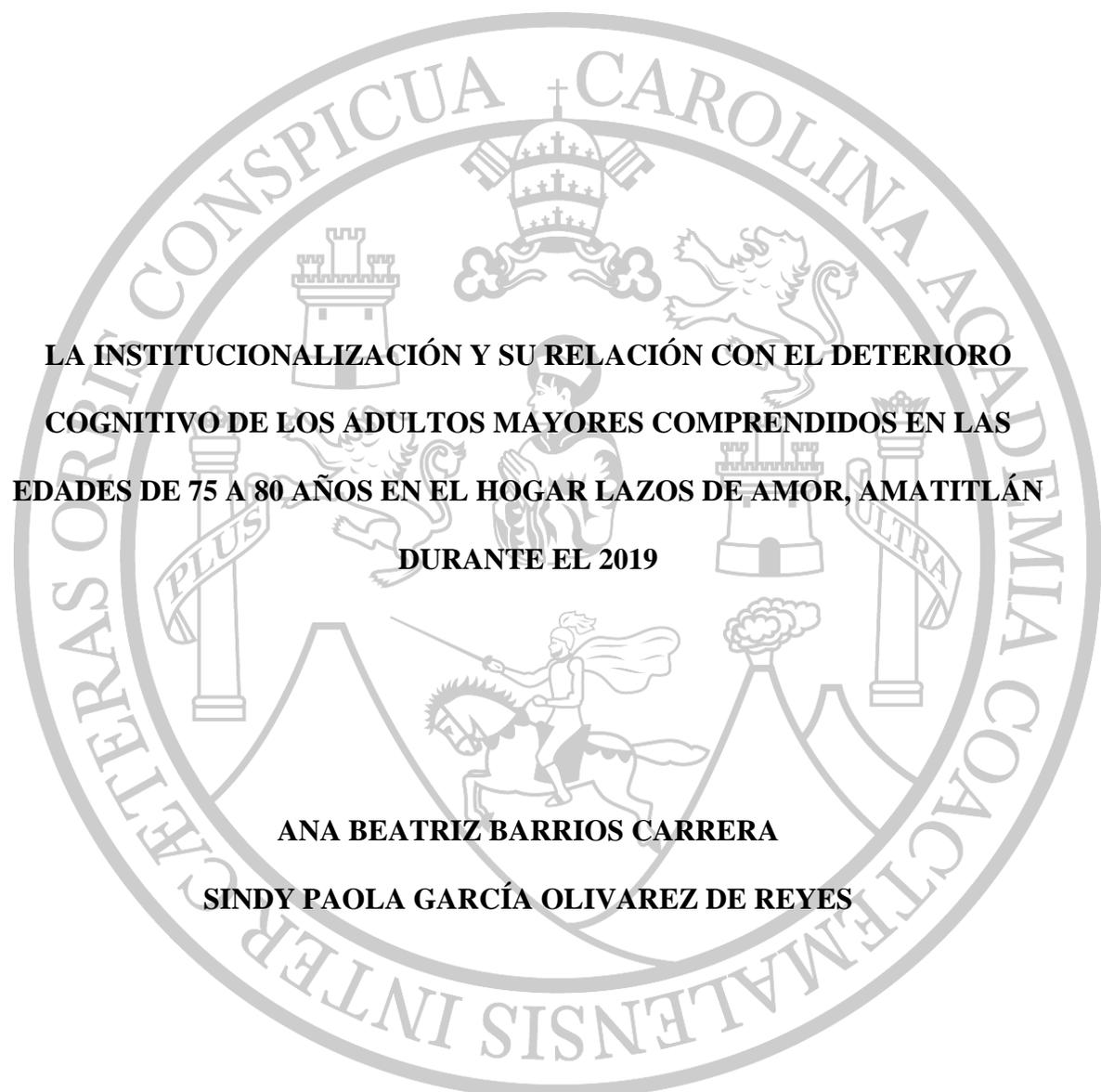


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



**LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO
COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS
EJEDAS DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN
DURANTE EL 2019**

ANA BEATRIZ BARRIOS CARRERA
SINDY PAOLA GARCÍA OLIVAREZ DE REYES

GUATEMALA, OCTUBRE 2024

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

**LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO
COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS
EJEDAS DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN
DURANTE EL 2019**

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

POR

**ANA BEATRIZ BARRIOS CARRERA
SINDY PAOLA GARCÍA OLIVAREZ DE REYES**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

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

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

M. Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

M. Sc. José Mariano González Barrios

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 003-2020
CODIPs.712-2021

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

25 de marzo de 2021

Estudiante
Ana Beatriz Barrios Carrera
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8°) del Acta DIECINUEVE GUIÓN DOS MIL VEINTIUNO (19-2021), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de marzo de 2021, que copiado literalmente dice:

“**OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS EDADES DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN DURANTE EL 2019**”, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

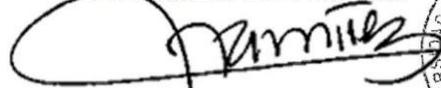
Ana Beatriz Barrios Carrera

CUI: 2167 86053 0101
CARNÉ: 2013-15896

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Jessica Josefina Gómez Trujillo y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. 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 Orzábal
SECRETARIA



/Gaby



Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

24 de julio de 1974

Cc. Archivo

CIEPs. 046-2024

UG. 444-2024

CODIPs. 2925-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

27 de septiembre de 2024

Estudiante

Sindy Paola García Olivarez de Reyes

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **García Olivarez de Reyes:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO PRIMERO (21°.)** del **Acta CINCUENTA Y CUATRO- DOS MIL VEINTICUATRO (54-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 26 de septiembre 2024, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO PRIMERO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado:

LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS EDADES DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN DURANTE EL 2019

de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Sindy Paola García Olivarez de Reyes

Registro Académico 2013-16051

CUI: 2151-81794-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Licenciada Jessica Josefina Gómez Trujillo** y revisado por **Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez**.

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”



M. Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León

SECRETARIA

/Bky

Centro Universitario Metropolitano –CUM- Edificio “A”

9ª. Avenida 9-45, zona 11, Guatemala, Centro América, Teléfono: 2418-7530

www.psicologia.usac.edu.gt/ Email: info@psicousac.edu.gt

UG-444-2024

Guatemala, 26 de septiembre 2024

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores miembros:

Deseándoles éxitos 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 **SINDY PAOLA GARCÍA OLIVAREZ DE REYES, Carné No. 2151-81794-0101; Registro Académico No. 2013-16051 y Expediente de Graduación No. L-91-2023-C-EPS, han completado los siguientes requisitos de Graduación:**

- 10 créditos académicos del área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS EDADES DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN DURANTE EL 2019"**, aprobado por la Coordinación del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- el 7 de agosto de 2020.
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Docente Encargada
UNIDAD DE GRADUACIÓN



CC. Archivo

Adjunto expediente impreso y digital. Informe Final de Investigación

INFORME FINAL

Guatemala, 14 de noviembre de 2020

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado **Marco Antonio de Jesús García Enríquez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS EDADES DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN DURANTE EL 2019”.

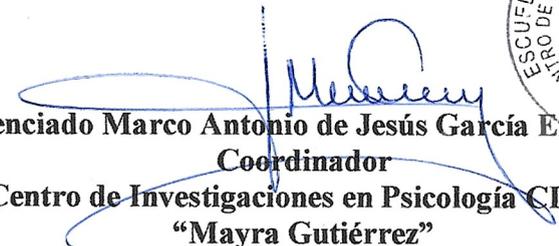
ESTUDIANTES:
Ana Beatriz Barrios Carrera
Sindy Paola García Olivarez

DPI. No.
2167860530101
2151817940101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 07 de agosto de 2020 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 10 de noviembre de 2020, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


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





Guatemala, 14 de noviembre de 2020

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
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:

**“LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO
COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES COMPRENDIDOS EN LAS EDADES
DE 75 A 80 AÑOS EN EL HOGAR LAZOS DE AMOR, AMATITLÁN DURANTE EL
2019”.**

ESTUDIANTES:
Ana Beatriz Barrios Carrera
Sindy Paola García Olivarez

DPI. No.
2167860530101
2151817940101

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 07 de agosto de 2020, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
DOCENTE REVISOR



c. archivo

Guatemala 02, octubre, 2019

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Ana Beatriz Barrios Carrera, CUI 2167860530101 y Sindy Paola García Olivarez, CUI 2151817940101 realizaron en esta institución 15 cuestionarios, 15 Mini Mental Test, 15 Test del Reloj y un Programa de Psicoestimulación Cognitiva a adultos mayores como parte del trabajo de Investigación titulado: *"La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019"*, en el periodo comprendido del 11 de marzo al 25 de marzo del presente año, en horario de 10:00 a 12:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

María del Carmen González



Directora del hogar "Lazos de Amor"

Teléfono: 6633-7037

Recibido 02-10-2019

Guatemala, 05 de enero del 2020

Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio, me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *“La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019”* realizado por las estudiantes Ana Beatriz Barrios Carrera, CUI 2167860530101 y Sindy Paola García Olivarez cui 2151817940101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE para proceder a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Licenciada Jessica Josefina Gómez Trujillo
Colegiado No. 8,221
Asesora de contenido
Lcda. Jessica Josefina Gómez Trujillo
Psicóloga Clínica
Col. 8291

PADRINOS DE GRADUACIÓN

LICENCIADA KELLY TREISY CORDÓN GARCÍA

ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO: 26851 DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y NOTARIOS DE
GUATEMALA

LICENCIADO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ LIMA

LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS

COLEGIADO: 30988 DEL COLEGIO DE ECONOMISTAS, CONTADORES
PÚBLICOS Y AUDITORES Y ADMINISTRADORES DE EMPRESAS

AGRADECIMIENTOS

A la tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirme las puertas de su casa de estudios y permitirme recordar la importancia del servicio a la población guatemalteca en la vida de un profesional.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, quien por medio de sus catedráticos me formó como la profesional en la Psicología que soy ahora, a través de altos y bajos que forjaron el carácter de buscar la excelencia en todo lo que haga.

A los catedráticos por enseñarme todo lo referente a la carrera profesional, especialmente a los catedráticos que dejaron huella en mi corazón y mi mente, a los cuales con mucho respeto hoy puedo llamar colegas.

A mis amigos y amigas, agradezco el apoyo, cariño, las alegrías, desaciertos y sobre todo enseñarme que la familia va más allá de los lazos sanguíneos.

Al hogar de adultos mayores “Lazos de Amor”, a la señora María del Carmen González, encargada del lugar, al personal que labora en esta institución y especialmente a las personas que con tanto amor me recibieron para realizar este proyecto. Su actitud y apoyo fue fundamental para alcanzar los resultados y el éxito de este trabajo.

A mi respetable asesora de tesis, Licenciada Jessica Gómez, mi agradecimiento total y admiración por todo su acompañamiento y dirección en este proceso.

A mis distinguidos Licenciado Helvin Velásquez y Licenciado Marco Antonio García Enríquez por su apoyo, orientación y paciencia para el asesoramiento de este trabajo de tesis.

INDICE

RESUMEN	1
PRÓLOGO	2
CAPÍTULO I	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo General	7
1.2.2. Objetivos Específicos	7
1.3. Marco teórico	8
1.3.1. Situación del adulto mayor en América Latina	8
1.3.2. Índice de Desarrollo Humano	9
1.3.3. El adulto mayor en Guatemala	12
1.3.4. Desigualdades sociales en la salud de los adultos mayores	15
1.3.5. La personalidad	16
1.3.6. Aspectos fundamentales de la personalidad	17
1.3.7. Personalidad en el adulto mayor	20
1.3.8. La teoría psicosocial de Erik Erikson	21
1.3.9. El envejecimiento	22
1.3.10. Calidad de vida en el adulto mayor	28
1.3.11. Salud	29
1.3.12. Teoría cognitiva	35
1.3.13. El funcionamiento cognitivo en el adulto mayor	38
1.3.14. Cambios cognitivos en el adulto mayor	40
1.3.15. Deterioro Cognitivo	44

1.3.16. Adulto mayor institucionalizado	50
CAPÍTULO II	53
2.1. Enfoque y modelo de investigación	53
2.2. Técnicas	54
2.2.1. Técnica de muestreo	54
2.2.2. Técnicas de recolección de datos	54
2.2.3. Técnica de análisis de datos	55
2.3 Instrumentos	56
2.3.1. Cuestionario	56
2.3.2. Mini-Mental Test	57
2.3.3 Test del Dibujo del Reloj	58
2.3.4. Programación de psicoestimulación cognitiva (VER ANEXO 5)	60
2.4. Operacionalización de objetivos y variables	60
CAPÍTULO III	62
3.1. Características del lugar y de la muestra	62
3.2. Presentación, interpretación y análisis de resultados	65
3.3. Análisis general	103
CAPÍTULO IV	107
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
4.1. Conclusiones	107
4.2. Recomendaciones	108
4.3. Referencias	109
ANEXOS	116

RESUMEN

“La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019”

Autoras: Ana Beatriz Barrios Carrera y Sindy Paola García Olivarez

El deterioro cognitivo es un problema inminente de la edad adulta mayor. No obstante, puede acelerar su aparición por factores ambientales de baja estimulación en las funciones cognitivas. Tomando en cuenta esta premisa, el presente trabajo de investigación se basó en el Objetivo General de: aportar conocimientos sobre la institucionalización como factor incidente para desarrollar deterioro cognitivo en los adultos de 75 a 80 años del hogar Lazos de Amor y tiene los siguientes Objetivos Específicos: determinar el nivel del deterioro cognitivo y tiempo de institucionalización en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, identificar los parámetros necesarios para la estimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante 2019.

Utilizando un enfoque cuantitativo-cualitativo y un diseño asociativo se evaluó una muestra de 15 adultos mayores interinos en el lugar. Para su selección, se utilizó una técnica de muestreo aleatoria no aleatorio en el que fueron seleccionados aquellos comprendidos en edades de 75 a 80 años y que tenían antecedentes de haber sido escolarizados. La recolección de datos se realizó a través de un Cuestionario, el Mini mental Test, el Test del Reloj y un Programa de Psicoestimulación Cognitiva, posterior al cual se realizó una segunda evaluación como parte de la estrategia para aportar conocimiento a los adultos mayores y trabajadores del hogar. Al culminar la investigación, se comprobó que los adultos mayores institucionalizados comprendidos en edades de 75 a 80 años, al no recibir una estimulación cognitiva oportuna, tienden a declinar con mayor rapidez en sus funciones cognitivas superiores, por lo que necesitan llevar dentro de su rutina diaria un Programa de Psicoestimulación Cognitiva con la intención de integrar a la familia de los adultos mayores y se sensibilicen de las necesidades relacionadas a la edad y sus involuciones.

PRÓLOGO

La población geriátrica es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, pues representa el 10% de la población mundial para el año 2000. Para el 2020 se estimaba que el número de personas de 65 años a más será superior al de niños menores de 5 años, ya que se espera que para el 2025 habitarán 1200 millones de adultos mayores en todo el mundo. Por lo tanto es de nuestro interés presentar la siguiente investigación que tiene como principal función contribuir en los saberes de la Psicología Clínica, especialmente en el área de Gerontología a través de una investigación con enfoque cuantitativo, la cual tuvo como objetivo aportar conocimientos sobre la institucionalización como factor incidente para el progreso del deterioro cognitivo, este catalogado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. Las funciones cognitivas van sufriendo un declive que se observa principalmente en la memoria, orientación, juicio, comprensión, cálculo y en el reconocimiento visual. Considerando que uno de los principales síntomas para que se produzca el deterioro cognitivo es el olvido, junto con esto existe un desbalance físico que se manifiesta a nivel orgánico funcional, ocasionando una serie de patologías a nivel médico.

Se describe en esta investigación, en base a la población y lugar, con ayuda de referencias teóricas, temas relacionados en base a los objetivos específicos que plantean determinar el nivel del deterioro cognitivo y tiempo de institucionalización en adultos mayores, identificar los parámetros necesarios para la estimulación cognitiva y finalmente aportar conocimientos sobre Psicoestimulación Cognitiva.

Se trabajó con un total de 15 adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años, de ambos sexos que se encuentran institucionalizados dentro del hogar Lazos de Amor. En el desarrollo de la investigación se utilizó como primer paso un cuestionario, seguidamente se aplicó el Mini Mental Test y Test del Reloj para dar paso al Programa de Psicoestimulación Cognitiva y finalmente hacer una post evaluación de los test.

Durante el proceso de investigación se pudo evidenciar la incidencia del tiempo de institucionalización en los adultos mayores con el deterioro cognitivo, ampliando

de esta manera los análisis realizados con anterioridad que sostienen la posibilidad de que la falta de estímulo para el cerebro al encontrarse envuelto en actividades rutinarias y poco motivadoras a nivel cognitivo apresura la involución de las facultades mentales desarrolladas a lo largo de la vida.

A través de la investigación, se logró abrir la brecha a futuras investigaciones referentes a las variables de institucionalización y deterioro cognitivo dentro de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Asimismo, se aportó a la identificación de prevalencia del deterioro cognitivo.

El mayor beneficio obtenido para la residencia de los adultos mayores es la implementación del Programa de Psicoestimulación Cognitiva, en el hogar Lazos de Amor; el cual tiene como objetivo mejorar el entorno de estímulos que les facilite la actividad motora y estimulación de funciones cognitivas de los adultos mayores.

Entre los obstáculos que se presentaron durante la investigación fueron: en primer lugar, la escasa investigación relacionada a la variable de institucionalización, en segundo lugar, al momento de desarrollar el Programa de Psicoestimulación Cognitiva, los ambientes no eran los más adecuados porque se realizaban en el patio delantero y en ocasiones podía ser interrumpido por sonidos provenientes de la calle principal o el ingreso del personal de la residencia. En tercer lugar, el horario de la realización del programa varió por la visita de personas de la municipalidad de Amatitlán.

Se agradece al hogar Lazos de Amor, a los quince adultos mayores y a todo el personal de dicha institución por la participación activa que permitió el desarrollo de esta investigació

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del problema

“La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019”

El hogar Lazos de Amor en Amatitlán recibe adultos mayores desde hace aproximadamente 10 años. La mayoría de ellos han sido internados por falta de tiempo para cuidados o atenciones por parte de sus familiares cercanos. Sin embargo, han sido abandonados dentro de la institución con la excusa de volver por ellos para subsidiar la cuota de la estadía permanente. Actualmente se encuentran 15 adultos mayores de diversas edades y necesidades que deben ser sufragadas. De acuerdo con María del Carmen González, directora del hogar, generalmente se cuenta con dos enfermeras, una cocinera y dos cuidadoras que prestan sus servicios eventualmente, debido a que las demandas del empleo son más grandes de lo que el salario puede costear para estas personas. En consecuencia, tampoco es posible contar con el apoyo de profesionales de la salud dentro de la institución o que estén dispuestos a trabajar ad honorem; aun sabiendo la cantidad de problemas tanto físicos como mentales (en la pérdida de habilidades básicas) que según González se continúan evidenciando con los años.

Partiendo de esta dificultad y de la observación previa realizada por las investigadoras, se puede evidenciar la falta de conocimiento acerca de actividades lúdicas y motivacionales que podrían planificarse diariamente con el fin de incidir en el uso constante de sus capacidades cognitivas superiores (aprendizaje, orientación, memoria, lenguaje, razonamiento y atención); siendo éstas una parte fundamental para el bienestar de un adulto mayor institucionalizado. A pesar del gran beneficio que puede aportar la atención adecuada por los cuidadores, la falta de actividad en el

hogar y el tiempo de permanencia en el mismo, implica irremediamente un grado considerable de dependencia y desuso de sus capacidades cognitivas, lo que acelera la aparición progresiva de un deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo se define como un declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan la vejez y el inicio de la demencia; se trata de una patología muy frecuente en este grupo de edad (mayores a 60 años) con efectos muy importantes desde el punto de vista de calidad de vida del paciente mayor. (SOSA, 2016)

La institucionalización por su parte, en el contexto que nos compete se refiere a la subordinación de un individuo al régimen de vida de una institución de retiro o asilo; donde vive internado durante un largo periodo, hasta hacerse dependiente de ella, más allá del tratamiento que recibe y que fundamentalmente debería estar orientado a su reinserción en la sociedad. (IMSERSO, 2006)

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes, tal como se presentan en los hogares o asilos. Espacios en los que continuamente son delegados por falta de “utilidad dentro de la sociedad” y en el mejor de los casos, con la intención de mantener su bienestar psicológico y social. No obstante, las instituciones como el hogar Lazos de Amor, no son capaces de asistir completamente este tipo de necesidades y se ven envueltos en consecuencias significativas que afectan el apropiado desempeño dentro de la institución en general.

Tomando en cuenta los problemas tanto sociales como psicológicos que enfrentan los adultos mayores institucionalizados en el hogar Lazos de Amor, así como la falta de actividades prácticas que retrasen el inminente deterioro de sus funciones cognitivas y en base a las definiciones expuestas con anterioridad, se considera importante plantearnos las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo y tiempo de institucionalización en los adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019? ¿Cuáles son los parámetros necesarios para la estimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019? ¿Qué beneficios puede aportar un programa de psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019?

