guatemala C.A. Teléfono 2418-7530*



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 039-2022  
REG. 032-2022  
Revalidado por Revisor

Guatemala, 27 de junio de 2022

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs  
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO HERMANAS DE LA CARIDAD DURANTE EL 2021".**

**ESTUDIANTE:**  
Lester Leonel Suy Noj

**DPI. No.**  
2722593810408

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 29 de marzo de 2022, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
M.A. Juan Fernando Porres  
DOCENTE REVISOR



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"  
9 avenida 9-45 zona 11 Guatemala C.A. Teléfono 2418-7530

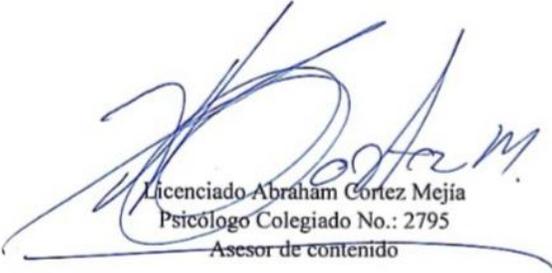
Guatemala 23 de junio de 2021

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez

Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del proyecto de investigación titulado "Deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad durante el 2021" realizado por el estudiante: Lester Leonel Suy Noj, CUI: 2722593810408. El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se procesada a la revisión y aprobación del correspondiente. Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente



Licenciado Abraham Cortez Mejía  
Psicólogo Colegiado No.: 2795  
Asesor de contenido

Guatemala, 18 de octubre de 2021

Licenciado  
Marco Antonio de Jesús García Enríquez  
Coordinador  
Centro de Investigación en Psicología (CIEPs)  
"Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Lester Leonel Suy Noj CUI.: 2722593810408 realizó en esta institución 28 entrevistas a los adultos mayores como parte del trabajo de investigación titulado: Deterioro cognitivo del mayor institucionalizado en el periodo comprendido del 19 al 26 de octubre del presente año, en horario de 09:00 a 12:00 horas.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Asociación Hermanas de la Caridad

Tel.: 24352972

*M. D. K. Stanislas*

ASOCIACIÓN MISIONERAS  
DE LA CARIDAD  
CIUDAD DE GUATEMALA

**PADRINOS**

**Lic. HABRAN CORTEZ MEJÍA**

**COLEGIADO: 2795**

## **DEDICATORIA**

AL UNIVERSO A DIOS

POR ENSEÑARME, GUIARME Y SOSTENERME  
EN MIS BATALLAS.

A MIS PADRES

POR LA VIDA, SABIDURIA Y APOYO  
QUE ME HAN BRINDADO DURANTE TODA SU  
VIDA.

A MIS HERMAS Y HERMANOS

POR APOYARME DURANTE EL PROCESO DE  
ESTUDIO Y COMPARTIRME SU EXPERIENCIA.

A MIS SOBRINOS

POR REGALARME UNA SONRISA Y CARIÑO  
SINCERO EN MIS DÍAS MÁS DIFÍCILES.

## AGRADECIMIENTOS

- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS POR PERMITIRME EXPANDER MI CAMPO DE CONOCIMIENTO A TRAVÉS DE SUS LIBROS, HISTORIA Y CATEDRÁTICOS.
- A AL ASILO DE HERMANAS DE LA CARIDAD, POR PERMITIRME DESARROLLAR ESTES ESTUDIO EN LA INSTITUCIÓN Y CONOCER SU HISTORIA, SU ESFUERZO Y EL SERVICIO HUMANO QUE BRINDAN A LOS ADULTOS MAYORES.
- A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPARON DEL PROCESO DE EVALUACIÓN, SU AMABILIDAD, SU HUMOR Y TIEMPO QUE ME BRINDARON DURANTE EL PROCESO DEL ESTUDIO.
- A LIC ABRAHAM CORTEZ Y FERNANDO PORRES POR SU APOYO INCONDICIONAL; ENSEÑANZA Y ASESORÍA DURANTE EL PROCESO DEL ESTUDIO.
- A MI CUÑADA, LIGIA, POR SU APOYO INCONDICIONAL EN ESTE PROCESO.
- A MI CUÑADO, ERICK, POR SU TIEMPO Y APOYO QUE ME BRINDÓ EN ESTE PROCESO DE ESTUDIO.
- A MI NOVIA, ALEYDA ALEJANDRA, POR SER MI BASE SOLIDA EN ESTE PROCESO, POR APOYARME Y CREER EN MI, INCLUSO CUANDO YO LO OLVIDÉ.  
TE AMO.

# ÍNDICE

<b>Capítulo I</b> .....	1
1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	1
1.01 Planteamiento del problema .....	1
<b>1.02 Objetivos</b> .....	3
<b>1.03 Marco teórico</b> .....	4
1.03.1 Desarrollo psicosocial .....	4
1.03.2 Etapas del desarrollo psicosocial.....	6
1.03.3 Personalidad .....	9
1.03.4 Gerontología.....	11
1.03.5 Teorías del envejecimiento.....	12
1.03.6 Antecedentes de Guatemala .....	14
1.03.7 Deterioro cognitivo .....	15
<b>1.03.1 Consideraciones éticas</b> .....	19
<b>Capítulo II</b> .....	22
2.01 Enfoque y modelo de investigación .....	22
<b>2.02 Técnicas</b> .....	22
2.02.01 Técnicas de muestreo .....	22
<b>2.02.02 Técnicas de recolección de datos</b> .....	23
<b>2.02.03 Técnicas de análisis de datos</b> .....	23
<b>2.03 Instrumentos</b> .....	23
<b>2.04 Operacionalización de objetivos</b> .....	24
<b>Capítulo III</b> .....	27
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	27
3.01 Características del lugar y la muestra.....	27
3.01.01 Características del lugar .....	27
3.01.02 Características de la muestra .....	28
<b>3.02 Presentación e interpretación de resultados</b> .....	29
<b>3.03 Análisis general</b> .....	34
<b>Capítulo IV</b> .....	41
4. Conclusiones y recomendaciones.....	41
4.01 Conclusiones .....	41
4.02 Recomendaciones.....	42

## **Resumen**

En los últimos años se han incrementado los estudios por encontrar el origen de las demencias, deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer (EA), sin embargo hasta la fecha, siguen viéndose como síndrome tico. Es decir, son muchas las causas que pueden dar origen o relacionarse a estas alteraciones cognitivas.

Los cambios cognitivos o declinaciones de las funciones básicas del proceso superior del pensamiento, suele asociarse con el envejecimiento, en tal sentido, las demencias constituyen el estadio más avanzado y se caracteriza por un deterioro múltiple; memoria, apraxias, agnosia entre otros. Así, el deterioro cognitivo constituye un problema de salud, debido a la relación que tiene con la edad y se refiere a un estado transitorio entre la demencia y la normalidad.

Sin embargo, es importante recordar que el envejecimiento no siempre se asocia a alteraciones cognitivas o a enfermedades, no obstante, se ha de ser consciente que si no todas personas que envejecen presentan deterioro cognitivo, no lo hacen con cualidades cognitivas intactas, en otras palabras, pueden padecer de otras enfermedades que afecten su proceso de pensamiento superior.

Con el incremento significativo de la población de adultos mayores de en Guatemala, también puede ser proporcional las enfermedades que se relacionan a la edad y al deterioro cognitivo. Sin embargo, en la actualidad se tienen métodos que ayudan a detectar el inicio y de esta manera se pueda incidir positivamente en el proceso de desarrollo del mismo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El trabajo de investigación que se presenta, trata de ofrecer una visión del estado actual del deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado, utilizando para ello métodos cuantitativos y pruebas neuropsicológicas; Test mini mental del Folstein., Escala de Pfeffer., y Test de reloj a la orden (TRO).

Los objetivos que se propusieron para la investigación fueron: analizar el deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad, establecer el nivel del deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado y aportar conocimientos para la estimulación del área cognitiva en el adulto mayor, y, a raíz del problema, comprobar la eficacia de un programa de estimulación del área cognitiva.

Se presenta el resultado la investigación, mediante un análisis de las repercusiones negativas del deterioro cognitivo y la influencia de factores psicosociales a las que se enfrenta el adulto mayor institucionalizado

## Capítulo I

### 1. Planteamiento del problema y marco teórico.

#### 1.01 Planteamiento del problema

En Guatemala, según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2025 llegarán a ser más de 1,429.230 adultos mayores, lo cual representará el 7.3% y en el año 2050 la tasa de crecimiento de la población envejecida será de 3, 625,000 significando el 13% de la población total guatemalteca, lo que representará nuevos retos en salud y trabajo.

El envejecimiento humano se caracteriza por cambios fisiológicos, biológicos y psicológicos. En esta etapa de la vida suelen manifestarse las enfermedades atípicas; enfermedades físicas, mentales, accidentes o traumas, que consecuentemente puede afectar la memoria a corto y largo plazo, problemas de concentración, atención y deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo, frecuentemente es asociado a las demencias, la prevalencia mundial de las demencias según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de 35.6 millones, en tal sentido, las instituciones juegan un papel determinante en esta etapa última de la vida, sirviendo como espacios de interacción y recreación.

Muchas veces las familias esperan que las instituciones además de propiciar un espacio de interacción, ayuden a recuperar la memoria de aquellos que han tenido alteraciones cognitivas incluso, algún tipo de demencia, es importante mencionar que no todas las instituciones cuentan con programas de atención para detectar el inicio del deterioro cognitivo.

Se consideró la institución Hermanas de la caridad por el papel importante que tienen en la atención y cuidado en el proceso de envejecimiento de la persona adulta. En la actualidad, la institución cuenta con personal capacitado; enfermeros y atención médica en algunos casos, sin embargo, no tienen programas de atención psicológica. Existe una socialización afectiva en el centro, interacción de uno con los otros, sin embargo no todos cuentan con la atención y visita de sus familiares.

La institución no contaba con métodos sistemáticos para detección temprana del deterioro cognitivo, si bien es cierto, que no todas las instituciones cuentan con los recursos necesarios para el abastecimiento del hacer y programas diseñados a retrasar el deterioro cognitivo, propician un espacio de interacción social, por tal razón, se llevó a cuestionamientos. ¿Existe deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado? ¿Cuáles son los niveles de deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado? ¿Cuáles son los aportes para el retraso del deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado?

Así, se pretende extender los conocimientos del deterioro cognitivo mediante diversas técnicas que fortalezcan la memoria y agilicen el procesamiento de información.

Cabe mencionar que este programa será ejecutado en el asilo Hermanas de la caridad y posteriormente se podrá replicar en distintas instituciones orientadas a la atención del adulto mayor en Guatemala.

## 1.02 Objetivos

**Objetivo general:** Analizar el deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad, durante el 2021.

**Objetivos específicos:** Establecer el nivel del deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad durante el 2021.