Dentro de los aspectos éticos aplicados en la investigación están el respeto, la autonomía, el resguardo de la identidad, el anonimato y la adecuada confidencialidad de los datos e instrumentos que se usaron al realizar la investigación.

La presente investigación se dio a conocer a los adultos mayores del hogar Lazos de Amor de Amatitlán, a través de un Consentimiento Informado elaborado por las investigadoras y entregado individualmente a cada persona en presencia de la encargada de la institución.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Aportar conocimientos sobre la institucionalización como factor incidente para desarrollar deterioro cognitivo en los adultos de 75 a 80 años del hogar Lazos de Amor en Amatlán.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel del deterioro cognitivo y tiempo de institucionalización en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatlán durante el 2019.
- Identificar los parámetros necesarios para la estimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatlán durante el 2019.
- Aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatlán durante el 2019.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Situación del adulto mayor en América Latina

En América Latina la población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países. Se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número de personas adultas mayores como en el peso de esta población en la población total. (Aranibar, 2001)

Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los 41 millones existentes. Entre 2025 y 2050 este incremento será de 86 millones de personas. Los países de mayor población de la región (Brasil y México, junto a Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento, pero en los países más pequeños este aumento también será significativo, especialmente a partir de 2025. Entre el 2025 y el 2050, entre un quinto y un cuarto del incremento de la población adulta mayor se producirá en estos países.

De acuerdo con Albalá y Marín (2003). El envejecimiento está ocurriendo a una velocidad mayor que la experimentada históricamente por los países desarrollados. Los mayores incrementos se darán en países que no muestran en la actualidad los mayores porcentajes de personas mayores de 60 años, como es el caso de Brasil, México y República Dominicana, pero en países como Honduras y Paraguay esta población crecerá incluso a tasas superiores a 4% entre 2000 y 2025.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad o dolencia". Por primera vez, su definición tuvo un carácter positivo e incorporando los aportes de diversos autores se tornó más completa y aplicable. En cualquier caso, la literatura se ha preocupado por analizar los factores determinantes de la salud, mostrando que aspectos no médicos como: el desempleo, el nivel de ingreso y de educación, los estilos de vida, el medio ambiente, entre otros, tienen una incidencia sobre ella. De esta manera, la intervención de los gobiernos no se limita a

mejorar los sistemas sanitarios, ésta puede darse también, a través de políticas educativas o de ingreso.

En América Latina, se evidencia un proceso de envejecimiento de la población, lo cual exige compromisos específicos en cuanto a políticas de salud para este grupo etario, a programas de servicios sociales y médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompañan la longevidad, entre otros. Cabe resaltar que el proceso de envejecimiento de la población afecta, no sólo a los adultos mayores, sino también a la población joven, a través del sistema de seguridad social, del mercado laboral, de las transferencias intergeneracionales y de la distribución del ingreso. (Meléndez & Mayordomo T. y Sales, 2013).

1.3.2. Índice de Desarrollo Humano

Es un indicador creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para determinar el nivel de desarrollo que tienen los países del mundo. Considera no sólo los ingresos económicos de las personas del país, sino también evalúa la capacidad del país para aportar a sus ciudadanos las condiciones adecuadas para la calidad de vida esperado. El índice aporta valores entre 0 y 1, siendo 0 la calificación más baja y 1 la más alta. De este modo, los países son considerados como:

- Países con Alto desarrollo Humano: Tienen un IDH mayor de 0,80.
- Países con Medio desarrollo Humano: Tienen un IDH entre 0,50 y 0,80.
- Países con Bajo desarrollo Humano: Tienen un IDH menor de 0,50

Según el Índice de Desarrollo Humano (2014), Guatemala ocupa la posición 125 de un total de 187 países evaluados (evaluación de 0.628 sobre 1.000). (Desarrollo, 2014).

Cuenta con tres variables específicas que se describen y se evalúan en la situación de Guatemala a continuación:

- **Esperanza de vida al nacer:**

Para mejorar el indicador de esperanza de vida al nacer, el país debe esforzarse por mejorar los servicios de salud y por reducir la mortalidad. Este indicador evalúa la cantidad de años que un neonato vivirá si las condiciones sanitarias prevalecientes en

el momento de su nacimiento permanecieran iguales durante toda su vida; lo que implica que para mejorar esta variable necesariamente hay que evaluar varios aspectos, con énfasis en agua potable y saneamiento.

La esperanza de vida al nacer para Guatemala se mantuvo por debajo de los 72 años de vida en los últimos 9 años, sin embargo, en los resultados 2014 el país se sitúa por encima de esta cifra con 72.1. El promedio para Latinoamérica actualmente se sitúa en 74.9 años de vida. El país con mayor esperanza de vida es Chile, con 80 años, este país destacó a Costa Rica quién lideraba la categoría en la última edición. El factor que más influye en este componente son las condiciones que fomentan la mortalidad infantil, los altos niveles de desnutrición y la falta de prevención de enfermedades tratables, las cuales afectan principalmente a niños en edad de crecimiento (enfermedades gastrointestinales y respiratorias). (Desarrollo, 2014)

- **Educación:**

Recoge el nivel de alfabetización adulta y el nivel de estudios alcanzado (primaria, secundaria, estudios superiores). En cuanto a años promedio de escolaridad, Guatemala ha incrementado en 0.5, mientras que Latinoamérica como región en promedio ha crecido 1.5. Por otro lado, es importante mencionar el promedio para Latinoamérica es de 7.9, Guatemala se encuentra por debajo de este promedio con 5.6, ésta situación ha sido permanente desde el año 2005, lo cual indica un claro estancamiento en el país que no obedece a la tendencia regional. Argentina y Chile son los países que lideran esta categoría con 9.8 (por encima del promedio regional), mientras que Honduras tiene el valor más bajo en toda Latinoamérica.

Respecto de los años esperados de escolaridad (cuántos años se esperaría que un niño estuviera en la escuela de acuerdo a las condiciones socio-económicas de Guatemala), este no incrementó en relación a la estadística anterior al 2014. No obstante, la diferencia de valores entre la escolaridad esperada y la escolaridad real evidencian un fracaso del sistema. El país que mayor escolaridad esperada tiene es Argentina, con 16.4 años y Nicaragua se sitúa como el país con el valor más bajo.

En cuanto al Nivel de Educación, ambas variables que lo componen cuentan con evaluaciones muy por debajo de los niveles promedio para las categorías con las que

Guatemala se identifica. Sin embargo, estas dos variables dependen intrínsecamente de la permanencia de los alumnos en la escuela, así como de los conocimientos que adquieren y que les servirán de base para su desempeño productivo en el futuro.

El reto para incrementar la escolaridad de los guatemaltecos se centra tanto en la demanda de los servicios como en la calidad de la oferta educativa. La cobertura en educación, particularmente secundaria y terciaria, representa un punto débil para Guatemala, ya que los niveles son bastante bajos. (Gaes, 2013).

Las acciones de mejora deben formar parte de una estrategia integral que incluya las diversas necesidades educacionales del país, reconociendo que es importante tanto el acceso a los distintos niveles de educación como al seguimiento que se le da, lo que permitiría avanzar de forma progresiva en cuanto a una mejor preparación. (Desarrollo, 2014)

Según el Índice de Desarrollo Humano (2014) “Concerniente a la situación de los adultos mayores generalmente de los países latinoamericanos, es importante resaltar que las oportunidades de empleo se encuentran limitadas a partir de la adultez media (40 años en adelante) debido a que los empleadores buscan personas con la experiencia y la educación superior requerida para desempeñar los puestos con las exigencias de un nuevo mundo tecnológico, lo que excluye y disminuye considerablemente las oportunidades para continuarse desarrollando”.

- **PIB per cápita (a paridad de poder adquisitivo):**

Considera el producto interno bruto per cápita y evalúa el acceso a los recursos económicos necesarios para que las personas puedan tener un nivel de vida decente. En Guatemala para el año 2014 se evidenciaba una menor capacidad de compra y mayores niveles de pobreza. El país que más incrementó su ingreso desde 2005 ha sido Panamá con un aumento de US\$ 3,113 (pasó de US\$ 9,222 a US\$ 11,037). Costa Rica también ha mantenido la misma tendencia de aumento, sin embargo, Nicaragua, Guatemala, Honduras y El Salvador se han mantenido sin crecimiento significativo. De 2010 a 2011 fue el mayor avance de Guatemala, a partir de ese año el país ha crecido a un nivel tan poco significativo que no ha generado un desarrollo positivo.

De acuerdo con el análisis de Lobos (2014); se puede decir que aún falta mucho trabajo por hacer para lograr las condiciones necesarias que permitan generar mejores empleos para una mayor cantidad de guatemaltecos, que eleven su nivel de vida y sus niveles de productividad y competitividad”.

El PIB per Cápita es un componente que avalúa el ingreso disponible con el que cuentan los ciudadanos para satisfacer sus necesidades, reflejando de cierta forma la productividad del país, y su relación con el incremento en el número de habitantes. Cualquier incremento que se dé en la población deberá ser compensado por un crecimiento en la producción, ya que esta es la única forma de mantener el nivel de vida de las personas. Será necesario que se incremente el nivel de producción más allá del incremento demográfico para que el nivel de vida de las personas mejore; quedando aún pendiente los efectos negativos producto de la inflación. Es aquí en donde el crecimiento demográfico para la población adulta mayor que se espera para los próximos años es preocupante, debido a que no existen oportunidades productivas para las personas de este grupo etario y tampoco la suficiente cantidad de centros asistenciales o de retiro, en donde pueden con las condiciones apropiadas.

1.3.3. El adulto mayor en Guatemala

En Guatemala la definición de adulto mayor es aquella persona que tiene sesenta años y más según el decreto 80-96 (Guatemala, 2010). Los adultos mayores son considerados en muchas sociedades fuente de sabiduría, autoridad, valores y tradiciones. Esa experiencia ganada con los años se respeta, venera y consulta.

Las personas mayores son un ente de experiencias y conocimientos y hoy en día en países industrializados son copartícipes del desarrollo tecnológico y los cambios que generan un envejecimiento exitoso.

En Guatemala el plano laboral de adultos mayores causa exclusión, ya que muchos empleadores consideran que las personas de edad no son aptas para cumplir con eficiencia sus atribuciones, sin tomar en cuenta que la experiencia adquirida tiene más valor. Además de que las posibilidades que las personas mayores encuentren un nuevo trabajo es escasa y casi nula. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), solo el 16 por ciento de adultos mayores cuentan con cobertura social, aun así estas personas

sobreviven a un aporte realmente escaso y muchos de ellos se encuentran en situaciones de pobreza. Así mismo el programa de Invalidez, Supervivencia y Vejez (IVS) que brinda el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no cumple con una atención geriátrica formalizada para sus derechos habientes. El 84% de la población adulta mayor no goza de seguridad social y se benefician de la salud y asistencia pública que se encuentra en estado deplorable secundario a la falta de insumos y a la falta de hospitales de geriatría y gerontología que deberían de existir en nuestro país.

De acuerdo a los estudios demográficos de proyección de población en la República de Guatemala realizados por el Instituto Nacional de Estadística INE, (2013), la población total del país en el año 2011 era de catorce millones ciento setenta y tres mil setecientos sesenta y tres (14, 173,763) habitantes. Ese total se divide en siete millones quinientos treinta y nueve mil setecientos noventa y ocho (7, 539,798) mujeres, y siete millones ciento setenta y tres mil novecientos sesenta y seis (7, 173,966) hombres. De acuerdo a la edad de los habitantes del país, en función del interés de este estudio, se pueden destacar los siguientes porcentajes: a) Habitantes entre 60 y 64 años, las mujeres representan un 3.5 por ciento y los hombres un 3 por ciento. b) Habitantes entre 70 y 74 años, ambos sexos representan un 2 por ciento. c)

Habitantes de 80 años y más, las mujeres representan un 1 por ciento y los hombres un 0.5 por ciento. Estos porcentajes fueron obtenidos en función del total por sexos. De acuerdo a los datos analizados, los adultos mayores en Guatemala representan aproximadamente novecientos mil habitantes, lo que constituye un 6.2 por ciento de la población total del país.

Diversos análisis efectuados en relación a la situación en la que se encuentra este grupo social, indican que el panorama de la población adulta mayor guatemalteca es bastante desolador porque la mayoría vive en situación de pobreza y también de extrema pobreza. Esta situación, tiene como consecuencia que los adultos mayores en este país sufran desnutrición, no tengan acceso a los servicios de salud, a la vivienda y a fuentes de trabajo. Además, no se ha constituido un sistema institucional que dé respuestas apropiadas y oportunas a sus demandas sociales, esta situación se advierte tanto en el área urbana como en la rural. Lo señalado tiene graves consecuencias sociales,

principalmente porque existe falta de integración social de este grupo en la comunidad y porque las circunstancias descritas tampoco les permite participar en forma activa en proponer y aplicar políticas públicas que promuevan su bienestar como grupo social. La sociedad guatemalteca se caracteriza por no evitar los prejuicios, prácticas y actitudes discriminatorias hacia los adultos mayores. A esto, además, se le suma la falta de voluntad política que han tenido los gobiernos para enfrentar esta problemática, situación que tiende a agravarse conforme aumenta el número de esta población vulnerable. (Gálvez, 2014).

En los países desarrollados, el fenómeno de envejecimiento ocurrió en un lapso de casi un siglo, lo que les permitió estar más preparados para responder a las demandas de una población adulta mayor en aumento, a la par de que tuvieron acceso a mejores condiciones de vida en las otras etapas del ciclo vital. En Guatemala este fenómeno se produce en un contexto de mayor precariedad. La población de 60 años y más es cada vez mayor, y la mayoría vive en situación de pobreza y de pobreza extrema, enfrentan poco o nulo acceso a los servicios de los sistemas de seguridad social, sufren la marginación familiar y/o social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional. (Bazo, M.T., 1990).

Es por tal situación que todos los esfuerzos en beneficio de las personas mayores deben partir de coordinaciones para el fortalecimiento de las políticas públicas en favor de este grupo teórico de población y el mejoramiento de la legislación respectiva. Estas políticas y leyes deben buscar el bienestar integral, entendiéndose éste como la ampliación de oportunidades, el mejoramiento de la calidad de vida, el acceso a servicios diferenciados de calidad y el desarrollo de alternativas de base comunitaria, tomando en cuenta la realidad multicultural, multiétnica y plurilingüe del país. En Guatemala se han promovido avances sustanciales en lo que ha legislación se refiere. En el año 2000 se incluyó el componente de Adulto Mayor en la Matriz de Política Social 2000-2004, que establece como objetivo "promover, facilitar, coordinar y realizar a nivel nacional iniciativas y acciones a favor de los adultos mayores".

En el 2001 la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente reactivó el Comité Nacional de Protección a la Ancianidad integrado por representantes

instituciones gubernamentales, no-gubernamentales y sociedad civil. Para trabajar conjuntamente en pro del Adulto Mayor.

En el 2002 se creó el Consejo Asesor del Comité Nacional de Protección a la Vejez el cual se integra por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, Agricultura, Gobernación, Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación Gerontológico, Asociación de Jubilados y medios de comunicación, este consejo tiene como principal objetivo el diseño de una Política Nacional de Atención al Adulto Mayor con enfoque multisectorial que define prioridades y permite sentar las bases de una mejor atención al adulto mayor.

1.3.4. Desigualdades sociales en la salud de los adultos mayores

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Asimismo, el concepto de desigualdad hace referencia a las diferentes circunstancias y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia. El estudio de las desigualdades sociales en salud pone de manifiesto la relación entre los factores sociales y la salud: en las personas de clase social más privilegiada se percibe mejor salud y menor mortalidad que en las personas de clases sociales más desfavorecidas. Desde el punto de vista de la estructura social, el concepto de desigualdad social nos remite a las diferentes maneras que tienen las personas de acceder a los recursos; y su estudio es fundamental por tres motivos:

- El acceso a los recursos está relacionado con las condiciones de vida de la gente (salud, hábitat y alimentación); disponer o no de recursos puede condicionar la integración en la sociedad.
- El análisis de la desigualdad es importante por la relación que hay entre los recursos y el poder. Tener un cierto grado de poder es fundamental para defender los propios intereses.
- Porque, desde un acceso desigual a los recursos y al poder, se pueden generar dinámicas de identificación colectiva que tengan su base en condiciones de vida similares. Por tanto, la desigualdad está en la base de la red de relaciones sociales que constituyen la estructura social.

De acuerdo con Alba (1997, p. 29) “El origen de la desigualdad hay que buscarlo en los procesos sociales y no en las causas naturales o sobrenaturales. Si se estudian los mecanismos de funcionamiento de nuestra sociedad, se pueden descubrir los procesos sociales que generan la desigualdad social. Existen desigualdades en el uso de los servicios sanitarios, en particular, y de forma preocupante en los servicios preventivos, la mayor parte de las desigualdades sociales en salud pueden explicarse adecuadamente a partir de las características específicas del medio socioeconómico”.

Junto al inaplazable crecimiento de la población del adulto mayor a nivel mundial, han aumentado también los problemas de la salud de forma cuantitativa y cualitativa (enfermedades crónicas, pérdida progresiva de las facultades físicas, intelectuales y cognitivas), sociales (pérdida de status, pérdida de seres queridos, soledad y aislamiento), económicos (carencia económica de jubilación y aumento económico de atención médica) y políticos. Importante reconocer la homeostática del anciano, la situación biológica y la declinación del vigor físico, la dificultad para adaptarse al estrés, los cambios y situaciones nuevas.

1.3.5. La personalidad

Según Duane P; y Schultz (2002, p.75) se puede definir como la dinámica de los aspectos intelectuales, afectivos, cognitivos y biológicos que integran a la persona y que le distinguen de las demás. Durante un largo período de tiempo, se consideró que la personalidad era inmodificable.

Según la definición de W. Allport: “La personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos”. (Duane, P; y Schultz, 2002, p. 78).

Esta definición indica que la personalidad es de naturaleza cambiante, por consiguiente:

- Es algo interno, no de apariencia externa.
- No es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológico, sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad.

- Los sistemas psicológicos son tendencias determinantes que dirigen y motivan la acción.
- La conducta y el pensamiento son característicos de cada individuo, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él.

Aunque Allport en su definición no señala ningún sistema concreto, como aclaración que puede ayudar a comprenderla mejor; a continuación, se mencionan algunos sistemas a los que él se refiere: costumbres, sentimientos, rasgos, creencias, expectativas, estilos de conducta, constitución física, sistema glandular y nervioso.

En la génesis de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental. La herencia proporciona una constitución física y una dotación genética, mediante las cuales se va a captar el mundo y a responder ante él. El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos, y determinar formas de respuesta. La influencia simultánea de lo hereditario y lo ambiental a través del tiempo y del espacio, van dando origen y determinando la personalidad. (Duane, P; y Schultz, 2002, p. 128).

El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará, en parte, el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona.

1.3.6. Aspectos fundamentales de la personalidad

Al tratar de explicar qué es la personalidad, se concluyó que contiene elementos de origen hereditario y ambiental. Estos elementos o factores constitutivos de la personalidad son:

- El temperamento
- El carácter
- La inteligencia
- Status y roles sociales

Todo ser humano al nacer posee una personalidad "potencial", en cuanto a que tiene los elementos básicos de la misma. Esta potencialidad comenzará a ser realidad cuando se inicie el desarrollo de ciertas características y capacidades, como trabajo intelectual, creatividad, conducta intencional y valores éticos, entre otras, que indican que los diversos elementos de la personalidad están funcionando con cierto nivel de organización. Y se puede hablar de personalidad estructurada cuando el individuo logra dinamizar de forma integrada y con autonomía estos aspectos básicos, lo que le llevará a tener una conducta y un pensamiento característicos.

- **El Temperamento:**

Los factores biológicos se reúnen, por lo general, bajo el término de temperamento. En el temperamento se distinguen aspectos estáticos y dinámicos: los primeros se refieren a la morfología, mientras que los segundos hacen alusión a la fisiología. El sexo, la edad, el sistema endocrino, etc., afectan a la personalidad, aunque es difícil precisar sus mecanismos (Duane, P; y Schultz, 2002, p. 201).

Allport lo define como: "Los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo; su susceptibilidad emocional, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor, son considerados dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditarios". (Duane, P; y Schultz, 2002, p. 203).

El temperamento depende de la constitución física y especialmente de los factores hereditarios de la misma. Por ejemplo: la baja producción de tiroxina produce pereza, inercia, torpeza, quienes la sufren son descritos como depresivos, insatisfechos y desconfiados; al contrario, los hipertiroideos tienen síntomas de tensión nerviosa, excitación, ansiedad, y se manifiestan nerviosos, hiperactivos e inquietos. (Duane, P; y Schultz, 2002, p. 203). El temperamento está determinado por los procesos fisiológicos y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales.

- **El Carácter:**

Etimológicamente el término carácter proviene del griego y significa "marca" o "sello" que distingue inconfundiblemente a una persona. El carácter es el que determina formas constantes y típicas de actuar de una persona. Según Duane, P; y Schultz (2002, p. 209) “Carácter es el conjunto de rasgos de personalidad, relativamente perdurables, que tienen importancia moral y social. En él intervienen las funciones psíquicas, así como la acción del ambiente. A partir de estos se desarrollan los factores individuales, conforman el modo de reaccionar que presenta una persona”.

- **La Inteligencia:**

En el concepto llamado “inteligencia” confluyen una serie de elementos que tienen que ver con el aprendizaje, la adaptación a situaciones nuevas, la solución de problemas, la capacidad de valoración y autocrítica. (Duane P; y Schultz, 2002).

La inteligencia es la capacidad de comprender el entorno y utilizar ese conocimiento para determinar la mejor manera de alcanzar unos objetivos concretos. Se conoce que cada persona se adapta a la realidad de una manera diferente, entonces la inteligencia es una forma de interactuar con el mundo, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Estas habilidades configuran rasgos de carácter (como la autodisciplina, la compasión o el altruismo), que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

- **Status y roles sociales:**

El status es la posición o situación de un individuo en la jerarquía de prestigio de un grupo y que en un momento determinado le será respetado. El rol es la estructura de necesidades, objetivos, creencias, sentimientos, actitudes, valores y conductas que los miembros de una comunidad esperan que debe caracterizar al ocupante de una posición. (Ballesteros, R; 2000)

La personalidad de un individuo se moldea por el rol y el status que ocupa en la sociedad. Todo individuo tiende a encuadrar su personalidad de acuerdo con la posición y el papel que desempeña en la sociedad.

Lo mismo pudiera decirse de las diferentes profesiones: socialmente unas son consideradas superiores a otras, y de acuerdo con este nivel se exige una conducta determinada a quienes las ocupan. De este hecho pueden derivarse conflictos a nivel personal, cuando las características de un individuo no se acomodan a las exigencias del status. Y de esta misma situación se origina también la falsa concepción de la personalidad en la que se identifica la conducta que se le exige por ocupar un cargo determinado, con las características internas que un individuo realmente posee. A su vez, el rol profesional está moldeado por la personalidad, ya que cada individuo desempeña el papel social que le corresponde imprimiéndole sus características personales. Se produce una interrelación mutua: el status y el rol exigen un comportamiento determinado del individuo, y éste imprime ciertas características de su personalidad, a su actuación.

Personalidad, pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijos y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. La personalidad es el término con el que se suele designar lo que, de único o de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias. (Allport, 1937)

1.3.7. Personalidad en el adulto mayor

De acuerdo con Duane P. y Schultz (2002 p. 90) podemos entender a la personalidad como una integración, personal y subjetiva, de ciertos rasgos (emocionales, interpersonales, experienciales y motivacionales) que permiten reaccionar y adaptarse de cierta manera ante situaciones específicas. Es así como el adulto mayor se centra mucho más en lo propio y se toma como referencia el pasado, teniendo dificultad para entender las generaciones actuales. Hay un incremento de la tendencia a conservar y almacenar cosas y aumenta la resistencia al cambio a lo nuevo. Los rasgos individuales de personalidad se ven remarcados con la edad y suelen mantenerse estables.

Aparecen una serie de rasgos que por ser comunes a la mayoría de los ancianos se consideran característicos, uno de ellos es la tendencia del anciano a volverse cada vez más introvertido. La vivencia de un tiempo psicológico acelerado es otro de los fenómenos habituales en el anciano. (Arber & Ginn, 1996).

1.3.8. La teoría psicosocial de Erik Erikson

En la etapa de Integridad vs. Desesperanza, comprendida de los 60 años hasta la muerte, la tarea principal es lograr una integridad yoica que permita aceptar la finalización de la vida de la mejor manera. No obstante, los adultos mayores deben luchar con un distanciamiento social y un sentimiento de inutilidad; evidente en el marco de la sociedad en el momento que se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; o que perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y creen que sus aportes ya no serán necesarios. (Arbeláez Osorio, 2010).

Además, existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Los hombres creen que ya “no dan la talla”. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho y ovarios y cánceres de próstata. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a caerse.

Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, refiere Erikson, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando domina la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erikson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado, en el que un artista de 80 años, escritor o músico, ya no serán algo excepcional. En su crisis final, integridad vs. Desesperación, Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida (la manera como han vivido), con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

De acuerdo con Erikson (2000, p. 74) “Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma, incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podía y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Igualmente propone que las personas que no consiguen aceptar los cambios al final de la vida, son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo. Erikson afirma que la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente. (Comollonga & G., 2002).

1.3.9. El envejecimiento

Según Ruiz, E. (2006, p.41) “Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de

cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad. Es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; así como la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”.

De acuerdo con Alvarado García & Salazar Maya (2014, p. 5) catalogar a una persona de anciana es un hecho muy variable, viéndolo desde el punto de vista de quien hace esta apuntación. Para entender esta afirmación es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades:

- **Edad cronológica:** es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
- **Edad biológica:** está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- **Edad psicológica:** representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- **Edad social:** establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

Por esta razón, el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él. Varios autores proponen que el envejecimiento debe ser visto desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo (Dabove, 2006). La disminución se relaciona con el deterioro en la función de algunos órganos, con la reducción de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos. Es una época de cambio: la apariencia física se modifica de forma progresiva, aparecen las canas, las arrugas, y cambia la distribución de la grasa corporal; también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. La vejez también debe verse como una etapa de desarrollo y madurez. Muchos ancianos son más pacientes y tolerantes, tienen una mayor aceptación del otro, tienen mayor experiencia y esto les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro (Moreno, 2007).

En la cotidianidad, los cambios que se generan con el envejecimiento plantean retos para la superación de obstáculos; la persona identifica problemas clave y busca estrategias para resolverlos, hace arreglos con su propia vida y en torno a su familia, evalúa las consecuencias de dichos arreglos y reorganiza las estrategias pero no se enfrenta solo: su proceso involucra también a su familia, comprometiendo la dinámica, los roles y la economía familiar, entre otros, que determinan también los procesos de reproducción social. (Alvarado García y Salazar Maya, 2014)

En las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

- **Envejecimiento exitoso:**

El cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Matías, 2012).

- **Envejecimiento saludable:**

Definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades (OMS, 2012).

- **Envejecimiento activo:**

Enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término “activo” hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga (Castillo D., 2009).

Se han propuesto asimismo varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento hasta la vejez. Dentro de ellas están:

- **Las teorías biológicas:** Las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos. Asimismo, la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular.
- **Las teorías psicológicas:** Se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. La teoría del desarrollo de Erikson (1950) plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. Su teoría menciona que la crisis esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (Erikson, 2000).
- **La teoría de la continuidad:** La cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida.
- **Las teorías sociales:** Son las que tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Entre ellas están: la teoría de la desvinculación o la de la disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él.
- **La teoría de la actividad:** Confirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida.
- **La teoría de la continuidad:** Plantea que el comportamiento de la población adulta

mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida. Esta perspectiva puede verse como un incentivo para la movilización a promover estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad (Dulce y Ruiz, 2006).

Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de la vida. El envejecimiento también se ve influido por las enfermedades padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que haya llevado la persona y los factores de riesgo y ambientales a los que ha estado sometida. Pero no solo se trata de este tipo factores, sino que los genes también tienen mucha importancia en este proceso (D. & H., 2006)

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados.

Según (Alvarado García & Salazar Maya, 2014) a la etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento se le han dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad, entre otros, los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas percibidas como negativas; los términos anteriormente enunciados presentan complejidad para la conceptualización, depende de las ideas, valores, creencias y expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico del que nos posicionemos.

- **Vejez:** Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo.

- **Ancianidad:** Hace referencia a la etapa que comprende el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental. El individuo va perdiendo el interés por las cosas de la vida y va viviendo más en función del pasado, que evoca constantemente ya que el presente y el futuro le ofrecen en realidad muy pocas perspectivas.
- **Tercera edad:** Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional.
- **Longevidad:** Es la máxima duración posible de la vida humana. Es un concepto aplicable a la especie y hace referencia a la extensión en años de vida o la existencia. La longevidad significa larga vida y no se refiere solo a vivir por un largo espacio de tiempo, significa también vivir en buena salud y mantener una buena vida, independiente.
- **Discapacidad:** Llámese a cualquier limitación grave que afecte durante un espacio de tiempo significativo (establecido en más de un año) a la capacidad de realizar actividades, y cuyo origen sea una deficiencia. Esta última, a su vez, se define como toda pérdida o anomalía de un órgano o de su función. Por su parte, la minusvalía se refiere a las limitaciones causadas por las deficiencias, pero que se encuentran estrictamente asociadas con las actividades del individuo dentro de su entorno social.
- **Adulto Mayor:** Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Es un término bastante nuevo, y empleado para definir a las personas con más de 65 años, remplazando de alguna manera los términos de tercera edad o anciano (ya un poco en desuso). Es establecimiento de la edad va desde 65 años hasta 70 años, ya que puede variar la edad de aplicación en algunos países, ya que por lo general a partir de esta edad derivan ciertos procesos legales y laborales referente a retiros o pensiones de vejez. Los adultos mayores se clasifican en:

- Adultos mayores o ancianos jóvenes (60 a 74 años).
- Adultos mayores o ancianos viejos (75 a 84 años).
- Adultos mayores o ancianos longevos (85 a 99 años).
- Centenarios (Mayores de 100 años).

1.3.10. Calidad de vida en el adulto mayor

Concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro. (IMSERSO, 2010).

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. (Quintero, 1997).

La calidad de vida se fundamenta en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas del individuo. De esta manera, se busca el bienestar y la felicidad de estas personas esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida. En el adulto mayor, esto implica las condiciones de vida mínimas como salud, obtener alimentos, estabilidad en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos. Previo a entrar en la etapa de adulto mayor, muchas personas desde los 45 años empiezan a manifestar problemas de salud físicos, psicológicos y sociales, los cuales se agravan al ser adultos mayores.

Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores. (Moreno, 2007).

1.3.11. Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha posicionado el concepto de salud centrado en aspectos positivistas relacionados con tres dimensiones que integran al ser humano: física, mental y social. Lo define como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición ha sido cuestionada, ya que se considera como una situación ideal, difícilmente alcanzable por toda la población. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha considerado que no es aplicable en el contexto de la transición demográfica-epidemiológica, y del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Así mismo se sostiene que se debe enfatizar la habilidad de adaptación de las personas, por sí mismas, en el aspecto social, físico y emocional. (OMS 2016).

La salud es el estado idealizado al que todo ser humano aspira; en el caso de los adultos mayores, que son conscientes de sus limitaciones producto de la edad y los estereotipos sociales sobre la vejez; estas concepciones y percepciones acerca de lo que para ellos puede significar la salud sufren modificaciones (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013).

La autopercepción del estado de salud es influenciada por diversos factores que pueden estar relacionados con el estado físico y funcional, así como dependen de circunstancias personales y contextuales; aspectos que van más allá de lo que para el médico puede ser relevante en la clínica. Estudios acerca del significado de salud en adultos mayores han encontrado que está relacionada con aspectos físicos como el no estar enfermo, no tener dolor y valerse por sí mismo; pero también con aspectos

económicos como tener dinero, trabajar y estar pensionado. Sociales y familiares como el salir de casa, no vivir solo o estar rodeado de la familia. Estas concepciones no se pueden generalizar, pero son de interés para conocer los aspectos que directa o indirectamente podrían influir en la percepción del estado de salud con la que el adulto mayor lidia en la cotidianidad, con sus particularidades culturales y socioeconómicas.

- **Salud emocional en los adultos mayores:**

Se define como el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de sí mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana (Velásquez, 2015, p. 45).

De acuerdo con López, Fernández y Márquez (2008 p. 56) “Durante la etapa adulta mayor se producen diversos cambios de distinta índole. Por esa razón, es muy importante que la persona tenga recursos para prevenir algunos de estos cambios y prepararse para afrontar o adaptarse a la mayoría de ellos. Si bien los cambios físicos y cognitivos son fácilmente identificables, no ocurre lo mismo con los cambios en el funcionamiento emocional. Diversos estudios han encontrado cambios en aspectos emocionales tales como, la intensidad emocional o el uso de diferentes estrategias de regulación emocional, entre otros. Por otra parte, los adultos mayores aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza o el miedo, pero disminuye la experimentación de la ira”. Además, estos autores han señalado que en la vejez a diferencia de la edad adulta disminuye la habilidad para integrar cognición y emoción.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2012), la salud emocional “Es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”. Por este motivo, en una primera

visión de los elementos que conforman el equilibrio emocional en las personas mayores, se debe tomar en cuenta la relación de correspondencia con el entorno social, con los demás.

De acuerdo con García Castañeda (2013, p. 88) para lograr el bienestar emocional deseado en la adultez mayor, es elemental llevar un estilo de vida activo, el cual implica mucho más que realizar actividad física o realizar las tareas del hogar. Fundamentalmente, se basa en participar en la sociedad, ya sea en las relaciones con otras personas, en los eventos sociales y culturales de la comunidad a la que pertenecen, en la práctica religiosa o espiritual y en los temas cívicos de interés. En esta etapa de la vida, hay muchos aspectos positivos, como la serenidad de juicio, la madurez y la experiencia. Sin embargo, desde el fin de la madurez, el individuo vive un periodo que en muchos casos está ligado al sentimiento de pérdida: pérdidas de seres queridos, pérdida de capacidades mentales y físicas, pérdida de responsabilidades o de relevancia para los demás. Asimismo, ha de enfrentarse a cambios psicosociales importantes ligados a la jubilación, la cual requiere ajustes económicos y sociales. Por tanto, más que nunca se necesitará una actitud optimista y activa ante la vida que emane desde el interior.

Para que las personas adultas mayores puedan encontrar una actitud positiva y con significado es importante mantener un contacto vital con el mundo que les rodea. Generalmente, el adulto mayor percibe su salud en medio de las situaciones familiares en las que puede ser parte. Esta relación salud-familia es entendible pues es en el entorno familiar en donde construye y da sentido a su vida. No obstante, está ligado a aspectos fundamentales como el papel que juega dentro del entorno familiar, el apoyo y la atención que le presten los integrantes de familia. El papel que ésta ejerce dentro de las formas de construir el significado de la salud en ellos es muy importante. De acuerdo con los investigadores, la posibilidad de tener conflictos con la familia, representa el antónimo del significado de salud. Esta condición generalmente viene representada por la falta de atención que el grupo familiar tenga hacia el adulto mayor, aunque vivan juntos; el abandono, o incluso el hecho de que los hijos tengan problemas, representa para ellos una forma de no tener salud, de vivir intranquilos y

preocupados. Lo que en consecuencia, afectará o contribuirá en el desarrollo de una salud emocional apropiada. (Vargas, y otros, 2017).

- Salud física y funcional en los adultos mayores:

De acuerdo con Velásquez (2015, p. 138) “la salud física o funcional, se entiende como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, acompañado de un constante ejercicio o práctica de deporte, una apropiada alimentación y buena salud mental”. No obstante, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) se puede definir a un adulto mayor funcionalmente sano como la persona capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

Tras múltiples reuniones de expertos, la OMS y la OPS han establecido siete aspectos para medir el estado de salud funcional:

- Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas
- La salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo
- La funcionalidad psicosocial, concepto cada vez más relevante relacionado con la capacidad de responder a las exigencias del cambio
- La salud física, en la que por lo general se centra toda la patología crónica;
- Los recursos sociales
- Los recursos económicos en relación con un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se pueden realizar comparaciones entre países según el ingreso per cápita, sino de acuerdo con un parámetro local
- Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor; por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y tener acceso a un consultorio de atención primaria (Ceballos Gurrola, Álvarez Bermúdez, Medina, & Rodríguez, 2012).

De acuerdo con Vargas, Gómez, García, Ruelas, Melguizo, Ruiz (2016, p. 6) “El adulto mayor experimenta la salud cuando percibe que puede hacer cosas; este “poder hacer”

es expresado en diferentes niveles de capacidad, desde la capacidad de moverse para valerse por sí mismo y evitar la dependencia física, hasta la de trabajar para lograr la autosuficiencia económica”

Para Castaño Vergara, (2016, p.25) “El hecho de sentirse capaces también es relacionado con la reafirmación de un autoconcepto positivo y la preservación de su autoestima, aspectos que parecen ayudarles a conservar un estatus social valorado a partir de sus capacidades físicas”.

Los adultos mayores son capaces de establecer una relación directa entre movimiento y sentirse bien. Por tanto, la pérdida en el movimiento es interpretada como la pérdida de independencia, que en consecuencia también los afecta física y emocionalmente. Por el contrario, caer en cama puede producir temor e incertidumbre, le hace pensarse vulnerable, sentir que ya no va a levantarse más; quizá por esta razón, la salud se vivencia en formas de ocupación que distraen y permiten concentrarse en vivir. (Papalia, Sterns y Camp, 2009).

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas: presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo dos, cáncer de colon y de mama, depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal. De este modo presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves (OMS, 2016).

- **Salud mental en los adultos mayores:**

Se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes, por ejemplo: en la familia, la escuela, el trabajo, en las actividades recreativas y en la comunidad. También tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, anhelos, habilidades, ideales,

sentimientos y valores para hacer frente a las múltiples demandas de la vida. (Velásquez, 2015).

Los adultos mayores pueden sufrir problemas mentales que es preciso reconocer. Más del 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún trastorno neuropsiquiátrico, y los que se presentan con mayor frecuencia son la demencia y la depresión. Las personas mayores, sus familias y también los profesionales perciben los problemas de salud mental como una consecuencia inevitable del envejecimiento, y no como problemas de salud que pueden mejorar si se utiliza el tratamiento adecuado. Hay ciertos grupos que tienen más riesgo de padecer trastornos mentales, y son los siguientes: mujeres, personas que no están casadas o viven solas, personas con enfermedades físicas y personas discapacitadas (especialmente cuando cursan con dolor y trastornos del sueño). Por otro lado, más allá de este impacto inmediato y profundo en la calidad de vida, la depresión en la población de adultos mayores puede anunciar una mortalidad prematura, ya que las personas con depresión son más propensas, entre dos y tres veces, a padecer dos o más enfermedades crónicas, y tienen, entre dos y seis veces, más posibilidades de tener, por lo menos, una limitación en sus actividades diarias, si se compara con grupos más jóvenes. La depresión con morbilidad asociada en personas mayores aumenta también la frecuencia y el coste de la asistencia profesional y el riesgo de ingreso prematuro en residencias de adultos mayores. (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008).

Los problemas de salud mental son comunes entre las personas mayores y pueden incluir aislamiento, desórdenes afectivos, de ansiedad, entre otros. Como resultado de desórdenes físicos o intervenciones quirúrgicas, muchos adultos mayores también pueden padecer problemas para dormir y desórdenes de comportamiento, deterioro cognitivo o estados de confusión. Distintas investigaciones sugieren que los adultos mayores se benefician de las conexiones sociales de apoyo y de las relaciones personales cercanas, pero sufren como resultado de la ruptura de lazos personales y de la soledad (Mira, 2019).

Según datos de la Pan American Health Organization (PAHO, 2012)

- Al menos uno de cada cuatro adultos mayores experimenta algún tipo de desorden mental, como depresión ansiedad o demencia.
- Debido al rápido envejecimiento de la población, se espera que el número de personas mayores con desórdenes mentales se duplique para 2030.
- La depresión es el problema de salud más común entre personas mayores.
- Las personas de 85 años y más tienen las tasas de suicidio más altas entre los grupos etarios.
- Dos tercios de los adultos mayores con problemas mentales no obtienen el tratamiento que necesitan (“la brecha de tratamiento”).
- Los servicios de salud para adultos mayores son extremadamente limitados en la mayoría de los países de las Américas.

Se concluye que los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que están en la atención primaria, pueden jugar un papel central en promover la salud mental para adultos mayores, al trabajar con profesionales de la salud mental, gobiernos locales, organizaciones de la sociedad, familias y comunidades, para proveer un cuidado comprehensivo de salud mental y ambientes de respaldo. Además, los adultos mayores deben ser alentados a participar activamente en sus comunidades y en toda la sociedad, mientras que los hacedores de política deberían considerar que las preocupaciones sobre la salud mental de las personas mayores estén contempladas en la planificación nacional de salud y en las políticas (PAHO, 2012).

1.3.12. Teoría cognitiva

Se entiende por desarrollo cognitivo al conjunto de transformaciones que se producen en las características y capacidades del pensamiento en el transcurso de la vida, especialmente durante el periodo del desarrollo, y por el cual aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse en la realidad. (Sosa, 2016).

Según Gutiérrez Martínez (2005 p.34) “El estudio de los cambios que se producen con la edad en el funcionamiento cognitivo de las personas, sin duda es fundamental para una comprensión cabal de la propia mente, de su naturaleza y de la forma en que opera como sede del pensamiento y el conocimiento humanos y como centro director de la

conducta. En este sentido, el desarrollo cognitivo puede considerarse simplemente como una parte esencial de la psicología cognitiva, que, a su vez, no es más que uno de los contribuyentes de la moderna ciencia cognitiva, cuyas fuentes incluyen también otras disciplinas más o menos afines como la lingüística, la inteligencia artificial o la Neurología”

Según Piaget (1978, p. 345). Debe considerarse la propia descripción de los fenómenos del desarrollo. Es decir, no interesa tanto la edad a la que los niños hacen las cosas sino por qué las hacen en un momento y no en otro, y en virtud de qué condiciones y mecanismos. Piaget explica que la conducta y pensamientos de todos los individuos pasa por etapas definidas en las cuales su secuencia no varía ni se omite ninguna de ellas; pero al momento de presentación de cada etapa varia de una a otra haciendo que la demarcación por la edad sea solo una aproximación. Cada etapa se basa en la etapa anterior y a su vez, constituye la base para la etapa posterior cada una de estas tiene muchas facetas.