Aportar conocimientos para la estimulación del área cognitiva en el adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad, durante el 2021.

Comprobar la eficacia de un programa de estimulación del área cognitiva en el adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad, en el periodo 2021.

### **1.03 Marco teórico**

#### 1.03.1 Desarrollo psicosocial

El proceso de envejecimiento no es solamente un hecho biológico, también implica cambios psicosociales, según el Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores, (INAM), “más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios psicosociales importantes: la modificación de roles y posiciones sociales, la pérdida de las relaciones estrechas, la práctica y el uso de nuevas tecnologías”. (INAM, 2019).

El procesos de desarrollo psicosocial del adulto mayor “implican cambios en las relaciones individuales con otras personas, los cambios emocionales y los cambios en la personalidad” (Santrock, 2006).

La adaptación del adulto mayor a su entorno suele ser determinante para la autonomía y dependencia, los cambios emocionales, según Maddox “está directamente relacionada con el nivel de actividad y adaptabilidad al entorno”. (Maddox, 1968).

Durante el proceso del envejecimiento, el adulto mayor suele presentar cambios físicos, fisiológicos, cognitivos pero también sociales, sin embargo es importante mencionar que no siempre es sinónimo de declinación o de deterioro cognitivo.

El adulto mayor según la teoría de desvinculación, presenta una cascada imparable de comportamiento y reacciones que impulsan al retiro social, para conseguir la satisfacción personal. Según Tarler (1961) la jubilación significa una pérdida de función, debido a que el adulto mayor suele estar inactivo, lo que suele llevar a una limitación del comportamiento, y podría generar cambios de humor, de la personalidad y podrían acelerar el desarrollo del deterioro cognitivo.

Para Horrocks (1989), las identidades hipotetizadas del desarrollo psicosocial han de comprobarse en la realidad y se les debe de modificar y cambiar cuando el mundo real demuestre que sean inapropiados o mal concebidos, en tal sentido algunos adultos mayores suelen presentar cambios del comportamiento que pueden o no ser aceptadas culturalmente.

La construcción del desarrollo psicosocial del carácter del adulto mayor suele relacionarse a distintas esferas; trabajo, familia y amigos. Sin embargo, para algunos autores, en la niñez y adolescencia se formará el carácter de la persona que posteriormente será parte de la configuración de la personalidad.

Otros autores han centrado su mirada en la adolescencia que es “una época en las que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo” (Horrocks, 1989).

Según Kohlberg, la formación para la estructura del pensamiento del adulto mayor lo relaciona con la conducta y orienta a la experiencia y socialización que tiene en la etapa de la adolescencia.

Existen diferentes teorías que ayudan a explicar el proceso del envejecimiento, una de las más importantes es la teoría psicosocial, Erikson expone ocho etapas de desarrollo social y emocional de la persona.

### 1.03.2 Etapas del desarrollo psicosocial.

No	Etapas	Descripción
1	Confianza básica versus desconfianza: (primer año de vida).	En esta primera etapa, la confianza del niño no “parece depender de las cantidades absolutas de alimento, o de demostraciones de amor, sino más bien de las cualidades de la relación materna” (Erikson, 1966). Lo que proporcionará confianza en la etapa de la adultez y, posteriormente, en la etapa del adulto mayor a través del cuidado materno y sensible, dándole al niño confianza e identidad.
2	Autonomía versus vergüenza y duda: (de 1 a 3 años).	En esta etapa, el niño descubre que tiene acciones propias, que puede tomar iniciativa para acceder a un mundo de posibilidades, no obstante, si se le prohíbe, o castiga por las acciones negativas que realiza, puede quedar expuesto a formar un sentimiento de vergüenza o duda en la etapa de la adultez.
3	Iniciativa versus culpa: (de 3 a 5 años).	En esta etapa, según Erikson (1966), la iniciativa es una parte necesaria de todo acto, y el hombre necesita un sentido de la iniciativa, para todo lo que aprende y hace, sin embargo, aparecen sentimientos de culpa en las metas planeadas y no alcanzadas, lo que en el adulto mayor podría convertirse en mal manejo emocional.
4	Industria versus inferioridad.	En esta cuarta etapa, el niño dirige su energía en el conocimiento de las cosas, a través de habilidades y destrezas que va adquiriendo, representado con los quehaceres dentro ámbito escolar y familiar, sin embargo, si no es establece esta parte de productividad, el niño podría generar un sentimiento de inferioridad, lo cual, puede llevar a un desinterés por aprender y conocer. En el adulto mayor, esta etapa suele notarse en desganas por hacer las cosas o como mencionan algunas familias, caprichos.

5	Identidad versus confusión de rol.	En esta quinta etapa, (inicio de la adolescencia) la persona empieza a descubrir el rol que tiene en dentro de la sociedad, a medida que interacciona con sus pares, desarrolla una idea que su identidad, no obstante, cuando es forzado a establecerla, el individuo experimenta confusión de su propia identidad.
6	Intimidad versus aislamiento.	En esta etapa, suele iniciar el descubrimiento de las relaciones íntimas, de acuerdo con Erikson, esta es la etapa del enamoramiento, que no es en su totalidad, o primariamente sexual, el peligro es la confusión del rol con los demás, si la persona no alcanza la intimidad, podría sentir una necesidad de aislamiento o evitación a la intimidad.
7	Generatividad versus estancamiento.	“es la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación” (Erikson, 1966).
8	Integración de yo versus desesperación.	En esta última etapa, Erikson no da una definición exacta de lo que es la integración del yo, sino establece varias definiciones para comprender el sentido de integración, una de ellas “es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y significado” (Erikson, 1966). Esta etapa en el adulto mayor suele relacionarse con la capacidad de aceptación y control de impulsos, lo que se le podría llamar madurez emocional.

Para el adulto mayor las interacciones sociales suelen dar aprendizaje, conocimiento y valoración en diferentes momentos de la vida, tomando en consideración la primera etapa psicosocial; confianza vs desconfianza, hasta llegar a la última; integración del yo vs desesperación, cada una de estas etapas suelen manifestarse en el adulto mayor mediante las emociones y frustraciones, metas y fracasos, sentimientos y emociones que lo lleven

finalmente a la “aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna”. (Erikson, 1959).

Para Erikson, la persona con formación básica y conocimientos previos, intentará establecerse conductualmente, formando carácter, esquemas de pensamientos y habilidades sociales que darán paso a una personalidad al adulto mayor, sin embargo cuando existe el deterioro cognitivo, las habilidades suelen declinarse, afectando así el entorno y la memoria.

Existen otros autores como Leopoldo Salvarezza, que sostienen la teoría de desapego del adulto mayor, esta teoría sostiene que a medida que las personas envejecen van reduciendo su interés por las actividades y objetos que lo rodean afectando sus círculos psicosociales.

- El adulto mayor no se verá sometido a situaciones difíciles, en el cual al no poder encontrar respuesta podría generar angustia, de esta manera el adulto mayor se libera con los compromisos y obligaciones sociales que se requieren en una vida activa.
- Por otro lado, la sociedad suele tomar como beneficio el retiro del adulto mayor, dado que se generan espacios para nuevas generaciones.

El desarrollo psicosocial del adulto mayor en Guatemala suele ser a través de interacciones sociales a relaciones complejas y dinámicas dentro del contexto cultural, debido a que suele generarse un pensamiento estereotipado entorno a la vejez que suele alterar el entorno social del adulto mayor.

Vygotsky, establece que el desarrollo psicosocial es influenciado por el ambiente, en el cual, sostiene que la psique es influenciada por el ambiente y que ambas se configuran entre sí, creando procesos de subjetivación en un ambiente determinado.

Así, el adulto mayor en el desarrollo psicosocial suele relacionarse a la formación e identidad de la personalidad que se adquirió previamente en otras etapas de la vida, sin embargo, esta formación e identidad, pueden variar o ser alterada con el tiempo y con los cambios fisiológicos y anatómicos, pero es necesario comprender que también se relaciona a cambios psicosociales como la personalidad.

### 1.03.3 Personalidad

La personalidad “puede referirse a todo lo que se sabe de una persona o lo que es único en alguien o lo típico de una persona, podemos pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo” (DiCaprio, 1989).

La personalidad del adulto mayor suele ser el resultado de la personalidad del adulto, así mismo los cambios adaptativos al medio o las circunstancias, familia, amigos, economía que lo han rodeado durante el proceso y desarrollo de vida.

Merani explica que la persona hace de los estímulos externos suyos, y dependiendo del grado de intensidad, reaccionará como respuesta al estímulo, lo que llevará al adulto mayor a la adaptabilidad en su entorno. La personalidad suele relacionarse al carácter estable, temperamento e intelecto de la persona y que determina su adaptación al ambiente.

Algunos adultos mayores suelen tener buena comunicación y entendimiento con otras generaciones, suelen establecer conformidad con la vida presente, es decir, suelen adaptarse al entorno y aceptarlo. En el adulto mayor no suele relacionarse una personalidad característica, es decir, la formación de la personalidad del adulto mayor la relacionan a concepciones e interacciones previas con su entorno.

Sin embargo, algunos adultos mayores suelen tener resistirse a aceptar las nuevas condiciones de vida, es importante mencionar que cada persona envejece a su manera y a su ritmo, de esta manera se refleja la interacción de la personalidad y el entorno social.

La personalidad del adulto mayor suele tener dos factores importantes; temperamento y conducta. La conducta sirve “como una guía potencial para entender la estructura y los principios de funcionamiento de la personalidad” (DiCaprio, 1989).

El temperamento está asociado a los genes, para Allport el temperamento es la “integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (Allport, 1975).

Cuando una persona envejece, suele reaccionar de distintas formas, hay adultos mayores que reacciona de manera hostil y negativos con sus familiares o cuidadores, así también hay adultos mayores que pueden reaccionar de manera dócil y colaborativa, esto puede deberse al tipo de personalidad que presentaron en etapas previas de la vida.

Según DiCaprio (1989), la conducta es multidimensional, es decir, son distintos los factores que la caracteriza, en otras palabras, suelen relacionarla a factores psicosociales.

Algunos teóricos suelen estar de acuerdo que en la etapa de la niñez, adolescencia y adultez, suelen estar relacionado a la manera de pensar, actuar y reaccionar ante eventos de la vida cotidiana. Sin embargo, en el adulto mayor, estos rasgos de personalidad, suelen cambiar debido a varios factores en el que se ve involucrado. En esta etapa de la vida, el adulto mayor puede volverse inseguro, y generar dependencia con sus familiares o cuidadores.

Según Filloux, la personalidad tiene características únicas, que son formadas por el contexto, así también por factores hereditarios, en otras palabras, es intrínseca en la

formación de la personalidad. Así, la conducta que suele identificar a la persona, se le puede considerar como un proceso de desarrollo a medida que interacciona con el contexto, y a través de ajustes y dominios para la adaptabilidad a su entorno. Así, la persona suele pasar a la vejez a través cambios fisiológicos como consecuencia del proceso vital del desarrollo de la vida; pero es importante recordar que también por factores psicosociales.

#### 1.03.4 Gerontología

La gerontología es “ un área dentro de las ciencias sociales y de las ciencias de salud que estudia el envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinar, atendiendo a los cambios que ocurren durante la senectud a nivel psicológico, sanitario, económico, emocional, político" (Castellón, Dumitreche, Fernández et al, 2018).

Etimológicamente la definición las palabras gerontología, proviene del griego “geron”, que significa “anciano u hombre viejo”, y “logos” que significa “estudio”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el envejecimiento como un "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio” (OMS, 2009).

El envejecimiento es parte del desarrollo del ciclo de vida, algunas personas suelen generalizar el envejecimiento por los cambios físicos y biológicos, es importante recordar que estos cambios suelen varían de persona a persona, es decir, las células y neuronas envejecen y mueren de manera asíncrona en tiempos distintos para el adulto mayor.

Al ser la gerontología multidisciplinar, toma en consideración las estructuras sociales, y cómo estas influyen en la vida del adulto mayor, así también, trata de explicarlo desde dos

panoramas; el primero, desde exterior, es decir, a través de la manera en que la sociedad lo concibe, en cuanto al trabajo, productividad, conocimiento, experiencia y utilidad, y la segunda, la percepción y concepción de la sociedad, desde la mirada del adulto mayor.

El envejecimiento es “un proceso, natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social” (Muñoz, 2002).

El envejecimiento es un fenómeno inevitable, progresivo e irreversible que suele generar cambios físicos que pueden modificar las actitudes, creencias y comportamiento de algunas personas y otras pueden generar ideas estereotipadas, y hay algunas personas que suelen relacionar al adulto mayor con pérdida de la razón, (alteración cognitiva de la memoria), y con las demencias. Existen diferentes teorías que explican el proceso de envejecimiento tanto fisiológico como psicosocial.

#### 1.03.5 Teorías del envejecimiento

No	Teoría	Descripción
1	Teoría inmunológica.	Esta teoría, sostiene que el sistema inmunológico con el pasar de los años se va fortaleciendo, e identifica y destruye a agentes invasores que pueden enfermar a la célula, y destruir el sistema, sin embargo, a medida que se envejece, este sistema pierde la capacidad y sensibilidad para identificar a los invasores externos, lo que puede dar origen a enfermedades y a la destrucción del sistema biológico.
2	Teoría celular.	Esta teoría, sostiene que el envejecimiento biológico es producido por la pérdida de comunicación química entre las células, lo que evita que ellas se dividan, y como consecuencia, envejecen y mueren, lo que da paso al envejecimiento físico.
3	Teoría Genética.	Esta teoría, sostiene que la vida biológica ya viene programada para un límite de tiempo de vida, y que es el ambiente el que acelera este proceso, modificando su

		estructura biológica, el cual puede prolongar la vida de la persona o restarla.
4	Teoría de los radicales libres.	Esta teoría, sostiene que los electrones del átomo al no tener un enlace con otro átomo, producen ineficiencia en la célula, lo que lleva a formar desechos en ella, produciendo así el envejecimiento.
5	Teoría del error catastrófico.	Esta teoría, sostiene que a medida que pasan los años, nuestro sistema proteico pierde eficiencia, volviendo a la célula inestable e improductiva, lo que lleva al envejecimiento y finalmente a la muerte.

Otros cambios que suele presentar el adulto mayor.

a) Arrugas, la cuales surgen a través de la capa externa de la piel, en la cual las células ya no son capaces de sustituir a las células que han muerto, producto del tiempo y de los cambios fisiológicos y anatómico del adulto mayor.

b) Los músculos también se ven afectado en el adulto mayor, dado los cambios que se presenta a nivel neuronal, las neuronas dejan de producir vaina de mielina lo que lleva a una respuesta lenta en la motricidad.

c) El sentido de la vista también se ve a afectado en adulto mayor, se ha escuchado que los adultos mayores necesitan lentes para agudizar la vista, esto se debe a que la córnea se aplana, así también cambia el tamaño de la pupila evitando el ingreso de luz y como resultado, la visión cada vez es más difícil.

d) Otro sentido que se ve afectado con el pasar del tiempo en el adulto mayor, es el oído, debido a que el pabellón se alarga y el bello que lo cubre crece considerablemente, el tímpano se hace más delgado por lo que es difícil que las ondas sonoras lo hagan vibrar. Lo que lleva a tener menos atención o focalización a un objeto.

### 1.03.6 Antecedentes de Guatemala

Según Febrer & Soler, (2004). El adulto mayor pierde habilidades motoras, mostrando “movimientos lentos, a veces imprecisos, temblorosos y rutinarios”

De acuerdo con Alvarado y Salazar, (2014). El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo de vida desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte.

Con el pasar de los años, el cuerpo empieza a envejecer, fisiológicamente las células mueren a velocidades distintas y asíncronas, lo que suele presentar alteración anatómica considerable, que suele tener consecuencias conductuales o cognitivos en el adulto mayor.

El adulto mayor no siempre se relaciona con enfermedades o aislamiento, algunos suelen ser muy discreto, reservado, con control de emociones y experiencia, sin embargo, es normal que los familiares experimenten miedo de que los adultos mayores pierdan el control de sus acciones o que sufran de una enfermedad o demencia.

El aumento de la población del adulto mayor, puede representar retos en distintas áreas que están “vinculadas a su entorno, y pueden ser condicionantes a la aparición de estados de desestructuración subjetiva” (ODHAG, 2005).

Estudios realizados a nivel departamental en Guatemala por la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de San Carlos, enlistaron las enfermedades más comunes que presenta el adulto mayor, en ellas sobresalen; diabetes mellitus, ácido úrico y Parkinson. Los cambios biológicos que suele presentar el adulto mayor, puede deberse al envejecimiento anatómico, lo que representa alta vulnerabilidad a contraer enfermedades.

“Los gerontólogos y profesionales que estudian el envejecimiento dividen a los adultos mayores, en dos grupos, los ancianos jóvenes de 65 a 74 años, los ancianos mayores a partir de 75 años” (Kaplan, Sadock & Grebb. 2015).

En Guatemala se le considera a un persona “adulto mayor” a partir de los 60 años, así mismo, se puede jubilar a partir de los 65 años de edad.

El incremento de la población suele aumentar las necesidades de salud y cuidado. En Guatemala, se han establecido leyes que ayudan y protegen al adulto mayor; en el artículo 51 de la Constitución de la República de Guatemala, establece que el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los adultos mayores, garantizando el derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

La segunda es la protección del adulto mayor, en el decreto 80-96 establece que se debe considerar a las personas con el término adulto mayor a partir de los 60 años; y por último, el decreto 85-2005, establece el aporte económico de Q400 mensuales a los adultos en extrema pobreza sin cobertura social, este beneficio es a partir de los 65 años.

En la constitución Política de Guatemala manifiesta “Corresponde al Estado la protección de la salud física, mental y moral de los ancianos, a quienes debe garantizar su derecho a la alimentación, salud, seguridad y prevención social”

#### 1.03.7 Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es “un síndrome clínico caracterizado por una pérdida de memoria referida por el paciente, y preferiblemente confirmado por el familiar”. (Pérez & Lleó, 2010). Puede ser de tipo amnésico y no amnésico, y en el caso de la primera, si es de dominio único o multidominio (lenguaje, funciones ejecutivas y agnosias).

Según Kaplan & Sadock, (1981). El deterioro cognitivo suele disminuir de manera gradual la capacidad cognitiva, que es un conjunto de actividades mentales asociadas al pensamiento de cognición e incluye las siguientes áreas: atención, concentración, memoria, praxis, gnosia que es la capacidad de reconocer objetos, abstracción y juicio.

Los cambios a nivel cognitivo del adulto mayor suelen atribuirse a múltiples factores que están vinculados con el proceso de desarrollo. Las alteraciones cognitivas hasta cierto punto se le considera normal, debido a las alteraciones estructurales cerebrales y cambios fisiológicos que se presentan por la edad.

Las concepciones previas de las definiciones de las demencias, con el pasar del tiempo ha ido tomando nuevos conceptos y definiciones, los primeros antecedentes de la demencia se remonta a la escuela hipocrática, en la cual, (*de=sin; mens=inteligencia*). En 1977 Esquirol definió la demencia como una alteración del entendimiento, del recuerdo y la comprensión. Esto demuestra la fascinación de diferentes científicos en investigar las causas y alteraciones de la demencia.

Algunos autores consideran que el deterioro cognitivo del adulto mayor es la identificación temprana de la demencia.

La demencia es un síndrome, es un “conjunto de síntomas y signos que se repiten en cierto número de enfermedades y que son comunes a un grupo patológico determinado” (Gispert, 1998). La clasificación de clínico anatómico de la demencia, se basa en la región dañada en las estructuras cerebrales, las cuales pueden ser:

- Demencia cortical.
- Demencia subcortical.
- Demencia en el cuerpo de Lewy.

- Demencia frontotemporal.
- Demencia vascular.
- Demencia mixta.

Demencia cortical: este tipo de demencia afecta principalmente a la corteza cerebral en el cual las afasias, agnosias y apraxias son muy frecuentes.

Ejemplo: demencia tipo Alzheimer.

Demencia subcortical: en este tipo de demencia es muy común en el area psicomotor, la persona puede presentar una reacción lenta a los estímulos externos, así también puede presentar un pensamiento lento (bradipsiquia). Otro síntoma son los cambios de personalidad, en su inicio puede presentar apatía, desinterés, falta de motivación, alteración de la memoria fundamentalmente en la dificultad de recuperar información antes almacenada.

Ejemplo: demencia de la enfermedad de Parkinson y enfermedad de Huntington.

Demencia en el cuerpo de Lewy: este tipo de demencia causa problemas en la habilidad del pensamiento, similar a la enfermedad de Alzheimer, seguidamente causa desordenes de movimiento, alucinaciones visuales y problemas del sueño, así también cambios en el estado de ánimo.

Demencia frontotemporal: este tipo de demencia esta generalmente asociado a los cambios de personalidad, la conducta y el lenguaje, suele iniciarse entre los 40 y 65 años de edad, siendo el adulto mayor más expuesto a contraerla.

Demencia vascular: este tipo de demencia es la segunda causa más común, después de la enfermedad de Alzheimer. Es causada por varios accidentes cerebrovasculares. Afectando la memoria, el pensamiento, el lenguaje, comportamiento y juicio.

Demencia mixta: este tipo de demencia se caracteriza por un deterioro progresivo de la memoria, problemas para orientarse, alteraciones de la marcha, alteración del lenguaje y deterioro de la cognición.

La demencia es una enfermedad degenerativa que daña las neuronas de manera progresiva y que afecta distintas áreas cognitivas: memoria, lenguaje, personalidad, juicio entre otros.