La representación personal (esquema) del mundo se hace más compleja, absoluta y realista en cada etapa del desarrollo. Afirma que las etapas se diferencian no solo en cuanto a la cantidad de información adquirida en cada etapa, sino también en relación con la calidad del conocimiento y la comprensión de la misma. Piaget hipotetizó, que la naturaleza del organismo humano consiste en adaptarse a su ambiente, lo cual hace un proceso activo, y no pasivo. Piaget (1978).

- **Principios de Piaget al aprendizaje:**

Como resultado de sus primeras investigaciones biológicas, Piaget concluyo que todas las especies heredan dos tendencias básicas o "funciones invariantes". La primera es hacia la organización: la combinación, ordenamiento, recombinación y reacomodo de conductas y pensamientos que siguen coherente, la segunda tendencia es hacia la adaptación: el ajuste al ambiente. (Piaget, 1978, p. 167).

- **Principio de Organización:** las personas nacen con la tendencia de organizar sus procesos de pensamiento en estructuras psicológicas o sistemas para comprender y

relacionarse con el mundo. Las estructuras simples se combinan y coordinan continuamente para perfeccionarse y con ello ser más eficaces. Piaget denominó a estas estructuras esquemas, y en su teoría son los bloques básicos de construcción del pensamiento, sistemas organizados de acciones o pensamientos que nos permiten hacer representaciones mentales, "pensar en" los objetos y acontecimientos de nuestro mundo. Los esquemas son mínimos y específicos, como el esquema de "beber con una pajilla" o el de "reconocer una rosa" o bien amplios y más generales, como el esquema de beber o el de clasificar las plantas. En la medida en que se organizan los procesos de pensamiento y se desarrollan nuevos esquemas, la conducta se hace más compleja y se adapta mejor al ambiente. (Piaget, 1978 p. 168)

- **Principio de Adaptación:** además de la tendencia a organizar sus estructuras psicológicas, la gente también suele por herencia adaptarse a su ambiente. En la adaptación participan dos procesos básicos: la asimilación y la acomodación. (Piaget, 1978 p. 168)
 - a) **La asimilación:** es el proceso por el cual cada nuevo dato de la experiencia se incorpora a "esquemas mentales" que no existen en el niño. Es decir, el niño aplica ideas y hábitos antiguos a objetos nuevos. Tiene lugar cuando la gente utiliza los esquemas que posee para dar sentido a los acontecimientos del mundo; incluye el intento de entender algo nuevo y de ajustarlo a lo que ya se conoce. (Piaget, 1978 p. 168)
 - b) **Acomodación:** es el proceso de transformaciones de los propios esquemas en función de los cambios del medio. Los nuevos datos de la experiencia, que se incorporan en los esquemas lo modifican adaptándolos a los nuevos aspectos de la realidad. (Piaget, 1978 p. 168)

Para adaptarse a ambientes de complejidad creciente la gente utiliza los esquemas que posee, siempre que funcionen (asimilación), y modifica y aumenta sus esquemas cuando se requiere algo nuevo (acomodación). De hecho, la mayor parte del tiempo se

requiere ambos procedimientos. Incluso el uso de un patrón establecido como beber por una pajilla puede requerir cierta acomodación si la forma o el tamaño de la misma difieren del tipo conocido. (Piaget, 1978, p. 168).

- **Principio de Equilibración:** De acuerdo con Piaget la organización, la asimilación y la acomodación puede verse como una especie de acto complejo de ponderación en su teoría, los cambios en el pensamiento tienen lugar mediante el proceso de equilibrio: la búsqueda de balance. Piaget suponía que, para alcanzarlo, la gente pone a prueba de continuo lo adecuado de sus procesos de pensamiento. De manera breve el proceso de equilibrio funciona de la siguiente manera: hay equilibrio si al aplicar un esquema en particular a un acontecimiento o una situación el esquema funciona; Pero si el esquema no produce un resultado satisfactorio, entonces hay un desequilibrio y nos sentimos incómodos. La incomodidad nos motiva a buscar una solución mediante la asimilación y la acomodación, con lo que nuestro pensamiento cambia y avanza. Para equilibrar nuestros esquemas de comprensión del mundo y los datos que este proporciona, asimilamos continuamente nueva información mediante nuestros esquemas y acomodamos el pensamiento siempre que los intentos desafortunados de asimilación que produzcan un desequilibrio. (Piaget 1978, p.168).

1.3.13. El funcionamiento cognitivo en el adulto mayor

El proceso de envejecimiento también se acompaña de una disminución de las funciones generales del organismo. En lo referente a los cambios del sistema motor, estos pueden ser de origen fisiológico o patológico, en que dichas modificaciones se aceleran después de los 60 años, llevando a la atrofia, pérdida de la fuerza muscular, la acumulación de grasa que puede comprometer la movilidad del individuo. Además, algunos trastornos como enfermedades degenerativas centrales, osteoporosis, hiperglucemia y las secuelas del accidente cerebrovascular causan impacto negativo en el rendimiento motor y en deambulación de los ancianos. (Benavides Caro, 2017).

De acuerdo con Benavides Caro, (2017 p.21) “El anciano con osteoporosis es más proclive a tener fracturas, en caso de caídas, y de desarrollar el síndrome post-caída,

que incluye la dependencia, la pérdida de autonomía, confusión inmovilización y depresión y puede llevar a restricciones con miras a la realización de actividades de la vida diaria”.

Según Molina (2012, p. 18). Es importante destacar que las enfermedades de carácter crónico a menudo se asocian, tienden a ser expresivas en la vejez y pueden generar discapacidad, afectar a la funcionalidad y a la calidad de vida. La capacidad funcional constituye un componente del estudio sobre el estado de salud de los ancianos. Para evaluar el estado funcional es necesario determinar el nivel de independencia para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria”.

Los resultados pueden mostrar a mayores independientes, parcialmente independientes o dependientes para realizar tales actividades. La funcionalidad, también puede estar en relación con el funcionamiento de la persona en su capacidad de autocuidado, la integridad física, el estado intelectual, mental y espiritual e interacciones sociales (Molina, 2012).

El envejecimiento trae consigo también la disminución cognitiva y fisiológica causando aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones. La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad para realizar cálculo son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones.

La demencia por su parte es un síndrome crónico y progresivo, resultante de la enfermedad o de la disfunción del cerebro, que provoca cambios en las funciones cognitivas, incluyendo: la memoria, atención y el aprendizaje, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, lenguaje y juicio. Tales modificaciones generalmente vienen acompañadas de alteración del control emocional, comportamiento social o motivación y reducción en la función intelectual. (Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M; 2010).

1.3.14. Cambios cognitivos en el adulto mayor

- **Memoria:**

Según la psicología clásica la memoria se considera como una grabación de impresiones en la conciencia asociadas unas con otras, pero esta definición no ha sido suficiente para la psicología moderna que mediante estudios ha logrado demostrar que la memoria es una función compleja que se diferencia según la duración de los elementos en la misma y la cantidad de impresiones. Las grabaciones o estampas que se obtienen a través de estímulos son seleccionados dependiendo de las necesidades del momento.

La pérdida de memoria parece ser el signo clave del envejecimiento, normalmente a las personas mayores les resulta difícil evocar sucesos recientes y sufren pequeños olvidos. Esto puede estar causado por otros factores físicos como cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, y otros más psicológicos como, por ejemplo, la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencia de duelos, etc. Las personas mayores suelen quejarse de tener problemas para retener información de poca importancia o para organizarla, pero a lo largo de muchos estudios se dice que la memoria a largo plazo o memoria remota suele estar muy bien conservada (Junque, 2010).

Las diferentes subjetividades en cuanto a la vejez también tienen un papel en el desempeño del adulto mayor y así también sobre esta función cognitiva. El adulto mayor al verse cargado e influenciado por estas subjetividades se ve inmerso en ansiedades y expectativas acerca de esta etapa de su vida, causándole además estrés; todos estos elementos podrían estar relacionados con la disminución en la capacidad de retener información. La memoria se clasifica en memoria acorto plazo y memoria largo plazo, esta última a su vez se clasifica en memoria procedural (o implícita) y declarativa (o explícita). La memoria declarativa se divide en episódica, prospectiva y semántica.

La memoria a corto plazo tiene dos conceptualizaciones, por una parte, la que se llama memoria a corto plazo pasiva la cual se conceptualiza como una memoria que no tiene mayor importancia, y posee una cantidad limitada de información. Por otra parte, se conceptualiza como memoria a corto plazo activa, donde se mantiene la información de manera temporal, información reciente o información que se recupera dependiendo de las necesidades del momento.

La memoria a largo plazo se cree que es ilimitada, puede permanecer durante toda la vida. La memoria procedural es todo lo aprendido por ejemplo escribir, y también tiene que ver con las habilidades cognitivas como leer, resolver problemas. Es decir, recuerda tanto habilidades motoras como ejecutivas. La memoria declarativa habla de los recuerdos que pueden ser evocados de forma consciente. El aprendizaje de esta memoria es rápido y en ocasiones con una vez o dos que se repita ya queda registrada la información.

Como se mencionó anteriormente la memoria declarativa se divide en episódica prospectiva y semántica, la primera de ellas requiere de la intervención del lóbulo temporal que es del hipocampo. Los hechos sucedidos se ordenan sobre un eje temporal en esta memoria. Forman parte de ella la memoria autobiográfica, es decir, la memoria de los hechos personales, también está compuesta por la memoria de hechos públicos, es decir hechos que afectan a la globalidad de las personas. (Benavides Caro, 2017)

La memoria prospectiva es la que nos recuerda las acciones que se realizarán en un futuro, y finalmente la memoria semántica recuerda los hechos en general, tiene que ver con el conocimiento de conceptos.

- **La inteligencia:**

La inteligencia como tal se mantiene estable, la edad no parece ser un factor que la modifique por sí solo, aunque a veces se presenta pérdida de interés, dificultades de concentración o enlentecimiento. Este enlentecimiento puede estar causado por los cambios físicos de la vejez que, por ejemplo, disminuye el ritmo del riego sanguíneo, influyendo también al cerebro. Algunos estudios dicen que hay un cambio en el tipo de inteligencia que se usa, siendo en la gente más joven mucho más común la

inteligencia fluida (donde se sitúa la creatividad), mientras que la cristalizada (relacionada con la experiencia y la reflexión) para la gente más mayor. Desde una interpretación bifactorial de la inteligencia, podemos distinguir entre:

- **Inteligencia fluida:** directamente relacionada con los aspectos biológicos, en la que se incluyen capacidades como adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación, razonamiento inductivo, etc., que reflejan nuestra capacidad instantánea de razonamiento, independientemente de la experiencia. Es decir, tareas con muy poca carga cultural que disminuyen claramente con la edad.
- **Inteligencia cristalizada:** formada por actitudes como vocabulario, información general, razonamiento constructivo, conocimientos generales, etc., que no decaen con la edad, sino que incluso algunas se incrementan a lo largo de los años. Todas ellas son tareas de alto significado cultural y educativo. (Benavides Caro, 2017).
- **El lenguaje**

El lenguaje se mantiene correcto, aunque, en ocasiones, nuevamente, enlentecido. El razonamiento verbal parece no sufrir cambios, aunque se puede apreciar una ligera pérdida en la capacidad de conceptualización y en la flexibilidad mental.

El adulto mayor presenta dificultades para encontrar las palabras que quiere pronunciar, a pesar de conocerlas, fenómeno conocido como “de la punta de la lengua”. Dicho fenómeno lleva a que se demore mayor cantidad de tiempo en responder a preguntas o que comience a dar vueltas al tema como instrumento compensatorio. Además, los adultos mayores presentan dificultades para comprender estructuras gramaticales más complejas y discursos para elaborarlos. Estas dificultades más que deberse a una alteración del lenguaje propiamente, se debe a una alteración que ocurre en otros sistemas cognitivos y que influye en el rendimiento lingüístico, entre ellos: la atención, la memoria, la capacidad de manejar y organizar información de mayor complejidad. (Mejía Arango, Miguel, Villa, & Ruiz, 2001)

- **Atención**

Es una función que trabaja en la activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje. Las dificultades de atención junto con la pérdida de memoria en el adulto mayor son un indicio de deterioro cognitivo. La atención es importante porque su función es seleccionar elementos que se encuentran almacenados en nuestra memoria, pues toda actividad mental tiene un grado de selectividad. Es decir que la atención funciona como un filtro de los estímulos que recibimos y se procesan dependiendo de la relevancia de ese estímulo, seleccionando aquella información que es necesaria. (Escalona Díaz & Roca Socarrás, 2012).

Dentro de la atención se pueden ver tres elementos que la constituyen, estos son; alerta que a su vez se divide en alerta tónico y alerta físico, luego la atención sostenida y atención selectiva.

La atención sostenida, es la atención mantenida sobre un foco, está no hace parte de una función cognitiva. Es el esfuerzo voluntario de la persona por mantener un objetivo específico, es decir ante mantenerse en una misma actividad; es la persistencia de la atención.

En cuanto a la atención selectiva hace referencia a la atención focalizada que se divide y alterna. Son muchos los estímulos captados, por lo tanto, sería imposible actuar ante todos esos estímulos, lo que hace la atención selectiva es seleccionar aquellos que son más importantes e integrarlos, alternando entre unos y otros. En esta última, el sujeto selecciona voluntariamente los estímulos, en el adulto mayor este tipo de atención se ve más descendida. Junto con la memoria reciente, es el fenómeno de mayor queja en la población de adultos mayores.

Los inconvenientes en la atención en los adultos mayores son realizar varias tareas en forma a simultánea, y tomar y seleccionar la información que es importante en el momento necesario de la que no es importante, es decir que se presentan dificultades en la atención dividida y la atención selectiva respectivamente. (Papalia, A., Sterns, H., R., F., y Camp, C. 2009).

- **La motivación**

La motivación para hacer actividades satisfactorias personalmente no siempre se mantiene, suelen realizar muchas menos actividades, pero hay que procurar que las que realicen sean más positivas para su satisfacción personal, es decir, hay que valorar más la calidad que la cantidad de las actividades que se realizan. Existen factores que pueden aumentar o disminuir todos estos síntomas cognitivos (mejorando o empeorando la situación), como pueden ser: el estado de salud general y la ausencia de psicopatologías asociadas, el nivel cultural, la actividad física y la actividad mental, los estímulos ambientales, la existencia de intereses y las relaciones personales, etc. (Nelson, 2003).

1.3.15. Deterioro Cognitivo

Se define como la pérdida progresiva de las funciones superiores del ser humano, fundamentalmente las relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información. Aparece con el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales. El síntoma inicial del deterioro cognitivo es la pérdida de la memoria, que primero se manifiesta por medio de lo que se conoce como queja subjetiva de memoria u olvido involuntario; después, viene la etapa del deterioro cognitivo en sí, que al comienzo puede ser leve o avanzar de manera progresiva. A veces, sin embargo, es más intenso de lo que cabría pensar por la edad o nivel educativo de la persona. O tiene una evolución más rápida de lo esperable. (Papalia, A., Sterns, H., R., F; y Camp, C. 2009).

De acuerdo con Sosa (2016) una investigación realizada por Albala & Marín (2003), hace referencia a la función neurocognitiva como uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los ancianos y es uno de los problemas asociados al envejecimiento más temidos. Este problema limita enormemente la capacidad del adulto mayor de vivir en forma independiente y productiva. La forma más frecuente de deterioro cognitivo es la demencia. En ese sentido la investigación refleja que las cifras de demencia aumentan con la edad, en tal forma que la prevalencia se dobla cada 5 años de edad después de los 65 años, llegando a cifras superiores al 35% a la edad de 95 años. Se ha demostrado que se puede reducir la velocidad de declinación de la

función cognitiva, mediante intervenciones relativamente sencillas que abarcan desde la farmacología, a la instauración de redes de apoyo social.

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente, al 50% de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10% de esta población (P.P., A. C. 2003).

La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan intactas. Los trastornos de la atención, del lenguaje, los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo simular una demencia.

De acuerdo con el Diccionario del Alzheimer (2014). Aunque hay autores que ofrecen el término demencia como sinónimo de deterioro cognitivo, solo en algunos casos pueden llegar a ser sinónimos. Por un lado, el deterioro cognitivo asociado a la edad, propio del anciano sano, no es equivalente en modo alguno a la demencia. Por otro lado, el deterioro cognitivo leve evoluciona hacia la demencia únicamente en un 10-15% de los pacientes.

- **Deterioro Cognitivo Leve:**

Es un declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan el inicio de la senectud y la demencia. (Escalona Díaz, C., & Roca Socarrás, C. 2012).

Las funciones cognitivas que se encuentran afectadas tienen su origen en el deterioro de la estructura cerebral, es decir que desde lo biológico hay un cambio estructural comprobable importante, pero también especifican algunos autores que otras áreas se encuentran implicadas en el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) como lo es el plano de lo psicológico y el plano de lo social relacionados a la edad adulta. El deterioro

cognitivo leve se describe inicialmente en 1980 por Reisberg y colaboradores quienes buscaban clasificar a las personas con deterioro global mayor a grado tres. Más adelante en 1990, se habla de este como un deterioro a nivel de la memoria que está más allá del deterioro de la vejez, evolucionando en algunos casos a Enfermedad de Alzheimer. Los mismos autores expresan que el DCL. Ha recibido más atención justamente por su progresión a Enfermedad de Alzheimer. (Sosa, 2016)

La importancia de la detección de DCL está en los beneficios que aporta a la población implícita, el hecho de poder adelantarse a la aparición de los síntomas de Alzheimer. Diferentes estudios indican que, junto con el crecimiento poblacional y el aumento en la longevidad, también ha crecido el número de demencias. El Alzheimer constituye el 65 % de todas las demencias. Sin embargo, es una enfermedad sobre la cual los médicos generales no poseen aun suficiente información, afectando el diagnóstico precoz de la enfermedad. (Ávila, Vázquez y Gutiérrez, 2007)

Además, en relación a lo anterior expresan Berriel y Pérez (2007) que la asistencia a estos pacientes y a sus familias suele ser disminuida basada en la visión prejuiciosa de vejez en donde la psicoterapia a los mismos se ve como un instrumento de pocas perspectivas. Lo cierto es que las quejas de los adultos mayores sobre pérdida de memoria en cuestiones que refieren a olvido de nombres, números de teléfonos, lugares donde se dejan las cosas y reconocimiento de caras son las más comunes. Estas quejas pueden ser una alteración momentánea a causa de un evento específico, como un deterioro leve, o un síntoma de demencia.

De acuerdo con Fernández (2017). El problema es que los límites entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo leve pueden ser muy sutiles, igual que entre el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer temprana. Esto es debido a la existencia de un solapamiento de estas etapas, de manera que el empeoramiento de un envejecimiento normal puede coincidir con las primeras fases de un deterioro cognitivo leve; y el principio de Alzheimer, con un deterioro cognitivo leve avanzado.

La alteración cognitiva del adulto mayor que no alcanza demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas, ocupacionales y sociales, o con una muy discreta repercusión (solo para actividades complejas) incluye 2 conceptos de gran operatividad práctica y utilidad en la clínica diaria: el deterioro cognitivo muy leve o sin demencia, y el deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa. En el primer caso se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria. (Frama, 1972).

Los olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor, no interfiere en las actividades de la vida diaria y se constata la normalidad de los test cognitivos breves (puntuaciones superiores a 24). El seguimiento clínico del paciente cada 6 meses no evidencia el empeoramiento del déficit. El aumento de la incidencia de este trastorno en el adulto mayor con respecto a otros grupos de edades, se debe a factores sociales que limitan los estímulos vitales de estas personas y a su mayor preocupación por los problemas relacionados con su salud. Este criterio abarcaría a la definición de alteración de la memoria asociada a la edad. En el segundo caso existe un trastorno más pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas solo para las tareas complejas previamente bien desarrolladas, pero el déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, es decir, no afectará su vida de relación, por lo que la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia. Los test cognitivos breves aplicados puntuarían alrededor de 24. El seguimiento clínico del paciente cada 3 ó 6 meses nos indicará si el déficit regresa, se estabiliza o progresa hacia la demencia, es decir, nos aclarará el diagnóstico. Este criterio es el más próximo a la definición de deterioro cognitivo asociado con la edad. Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial (Pérez, 2005).

De acuerdo con Pérez (2005) “Solo una correcta valoración clínica nos indicará en qué lugar del deterioro o trastorno cognitivo leve demencia se sitúa un paciente. A menudo, solo el seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable o, por el contrario, progresa a demencia”.

- **Demencia:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la demencia como “un síndrome de naturaleza crónica o progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (S. y Wortmann, 2012, p. 7).

Según Lorenzo y Fontan (2004, p. 68) “la demencia es un síndrome caracterizado por el déficit progresivo pero que no presenta trastorno de conciencia, como expresan estos autores la demencia influye en aspectos de la vida de la persona en cuanto a su rendimiento a nivel de vínculos familiares, laborales y sociales”.