El adulto mayor suele estar expuesto a enfermedades y trastornos neurocognitivos y demencias, “entre el 60 y 70% de las demencias se catalogan como padecimientos del tipo enfermedad de al Alzheimer” (Da Silva, 2018).

Los cambios estructurales cerebrales del adulto mayor, según Da silva (2018) “es un proceso multifactorial que se asocia con una diversidad de alteraciones a nivel fisiológico, morfológico, bioquímico y psicológico”.

El adulto mayor, puede presentar alteraciones del sistema nerviosos central, según Da silva, “las alteraciones más significativas se pueden presentar como atrofia o como distrofia”.

Es importante recordar que no toda persona que llega a la etapa de la vejez, están orientada o destinada al declive progresivo de las funciones cognitivas, alteraciones de la memoria, o, a padecer algún tipo de demencia o deterioro cognitivo.

El adulto mayor puede gozar de la vejez manteniendo sus funciones ejecutiva en buen estado, gozando de su jubilación, realizando distintas actividades, físicas, incluso cognitivas, lo que significa que puede gozar de una vida plena, no solo social, sino también subjetivo, como

un “proceso que dura toda la vida, produciéndose autentico desarrollo en las etapas de madurez y de la vejez” (Domínguez, 1989).

### **1.03.1 Consideraciones éticas**

#### **Código de ética de Psicólogos de Guatemala (2011).**

- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Información de la investigación.
- ✓ Valoración de riesgos y beneficios.
- ✓ Selección de la persona.
- ✓ Respeto.
- ✓ Beneficencia.
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Autonomía.

**Información:** El investigador, Lester Leonel Suy Noj, estudiante de la licenciatura en Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala, realiza un estudio con los adultos mayores, para el fenómeno del deterioro cognitivo. A continuación se le brindó información con más detalles de la investigación.

**Propósito:** evaluar el deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado, mediante diversas técnicas psicológicas, a partir de diferentes fases en el proceso de investigación.

#### **Selección de participantes:**

Criterios de inclusión.

Adultos mayores que sepan leer.

Hombres o mujeres que asisten al asilo Hermanas de la caridad.

Criterios de exclusión.

Adultos mayores analfabetas, y/o con daños neurológicos y/o enfermedades degenerativas (Alzheimer, demencias). Y/o cualquier otro tipo de enfermedad que esté fuera del conocimiento del investigador.

**Participación voluntaria:** la participación en este estudio, fue voluntaria. Se les dio información del proceso y del acceder al proceso de evaluación del estudio, y si más adelante cambian de parecer, podrían abandonar el proceso sin ninguna sanción.

### **Procedimientos:**

1. Primeramente, se utilizó técnicas de observación participativa para poder recolectar datos dentro de la categoría de la memoria, es decir, a través de la observación participativa, se obtuvo información de la memoria, el lenguaje y la velocidad del procesamiento de información.

2. Luego, se seleccionaron a las personas que participaron y se les realizó un cuestionario que obtuvo datos que ayudaron a concretar los datos de la observación. El cuestionario consistió en 8 preguntas cerradas, es decir, las respuestas se marcaron con “SI” y “NO”, este cuestionario ayudó a recabar información de alteraciones de memoria.

3. Seguidamente, se aplicaron pruebas estandarizadas para confirmar los datos obtenidos previamente; Test mini mental del Folstein: este teste valoró las funciones cognitivas del adulto mayor; Escala de Pfeffer: es una escala que midió la proyección de la demencia mínima, mediante preguntas que evaluaron la capacidad de la actividad diaria.

Y finalmente Test de reloj a la orden (TRO): es una prueba que ayudó a detectar un posible deterioro cognitivo, mediante percepción visual, coordinación motora, y ejecución motora. (Test adjunto al documento).

**Duración:** para contestar el cuestionario los participantes se les dio tiempo libre, y para las pruebas estandarizadas, 30 minutos máximos.

**Riesgo:** durante todo el proceso observación y aplicación de las pruebas, no se tuvo ningún riesgo de vida o de la información dada.

**Beneficencia:** con la información que se obtuvo, se generó un proyecto que ayudó a retener el deterioro cognitivo, mediante diversas técnicas para la memoria, mejorando la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

**Confidencialidad:** toda la información que se obtuvo, fue para uso exclusivo de la escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y para la institución Hermanas de la Caridad.

**Respeto al derecho a negarse o retirarse:** se les dio información de que podían negarse a participar sin que haya ninguna sanción, o si deseaban retirarse del proceso, lo podían hacer en el momento que lo deseaban.

**Autonomía:** usted es libre de tomar la decisión para participar o no del proceso de investigación, se respetará cualquier decisión tomada sin ninguna sanción o represalia.

**El mecanismo ético que fue considerado para la ejecución de las pruebas, fue;**

**Riesgo:** se les comentó que durante todo el proceso observación y aplicación de las pruebas, no habría ningún riesgo de vida, o, de la información dada por los participantes del estudio.

**Beneficencia:** se les informó que con los datos que se obtendrían, se generaría un proyecto que ayudara a retener el deterioro cognitivo, mediante diversas técnicas para la memoria, y de esta manera mejor la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

**Confidencialidad:** se les informó que toda la información que se obtendría, es uso exclusivo de la escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y para la institución Hermanas de la Caridad.

**Respeto al derecho a negarse o retirarse:** se les informó a los participantes que podían retirarse del proceso de la aplicación de las pruebas, si así lo deseaban, y que no habría ninguna sanción.

**Autonomía:** se les informo que eran libres de tomar la decisión para participar o no del proceso de investigación, y se respetaría cualquier decisión tomada sin ninguna sanción o represalia.

## Capítulo II

### 2.01 Enfoque y modelo de investigación

**Tipo de investigación.** Cuantitativo pre experimental, de acuerdo con Fernández, Hernández y Baptista (2014), el estudio cuantitativo pre experimental, es la evaluación del fenómeno en dos momentos, la primera consistió la observación, en la cual se recabaron datos relacionados al estudio, es decir síntomas del Deterioro Cognitivo del adulto mayor, el segundo momento consistió en la aplicación de las pruebas neuropsicológicas para corroborar los datos antes obtenidos de la observación.

**Muestra:** se utilizó una muestra de 28, lo que representa el 66.66% de la totalidad de adultos mayores del asilo.

**Evaluación y ejecución.**

Se evaluó la muestra dos veces, es decir, se aplicaron las pruebas dos veces a la misma muestra. Test mini mental del Folstein., Escala de Pfeffer., y Test de reloj a la orden (TRO). Así también se realizará un cuestionario cerrado (propio).

### 2.02 Técnicas

#### 2.02.01 Técnicas de muestreo

Se inició el proceso de estudio con una visita al asilo para solicitar el permiso para trabajar con los adultos mayores, luego de haber obtenido dicho permiso, se realizó una observación participativa en el asilo, con el objetivo conocer las instalaciones y a los adultos mayores, posteriormente se aplicó el cuestionario cerrado para tener un campo de visión más amplio de los síntomas del deterioro cognitivo. Posterior a la observación y la aplicación de una encuesta cerrada, se aplicó el mini mental test, seguidamente el reloj a la orden y la escala de Pfeffer, seguidamente, se inició con el programa de estimulación cognitiva, en la que se aplicó diversas actividades orientadas a la memoria, como la identificación de objetos, memoria a largo plazo, el cual consistió en varias preguntas orientadas al pasado, como por ejemplo; en qué año se casó, como se llamaba su primera novia, como se llamaba su mamá

entre otras, otra de las actividades fueron los conectores de lenguaje, el cual consistió en unir frases similares, como por ejemplo, “para concluir” con “en definitiva”, siguiendo el proceso de investigación, aplicaron nuevamente las pruebas; mini mental, reloj a la orden y escala de Pfeffer, para conocer los avances y mejoraría del programa aplicado.

### **2.02.02 Técnicas de recolección de datos**

- **Observación:** la observación consistió en el acercamiento al fenómeno de estudio para ampliar el campo de visión del estudio, esta observación se realizó con el fin de tener conocimientos previos a la aplicación de los Test.
- **Entrevista:** “sirve para comprender el fenómeno de estudio” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se utilizó para llegar una perspectiva más general, del deterioro cognitivo.

### **2.02.03 Técnicas de análisis de datos**

Los resultados fueron sometidos para presentación de datos en programa de Excel, mediante graficas de pie. Las medidas para resguarda la información obtenida fue exclusivamente manipulado por mi persona, es decir, durante la aplicación de las pruebas, se les dio un consentimiento informado explicando a detalle la manera en que se realizó las pruebas, en dichas pruebas, el anonimato fue tomado en cuenta, los nombres de las personas que participaron fueron con sus iniciales para los nombres y los apellidos, para su confidencialidad de la persona y respeto de su dignidad.

## **2.03 Instrumentos**

- **Cuestionario cerrado:** el cuestionario, “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Chasteauneuf, 2009). “Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis” (Brace, 2013). El cuestionario estuvo orientado para obtener información sobre el declive de la memoria; olvidos recurrentes y procesamiento de información.
- **Pruebas estandarizadas:** “miden variables específicas, como la inteligencia, la personalidad en general, la personalidad autoritaria, el razonamiento matemático, el

sentido de vida, la satisfacción laboral, el tipo de cultura organizacional, el estrés preoperatorio, la depresión posparto” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Las pruebas que se utilizaron fueron: Test mini mental del Folstein., Escala de Pfeffer., y Test de reloj a la orden (TRO).

- **Test mini mental del Folstein:** este teste valoró las funciones cognitivas del individuo clasificándolo en las categorías de: orientación temporal, orientación espacial, recuerdos, atención, cálculo y lenguaje. El punto de corte que presume ausencia de patología varía con la edad y la educación, de manera que se toma 27 para el rango de 50-79 años y 26 para el rango de 80-89 años. La fiabilidad de este test se ha mostrado consistente en varias aplicaciones anteriores, lo que le da validez a dicha prueba.
- **Escala de Pfeffer:** se trata de un cuestionario de diez preguntas que miden el grado del deterioro cognitivo, evalúo la memoria, información de hechos cotidianos; lavarse, vestirse orientación entre otros. Tiene una valoración estructurada de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- **Test de reloj a la orden (TRO):** es una prueba que sirvió para detectar un posible deterioro cognitivo, mediante percepción visual, coordinación visomotora, capacidad viso constructiva y de planificación y ejecución motora.