Actualmente, podríamos clasificar los síndromes demenciales en seis categorías diferentes dependiendo de su etiología: la enfermedad del Alzheimer, las demencias asociadas a un infarto cerebral o demencias vasculares (DV), la demencia con cuerpos de Lewy, las demencias asociadas con parkinsonismo (PDD), las demencias frontotemporales (DLFT) y las demencias rápidamente progresivas (secundarias a trastornos metabólicos o tóxicos, tumores, traumatismos, cuadros depresivos o enfermedad.

Entre los síndromes demenciales, la enfermedad de Alzheimer es, con diferencia, la causa más frecuente de demencia (entre el 60 y el 80% del total de los casos); el segundo lugar lo ocupa la demencia por patología mixta, vascular y Alzheimer, seguida de la demencia vascular (entre el 20 y el 30% del total), y posteriormente, la demencia

por cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal (mayor prevalencia en pacientes jóvenes) y las demencias secundarias.

La demencia senil es una enfermedad crónica que tiene un importante impacto físico, psicológico, social y económico en nuestra sociedad, y principalmente en las familias y cuidadores encargados de estas personas. En relación con el coste que conlleva esta enfermedad, las demencias constituyen el tercer problema sanitario en importancia en cuanto al coste económico que generan. (Fernández Ballesteros, R. 2000).

La prevalencia de demencia antes de los 65 años es de entre 2 a 10%, pero ella se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad. En 2011 se calculó que, a nivel mundial, 35 millones de personas padecían de demencia y diversos estudios epidemiológicos indican que la cifra se duplicará cada 20 años.

Las fuertes necesidades y demandas que una persona con demencia requiere, obliga muchas veces a los familiares a acudir a una atención institucionalizada. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. (Mangone, C., y Arizaga, R. 1999).

La pérdida de memoria es uno de los primeros síntomas que se manifiestan en estos pacientes (tal como se mencionaba a su vez, en el apareamiento del deterioro cognitivo leve) y a lo largo de su evolución van añadiéndose otros déficits cognitivos tales como: afasia, apraxia, agnosia, desorientación, disfunciones sensoriales y conductuales e incapacidad para el razonamiento. Esta incapacidad aumenta progresivamente a lo largo de la enfermedad, donde en los casos más avanzados, el paciente no puede realizar las más elementales actividades de mantenimiento y requiere una atención permanente. Todo ello redundando en una notable reducción de su calidad de vida.

La dependencia se plantea como un problema de interacción multidisciplinar entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales que pueden actuar como barreras o facilitadores. (Prieto, Ortiz, & Llanero, 2011)

En relación con la dependencia, la demencia plantea, nuevos retos a la sociedad y al sistema sanitario, como son el respeto a la autonomía del paciente y la gestión de consentimientos al paciente y a la familia para proceder como sea necesario.

De acuerdo con Tello, Alarcón y Vizcarra (2016, p.56) Dentro de los factores de riesgo se señalan los de carácter genético, sociodemográfico (edad, raza, educación, historia familiar), vasculares o metabólicos (hipertensión, hiperlipidemia, diabetes), trauma cerebral, estilos de vida o hábitos (dietas irregulares, obesidad, consumo de tabaco o alcohol, etc.)

La evaluación del paciente con sospecha de demencia debe basarse en una cuidadosa información amnésica recogida del propio paciente, familiares o cuidadores, con énfasis en la exploración de cambios cognitivos, funcionales y de conducta. A su vez, la exploración física debe incluir un adecuado examen neurológico, evaluación funcional motora y exámenes auxiliares que incluyan vitamina B12, hormonas tiroideas y estudios de neuroimágenes. (Tello, Alarcón, y Vizcarra, 2016).

1.3.16. Adulto mayor institucionalizado

Para hablar de institucionalización, hay que poner de manifiesto la palabra “Asilo”, está es una palabra que proviene del latín *asylum*, donde *a:* sin *ysylum:* quitar, despojar, o sea, sin quitar o sin despojar, también viene del griego que significa sitio inolvidable. Se le dio este nombre a todo lugar que, por cuidar humanitariamente a toda persona desprotegida, no debía ser afectado por la mayoría de las disposiciones militares, civiles, sociales, religiosas, económicas, industriales y gubernamentales. Conforme se fueron legislando las condiciones de estos espacios, el nombre asilo se identificó con una institución social en la que se proporcionaba protección, amparo y medios de subsistencia a los desvalidos, incapacitados, indigentes o menesterosos que no pudieran ejercer por sí mismos sus derechos humanos. Es así como se llega a asumir que la función social del asilo es la de ser una institución de protección y amparo para las personas imposibilitadas de ejercer sus derechos humanos y que necesitan del auxilio de otros. La historia de los centros para ancianos se encuentra muy relacionada a la de los hospitales y a la del desarrollo económico y demográfico de los diferentes países que cuentan con sistemas de seguridad social y de salud para personas de edad

avanzada. Conforme se fueron repensando las condiciones y necesidades de los ancianos, así como las condiciones de vida que ofrecían los asilos, este nombre se fue cambiando por uno más popular. “Casa hogar para ancianos”, el cual generalmente está identificado con el nombre de un santo, benefactor o fundador. El pensarlo como hogar para ancianos no necesariamente implica que su organización, servicios y proyección social fueran diferentes, pero sí ponía de manifiesto la intención de llevar al anciano a una condición de vida más satisfactoria y gratificante, con la idea de verse integrado a una familia, similar a la de su hogar cotidiano y de origen. (Fernández Ballesteros, 2000).

El asilo de ancianos se define como un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día. Algunos asilos están equipados como un hospital. El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Otros centros procuran aparentar ser más un hogar. Tratan de brindar una sensación de vecindario. Por lo anteriormente dicho no importa si el adulto mayor se encuentra dentro de una institución como un asilo, o está en el hogar con su familia, siempre y cuando puedan satisfacer sus condiciones de vida de la mejor manera posible, permitiéndole desarrollar nuevas habilidades sociales, comprender su entorno y poseer satisfacción con la vida. (Izal, Montorio, & Díaz, 2001).

Pero vemos que los cambios que se han producido en la familia actual, han modificado la naturaleza de los lazos familiares y especialmente el que se mantiene con los ancianos. Al producirse cambios en los ciclos de vida familiar y en la estructura familiar, la situación de los adultos mayores se altera pues no tienen un lugar en este contexto. Ante esta ausencia de espacio de pertenencia para el adulto mayor, diferentes instituciones públicas y privadas están asumiendo algunas de las funciones que tradicionalmente cumplió la familia con respecto a los ancianos. El Estado por su parte, debe velar porque estas instituciones cumplan las funciones que se le han asignado y proporcionado adecuadamente. Todo este entramado de nuevos factores sociales

institucionalizados está contribuyendo a la reorganización de las relaciones de las personas mayores con su familia y con la sociedad.

Se define a la institución total como “todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado. El aumento considerable de las personas mayores, sumado como ya se ha visto, a los cambios experimentados a nivel familiar ha favorecido el crecimiento de la oferta de establecimientos de larga estadía. Esta oferta si bien es necesaria, los estudiosos de la gerontología y las autoridades gubernamentales no están seguros de que estas instituciones sean favorables para el bienestar integral del adulto mayor, en lo referido a los sentimientos de identidad, roles, seguridad, etc.”. (Vallejo Sánchez, 2010, p. 50)

Este tipo de instituciones comienzan con posterioridad a la II Guerra Mundial. En España como en los otros países Mediterráneos, y en América Latina es aún más reciente su surgimiento en relación al de las sociedades industrializadas. “Es en los años setenta cuando comienza a perfilarse lo que podría llegar a ser en el futuro un sistema público de servicios sociales y comienza el énfasis y el esfuerzo a tratar de mejorar la antigua concepción de asilo, tradicional institución de beneficencia destinado fundamentalmente a ancianos indigentes y abandonados.

Entre las causas de la institucionalización existen tres variables: a) el creciente deterioro físico; b) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes convive de prestar los cuidados que el adulto mayor necesita y c) la falta de servicios comunitarios que le ayuden a mantener una vida independiente. Existen dos Tipos de institucionalización: a) articulares o con fines de lucro: en éstos se debe cancelar una tarifa mensual que variará en costo, según los servicios prestados y el lugar en donde esté ubicada la residencia. b) de beneficencia o con fines de lucro: ellos son pertenecientes a alguna fundación religiosa o de otro carácter. Estos establecimientos, si bien también tienen una tarifa que debe ser cancelado por el adulto mayor o su familia, éste es un monto pequeño y accesible al que incluso puede ser subvencionados con las pensiones de vejez que reciben algunos adultos mayores.

CAPÍTULO II

2. Técnicas e instrumentos

2.1. Enfoque y modelo de investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo.

El alcance es explicativo pues su interés se centró en explicar por qué el deterioro cognitivo tiene mayor incidencia en adultos mayores institucionalizados y en qué condiciones se manifiestan el declive cognitivo. Se recogió información de manera conjunta sobre las variables utilizando pruebas neuropsicológicas con base en análisis estadístico. En cuanto al diseño de investigación fue asociativo, pues busco establecer asociaciones entre dos o más variables, con la finalidad de encontrar desigualdad ó igualdad en un nivel altamente significativo.

De acuerdo a la modalidad de este, se optó por el diseño asociativo; el cual consistió en aplicar un programa de psicoestimulación cognitiva a un grupo de 15 adultos mayores de ambos géneros y finalmente se aplicó las dos pruebas “Mini-Mental State Examination” (MMSE) y el test del reloj para observar cual es el nivel de deterioro cognitivo del grupo institucionalizado.

Estos enfoques se utilizaron durante la investigación y se destinaron en el hogar Lazos de Amor.

2.1.1. Técnica de muestreo

- **Aleatoria no aleatorio:** se trabajó con un total de 15 adultos mayores de ambos sexos que se encuentren institucionalizados dentro del hogar Lazos de Amor en Amatitlán. Fueron seleccionados considerando que hayan sido escolarizados y estén en un rango de 75 a 80 años los cuales hayan presentado problemas con funciones cognitivas superiores.

2.1.2. Técnica de muestreo

- **Aleatoria no aleatorio:** se trabajó con un total de 15 adultos mayores de ambos sexos que se encuentren institucionalizados dentro del hogar Lazos de Amor en Amatlán. Fueron seleccionados considerando que hayan sido escolarizados y estén en un rango de 75 a 80 años los cuales hayan presentado problemas con funciones cognitivas superiores.

2.1.3. Técnicas de recolección de datos

- **Consentimiento Informado:** se utilizó previo a la aplicación del cuestionario con la finalidad de hacer conocimiento a los participantes de los parámetros de anonimato de la información que se obtenga, así como contar con la disponibilidad de cada uno de ellos. Se llevó a cabo la segunda semana de marzo en horario de 2:00 PM en adelante.

VER ANEXO # 1

- **Cuestionario:** se aplicó consecutivamente después de contar con la autorización de las autoridades del hogar Lazos de Amor. Se realizó en el patio de recreación de dicha institución en donde generalmente los adultos mayores tienen tiempo para leer o conversar. Se estimó realizarse en la segunda semana del mes de marzo los días lunes, miércoles y viernes en horario de las 3:00 PM. Se llevó a cabo de manera individual, realizando las preguntas contempladas dentro del instrumento con los fines y criterios de evaluación que se describen posteriormente en el apartado de instrumentos.
- **Test Mini Mental:** se aplicó en el patio de recreación del hogar Lazos de Amor durante la tercera semana de marzo, los días lunes, miércoles y viernes en horario de las 10:00 AM. El método de aplicación comprendió un saludo cordial y la explicación del trabajo a realizar. Posteriormente se procedió a la realización de la prueba la cual abarco aproximadamente 10 minutos de forma individual dependiendo de la capacidad de cada uno de los adultos mayores.

- **Test del Reloj:** se aplicó después de la realización del Test Mini Mental en el área del comedor del hogar Lazos de Amor, debido a que su método de aplicación exigía ser en un lugar en donde la persona pueda apoyar una hoja de papel para realizar el dibujo. Se llevó a cabo la tercera semana de marzo, los días lunes, miércoles y viernes a partir de las 10:30 AM tomando únicamente 15 minutos del tiempo por persona.
- **Programa de Psicoestimulación Cognitiva:** se realizó en el patio de hogar Lazos de Amor a partir de la cuarta semana de marzo todos los días en horario de 9:00 a 11:00 am. durante 3 semanas consecutivas. Esta metodología de aplicación tuvo la finalidad de incidir en las funciones cognitivas superiores de los adultos mayores pertenecientes a la institución. Se llevó a cabo de forma grupal procurando la homogeneidad del grupo, considerando criterios de escolaridad y tiempo de institucionalización.
- **Segunda evaluación:** se realizó en el patio de recreación y comedor del hogar Lazos de Amor posteriormente a la finalización del Programa de Psicoestimulación Cognitiva, durante la primera semana de abril los días lunes, miércoles y viernes a partir de las 10:00 am. Dicha evaluación diagnóstica se llevó a cabo a través de la re aplicación del Mini Mental Test y el Test del Reloj. El tiempo de aplicación individual se estimó en 25 minutos, dependiendo de la capacidad de respuesta y avance de cada uno.

2.1.4. Técnica de análisis de datos

Luego de ordenar y clasificar los datos, se instaló un programa en el computador que analizar los datos (Minitab: bajo costo, incluye un considerable número de estadísticas,

tiene tutorial en línea y sencillo de manejar) este incluyo la definición de las variables que explican los datos.

Al elaborar el informe final, la distribución y descripción de los resultados fue a través de estudio de casos, esta es una técnica de investigación la cual se caracteriza por la elaboración de un análisis sistemático de cada caso de las personas que colaboraron con la investigación. El análisis de los datos se realizó al finalizar la recolección de resultados de las pruebas pre y post aplicadas al mismo grupo de adultos mayores posteriormente a la finalización del Programa de Psicoestimulación Cognitiva planificado.

2.3 Instrumentos

2.3.1. Cuestionario

CRITERIOS DE ELABORACIÓN			
Objetivo de Investigación	Ítems	Criterio de elaboración	Criterio de evaluación
Identificar los parámetros necesarios de la estimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80	Datos personales	Datos personales y familiares.	Pertenencia o no pertenencia a la población.
	Ambiente de institucionalización	Tiempo de institucionalización. Conocimiento del ambiente en el que se	Orientación en espacio, tiempo y persona.

años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante 2019.		desenvuelven diariamente.	
	Problemas frecuentes a nivel cognitivo presentados últimamente	Dificultades en la elaboración de tareas referentes a las funciones ejecutivas superiores.	Dificultades de atención, aprendizaje, lenguaje y orientación.

VER ANEXO # 2

2.3.2. Mini-Mental Test

FICHA TÉCNICA	
Nombre	Mini-Mental State Examination (MMSE)
Categoría	Prueba Neuropsicológica
Autor	M.F. Folstein y S. McHung (1975)
Objetivo	Proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar los trastornos funcionales orgánicos.
Aplicación	Individual
Edad	75 a 80 años.
Tiempo	5-10 minutos
Material	Cuestionario y lápices
Descripción	Cuantifica especialmente en adultos mayores. Consiste en un

	<p>cuestionario de 11 preguntas que abarca cinco funciones cognitivas superiores: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Un resultado por arriba de 27 puntos sobre un total de 30 se considera normal, sin embargo, una calificación por debajo de 24 empieza a sugerir una demencia, entre 23-21 una demencia leve, entre 20-11 una demencia moderada y menor de 10 una demencia severa.</p>
Método de aplicación	<p>Para poder efectuarlo es necesario que el paciente se encuentre vigil y lúcido. Es necesario realizar el test en un ambiente confortable, sin ruidos e interrupciones. Antes de dar inicio es importante tomar en cuenta el nombre y apellido del paciente, edad y años de estudio, así como si ha tenido algún problema con su memoria. Se realizan preguntas de orientación en espacio, tiempo y persona. Seguidamente, se le pide repita una cantidad de números e identifique colores y frutas. Posteriormente, la comprensión de las instrucciones y un dibujo que se calificará dependiendo del nivel escolar de cada paciente. La suma de cada actividad, dará la puntuación pertinente para la clasificación del deterioro cognitivo.</p>

VER ANEXO # 3

2.3.3 Test del Dibujo del Reloj

FICHA TÉCNICA	
Nombre	Test del Dibujo del Reloj (TDR)
Categoría	Prueba Neuropsicológica
Autor	J. Cacho y R. García (1998)
Objetivo	Examinar el Deterioro Cognitivo
Aplicación	Individual
Edad	Adultos mayores de 75 a 80 años de edad

Tiempo	5-10 minutos
Material	Hojas en blanco, lápices y borradores.
Descripción	Estima el deterioro cognitivo asociado a la demencia de tipo Alzheimer a través de la realización de dos relojes analógicos. Uno que se realiza a través de la consideración de marcar una hora en específico (11:10) y otro que responde a la realización de una copia de un reloj ya establecido. La puntuación se divide entre manecillas, números y esfera, teniendo un total de 9 puntos.
Método de aplicación	<p>Consiste en dos copias. El Test del reloj a la orden (TRO) en el que le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y borrador. Las instrucciones son: “Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande que marquen la hora correcta (11:10). En caso cometa algún error, aquí tiene un borrador para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad”. A cada sujeto se le repite la instrucción las veces que se considere necesario para su total comprensión. Si después de dibujar la esfera y los números falta alguna, se le pregunta si los ha puesto todos, permitiéndole rectificar el dibujo en caso tomara consciencia de sus errores. Al no percibirlo, se le repite la instrucción inicial.</p> <p>Test del reloj a la copia (TRC) en el que se le presenta un reloj impreso, se le pide que preste la máxima atención al dibujo y copie de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja, tampoco se establece un tiempo límite. Se le informa que, seguidamente, van a desarrollar una prueba más fácil, comenzando entonces con la realización de la fase del TRC.</p> <p>Seguidamente, se le insta a tener la mayor atención a cada</p>

	<p>detalle del dibujo para poder copiarlos. Si el reloj está incompleto, antes de recoger la hoja se pregunta si el dibujo está terminado. Si el sujeto considera la existencia del error, se le permite rectificarlo, de lo contrario, se le recoge la hoja.</p> <p>Finalmente se evalúa en una escala de puntuación entre 6 a 9 en cada uno, considerando los números altos como indicadores para descartar la enfermedad.</p>
--	--

VER ANEXO # 4

2.3.4. Programación de psicoestimulación cognitiva (VER ANEXO 5)

2.4. Operacionalización de objetivos y variables

Objetivos Específicos	Definición conceptual de variables	Definición operacional indicadores	Técnicas e instrumentos
<p>Determinar el nivel del deterioro cognitivo y tiempo de institucionalización en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019.</p>	<p>Deterioro cognitivo: Es un declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan la vejez y el inicio de la demencia; se trata de</p>	<p>Deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientación ● Atención ● Cálculo ● Lenguaje ● Memoria <p>La institucionalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tiempo de institucionalización ● Ambiente en el 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mini-examen cognoscitivo ● Test del dibujo del reloj ● Programa de psicoestimulación cognitiva.

<p>Aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019.</p> <p>Identificar los parámetros necesarios para la estimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019.</p>	<p>una patología.</p> <p>La institucionalización: Se refiere a la sumisión de un individuo al régimen de vida de una institución; donde vive internado durante un largo periodo, hasta hacerse dependiente de ella, más allá del tratamiento que recibe y que teóricamente debería estar orientado a su reinserción en la sociedad.</p>	<p>que se desenvuelve dentro de la institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades que realiza dentro de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
--	---	---	--

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la muestra

- **Características del lugar**

El hogar Lazos de Amor, cuenta con nueve habitaciones, tres sanitarios, una sala-comedor, cocina, área de lavandería, patio trasero, y un jardín principal. Entre los servicios que presta se puede encontrar atención y cuidado del adulto mayor, hospedaje, alimentación (los tres tiempos y refacciones), servicio de enfermería las veinticuatro horas, los siete días de la semana. También cuidado e higiene personal, administración de medicamentos, cuidados en lavado y planchado de vestuario.

Entre las características que destacan a la residencia se encuentran: un ambiente cálido, trato gentil, respeto y responsabilidad, haciendo énfasis en la seguridad que se brinda a través del monitoreo de cámaras en todo el lugar. El equipo de trabajo está considerado de la siguiente manera:

- Administrador
- Directora general
- Dos enfermeras
- Dos cuidadoras
- Cocinera

Es fundamental que todas las personas que integren el equipo, tengan una previa capacitación en general de la atención específica a los adultos mayores, principalmente hacer énfasis en que el trato que debe recibir una persona adulta mayor debe ser con dignidad, respeto y que contribuya a la calidad de vida

En cuanto a programas de atención, uno de los logros de esta investigación es establecer el Programa de Psicoestimulación Cognitiva como parte de los servicios que prestará permanentemente, pues mediante la ejecución del programa se aspira a mantener en condición de interacción social, física y emocional a los adultos mayores.

- **Características de la muestra**

En la investigación han participado 15 adultos mayores, 3 hombres y 12 mujeres. Todos los participantes fueron evaluados con protocolo clínico y neuropsicológico.

Se denomina adulto mayor a la persona de 65 años de edad a más, por lo que los adultos mayores atendidos en la Residencia Lazos de Amor se encuentran entre las edades 75 a 80 años, lo que revela en general es una población que necesita se le brinde una atención apropiada. A lo anterior se puede agregar que el 80% de la población adulta mayor que solicita ayuda en la residencia Lazos de Amor, corresponde al sexo femenino; y el 20% al sexo masculino, lo que denota que esta población en general debe ser atendida como se merece.

Respecto a la situación civil de los adultos mayores se encontró que el 100% de ellos son viudos. Adicionalmente a lo anterior se estableció que el 100% de ellos vivían con sus hijos.

El 98% de los adultos mayores de la residencia cuentan con ayuda económica de sus familiares, ya que este es un requisito para permanecer en este lugar. Sin embargo, hay un 2% de los adultos mayores que están ahí por el “buen corazón” del administrador, pues sus familiares se desatendieron de las responsabilidades económicas. Respecto a la ocupación de los adultos mayores entrevistados se tiene que el 33% fueron amas de casa, el 4% comerciantes, el 7% maestros y el 13% indicó ninguno.

En cuanto al lugar de origen y residencia el 47% es del municipio de Amatitlán, seguido del 33% de la Ciudad Capital de Guatemala; y solamente el 13% de distintos puntos del interior de la república. De países extranjeros, un 7%, en este caso de Estados Unidos.

De los 15 adultos mayores evaluados se les pregunto sobre la etnia a lo cual respondieron: el 27% ser maya; un 7% ser aparentemente garífuna; la mayoría con el 47% ladino y el 20% no respondió.

En cuanto a temas de religión, los adultos mayores tienen un alto porcentaje por la religión católica con el 53%, en segundo lugar, con el 40% los cristianos/evangélicos; teniendo una minoría en la religión mormona con el 7%.

En lo que se refiere a idioma, de los 15 adultos mayores el 93% habla el español y solamente un 7% domina también el idioma inglés.

Los adultos mayores que residen en Lazos de Amor no emplean actualmente tradiciones propias como estaban acostumbrados en sus hogares, esto debido a que lo ven como un lugar de descanso y tranquilidad y el personal no se da abasto para una atención individual a diario. Entre las actividades tradicionales que realizan se encuentran que, un 7% ven televisión; el 13% prefieren leer; un 20% opta por tratar de interactuar con los demás residentes y un 60% piden descansar al aire libre (patio). Es importante mencionar que el 20% de los adultos mayores interactúa con los otros residentes y cuidadoras. Mientras que el 80% no lo hace.

Por último, existe un factor importante para la calidad de vida de los adultos mayores dentro de la residencia, y este es que los familiares en general lleguen a visitar. Pues bien, se encargan de ellos económicamente pero no todos los visitan, siendo los porcentajes de visitas cada mes el 13%; cada semana 27%; cada seis meses el 13%; cada año o más tiempo un 27% y lamentablemente un 20% de adultos mayores no son visitados.

3.2. Presentación, interpretación y análisis de resultados

- **Nombre completo:** M.A.A.R.
- **Edad:** 79 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Aproximadamente tres años.
- **Enfermedades que padece:** Ansiedad.
- **Medicamentos que utiliza:** Alprazolam
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Refiere tener olvidos desde hace ya varios años, sin embargo, los relaciona con su edad. No es consciente de sus problemas de ansiedad.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 16 /30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 21/30 pts. = Deterioro Cognitivo Leve

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(21/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 4/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 4/6 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 6/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

M.A.A.R. se encontraba en el hogar desde hacía aproximadamente tres años aparentemente por decisión propia en apoyo a los hijos. Su opinión acerca del

establecimiento era que le atendía muy bien, las cuidadoras le apoyaban con su movilización dentro de las instalaciones por ser una persona en silla de ruedas. Su estadía en el hogar le parecía positiva, refiriendo que sus hijos eran capaces de ocuparse en sus trabajos y familias a la vez que otras personas amablemente podían velar por ella para no ser “carga”. Durante la realización del cuestionario también compartió que la relación con las personas a su cuidado y resto de residentes era armoniosa. Sin embargo, refirió tener constantes olvidos de anécdotas y vivencias que solía contar con mayor frecuencia debido a la ausencia de personas nuevas o ajenas que quieran compartir con ella su tiempo. A pesar de su buen ánimo M.A.A.R. consideraba no poseer las aptitudes necesarias para desarrollar nuevas habilidades a su edad y tampoco reforzar las que ya poseía. La actividad que realizaba con mayor frecuencia dentro de la institución era conversar con los otros residentes.

Durante la primera aplicación del Mini Mental Test, demostró desánimo por no lograr responder adecuadamente a las preguntas de orientación y recuerdo. Obtuvo un resultado de demencia moderada el cual equivale a un deterioro cognitivo leve que afecta considerablemente su rutina diaria y no le permite manejarse por sí sola. En cuanto a la primera aplicación del Test del Reloj, encontró que sus habilidades cognitivas y motoras finas todavía le permitían hacer una esfera, pero el orden de los números le causaba dificultad, por lo que demostró un sentimiento de frustración que buscó sobrellevar a través de su sentido del humor, comentando que “su mente” había dejado de funcionar por su edad. Esta primera aplicación apuntó a una Demencia tipo Alzheimer, considerado un síndrome de pérdida cognitiva progresiva de las funciones ejecutivas superiores.

M.A.A.R. participó de forma activa y entusiasta del Programa de Psicoestimulación Cognitiva a pesar que la mayoría de sus respuestas verbales hacia las áreas de orientación y recuerdo al principio eran erróneas. Las actividades ideomotoras hicieron que ella evocara recuerdos de su pasado y compartiera anécdotas que según refirió hacía tiempo no pasaban por su mente.

Durante la segunda aplicación del Mini Mental Test, mejoró en el área de orientación en comparación con la primera prueba, dando como resultado una demencia leve también incluida en los aspectos del primer diagnóstico. En la segunda aplicación del Test del Reloj logró mejorar el orden de sus números y la precisión de su esfera fue mayor. Su punteo aumentó, pero su resultado continuó apuntando a una Demencia de tipo Alzheimer. No obstante, cabe resaltar que su estado de ánimo mejoró considerablemente y se evidenció por los próximos días y meses, de acuerdo al testimonio de las cuidadoras.

- **Nombre completo:** G.M.J.
- **Edad:** 80 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Primero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Aproximadamente un año y medio.
- **Enfermedades que padece:** Diabetes
- **Medicamentos que utiliza:** Amaryl/ Metformina
- **Problemas de memoria/otros presentados:** La paciente refiere tener problemas con su memoria relacionado al cambio de rutina en relación a las actividades cotidianas que realizaba años atrás. También presenta problemas auditivos relacionados con la diabetes.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 22 /30pts. = Deterioro Cognitivo Leve

(12/04/19) Segunda Aplicación: 29/30 pts. = Normal

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1 /8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

G.M.J. se encontraba en el hogar aproximadamente desde hacía un año y medio por decisión de familiares tras convertirse en una paciente diabética. Refirió que la estadía en la institución le agradaba sabiendo que su familia continuaba visitándole constantemente. Dentro de las actividades en las que indicó le gustaría participar con mayor frecuencia, se encontraban las culturales; especialmente el acompañamiento de la marimba para sus horas de almuerzo o descanso. En cuanto a la relación con las personas a su cuidado y demás residentes lo consideraba agradable. Sin embargo, con el tiempo continuaba presentando dificultades para recordar datos sencillos por lo menos una vez al mes. Es importante resaltar que, de acuerdo a información proporcionada por las cuidadoras, G.M.J. era de las personas con mejor actitud dentro del hogar, siempre buscando conversar con los otros residentes y las personas que llegaban de visita. No obstante, fue una de las personas referidas con posible demencia por sus frecuentes quejas por pérdida de objetos personales con los que aparentemente no ingresó.

La realización de las primeras pruebas se le dificultó por los problemas de audición que padece por la diabetes y por la falta de los aparatos para ayudarlo. Durante la primera aplicación del Mini Mental Test, obtuvo un resultado de demencia leve. Cabe resaltar que su actitud ante la realización de esta prueba fue única y entusiasta en comparación con la de los otros residentes del hogar, tomando en cuenta que se encontraba más atenta a recordar fechas y ser activa en las conversaciones. En cuanto a la realización del Test del Reloj presentó dificultad con la movilización de sus dedos debido a la enfermedad que padece y la falta de estímulo; por lo que en la primera aplicación apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer.

G.M.J. participó de forma activa y entusiasta en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva, especialmente en las actividades ideomotoras que le causaban gracia. Su actitud ante cada reto que se presentaba era de esfuerzo y perseverancia. En la segunda aplicación de ambas pruebas ya contaba con sus aparatos auditivos, lo que le dio mayor seguridad y entusiasmo para participar. En el Mini Mental Test mejoró el resultado de su prueba y apuntó a un perfil aparentemente normal (sin deterioro cognitivo). Es importante resaltar que la escritura de la oración fue más legible y el esfuerzo para mejorar su motricidad le permitió sentirse más segura de lograrlo. Para la segunda aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Es importante mencionar que la realización del reloj fue algo que le frustró mucho en ambas aplicaciones y su actitud fue indiferente, lo que se refleja en el resultado.

La actitud de G.M.J. continuó siendo entusiasta agradeciendo las actividades en apoyo a su condición mental. De acuerdo a la información de las cuidadoras la familia se encontró interesada en realizar visitas más frecuentes y conocer a fondo el programa aplicado tomando en cuenta los signos y síntomas evidenciados posteriormente.

- **Nombre completo:** B.M.R.
- **Edad:** 79 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Primero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Más de un año (Se desconoce la información específica).
- **Enfermedades que padece:** Diabetes
- **Medicamentos que utiliza:** No utiliza.
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad, irritación de la piel provocada por la diabetes que padece.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 16 /30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 23/30 pts. = Deterioro Cognitivo Leve

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 1/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1 /8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 2/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

B.M.R. se encontraba en el hogar desde hacía más de un año por decisión de familiares. Refirió que la institución y su estadía en ella era agradable porque recibía un buen trato por parte de las cuidadoras. Dentro de las actividades en las que indicó le gustaría participar con mayor frecuencia se encontraban las recreativas, especialmente las que tenían que ver con motricidad o manualidades. Cabe resaltar que presentaba irritación de su piel por lo avanzada de su diabetes, sin embargo, esto no le impedía trabajar con libertad, a pesar que si le tenían restringido. En cuanto a la relación con los demás residentes lo consideraba aceptable. Refería tener olvidos diariamente y ya no ser capaz de adquirir habilidades nuevas dentro del programa. De acuerdo al trato diario de las cuidadoras y la observación de su comportamiento previo a la realización del programa, presentaba un cuadro clínico de depresión aguda inducida también por la condición de su enfermedad, en el que en constantes ocasiones refería necesitar despedirse de sus seres queridos y descansar. No obstante, B.M.R. no contaba con el apoyo de su familia a nivel emocional y económico, no recibía visitas de sus hijos y tampoco se tenía registro

de personas allegadas. La actividad que más realizaba dentro de la institución era conversar.

En la primera aplicación del Mini Mental Test, obtuvo un resultado que apuntó a un perfil de demencia, presentando mayor dificultad en el área de recuerdo a corto plazo. A pesar de sus dificultades, no presentó mayor objeción por responder las preguntas de la prueba. En cuanto al Test del Reloj apuntó a Demencia tipo Alzheimer, presentando dificultad para realizar la figura, sin embargo, se consideraba por la dificultad en la movilidad de sus dedos propia de la diabetes.

B.M.R. participó de forma activa en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva. Los ejercicios destinados a mejorar su orientación espacio-temporal fueron los más productivos para ella, acompañados de las actividades ideomotoras de las que participó con entusiasmo. La principal dificultad que encontró fue la picazón provocada por la mala circulación de la sangre debido a su enfermedad. Su semblante fue cambiando con el paso de los días y su participación activa en el programa. Cabe resaltar que, durante el desarrollo del programa, la paciente tuvo la oportunidad de conocer a su bisnieto, quien visitó el hogar de manera inesperada.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test mejoró por siete puntos el resultado de su prueba apuntado a un perfil de deterioro cognitivo leve. Es importante resaltar que realizó un intento mayor por contestar y participar de la mayoría de los ítems a pesar de su dificultad. En la segunda aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, en esta segunda aplicación fue capaz de realizar un reloj con mejor forma.

Finalmente, a pesar que su estado de ánimo mejoró considerablemente en esos días y sus conversaciones eran más guiadas que antes de la realización del programa, dos semanas después de la aplicación del mismo, las cuidadoras del hogar comunicaron que B.M.R. falleció de un paro respiratorio.

- **Nombre completo:** H.R.M.L.
- **Edad:** 76 años
- **Estado civil:** Viudo
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Un mes.
- **Enfermedades que padece:** Problemas de ansiedad.
- **Medicamentos que utiliza:** Neurum
- **Problemas de memoria/otros presentados:** De acuerdo a la entrevista realizada al paciente, no padece. Sin embargo, de acuerdo con la información brindada por las cuidadoras, utiliza ansiolíticos.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 20/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 23/30 pts. = Deterioro Cognitivo Leve

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 2/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 2/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 3/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 2/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

H.R.M.L. se encontraba en el hogar desde hacía un mes por decisión de familiares debido que había empezado a sufrir de ansiedad de forma recurrente. Su opinión acerca de la institución como tal era positiva, porque en efecto era un lugar que cuidaba del aseo. Sin embargo, su estadía allí le parecía irritante, comentando su necesidad de salir para solucionar asuntos pendientes en su antigua residencia.

Dentro de las actividades en las que indicó le gustaría participar con mayor frecuencia se encontraban las recreativas, especialmente las que involucraran la convivencia. H.R.M.L. sentía mayor agrado al compartir sus experiencias de vida y filosofías con otras personas, sin embargo, a pesar de tener la capacidad para movilizarse con libertad, había estado manteniéndose aislado por su percepción del hogar y la necesidad de visita de sus familiares. La relación con las personas a su cuidado la consideraba regular, cuestionando y culpándoles por no atenderle completamente. Presentaba una percepción negativa de la relación con los otros residentes, antes de participar del Programa de Psicoestimulación Cognitiva, argumentando que nadie era capaz de dirigirle la palabra por ser nuevo y estar intranquilo. Refirió tener dificultades para recordar fechas que en su juventud había memorizado y consideraba no ser capaz de adquirir nuevas habilidades, sin embargo, sí de reforzar las que ya tenía. La actividad que más realizaba dentro de la institución era caminar y movilizarse.

La primera aplicación del Mini Mental Test, obtuvo un resultado que apuntó a un perfil de demencia moderada, con mayor cantidad de respuestas en comparación con la mayoría de los adultos mayores que habían permanecido en el lugar por más tiempo. El nivel de conciencia, atención y calculo era elevado, sin embargo, parecía tener dificultades en el área de orientación por la actitud que presentaba hacia la institución. En cuanto al Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, presentando una actitud de apatía hacia esta prueba, por la falta de estímulo y motivación de las primeras semanas en la residencia.

Participó frecuentemente del Programa de Psicoestimulación Cognitiva y logró empezar a establecer relaciones con los otros residentes del hogar, lo que permitió que con el paso de los días se sintiera más motivado por participar de las actividades planificadas. Su actitud fue mejorando y disfrutó las actividades ideomotoras, así como los de orientación en los que fue destacando conforme fue recordando fechas y acontecimientos importantes para él.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test mejoró su puntuación y clasificó dentro de un perfil de deterioro cognitivo leve. Cabe resaltar que mejoró en los ítems de orientación y se mantuvo en las respuestas correctas de los ítems contestados durante la primera prueba; entre los que destacaban los de atención y cálculo. En cuanto a la segunda aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia Alzheimer. Sin embargo, en esta ocasión se esforzó más por concluir la serie de números en un orden correcto.

A pesar que ambas aplicaciones de las pruebas dieron resultados positivos hacia un perfil de demencia no considerado a su ingreso al hogar, continuó durante las siguientes semanas estableciendo y estrechando relaciones con los otros adultos mayores del hogar a través de conversaciones, mejorando levemente su condición de intranquilidad. H.R.M.L. fue uno de los residentes beneficiados que dio pautas para la continuación del programa.

- **Nombre completo:** C.L.E.A.
- **Edad:** 76 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Aproximadamente un año y medio.
- **Enfermedades que padece:** Cambios de humor relacionados con posible demencia
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguno
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos constantes y momentos de humor inestable relacionados con posible demencia.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 5 /30pts. = Demencia severa

(12/04/19) Segunda Aplicación: 13/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 2/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1 /8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 2/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 4/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

C.L.E.A. se encontraba en el hogar desde hacía un año y medio por decisión de familiares en supervisión a sus cambios de humor. Refirió que su estadía en la institución era positiva porque la comida era deliciosa y el ambiente agradable en ocasiones. Sin embargo, los cambios de humor repentinos afectaban considerablemente su relación con las cuidadoras. Indicó que las actividades en las que le gustaría participar eran con fines recreativos, porque pasaba mucho tiempo aburrida. Consideraba que la relación con los otros residentes del establecimiento era negativa, haciendo comentarios discriminatorios raciales hacia ellos. Era evidente que sus problemas para recordar eran diarios por la necesidad de reconocer el nombre de las investigadoras y personas a su cuidado. De acuerdo con comentarios de las cuidadoras, su capacidad para enfocarse o participar de alguna actividad era casi nula y lo único que disfrutaba hacer era caminar o moverse por los ambientes del lugar. C.L.E.A. destacó su deseo por cumplir con su tiempo y poder reunirse con su esposo quien había fallecido años atrás. Así mismo, demostró tristeza por no haber visto a sus hijos y nietos durante el tiempo de estadía en el hogar. Según la directora del hogar esta información era verídica y la compartía en todo momento.

La primera aplicación del Mini Mental Test, apuntó a un perfil de demencia severa, presentando dificultad para responder a los ítems de orientación principalmente en

la prueba. En cuanto a la aplicación del Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, no obstante, cabe resaltar que su silueta del reloj fue aceptable y simétrica en comparación con los círculos de otros adultos mayores con el mismo o mayor tiempo de institucionalización. Su actitud ante la prueba fue más optimista, además de tener conciencia que un reloj era redondo.

C.L.E.A. participó de forma entusiasta en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva. A pesar que su relación con los otros residentes era complicada, logró compartir durante la realización de las actividades; fue activa en las actividades ideomotoras, estuvo atenta a preguntar varias veces por las instrucciones, así como evidenció una disminución de sus pensamientos recurrentes en relación al fallecimiento de su esposo y abandono de sus hijos. Su semblante al igual que su estado de ánimo fue cambiando con el paso de los días. Este tipo de actitudes asombró a las cuidadoras y permitió que se involucraran al observar de cerca el programa.

Durante la segunda aplicación del Mini Mental Test, se evidenció una mejoría por el resultado de su prueba, en relación al seguimiento de instrucciones, la orientación y el registro; apuntado a un perfil de demencia moderada. En cuanto al Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, en esta segunda aplicación fue capaz agregar números al círculo, puntuando una diferencia mínima en comparación con la primera aplicación.

Posteriormente a la realización del programa, la paciente fue visitada por última vez por sus hijos y nietos. De acuerdo a información proporcionada por la directora de la institución, ella presentó una actitud muy entusiasta y positiva, no obstante, una semana después de esa visita finalmente falleció.

- **Nombre completo:** N.L.C.
- **Edad:** 80 años

- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Primero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Un año y tres meses.
- **Enfermedades que padece:** Incontinencia
- **Medicamentos que utiliza:** No utiliza.
- **Problemas de memoria/otros presentados:** De acuerdo con la entrevista realizada a cuidadoras, su memoria falla constantemente. Ella fue recibida en la institución, pero no había sido diagnosticada por falta de recursos y apoyo de familiares.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 10 /30pts. = Demencia severa

(12/04/19) Segunda Aplicación: 17/30 pts. = Demencia

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 2/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 3/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 3/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 5/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

N.L.C. se encontraba en el hogar desde hacía un año y tres meses aproximadamente por decisión de familiares. A pesar de no tener un diagnóstico certero acerca de su deterioro cognitivo la encargada de la institución indicó haberla recibido en apoyo a los familiares por su situación económica. De acuerdo con ella se encontraba en el hogar por decisión propia. Refirió que su estadía en la institución era positiva porque “sentía felicidad” por estar rodeada de personas que velaban por ella. Su

relación con las personas a su cuidado y demás residentes era positiva, a pesar que diariamente presentaba olvidos de los nombres de las personas que frecuentaba. Debido a la condición de su memoria, se consideraba poco apta para la adquisición de habilidades, sin embargo, sí para el estímulo de las que ya poseía. La única actividad que realizaba dentro de la institución era moverse y permanecer sentada en alguno de los ambientes del lugar. De acuerdo a experiencias pasadas, las cuidadoras referían que las actividades recreativas serían de aporte para su estado de ánimo y podrían ser las que le fueran de agrado. Es importante resaltar que su condición le llevaba a mantenerse aislada del resto de residentes. Se le observaba mucho tiempo en silencio y había optado por no conversar.

En el Mini Mental Test, presentó dificultad para responder el área de orientación, refiriendo no recordar el nombre del lugar en el que se encontraba y obviando el resto de ítems, considerándolos dificultosos; por lo que apuntó a un perfil de demencia severa. En el Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, al no concretar ninguna de las dos condiciones (a la orden y a la copia), evidenciando la pérdida aparente de su atención y concentración.