#### 2.04 Operacionalización de objetivos

Objetivos	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentos
<p><b>General:</b> conocer sobre el deterioro cognitivo del adulto mayor de 65 a 75 años de edad institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad Guatemala, Guatemala</p>	<p><b>Deterioro cognitivo:</b> es la pérdida o disminución del funcionamiento intelectual de la persona, que puede llegar a dificultar las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Técnica de cuestionario cerrado, escala de Likert.</p> <p>Análisis descriptivo</p>	<p>Guía de redacción de cuestionario.</p> <p>Test mini mental del Folstein.</p> <p>Escala de Pfeffer.</p>

			Test de reloj a la orden (TRO).
<p><b>Específicos:</b> Establecer el nivel del deterioro cognitivo del adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad durante el periodo 2021.</p>	<p><b>Adulto mayor:</b> es un concepto social que sirve para segmentar la clasificación de desarrollo en distintas etapas, actualmente se le considera adulto mayor una persona mayor de 65 años</p>	Test neuropsicológicos.	<p>Test mini mental del Folstein.</p> <p>Escala de Pfeffer.</p> <p>Test de reloj a la orden (TRO).</p>
<p>Aportar conocimiento para la estimulación del área cognitiva en el adulto mayor institucionalizado en el asilo Hermanas de la caridad en el periodo 2021</p>	<p><b>Cognición:</b> es la organización esquemática de pensamientos, formado a través de la percepción, que ayuda al individuo a conocer su ambiente.</p>	Test neuropsicológicos.	<p>Test mini mental del Folstein.</p> <p>Escala de Pfeffer.</p> <p>Test de reloj a la orden (TRO).</p>
<p>Comprobar la eficacia de un programa de estimulación del área cognitiva en</p>	<p><b>Salud mental:</b> es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la</p>	Programa de estimulación del área cognitiva.	<p>Talleres de estimulación neuronal.</p> <p>Retención de memoria, estimulación,</p>

<p>el adulto mayor institucionalizado en el asilo  Hermanas de la caridad en el periodo 2021.</p>	<p>ausencia de afecciones o enfermedades... incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente” (OMS, 2004)</p>		<p>visualización, comparación de objetos y juegos de mesa que ayuden a atrasar el deterioro cognitivo.</p>
---	--	--	--

## Capítulo III

### 3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

#### 3.01 Características del lugar y la muestra

##### 3.01.01 Características del lugar

Parte de la historia del asilo Hermanas de la caridad, tuvo sus inicios en el año 1950, por su fundadora la madre Teresa de Calcuta y el hermano Andrew, es una congregación religiosa católica, en la actualidad cuenta con más de 4000 monjas en más de 133 países.

El asilo tiene dos centros de atención, la primera está ubicada en la colonia Saquerty ubicada en la zona 7 de la ciudad capital, el cual cuenta con 5 monjas encargadas del cuidado y administración de la institución, la otra está ubicada en el departamento de Escuintla. El asilo tiene como objetivo saciar la sed infinita de Jesucristo en la cruz por amor y por almas viviendo de los cuatro votos en espíritu de confianza amorosa, entrega total y alegría, acompañando a cada uno al amor perfecto de Dios y del prójimo y haciendo a la iglesia plenamente presente en el mundo de hoy. Tiene como visión ayudar a los adultos mayores que se encuentra en pobreza o desamparados, tanto materia como espiritualmente, reconociendo en ellos y restaurando la imagen de Dios mediante el cuidado de los enfermos y moribundos. El asilo les brinda comida y espacio físico para que puedan recrearse y habitaciones para dormir. En la actualidad no cuentan con un programa para detectar el inicio del deterioro cognitivo ni estrategias para retrasar su desarrollo, el asilo, también brinda apoyo a adultos mayores que han sufrido de alcoholismo, o de consumo de fármacos psicoactivos. En la actualidad han contratado un fisioterapeuta para rehabilitar la motricidad de algunos adultos mayores.

Los adultos mayores institucionalizados en el asilo, reciben visitas de algunos familiares, sin embargo, existen algunos casos en el cual los adultos no han recibido visitas de sus familiares por más de tres meses. El asilo cuenta con un espacio amplio en el que realizan diversas actividades; manualidades y talleres que beneficien al adulto mayor y al personal que se dedica al cuidado del mismo. La atención administrativa es de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 horas. Sin embargo, por la pandemia actual del COVID no permiten la entrada a

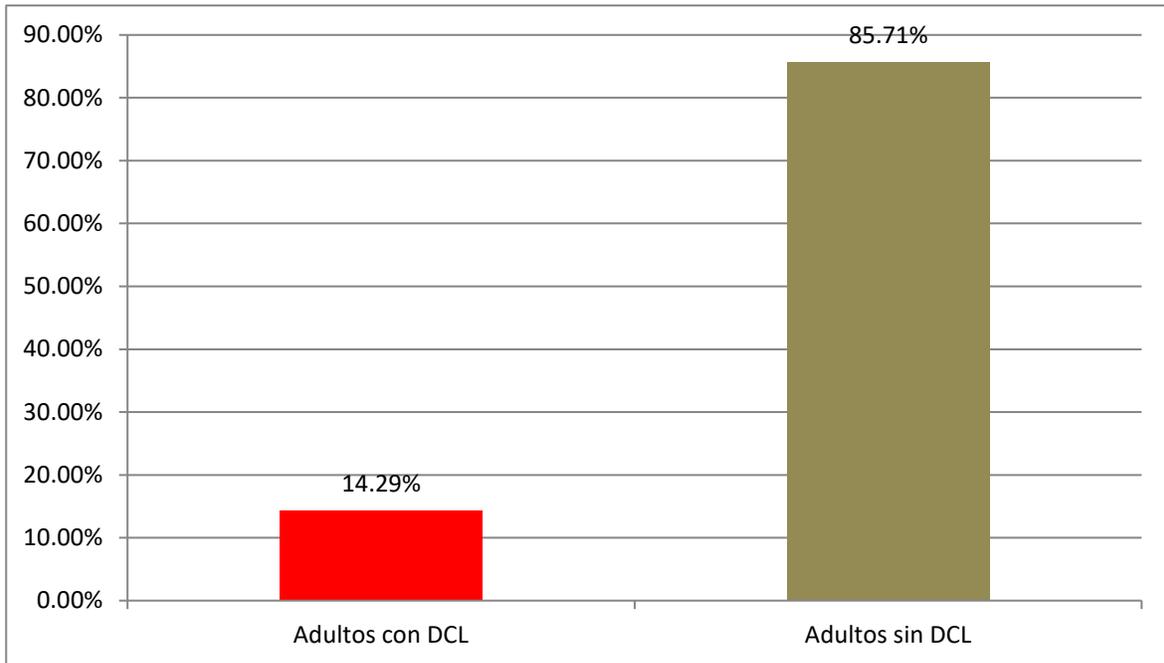
personas que no tengan vínculos familiares con los adultos mayores, no obstante, hicieron una excepción para realizar el estudio de investigación dentro de la institución.

### 3.01.02 Características de la muestra

Para el proceso y conveniencia de la investigación, se realizó una muestra de 28 participantes, en el proceso de investigación participaron únicamente adultos mayores de sexo masculino. Las condiciones socioeconómicas de los participantes, debido a que están dentro del asilo, es escaso, ya que dentro de la institución se les brinda comida, ropa y espacio físico para que puedan dormir, tiene visitas de sus familiares una vez a la semana, sin embargo, hubo dos casos en los que los familiares no realizaban la visita por más de dos meses. El nivel educativo de los participantes, estuvo en promedio del séptimo año de escuela, por otro lado, al ser un asilo fundado desde una visión religiosa, practican el catolicismo, rezan dos veces al día, mañana y tarde, tradicionalmente el asilo realiza misas para congregar la fe los adultos mayores, esto lo hacen dos veces por semana. Las características culturales del asilo con relación a la atención y servicio de los adultos mayores está basada en el idioma castellano, ninguno de los participante habla otro idioma, su religión es católica y la comida es preparada por dos mujeres voluntarias, sirven el desayuno a las 07:30 hrs, almuerzo a las 11:00 y cena a las 16:30 hrs, las condiciones laborales de los adultos mayores del asilo; barrer, limpiar las mesas, levantar la basura y limpiar los baños.

### 3.02 Presentación e interpretación de resultados

#### DETERIORO COGNITIVO DEL MINIMENTAL TEST

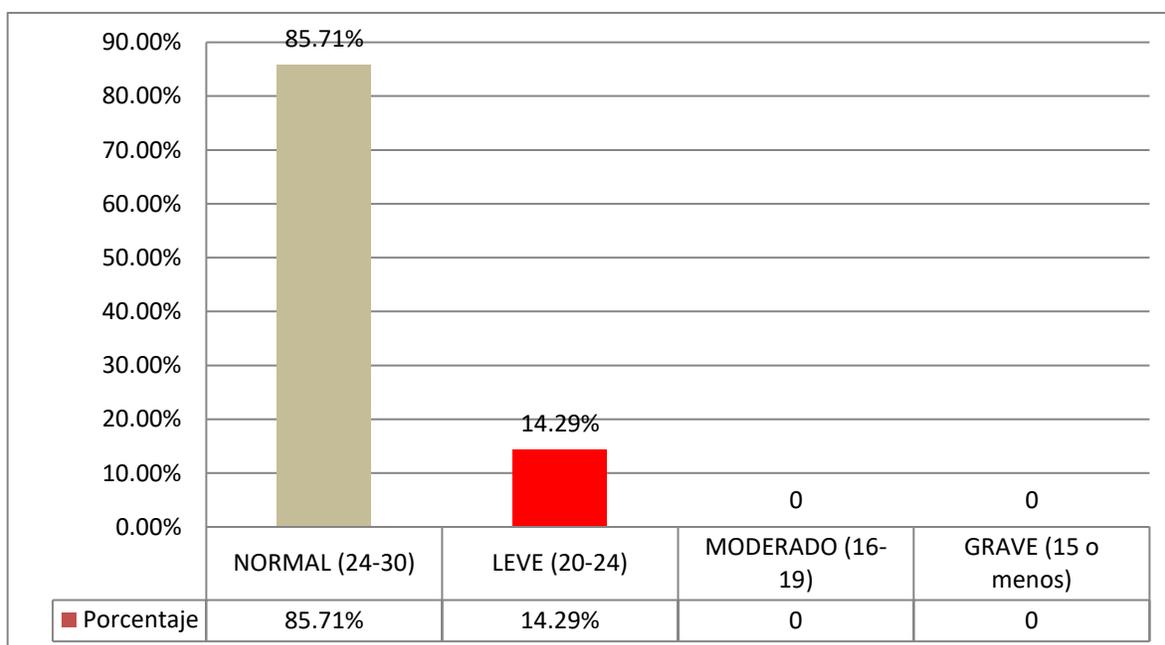


Fuente: instrumentos de recolección de datos.

**Gráfica No. 1.** La gráfica muestra que del total adultos mayores que participaron del proceso de estudio, y el porcentaje de ellos que mostraron deterioro cognitivo leve durante la segunda aplicación de la prueba neuropsicológica mini mental test, en contraste con los datos obtenidos en la primera aplicación, en el cual la diferencia es del 7.14% con relación a los adultos mayores detectados con deterioro cognitivo leve.