N.L.C. inició participando de manera parcial en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva, especialmente en las actividades dinámicas de juegos con los que se iniciaba. Con el paso de los días, fue participando de las actividades de orientación, y actividades ideomotoras. Cabe resaltar que durante el desarrollo de los espacios para anécdotas logró hablar más acerca de sus hijos y nietos, evocando recuerdos que anteriormente no había exteriorizado.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, fue capaz de responder con mayor conciencia los ítems de orientación, registro o memoria y atención. Su puntaje aumentó, sin embargo, continuó apuntando a un perfil de demencia. En cuanto a la segunda aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, en esta segunda aplicación su figura a la copia fue más completa y los números fueron más definidos.

La señora N.L.C. permaneció en el hogar durante dos meses después y de acuerdo a la información proporcionada por la encargada, permaneció con una actitud más activa requiriendo el apoyo para seguir realizando actividades lúdicas dentro de su rutina diaria.

- **Nombre completo:** B.E.Y.
- **Edad:** 80 años
- **Estado civil:** Divorciada (Viuda)
- **Escolaridad:** Sexto Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Un año.
- **Enfermedades que padece:** Osteoporosis.
- **Medicamentos que utiliza:** No utiliza.
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos repentinos que están asociados a sugerencias y cambios del estado de ánimo constantes por cambio de rutina o visitas ocasionales de sus familiares.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 20/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 29/30 pts. = Normal

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 0/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

B.E.Y. se encontraba en el hogar desde hacía un año por decisión de familiares en apoyo a su movilización en silla de ruedas por el desarrollo de osteoporosis. Refirió que su estadía en la institución era negativa, encontrándose muy triste por dejar su rutina cotidiana. Indicó que le agradaban las actividades recreativas; debido que de esa forma podía mantenerse entretenida y evitar los pensamientos que recurrentemente venían a ella sobre su discapacidad. La relación con las personas a su cuidado la consideraba positiva, pues era bien atendida y su comida era servida a las horas apropiadas, sin embargo, necesitaba otro tipo de actividades que le ayudaran a entretenerse: escuchar música o bien, participar de dinámicas de relato de experiencias para no olvidarlas. Así mismo refirió tener olvidos constantes de acuerdo a su criterio, desde que ingresó a la institución. Cabe resaltar que se consideraba todavía con las habilidades para reforzar otras que sentía estaba perdiendo, tales como la motricidad y orientación. Una de sus quejas principales, era no poder realizar actividades diferentes con sus extremidades superiores, indicando que sentía que mientras más tiempo pasaba, ella ya no iba a ser capaz de utilizarlas. Por su condición en silla de ruedas, conversar era la única actividad que realizaba.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia con dificultad especialmente en los ítems de orientación. En cuanto a la primera aplicación del Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, por su dificultad para realizar el círculo, además de haber adoptado una actitud de frustración por referir no recordar la manera en la que el reloj debía realizarse. Esta actitud afectó ambas condiciones de la prueba.

B.E.Y. participó activamente en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva. Mejoró considerablemente sus relaciones con los otros residentes y logró establecer una amistad con H.R.M.L. compartiendo experiencias de vida a través de una conversación más fluida. Las actividades enfocadas en mejorar su orientación, atención y memoria fueron aprovechadas al máximo, evidenciando una mejoría parcial durante la realización del programa. Refirió sentir mayor agrado por las

actividades al propiciar espacios de relato de experiencias. No obstante, los primeros días al observar las deficiencias en las respuestas de los otros residentes, comentaba que su hijo (quien frecuentemente le visitaba) tenía razón en indicarle que, si no se mantenía activa, su memoria iba a fallar al igual que con los otros residentes; premisa sobre la que permanecían sus pensamientos.

En segunda aplicación del Mini Mental Test, mejoró considerablemente la respuesta a los ítems, no logrando puntuar únicamente la realización del polígono por la deficiencia en su motricidad y la frustración que presentó desde la primera aplicación. Apuntó en esta segunda ocasión a un perfil aparentemente normal (sin deterioro cognitivo). Sin embargo, en la aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, argumentando que no lograría realizar el círculo por su continua falta de motricidad y el olvido aparente de la figura geométrica. Es importante resaltar que su actitud fue determinante en la puntuación de esta prueba.

La señora B.E.Y. continuó siendo visitada por sus familiares, sin embargo, mejoró su actitud y arreglo personal. Posteriormente a la realización del programa, solicitó a la encargada de la institución se diera continuidad a estas actividades y abrió brecha para la reproducción de música de antaño en las áreas comunes dentro de la institución.

- **Nombre completo:** M.L.G.A.
- **Edad:** 80 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Sexto Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Tres años.
- **Enfermedades que padece:** Retención de líquidos
- **Medicamentos que utiliza:** No utiliza.

- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad, posible deterioro cognitivo que no se había evaluado debido a la condición médica y emocional.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 13/30pts. = Demencia modera

(12/04/19) Segunda Aplicación: 17/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 0/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 1/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 1/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

M.L.G.A. se encontraba en el hogar desde hacía tres años por aparente decisión de familiares en apoyo a la condición de su enfermedad. Sin embargo, ellos tenían la misma cantidad de tiempo de no visitarle. Es importante resaltar que, al momento de realizar el cuestionario, se encontraba aislada debido que las cuidadoras referían que por algunas semanas no había querido hablar con nadie. No obstante, al momento de conversar con ella se mostró accesible y respondió apropiadamente a las preguntas que se le fueron realizando. Indicó que su opinión hacia el establecimiento y su estadía en el mismo era positiva; argumentando que en este lugar le atendían y cuidaban bien. A pesar de no mostrar mayor interés por realizar otro tipo de actividades dentro del hogar, respondió que estaría dispuesta a participar de actividades recreativas junto a las investigadoras. La relación con las personas

que estaban a su cuidado y demás residentes era positiva, aunque generalmente se mantenía lejos de ellos. Presentaba problemas para recordar datos sencillos todos los días, consideraba tener poca capacidad para reforzar o adquirir habilidades y en ocasiones, cuando se sentía “animada” lo que generalmente hacía dentro de la institución era pedir o responder a las cuidadoras por alguna necesidad.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada. Al solicitarle que doblara la hoja de papel por la mitad, lo que hizo fue romperla y con esto comprobó su falta de orientación, atención y concentración. En cuanto a la aplicación del Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, al no ser capaz de realizar ninguna de las dos figuras. Es importante resaltar que durante esta aplicación se logró comprobar que presentaba un cuadro clínico de distimia, confirmado por los signos y síntomas presentados y respaldados por su referencia hacia la muerte de uno de sus hijos. No obstante, de acuerdo con la información escasa que las cuidadoras y directora del hogar manejaban, ella no tenía hijos sino sobrinos. Uno de ellos fue quien la dejó en el hogar y al no volver a verle, creyó que había fallecido.

M.L.G.A. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva, los primeros días de forma parcial y conforme se fueron desarrollando las actividades fue involucrándose. A pesar del cuadro clínico que manifestó al principio, su estado de ánimo fue mejorando y se permitió conversar de forma activa con las investigadoras y otros residentes. Las actividades de las que participó con mayor entusiasmo fue el compartir anécdotas e identificar objetos alrededor. Durante el desarrollo del programa, las cuidadoras fueron refiriendo que el cambio de actitud que tuvo durante esos días fue significativo, debido que escuchaban con mayor frecuencia sus saludos y sonrisas.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación al responder una mayor cantidad de ítems, especialmente los que tenían relación con orientación y lenguaje; apuntando a un perfil de demencia moderada. Su estado de

ánimo mejoró considerablemente y esto permitió que su participación en ambas pruebas, fuera más activa. En cuanto a la segunda aplicación del Test del Reloj volvió a obtener el resultado que apuntaba a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, en esta segunda aplicación logró realizar varios círculos que conformaban la forma de los relojes en las dos condiciones necesarias.

La señora M.L.G.A. continuó manteniendo su estado de ánimo activo durante las siguientes semanas y podía evidenciarse una mejoría en el estado de salud física en cuanto a su retención de líquidos, lo que permitió que la directora del hogar Lazos de Amor lograra solicitar a un médico que le hiciera un chequeo constante que en otras ocasiones ella no había permitido.

- **Nombre completo:** R.A.Q.O.
- **Edad:** 77 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Primero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Un año tres meses.
- **Enfermedades que padece:** Paraplejia
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguna
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad y la estadía en el hogar.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 13/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 18/30 pts. = Demencia

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 4/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 4/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 7 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

R.A.Q.O. se encontraba en el hogar desde hacía un año y tres meses. Desconocía aparentemente la razón por la que se encontraba allí y permanecía con una opinión negativa acerca de la institución, argumentando que era más productiva estando sola en casa. Según la entrevista realizada a las cuidadoras, su condición parapléjica la obtuvo al caerse de las gradas de su antigua casa, por lo que sus familiares consideraron era necesario internarla para supervisarla. Es importante mencionar que, a pesar de estar dispuesta a participar voluntariamente de las pruebas y Programa de Psicoestimulación Cognitiva, su estado de ánimo era bajo; señalando constantemente su percepción negativa tanto de las personas que estaban a su cuidado como de los otros residentes. Esta actitud era reforzada por la falta de contacto con sus familiares quienes habían dejado de visitarle por razones de trabajo. Durante la realización del cuestionario indicó presentar problemas para recordar información básica (nombre, edad, año en el que se encontraba) por lo menos una vez al mes. Consideraba tener poca capacidad para adquirir o reforzar habilidades conocidas por la cantidad de tiempo que había permanecido sin realizar otra actividad más que conversar o solicitar algo a las cuidadoras.

La primera aplicación del Mini Mental Test fue un reto para ella a nivel mental, indicando constantemente que había datos que ella no recordaba, tales como año, fecha o incluso, recordar las palabras que se le habían mencionado minutos antes. Las pocas respuestas que logró dar a los ítems del test apuntaron a un perfil de demencia moderada. En cuanto al Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer, a pesar de haber sido de las pocas residentes que en esta primera aplicación logró realizar un círculo y colocar números dentro de él. Es importante resaltar que tomó un tiempo para recordar la forma de los relojes, indicando que su

esposo era relojero. Esto también permitió, que ella evocara sentimientos del pasado y lograra expresar momentos que había compartido con él.

R.A.Q.O. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva. Las actividades de orientación en espacio y tiempo causaron un poco de frustración al inicio por no lograr recordar datos sencillos que en un tiempo atrás no hubiesen significado dificultad. Fue activa en las actividades ideomotoras, así como en las de recuerdo y el espacio para compartir experiencias. Su estado de ánimo fue mejorando en la medida en la que logró convivir más con los otros residentes, encontrando experiencias de vida similares tales como anécdotas de momentos significativos durante el terremoto en Guatemala.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación al lograr responder una mayor cantidad de ítems en orientación y recordar con mayor facilidad las palabras que se solicitaban en registro apuntando a diferencia de la primera prueba, en un perfil de demencia. La mejoría en su estado de ánimo permitió que su tolerancia a la frustración fuera mayor y argumentó que necesitaba continuar participando en el programa para no olvidarlo. En el Test del Reloj, a diferencia de la primera puntuación logró obtener un resultado más elevado en ambas condiciones. No obstante, de acuerdo a los criterios de la prueba, la señora se encuentra pasando un proceso de deterioro cognitivo progresivo que puede convertirse en Demencia tipo Alzheimer. Es importante resaltar que, en este caso específico, la señora R.A.Q.O. presentaba una conciencia numérica y lógica mayor a la de los demás residentes por la manera en la que logró transportarse hacia ellos para indicar un orden en los números de ambas condiciones de la prueba.

Finalmente, de acuerdo con el testimonio de la directora del hogar, R.A.Q.O. fue una de los residentes que fueron beneficiados de forma directa con el programa. Evidenciando durante las semanas posteriores a la aplicación de la investigación un cambio en el estado de ánimo, nuevas formas de relacionarse con los demás

residentes y solicitud constante de la aplicación de las nuevas actividades dentro de la rutina diaria.

- **Nombre completo:** J.A.M.A.
- **Edad:** 77 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Primero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Un año y medio.
- **Enfermedades que padece:** Posible deterioro cognitivo
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguno
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 13/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 17/30 pts. = Demencia

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 4/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 6/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

J.A.M.A. se encontraba en el hogar desde hacía un año y medio. Según la información proporcionada por las cuidadoras se encontraba allí por decisión de familiares posterior a la muerte de su cónyuge. Por la observación de su conducta retraída y sus comentarios recurrentes hacia un mismo tema, se consideraba un

posible deterioro cognitivo. Sin embargo, por la condición económica y social de su familia, no contaba con ningún diagnóstico. Durante la realización del cuestionario, indicó tener una opinión positiva tanto del lugar como de su estadía en el mismo, considerando que le daban la atención que necesitaba por ser una persona mayor. Refirió le agradaba participar en actividades culturales; haciendo mención de las “mengalas”, personajes icónicos en la historia de Amatitlán y a quienes recordaba dentro de sus anécdotas constantes. La relación con las personas a su cuidado la consideraba positiva; al contrario de su relación con los otros residentes con quienes indicaba peleaba mucho porque le juzgaban por no hablar. Indicó entre risas tener olvidos diariamente; consideraba poca su capacidad para adquirir o reforzar habilidades y se evidenció que la única actividad que realizaba con más frecuencia dentro de la institución era solicitar algo a las cuidadoras mientras permanecía sentada la mayor parte del día.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada, presentando mayor dificultad en las áreas de atención - calculo y recuerdo. A diferencia de los otros residentes, J.A.M.A. demostró tener un mayor sentido de orientación y habilidades de lenguaje, a pesar de su dificultad para escribir por la atrofia de sus articulaciones al no ser estimuladas. En cuanto a la primera aplicación del Test del Reloj apuntó a un perfil de Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, consiguió un punteo mayor en la condición del test a la copia, ubicando los números en el orden correcto mientras comentaba sentir mayor facilidad con un ejemplo. Es importante resaltar que, durante la aplicación de estas primeras pruebas, mostró una actitud de renuencia al evidenciar que las investigadoras no podían apoyarle para salir de la institución a pesar de comentar tener asuntos pendientes que debía resolver en casa.

J.A.M.A. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva de forma activa, sin embargo, buscó mantenerse aislada y evitar lo mayor posible su relación con los otros residentes. Apoyó las actividades de orientación con sus respuestas dinámicas,

participó con dificultad de las actividades de atención y cálculo, así como se permitió compartir sus experiencias en los espacios propiciados para ello.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación por una diferencia mínima. Sin embargo, en esta ocasión apuntó a un perfil de demencia, evidenciando una mejoría significativa en relación a la primera prueba. Es importante resaltar que su estado de ánimo influyó mucho en la aplicación y posteriormente a la participación del programa, se logró disminuir las frecuentes quejas con respecto a sus compañeros de residencia. En el Test del Reloj, a pesar de las dificultades con sus dedos logró obtener un resultado mayor al de la primera prueba. Se sintió motivada de realizar su mejor esfuerzo para cumplir con ambas condiciones, logrando dentro de sus limitaciones el resultado esperado para ella. No obstante, de acuerdo a los criterios de evaluación su perfil es de un deterioro cognitivo progresivo o una Demencia tipo Alzheimer.

La señora J.A.M.A. mantuvo un estado de ánimo más estable posterior a la realización de las últimas pruebas. Sin embargo, de acuerdo con la información proporcionada por la directora del hogar, fue retirada días después por motivos que se desconocen.

- **Nombre completo:** A.G.E.C.
- **Edad:** 78 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Dos años.
- **Enfermedades que padece:** Inicio de osteoporosis
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguno
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 9/30pts. = Demencia severa

(12/04/19) Segunda Aplicación: 17/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 0/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 0/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 4/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 6/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

A.G.E.C. se encontraba en el hogar desde hacía dos años por decisión de familiares en apoyo con su problema de osteoporosis. Sin embargo, de acuerdo con la información proporcionada por las cuidadoras, sólo confirmaron apoyo con medicamentos, pero no volvieron a visitarle. Al inicio de la realización de las preguntas del cuestionario se mostró incómoda y enojada, opinando negativamente hacia el establecimiento y su permanencia en él. Indicó que la única actividad que realizaba con regularidad era dormir, a pesar de tener la capacidad para moverse de forma independiente con cierta dificultad. Presentaba una relación negativa con las personas a su cuidado y resto de residentes por no permitirle dormir sus siestas. Refirió tener olvidos todos los días y argumentó sentirse aburrida la mayor parte del tiempo porque el hogar no brindaba ningún tipo de actividad extra, al contrario, ella misma se catalogaba dentro de las personas que sólo esperaban su muerte. Por esta misma razón indicó no tener la capacidad para reforzar o adquirir habilidades, pero aceptó participar de las pruebas y el programa en favor de la convivencia con las investigadoras.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia severa, con dificultad principalmente en el área de orientación, atención-cálculo y lenguaje, especialmente por la escritura la cual refería no realizar con constancia dentro del hogar. En cuanto al Test del Reloj perfiló en Demencia tipo Alzheimer al no haber puntuado en ninguna condición propuesta por la prueba. Su estado de ánimo para estas primeras aplicaciones continuaba siendo inestable.

A.G.E.C. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva empezando a convivir con las investigadoras y con el paso de las sesiones con los otros residentes del hogar. Sin embargo, demostró cierta distancia hacia aquellos con los que difería en alguna opinión. Se sintió motivada por mantenerse atenta a las actividades ideomotoras, así como el relato de experiencias. Refirió tener imágenes en su cabeza que le recordaban tiempos escuchando la radio en su casa y atendiendo a su familia; lo que al principio le causó nostalgia y tristeza, pero después logró llevarlas hacia anécdotas gratas de su vida.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación por una diferencia significativa mejorando su nivel de orientación espacio- temporal y lenguaje, permitiéndose a pesar de sus dificultades escribir una oración. En esta aplicación apuntó a un perfil de demencia moderada. En el Test del Reloj, se sintió motivada por cumplir con las dos condiciones. Es importante resaltar que la convivencia con los otros residentes y el nivel de respuesta mayor hacia detalles mínimos dentro del programa la motivó para esforzarse y cumplir con las pruebas. Sin embargo, a pesar que mejoró su puntuación, continuó perfilando para una Demencia tipo Alzheimer al no cumplir con todos los requisitos.

Su actitud positiva permaneció los días posteriores a la segunda aplicación de las pruebas. No obstante, al no tener más contacto con las actividades, las cuidadoras del hogar refirieron volvió a su estado anímico anterior. Semanas después A.G.E.C. falleció por un paro respiratorio.

- **Nombre completo:** M.L.L.V.

- **Edad:** 75 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Sexto Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Tres meses.
- **Enfermedades que padece:** Presión alta.
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguno
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad y cambio de rutina. Herida en la pierna izquierda por várices.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 16/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 20/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

M.L.L.V. se encontraba en el hogar desde hacía tres meses aparentemente por decisión propia en apoyo a sus hijos, quienes trabajaban todo el día y no podían cuidar de ella. Sin embargo, de acuerdo con la información de las cuidadoras, había sido internada en la residencia por apoyo en cuidados físicos y un posible inicio de deterioro cognitivo que había sido evidenciado posteriormente al fallecimiento de su cónyuge seis meses atrás. Es importante resaltar que sus hijos y nietos le visitaban periódicamente y era evidente que se encontraba llevando un proceso de duelo; expresaba constantemente sus sentimientos y relataba los últimos momentos con su

compañero de vida. Su opinión con respecto del hogar y su estadía en él era positiva, considerando que podía compartir con otras personas acorde a su edad. Indicó que le gustaban las actividades de tipo cultural especialmente escuchar marimba; siendo esta la manera de recordar a su esposo. Presentaba una relación positiva con las personas a su cuidado y otros residentes. No obstante, se sentía aburrida porque su rutina había cambiado drásticamente y dentro de la institución no existían programas o actividades que le ayudaran a estar entretenida. De acuerdo a sus comentarios, presentaba problemas para recordar datos acerca de su familia o experiencias de vida por lo menos una vez al mes, refiriendo que con el paso del tiempo se hacía más frecuente. Por esta misma razón consideraba regular su capacidad para adquirir o reforzar habilidades, siendo la conversación con los demás su única actividad frecuente desde que ingresó.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada, con dificultad principalmente en el área de recuerdo. Indicó tener dificultad para memorizar información nueva que se le transmitiera así fuera por períodos cortos de tiempo. Es importante resaltar que el resto de áreas parecían mantenerse a pesar del paso de la falta de actividades de estimulación. En cuanto a la primera aplicación del Test del Reloj perfiló en Demencia tipo Alzheimer a pesar de haber cumplido con la mayoría de los ítems de puntuación. Su estado de ánimo a pesar de su duelo era aparentemente estable y su actitud ante la realización de las pruebas fue positiva.