### DISTRIBUCION DE RANGO DEL DCL DEL MINIMENTAL TEST

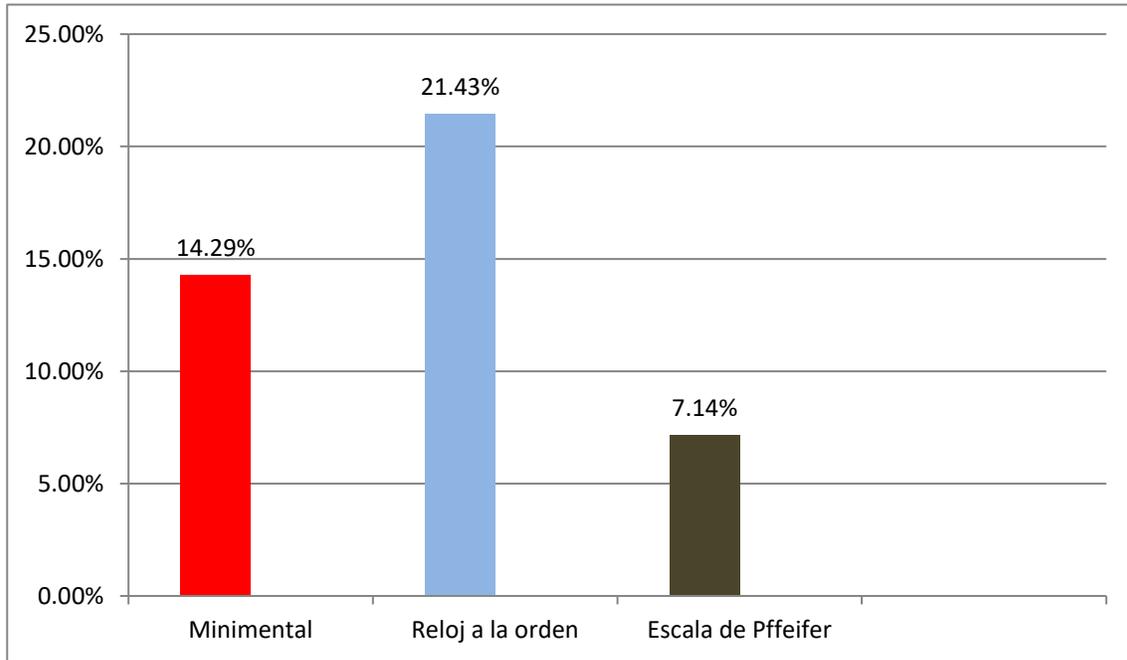
DETERIORO COGNITIVO	EVALUADOS	PORCENTAJE
NORMAL (24-30)	24	85.71 %
LEVE (20-24)	4	14.29%
MODERADO (16-19)	0	0%
GRAVE (15 O MENOS)	0	0%



Fuente: instrumentos de recolección de datos.

**Gráfica No. 2.** El mini mental evalúa seis procesos cognitivos, los cuales engloba en cuatro secciones para clasificar el nivel del declive cognitivo, normal, leve, moderado y grave, según los datos obtenidos después de la aplicación del mini mental, del total de adultos mayores que participaron del proceso de estudio, el 14.29% fueron orientados según el total de puntos arrojados por la prueba, en la sección Leve del mini mental.

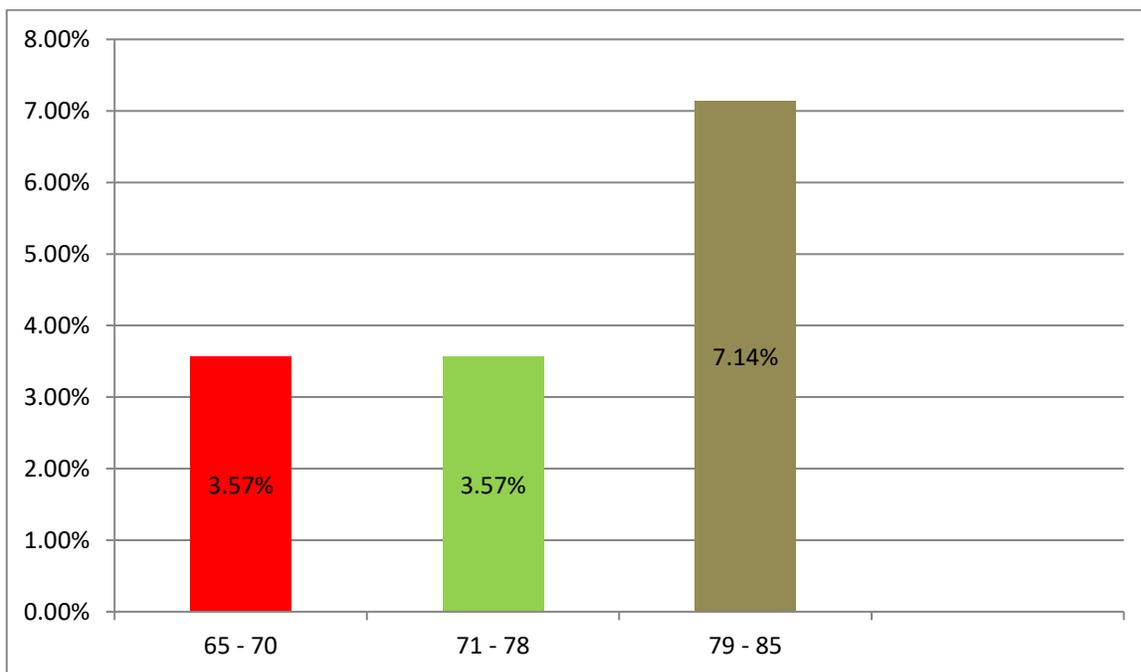
### COMPARACIÓN DE TEST, MINI MENTAL, RELOJ A LA ORDEN Y ESCALA DE PFFEIFER



Fuente: instrumentos de recolección de datos.

**Gráfica No. 3.** La gráfica muestra la diferencia que se obtuvo con relación a las pruebas aplicadas, el mini mental mostró que del total de adultos mayores, el 14.29% mostraron deterioro cognitivo leve, por otro lado, la aplicación del reloj a la orden, arrojó el 21.43% con declive cognitivo, y la escala de Pffeifer con el 7.14% de adultos mayores que mostraron alteración cognitiva. En contraste con los datos obtenidos en la primera aplicación, en el cual se obtuvo los siguientes datos; en la aplicación del mini mental obtuvo el 21.42%, en la aplicación del reloj a la orden, se obtuvo un total de 17.85%, mientras que en la escala de Pffeifer el 3.57% del total de participantes mostró declive cognitivo.

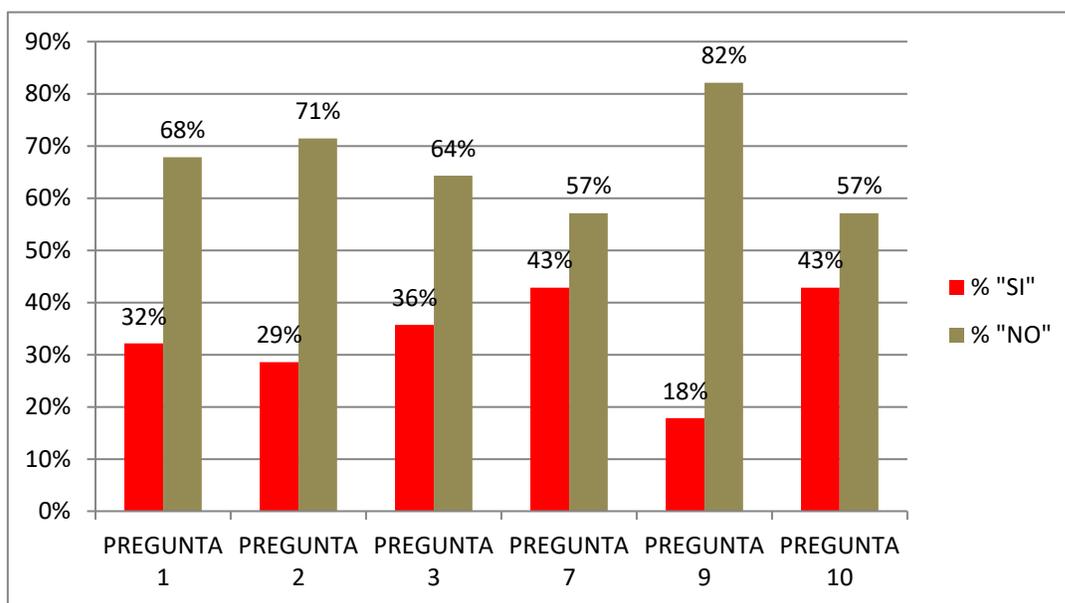
## GRUPO ETARIO DE LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: instrumentos de recolección de datos.

**Gráfica No. 4.** En Guatemala se le considera adulto mayor a una persona a partir de los 65 años, en tal sentido, de la población evaluada en el proceso de estudio, mostró el rango de edad de los adultos mayores que fueron identificados con deterioro cognitivo leve, en el 3.57% en el rango de 65 a 70 años de edad, y el mismo dato y porcentaje comprendido en las edades de 71 a 78, seguidamente con 7.14% en el rango más elevado de las edades establecidas.

## ENCUESTA ENFOCADA A OBSERVAR SINTOMAS DE DCL



Fuente: instrumentos de recolección de datos.

**Gráfica No. 5.** La gráfica muestra el resultado obtenido de la encuesta propia realizada durante el proceso de estudio, orientada a obtener información de posible síntomas de deterioro cognitivo, en cada pregunta se muestra el porcentaje de las personas que mencionaron “sí” y “no” con relación al sentido de la pregunta para evaluar posible síntomas. Los datos obtenidos en la primera aplicación fueron, con relación a la pregunta uno, el 35% dijo sí, otro 25% en la pregunta dos, 27% de total de las muestra mencionó que sí a la pregunta 3 y un 45% mencionó que sí a la pregunta diez.

### **3.03 Análisis general**

El instrumento de evaluación, mini mental, que en numerosos trabajos ha demostrado ser válido para la detección del deterioro cognitivo, permitió conocer la vía del desarrollo de la alteración cognitiva de los adultos mayores del asilo, la detección temprana del DCL permitió desarrollar actividades que fortalecieron la memoria, la atención, concentración incluso la memoria visual.

Durante el periodo de evaluación en el asilo Hermanas de La Caridad, se pudo registrar a 28 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión para poder participar del proceso del estudio, del total de las personas que participaron, el 14.29% mostró alteración cognitiva, el resto del 85.71% no mostró síntomas de declive cognitivo.

El test mini mental está orientada a detectar las alteraciones o disfunciones cognitivas de los adultos mayores, se divide en las siguientes áreas; orientación de tiempo, lugar, palabra, cálculo, memoria, repetición, comprensión y dibujo. En cada área se les explicó las instrucciones, posteriormente se les dio tiempo para poder responder y analizar las respuestas. Durante este tiempo, las personas identificadas con DCL, divagaron en las preguntas de memoria y repetición, uno de los síntomas de deterioro cognitivo, es la afección inmediata de la memoria, es decir, los adultos mayores con deterioro cognitivo mostraron poco almacenamiento y retención de hechos concretos en la memoria a corto plazo, que posteriormente afectó la memoria a largo plazo y dificultó las respuestas en la aplicación de las pruebas neuropsicológicas.

En la aplicación de la escala de Pfeiffer, los participantes no mostraron dificultad en responder las a las preguntas empleadas, como dato interesante, durante la aplicación de esta

escala, al finalizar con las preguntas, los adultos mayores en su mayoría solicitaban más tiempo para conversar, según Olivares, *et al* “el envejecimiento en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo ciclo de vida” (Olivares, Rivera, Borges, et al, 2015).

Una característica del adulto mayor, es que durante esta fase de la vida, suele generar sentimientos de aislamiento, y más dentro de la institución, esto se pudo observar en las conversaciones que se tuvo dentro de la institución, en el cual mencionaron sentirse abandonados por su familia, un caso en particular, el señor A.D, mencionó, “llevo aquí dos años, y en ningún momento mi familia me ha visitado, ellos saben dónde estoy, pero no vienen”.

Los adultos mayores institucionalizados, no solo se enfrentan al DCL sino también a la pérdida irrevocable de la relación familiar, social, de trabajo y sentido de productividad.

Los adultos mayores identificados con DCL, mostraron poco interés de interacción social, permanecieron en actividades cotidianas como caminar dentro de la institución, y algunos realizaron limpieza, hablaron poco de su pasado y de las actividades que realizaban dentro de la institución, así también mostraron dificultad de comprensión y seguimiento de instrucciones, no obstante fueron participativos y colaborativos para la aplicación de las pruebas neuropsicológicas.

La escala de Pfeiffer orientada también a identificar el déficit cognitivo, la capacidad motriz, dependencia y la disminución de las habilidades de adaptabilidad en la vida cotidiana, mostró que el 92.86% de los adultos mayores participantes, podían realizar por capacidad misma las actividades cotidianas; cambiarse, cocinar o buscar una dirección, el resto del 7.14% presentó

dificultades para realizar actividades antes mencionadas, cabe indicar que no fueron los mismos adultos mayores identificados con DCL con el mini mental test.

Por otro lado, en la aplicación del reloj a la orden, se tuvo tiempo relativo con cada adulto mayor, debido a que en algunos casos se les dificultó el uso y coordinación del instrumento para realizar el dibujo. En este sentido, las personas con DCL, no completaron en su totalidad dicha figura, faltó números en el reloj y posiciones de números alterados, es decir, la posición de los números fueron mal posicionado. Los datos obtenidos de la aplicación del test, mostró que, el 78.57% de los participantes, no presentaron síntomas de deterioro cognitivo, el resto del 21.43% sí mostraron síntoma de declive cognitivo.

Las personas con DCL durante la aplicación de esta prueba, preguntaron en más de una ocasión la hora que debían de establecer en el reloj, también mostraron poca coordinación manual para los trazos de la figura, así también un desequilibrio de números dentro de la figura.

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad; como la lentitud de la psicomotricidad y cambios en las funciones cognitivas varían de una persona a otra. Es decir, en algunas personas el declive cognitivo es poco, y en otras parece incrementarse; esto puede relacionarse a antecedentes familiares, adicciones y enfermedades degenerativas.

En el asilo Hermanas de la caridad, los adultos mayores como ocio pasaban el día caminando, pero en ningún momento realizaron actividades de estimulación cognitiva, antes de la intervención del estudio, mientras que otros pasaban leyendo la biblia y algunos realizaban rezos en la iglesia y otros apoyaban en la cocina. Los adultos mayores identificados con DCL,

pasaban el día caminando y en algunos casos realizaban limpieza como barrer y limpiar las mesas utilizadas para tiempos de comida.

El ocio fue una variable explorada con relación al funcionamiento cognitivo, se puede resumir que actividades como leer, pintar, hacer crucigramas y realizar ejercicio físico con regularidad, pueden retrasar la aparición del declive cognitivo.

Otros estudios han mostrado que un mayor porcentaje de adultos mayores son físicamente inactivos, lo cual conlleva a factores de riesgo relacionados con problemas crónicos de la salud, tanto física como mental. Distintos autores concuerdan que las enfermedades crónicas como factores de riesgo, ocasionan deterioro cognitivo en los adulto mayor.

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios; memoria, orientación, cálculo, juicio, lenguaje y personalidad. El proceso de envejecimiento es individual, único e irreversible, el adulto mayor institucionalizados se enfrentaron a factores de riesgo, tales como el envejecimiento, genética y ambientales. Las alteraciones fisiológicas originadas por traumatismos es otro riesgo al que se enfrenta, así también a factores psicológicos, proceso de desarrollo y alteraciones biológicas, que como se sabe, dichos cambios internos en la personas es el reflejo del proceso del envejecimiento, y con ello, la exposición a enfermedades y declive de las funciones cognitivas.

Actualmente existe un tratamiento no farmacológico en el cual se le puede utilizar como medio preventivo, debido a que implementa la estimulación cognitiva de la memoria y otras funciones, mediante ejercicios como crucigramas y ejercicios de anagramas, los cuales permiten el retraso del declive cognitivo.

La estimulación cognitiva, “tiene como finalidad conservar la capacidad intelectual fomentando la autonomía y la independencia de la persona el mayor tiempo posible en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria” (Núñez, Coral, Gásquez, *et al*, 2009). Mediante el programa de estimulación cognitiva, se pudo desarrollar la capacidad de atención, repetición y estimulación de la memoria, lo que permitió una mente activa que pudo retrasar el desarrollo del deterioro cognitivo.

En tal sentido, el programa de estimulación se desarrolló con dos grupos del total de participantes, esto debido a las restricciones del asilo y de bioseguridad para evitar el contagio de la pandemia que hasta la fecha sigue repercutiendo negativamente a la ciudadanía guatemalteca. Con cada grupo se realizó las mismas actividades; memoria visual, esto fue a través de la actividad de completación de figuras con el mismo color. Memoria a largo plazo, esta actividad consistió en hacer diversas preguntas orientadas al pasado, con el fin de recuperar recuerdos que habían olvidado, ya sea por el deterioro cognitivo o por cualquier otro fenómeno que haya afectado la memoria.

Las personas identificadas con DCL mostraron dificultad a la hora de recordar nombres y fechas específicas, y en un caso, el adulto mayor no recordó la fecha de su nacimiento y los nombres de sus familiares más cercanos, así también tardaron en asociar las figuras geométricas de la actividad completación de figuras.

Buscando una mayor precisión en la comprensión del funcionamiento cognitivo, en el 2014, Brewster *et al*, realizó un estudio longitudinal en el cual se examinó una influencia en las experiencias de vida y los factores demográficos en el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores, encontraron que la edad, la alfabetización y el nivel socioeconómico en la

niñez y la actividad física, tiene una influencia significativa en el funcionamiento cognitivo. (Brewster, *et al*, 2014).

En tal sentido, los adultos mayores que participaron del proceso de estudio mencionaron que carecían de recursos económicos, en la mayoría de los entrevistados, mencionaron que durante su desarrollo de infancia no tuvieron una buena alimentación y que eran obligados a realizar trabajo de campo, como cortar café y regar abono en las fincas.

De esta manera, el proceso de desarrollo del DCL no solo depende de la variable de la edad, accidentes traumáticos o de enfermedades crónicas, sino que se relacionan al proceso de vida, tanto de la niñez como de la adolescencia, así también, de las actividades cotidianas y la disminución de las actividades intelectuales y social, de esta idea parte la importancia de los espacios de recreación y estimulación cognitiva mediante programas que estimulen el funcionamiento cognitivo, permitiendo desarrollar las funciones intelectuales evitando el progreso del DCL.

A partir de la comparación de resultados obtenidos al inicio y al final del estudio, se determinó que el grupo que participó del proceso de investigación, presentó una disminución favorable del desarrollo de las declinaciones cognitivas.

Ya para terminar, con la información antes expuesta, la evaluación neuropsicológica sigue siendo la mejor estrategia para identificar las alteraciones cognitivas, para evaluar su potencial eventual de la demencia, y, a partir de los datos obtenidos generar intervención adecuada, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Finalmente, la tarea fundamental tras los resultados de las investigación, enfoca en potenciar las funciones cognitivas preservada con el objetivo de mejorar y mantener el funcionamiento

cognitivo, físico y psicológico mediante programas de estimulación cognitiva y de esta manera coadyuvar a los esfuerzos en la lucha de reducir la dependencia de las personas con deterioro cognitivo.

## Capítulo IV

### 4. Conclusiones y recomendaciones

#### 4.01 Conclusiones

- De acuerdo a los datos obtenidos, se logró determinar que sí existe un porcentaje significativo en los adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve, la institución Hermanas de la caridad, en tal sentido tienen un papel importante en la cultura del envejecimiento, es decir, como un modelo competente y productivo para fortalecer las condiciones físicas, sociales y mentales de dichas personas.
- El envejecimiento está relacionado con la disminución cognitiva, cambios biológicos, psicológicos y social, en tal sentido la estimulación cognitiva enfocada a fortalecer la cognición y aminorar las alteraciones de la misma, permitió a los adultos mayores recordar eventos pasados de su vida y permitió que realizaran actividades que involucraron concentración y atención, permitiendo abrir un espacio de autonomía intelectual de los participantes.
- El programa de entrenamiento de la memoria produjo un aumento significativo en los niveles de atención en el grupo de estudio, en este sentido, los adultos mayores que participaron del estudio, lograron mayor atención y retención de información, esto se pudo constatar durante la evaluación de instrucciones durante el proceso de aplicación de las pruebas neuropsicológicas.

#### 4.02 Recomendaciones

- El deterioro cognitivo leve no es unicausal sino multicausal, por lo que es imprescindible adentrarse y conocer teóricamente y practica sobre el déficit cognitivo de dichas personas. En tal sentido es importante que se realicen capacitaciones al personal que está enfocado al cuidado del adulto mayor. Así también es importante capacitar para aplicar las pruebas neuropsicológicas, y de esta manera detecta el inicio de la alteración cognitiva y poder desarrollar estrategias que permitan la rehabilitación cognitiva de los adultos mayores.
- Se recomienda plantear propuestas psicoeducativas para los familiares de los adultos mayores institucionalizados para que puedan obtener conocimiento de los síntomas que presenta al inicio el deterioro cognitivo, mediante la observación y preguntas orientadas a la cognición, para facilitar la vía de atención y cuidado de los mismos.
- Es necesario que el personal del asilo se capacite en el tema de las demencias y el deterioro cognitivo para poder abordar de una manera adecuada e integral un programa de intervención actualizado para abordar el déficit cognitivo y de desarrollar habilidades motrices que permitan retrasar el desarrollo del declive cognitivo y de esta mara mejorar la cognición y las habilidades de interacción social.

## Referencias

- Alberca, R. & López S. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Allport, G. (1965). *Psicología de la personalidad*. 2da edición. Argentina: Paidós.
- Álvarez, C. (2008). *Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años*: Santiago de Compostela.
- Casares, A. & Baeza, R. (1963). *Ensayistas Ingleses*. 1ra edición. México: Jackson. INC.
- Castellón, S., Dumitrache, C., Fernández, C., García, M., García, J., Granados, I. et al. (2018). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores*. 1ra edición, Madrid, España: Dykinson.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. 6ta edición. México: miembro de la cámara nacional de la industria.
- Da Silva, C. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. 1ra edición. México: manual moderno.
- Dicaprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad*. 2da edición. México: McGraw-Hill.
- Domínguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad*. 1ra Edición. Salamanca España: Universidad de Salamanca.
- Erikson, E. (1959). *Infancia y sociedad*. 2da Edición. Buenos aires, Argentina: Paidós.
- Febrer, A. & Soler, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. 3ra Edición. Barcelona España: Inde.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México, cuarta edición. Pearson Educación.
- Filloux, J. (1989). *La personalidad*. 1ra edición. México: Cámara nacional de la industria.
- Horrocks, J. (1989). *Psicología de la adolescencia*. 4ta Edición. México: Trillas.
- Mira, E. (1961). *Hacia una vejez joven, psicología y psicoterapia de la ancianidad*. 1ra Edición. Argentina: Kapelusz, S. A.
- Miranda, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño. Universidad de la Rioja. Servicios de publicaciones.
- Montenegro, E. & Cuellar, F. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia. La Hoguera.

- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España. Pirámide.
- Oficina de derechos humanos del arzobispado de Guatemala (ODHAG). (2005). *El adulto mayor y condiciones de exclusión en Guatemala*. 1ra edición. Guatemala.
- Pérez, A. & Lleó, A. (2010). *Enfermedad de Alzheimer: Neurología caso a caso*. Buenos aires, Argentina. Medica panamericana.
- Sandrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. 10ma Edición. España: McGraw-Hill.
- Garzon, F. (2003). *Bioética manual interactivo*. 2da Edición. Bogotá, Colombia: Ltda.
- Suazo, M. (2002). *Bioética para nuevos*. 1ra Edición. República Dominicana; Instituto Tecnológico.
- Gómez, J. (2005). *Bioética: perspectivas emergentes y nuevos problemas*. 1ra Edición. Madrid: Tecnos.
- Melos, T. (1999). *Dignidad humana y bioética*. 1ra Edición. España: Eunsa.
- Lara, C. (2007). *Manual de bioética: defensa y promoción de la persona*. 1ra Edición. Guatemala: San Pablo.

**Anexos.**



**Figura 1.** En la fotografía se muestra a los adultos mayores que participaron del proceso de estudio, en ella, realizan la actividad conectores de frases.



**Figura 2.** En la fotografía se muestra a los adultos mayores realizando la actividad visual y retención de la memoria mediante la actividad de figuras y símbolos.

3. **TEST COGNITIVO**

Paciente: A. G. G. Edad: 82  
 Ocupación: Coordinadora de Nivel de escolaridad: Completada 12 años de estudio  
 Examinado por: \_\_\_\_\_ Fecha: 10/10/2021

**ORIENTACIÓN:**

Dígame el día 10, fecha 10 mes octubre año 2021 (5 puntos)  
 Dígame el lugar Casa para la vejez de Guadalupe Nivel \_\_\_\_\_  
 Ciudad Guadalupe Departamento o estado Guadalupe País Guatemala

**FIJACIÓN:**

- Repita estas tres palabras hasta que se las aprenda (3 puntos):
- Moneda, caballo, manzana.

**CONCENTRACIÓN Y CALCULO:**

22, 34, 21, 10, 15, 13, 9, 0, 3, 0

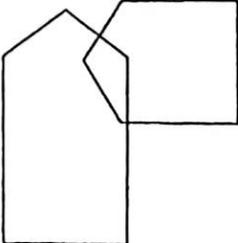
- Si tiene 30 pesos y me da de 3 en 3, ¿cuántos le van quedando? (5 puntos)
- Repita estos 3 números: 5, 9, 2. Ahora en orden inverso (3 puntos).  
2, 9, 5

**MEMORIA:**

- ¿Recuerda las 3 palabras de antes? (3 puntos). manzana, caballo, 2

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es estó? Repetir esta prueba con otro objeto (reloj, hoja, u otro objeto) (2 puntos). ✓
- Repita esta frase: En un trépal había 5 perros (1 punto). ✓
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? colores (2 puntos).
- ¿Qué son un perro y un gato? (1 punto). animales domésticos
- Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos). ✓
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1 punto).
- Escriba una frase (1 punto).
- Copie este dibujo (1 punto).



**PUNTUACIÓN:**

≥ 30: Normal

**Figura 3.** La figura muestra la test minimal que fue utilizado con en durante el proceso de estudio del deterioro cognitivo del adulto mayor.

La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo. Si el paciente tiene a un familiar o a un cuidador, pídale al familiar o cuidador que responda a las preguntas de la Escala Pfeffer.

### ESCALA DE PFEFFER<sup>2</sup>

---

**INSTRUCCIONES:**

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

---

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

---

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

**TOTAL =**

---

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote.

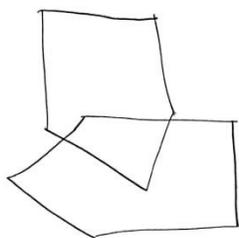
La puntuación máxima es de 33 puntos.

Si la suma es de **6 puntos o más**, sugiere déficit cognitivo.

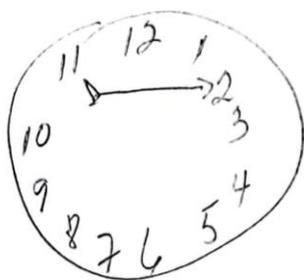
---

<sup>2</sup> Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr, Chance, JM, Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology* 1982, 37(3):323-329.

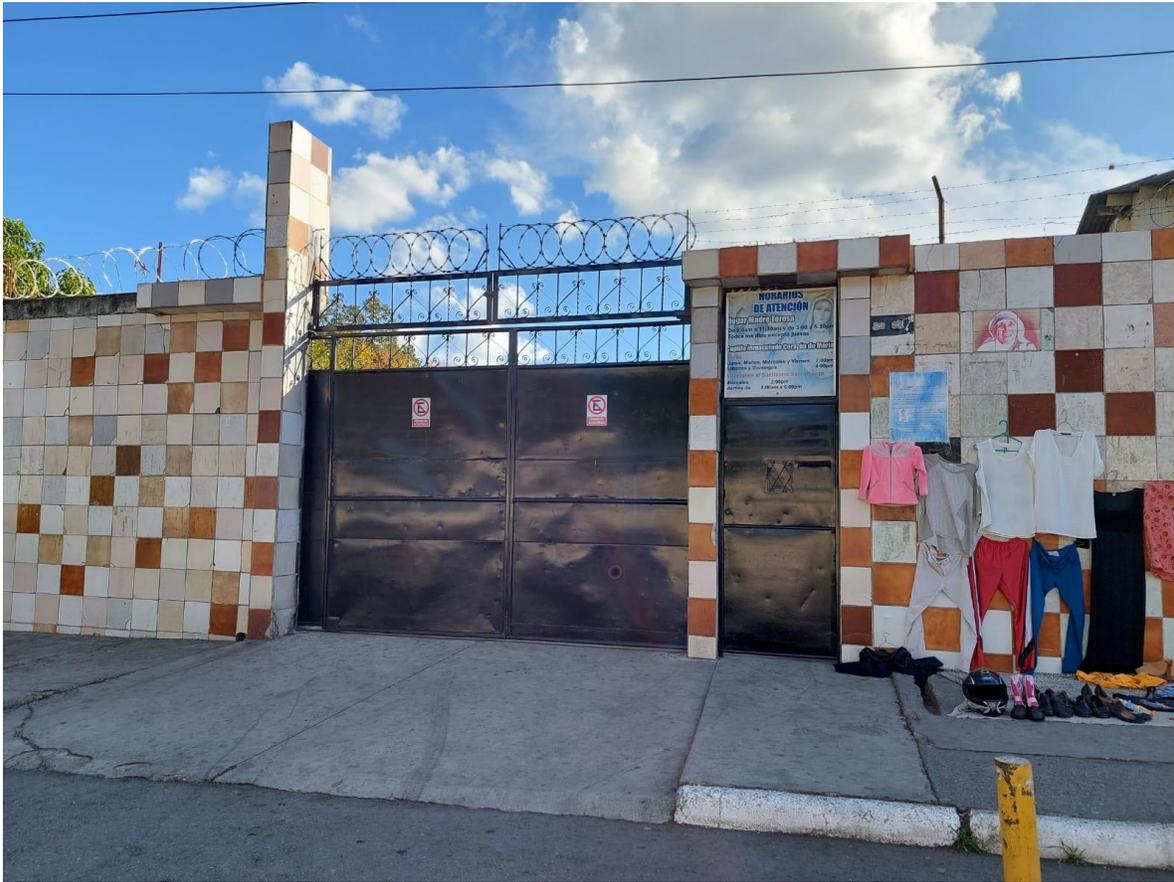
**Figura 4.** En la figura se muestra la escala de Pfeiffer que se utilizó para conocer el déficit cognitivo de los participantes.



yo empeco hombres del monton  
9' son del monton porque nunca  
terminan lo que empiezan



**Figura 5.** La figura muestra las respuestas de obtenidas de un adulto mayor evaluado con el minimal test.



**Figura 6.** En la figura se puede observar las puertas principales del Asilo Hermanas de la Caridad.

Guatemala, 18 de octubre de 2021

Licenciado  
Marco Antonio de Jesús García Enríquez  
Coordinador  
Centro de Investigación en Psicología (CIEPs)  
"Mayra Gutiérrez"

Descándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Lester Leonel Suy Noj CUI.: 2722593810408 realizó en esta institución 28 entrevistas a los adultos mayores como parte del trabajo de investigación titulado: Deterioro cognitivo del mayor institucionalizado en el periodo comprendido del 19 al 26 de octubre del presente año, en horario de 09:00 a 12:00 horas.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Asociación Hermanas de la Caridad

Tel.: 24352972

*M. D. K. Spainkano*

ASOCIACION MISIONERAS  
DE LA CARIDAD  
CIUDAD DE GUATEMALA

**Figura 7.** En la figura muestra la carta de la institución firmada y sellada, en el cual se realizó el estudio del deterioro cognitivo del adulto mayor.