M.L.L.V. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva de manera activa. La convivencia con las personas a su cuidado era amena y encontraba las maneras de servir a los demás residentes en apoyo a sus necesidades. No obstante, las cuidadoras buscaban restringir ciertas actividades para ella con el fin de no causar molestias entre los otros adultos mayores y mantenerla quieta. Trabajó las actividades ideomotoras, las de orientación y atención con una dificultad mínima, siendo de las personas que participó con mayor entusiasmo. Durante el tiempo de anécdotas, comentó la manera en la que recordaba Amatitlán y encontró junto a

otros residentes, temas en común sobre el aspecto del municipio en años de juventud; así también expresó su tristeza por la falta de su esposo y el cambio de su rutina diaria en donde muchos de ellos se vieron identificados.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación por una diferencia mínima pero significativa mejorando su nivel de recuerdo a corto plazo. No obstante, de acuerdo con la prueba continuó apuntando a un perfil de demencia moderada. En cuanto al Test del Reloj, realizó las dos condiciones aparentemente sin dificultad. No obstante, apuntó nuevamente a un perfil de Demencia tipo Alzheimer o bien, de acuerdo con los criterios de la prueba, un deterioro cognitivo que va en progreso.

Su actitud positiva permaneció incluso días después de la aplicación del programa y las pruebas, pero de acuerdo a la observación de la directora del hogar, con el pasar de las semanas se volvieron a evidenciar cambios negativos en su estado anímico, por lo que solicitó apoyo para continuar aplicando el programa indefinidamente.

- **Nombre completo:** M.I.H.
- **Edad:** 75 años
- **Estado civil:** Viuda
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** Seis meses.
- **Enfermedades que padece:** Diabetes
- **Medicamentos que utiliza:** Ninguno
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad, dificultad para continuar con la dieta indicada para su edad y condición de enfermedad.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 12/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 24/30 pts. = Demencia

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 5/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 4/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 3/6= (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

M.I.H. se encontraba en el hogar desde hacía seis meses por decisión de familiares, quienes de acuerdo a la información proporcionada por las cuidadoras se encontraban en otro país y no suplían la necesidad de medicamentos para su condición diabética por indiferencia; únicamente enviaban una cuota mensual que cubría gastos de alimentación y estadía. Su actitud y respuestas durante el cuestionario fueron indiferentes en relación a la institución. Sin embargo, comentó sentirse motivada por participar de actividades culturales, que le permitieran recordar sus años pasados, así como ver rostros nuevos y agradables que estuvieran dispuestos a escuchar de sus experiencias de vida. Indicó que la relación con las personas a su cuidado era agradable, a pesar que no le permitían movilizarse mucho o realizar actividades diferentes durante el día. La relación con los otros residentes por su parte era desagradable para ella, comentando que había algunos que no comprendían su dificultad para dormir algunas las noches. Es importante resaltar que, de acuerdo con las cuidadoras la señora M.I.H. presentaba esporádicamente pesadillas en las que expresaba que una persona le atormentaba. Esto reafirmaba las creencias y comentarios populares acerca de su juventud y la manera en la que hacía daño a personas de escasos recursos por encontrarse en una posición aparentemente privilegiada.

En cuanto a la frecuencia para recordar información básica refirió ser consciente de su dificultad por lo menos una vez a la semana, considerando ésta la razón por la que no tenía capacidad para aprender nuevas habilidades, pero sí para reforzar las que ya poseía. Demostró entusiasmo por iniciar y participar del programa, refiriendo que lo que más realizaba dentro de la institución era caminar para cambiar de ambientes y descansar.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada con dificultad principalmente en el área de orientación y recuerdo. Durante esta primera prueba se observó su falta de concentración y presentó una actitud derrotista que respaldaba con la ausencia de sus familiares y falta de actividades dentro de la institución. El Test del Reloj también representó dificultad para ella, especialmente por la ubicación correcta de los números en la condición a la orden, sin embargo, fue menos dificultoso en la condición a la copia. De acuerdo con ambos resultados en esta prueba, perfiló en Demencia tipo Alzheimer estando por debajo del mínimo esperado.

M.I.H. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva los primeros días parcialmente, comentando que prefería evitar compartir con los otros residentes. Cabe resaltar que los otros adultos mayores también evitaban el contacto con ella y su relación era hostil. Sin embargo, con el paso de las sesiones se involucró en las actividades ideomotoras y de orientación en las que se atrevió a establecer relaciones con quienes así se lo permitieron. Disfrutó los espacios propicios para anécdotas y enseñanzas de vida, compartiendo momentos agradables que recordaba de sus hijos. Las cuidadoras indicaron que las pesadillas dejaron de ser recurrentes después de esto y el descanso de la señora fue mejorando. Es importante resaltar que en el transcurso de este tiempo también recibieron la visita de un líder religioso quien le apoyó con rezos para antes de dormir. Este tipo de trabajo colectivo de apoyo permitió cambios considerables en su actitud, así como en la estimulación de habilidades durante el desarrollo del programa y la convivencia con los demás.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó considerablemente su puntuación presentando una actitud más entusiasta, reforzada por su capacidad para responder a los ítems de orientación y en forma mínima de recuerdo a corto plazo, apuntando a un perfil de demencia para esta prueba. En cuanto al Test del Reloj, realizó ambas condiciones con mayor precisión en comparación con la primera prueba. Sin embargo, de acuerdo a las características de la prueba se encontraba en un perfil sugerente a Demencia tipo Alzheimer por la alineación de los números.

M.I.H. continuó recibiendo las visitas frecuentes del líder religioso posterior a la aplicación del Programa de Psicoestimulación Cognitiva y continuó presentando cambios en su estado de ánimo, así como en la relación con los demás residentes. Sin embargo, aproximadamente una semana después de la investigación falleció por un paro respiratorio. Primero, que dio lugar a los demás fallecimientos simultáneos que se describen en esta investigación. Es importante mencionar que todos los fallecidos dormían en camas cercanas a esta persona y de acuerdo a creencias populares fueron afectados por un factor espiritual

- **Nombre completo:** J.R.M.
- **Edad:** 76 años
- **Estado civil:** Divorciado (Viudo)
- **Escolaridad:** Tercero Primaria
- **Tiempo de institucionalización:** 10 meses.
- **Enfermedades que padece:** Hiperplasia prostática benigna
- **Medicamentos que utiliza:** Doxazosina
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad, dificultad para orinar (No poseía chequeo médico por decisión propia).
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 13/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 19/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 4/6 (puntuación mínima)

Test del Reloj a la Copia= 4/8 = Positivo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 11 = Negativo (Demencia tipo Alzheimer)

● **Análisis del caso:**

J.R.M. se encontraba en el hogar desde hacía diez meses aparentemente por decisión propia, debido a una mala experiencia con una cuidadora particular. Presentaba una hiperplasia prostática que le hacía ir periódicamente al sanitario y en ocasiones refería le causaba dolor e incomodidad. Su opinión acerca de la institución y su estadía en ella era positiva, considerando que le apoyaban dándole lo necesario y cuidándole de manera adecuada. Su relación con los otros residentes indicó era regular o indiferente, lo que se comprobó al momento de la observación inicial de su comportamiento al preferir pasar tiempo en la sala del hogar frente al televisor, conversando con las cuidadoras o con sus familiares quienes lo visitaban periódicamente. Refirió ser consciente de tener olvidos una vez a la semana, lo que le preocupaba, pero atribuía a su edad. Consideraba que era poco probable que adquiriera nuevas habilidades, sin embargo, sí se sentía capaz de continuar reforzando las que ya poseía a través del programa.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada, con dificultad principalmente en el área de orientación, recuerdo y aparentemente atención -cálculo. No obstante, cabe resaltar que a pesar de aceptar la participación en la investigación se mostró renuente a contestar los ítems de la prueba por temor al resultado. Esta actitud también representó dificultad para él en

ambas condiciones del Test del Reloj. Los resultados de esta primera prueba perfilaron a una sugerente Demencia tipo Alzheimer. Durante esta primera prueba la directora y encargadas del hogar indicaron J.R.M. había estado demostrando una falta de motivación, pasando mucho tiempo durmiendo y limitándose a hablar menos. Condición que atribuían a la repentina falta de visitas de sus familiares las últimas semanas.

*Es importante mencionar que el resultado de las pruebas no fue revelado a ninguno de los participantes para resguardar su salud mental y autosugestión.

J.R.M. participó en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva de manera activa, a pesar de mantenerse aislado de los otros residentes durante las primeras sesiones. Se involucró en las actividades ideomotoras y de orientación, en los que fue activo con el paso de los días, acertando con mayor frecuencia en comparación con el resto de adultos mayores. Disfrutó los espacios propiciados para compartir anécdotas y mencionó recuerdos del tiempo de gobierno del General Jorge Ubico que le parecían utópicos en relación con la actualidad. Cabe mencionar que durante el programa compartió que llevaba una libreta en donde practicaba su escritura para recordar ciertos aspectos de su vida, pero también para escribir oraciones a Dios, quien le ayudaba a mantenerse firme a pesar de la incomodidad de su enfermedad. Esta iniciativa fue celebrada y motivada por las investigadoras con la finalidad de apoyar a su estado de ánimo, mientras continuaba expresándose de manera escrita. Su actitud fue mejorando considerablemente durante la participación diaria en este programa y esto se vio reflejado en la aplicación de ambas pruebas.

Para la segunda aplicación del Mini Mental Test, aumentó su puntuación respondiendo a una mayor cantidad de ítems en orientación, recuerdo y atención-cálculo dentro de sus posibilidades. Sin embargo, de acuerdo con la puntuación de la prueba continuó perfilando en demencia moderada. Al contrario, en la segunda aplicación del Test del Reloj, obtuvo puntuaciones que superaron el mínimo esperado para cada condición; apuntando a un perfil sin Demencia tipo Alzheimer. Es importante mencionar que la condición emocional en la primera aplicación

influyó en el resultado. No obstante, no se descarta un perfil sugerente que pueda haber pasado desapercibido al ser este material de tipo proyectivo.

Posterior a la aplicación del Programa de Psicoestimulación Cognitiva y las pruebas J.R.M. continuó utilizando su libreta para anotar recuerdos y vivencias que venían a su memoria, a pesar que éstas en su mayoría eran repetidas. De acuerdo con la información proporcionada por la directora del hogar, él fue uno de los residentes que solicitó a través de sus familiares continuar con el programa por el cambio en el estado de ánimo que generaba tener una rutina dinámica. No obstante, meses después fue retirado hacia otro hogar en la Ciudad Capital por decisiones ajenas a la institución.

- **Nombre completo:** L.J.A.B.
- **Edad:** 80 años
- **Estado civil:** Viudo
- **Escolaridad:** Tercero Básico
- **Tiempo de institucionalización:** Tres años.
- **Enfermedades que padece:** Hernia prostática
- **Medicamentos que utiliza:** Bromopride
- **Problemas de memoria/otros presentados:** Olvidos relacionados con la edad e incontinencia por la hernia prostática.
- **Pruebas realizadas:** Mini mental test (MMSE) y Test del Reloj

✓ **Resultados Mini mental test:**

(22/03/19) Primera Aplicación: 11/30pts. = Demencia moderada

(12/04/19) Segunda Aplicación: 18/30 pts. = Demencia moderada

✓ **Resultados Test del Reloj:**

(22/03/19) Primera Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 8

Test del Reloj a la Copia= 9 = Negativo (Demencia tipo Alzheimer)

(12/04/19) Segunda Aplicación:

Test del Reloj a la Orden= 7

Test del Reloj a la Copia= 9 = Negativo (Demencia tipo Alzheimer)

- **Análisis del caso:**

L.J.A.B. era el padre de los dueños de la institución y se encontraba allí desde hacía tres años por decisión de sus hijos debido a la condición de su próstata. Su opinión acerca de la institución y su estadía en ella era negativa, considerando que el personal que trabajaba allí no le atendía correctamente y comentaba entre vulgaridades que en cualquier momento podía sacar a todas las personas de allí porque ese espacio era suyo. De acuerdo a la información de las cuidadoras, los hijos le visitaban constantemente cuando les supervisaban, sin embargo, le prometían constantemente llevárselo del hogar para encontrar un lugar que lo hiciera sentir más cómodo. Esta promesa mantenía su estado de ánimo estable por un tiempo, pero al evidenciar que no la cumplían, volvía a insultar a las personas a su alrededor y evitaba recibir ayuda de cualquier persona que no fueran sus familiares. Al momento de realizar el cuestionario indicó no estaba interesado en cambiar su rutina a través de nuevas actividades; argumentó que las personas a su cuidado y demás residentes eran personas inútiles que estorbaban en su salida de la institución. De acuerdo con la observación e información de las cuidadoras, estos comentarios eran repetitivos, por lo que se consideraba nula la posibilidad de adquirir o estimular nuevas habilidades. Con el pasar de los días mientras se inició el proceso de evaluación de los otros adultos mayores, fue familiarizándose con las investigadoras y accedió participar de la investigación a través de entablar una conversación pacífica en la que fue escuchado atentamente. Indicó haber sido maestro de artes plásticas en sus años de juventud, sin embargo, de acuerdo con la información en su expediente sus estudios sólo llegaron a tercero básico. La actividad que realizaba con mayor constancia era solicitar algo con las cuidadoras o moverse a otro ambiente cuando le era permitido por ellas.

La primera aplicación del Mini Mental Test apuntó a un perfil de demencia moderada, presentando dificultad aparente en todas las áreas de la prueba. Su actitud fue conflictiva, respondiendo constantemente que conocía las respuestas entonces no era necesario preguntarle. Los cambios de humor fueron repentinos y constantes, por lo que existió dificultad por concluirlo. En cuanto al Test del Reloj, a diferencia de otros adultos mayores que llevaban el mismo tiempo de institucionalización y haber realizado pacientemente ambas condiciones, fue capaz de cumplirlas superando el mínimo de puntuación esperado y perfilando aparentemente libre de una Demencia tipo Alzheimer.

L.J.A.B. accedió participar en el Programa de Psicoestimulación Cognitiva de manera activa e individual; debido que su actitud le había creado conflictos con los otros residentes hacia quienes se expresaba de manera vulgar. Demostró frustración por presentar desaciertos en las áreas de orientación y actividades ideomotoras, las cuales consideraba pérdida de tiempo. Sin embargo, aprovechó los espacios de anécdotas para compartir experiencias de vida con las investigadoras. Es importante mencionar que su mal humor también era reforzado por la involución de su sistema auditivo, el cual no le permitía escuchar completamente a las personas y eso le hacía continuar hablando o diciendo vulgaridades para que aparentemente no fuera notorio. Esta información fue transmitida a la directora del hogar quien se comprometió a hacérselo saber a los familiares para solicitar ayuda extra que evidentemente no estaba siendo facilitada.

Con el pasar de las sesiones, el establecimiento de una buena relación con las investigadoras permitió un cambio de actitud que evidenció en la puntuación de la segunda aplicación de las pruebas. En el Mini Mental Test, aumentó su puntuación respondiendo pacientemente a una mayor cantidad de ítems en las áreas de orientación y lenguaje, apuntando siempre a un perfil de demencia moderada. En cuanto al Test del Reloj, mantuvo la puntuación superior del resultado y elaboró figuras congruentes para ambas condiciones.

Los cambios de humor repentinos persistieron posteriormente a la intervención de las investigadoras. Finalmente, dos semanas después del fallecimiento de la señora M.I.H. el señor L.J.A.B. falleció de un paro respiratorio.

3.3. Análisis general

Según la teoría Psicosocial de Erick Erickson, en la etapa Integridad vs. Desesperanza comprendida desde los sesenta años hasta la muerte, las personas pueden presentar un ego integrado que fue formado a lo largo de su vida, evidenciar las experiencias como logros o metas cumplidas, los errores como sabiduría y encontrar descanso en ver su tarea realizada. En caso contrario, presentarán un sentimiento de desesperanza apoyado por el incumplimiento de metas, la muerte inminente de sus familiares y amigos o la falta de productividad por razones sociales o físicas que se lo impiden. En relación a esto, el primer contacto que se tuvo directamente con los adultos mayores del hogar Lazos de Amor, fue al momento de realizar el cuestionario para evaluar la manera en la que ellos percibían su estadía dentro del lugar. Se encontró que tres de las quince personas que conformaban la muestra, tenían aparente satisfacción por los cuidados y atenciones brindados, así también mostraban una actitud resiliente ante el cambio de rutina y nueva relación con sus familiares. Cabe mencionar que estas personas a pesar de tener diversos tiempos de institucionalización no habían perdido comunicación y eran visitados constantemente por sus hijos. Al contrario, las doce personas restantes mostraron una mejoría mínima pero significativa en su estado de ánimo y actitud posteriormente a la realización de esta investigación y la aplicación del programa que se mencionará más adelante. Del total de la muestra, siete personas refirieron tener una relación positiva con las personas a su cuidado y resto de residentes, mientras que seis personas presentaban dificultad para llevar una relación armoniosa y dos personas tenían una relación armoniosa con las personas a su cuidado, pero no con el resto de residentes. Todos eran conscientes de su dificultad para recordar datos sencillos frecuentemente y reconocían su poca o nula habilidad para estimular por cuenta propia sus habilidades.

La Organización Panamericana de la Salud (2006) define a un adulto mayor físicamente sano como la persona capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. Por su parte, Mira (2019) hace referencia que los problemas de salud mental son comunes en esta edad y pueden incluir aislamiento, desórdenes afectivos, de ansiedad, depresión entre otros. Así también pueden padecer problemas para dormir y desórdenes de comportamiento, deterioro cognitivo o estados de confusión.

En la muestra de adultos mayores del hogar Lazos de Amor predominaban enfermedades como: diabetes, próstata y osteoporosis; desarrollando colateralmente afecciones auditivas, incontinencia, retención de líquidos, presión alta y paraplejia en la mayoría de los casos; exceptuando una persona vinculada con un accidente en su hogar. Estas enfermedades eran acompañadas de cuadros clínicos de ansiedad, depresión y cambios de humor relacionados con el posible inicio del deterioro cognitivo especialmente de las personas cercanas a los ochenta años.

Previo a la aplicación de las pruebas se logró evidenciar que los adultos mayores del hogar Lazos de Amor requerían de un estímulo físico y mental constante que les permitiera sentirse útiles para realizar actividades dentro de sus posibilidades que mantuviera o retardara la pérdida de las funciones cognitivas superiores. De acuerdo con los resultados de la primera aplicación del Mini Mental Test, una persona puntuó dentro de un perfil de Deterioro Cognitivo Leve, once personas apuntaron a Demencia Moderada y tres personas a una Demencia Severa. Mientras que en la aplicación del Test del Reloj catorce personas de la muestra apuntaron a un perfil positivo de Demencia tipo Alzheimer y aparentemente sólo una persona se encontraba libre de esta condición. La mayoría de los adultos mayores evaluados presentaban dificultad en su orientación espacio-temporal, atención y memoria, siendo estas las primeras funciones que involucionan con la edad y la demencia. No obstante, se pudo evidenciar que su estado de conciencia continuaba estando vigil.

De acuerdo con la Teoría Cognitiva de Piaget (1978) la naturaleza del organismo humano consiste en adaptarse a su ambiente, lo cual hace el aprendizaje un proceso activo y no pasivo. Así mismo, hace referencia que los procesos de aprendizaje se

realizan a través de la organización de esquemas o bloques principales que construyen el pensamiento y permiten hacer representaciones mentales que apoyan a la mejor adaptación al ambiente. Partiendo de esta premisa se aplicó un Programa de Psicoestimulación Cognitiva considerando que se puede reducir la velocidad de la declinación de las funciones cognitivas en los adultos mayores, aplicando intervenciones sencillas que estimularan su pensamiento, mejoraran su adaptación a la rutina y sus condiciones a nivel espiritual, emocional y fisiológico. Se utilizaron los horarios matutinos con la finalidad de dar prioridad a las rutinas diarias y disponer completamente de sus capacidades.

Durante las primeras sesiones, se evidenció desánimo por parte de algunos no importando su tiempo de institucionalización; comprobando que las emociones negativas como la tristeza, el enojo y el miedo predominan en los adultos mayores. Se realizaron actividades de rutina en las que se iniciaba con un tiempo de rapport y una oración, continuando con nociones de gimnasia cerebral y actividades orientadas a mejorar su conciencia de tiempo, lugar y nombre de las personas con las que convivían diariamente (compañeros de institución y cuidadoras). Se aplicaron actividades de reconocimiento de números, colores, motricidad y atención a través de dinámicas que no requerían mayor esfuerzo físico. Así mismo se propiciaron espacios de relato de anécdotas, lo cual permitió el establecimiento de relaciones más armoniosas entre residentes.

Papalia (2009) considera que los adultos mayores son capaces de establecer una relación directa entre movimiento y sentirse bien. Por tanto, la pérdida en el movimiento es interpretada como la pérdida de independencia, que en consecuencia también los afecta física y emocionalmente. Los resultados de este programa fueron significativos al observar cambios paulatinos con adultos mayores que habían pasado por etapas de poca interacción social y empezaron de acuerdo con las cuidadoras a comunicarse mejor o participar con mayor motivación en las actividades diarias. Se evidenció un cambio en el estado del ánimo y confianza por lograr realizar lo que se encontraba planificado para el día.

La segunda aplicación del Mini mental Test tuvo lugar después de la finalización del Programa de Psicoestimulación Cognitiva, evidenciando una diferencia significativa con dos personas apuntando a un perfil aparentemente normal, tres personas dentro de un Deterioro Cognitivo Leve, cuatro personas en un perfil de Demencia y seis personas en un perfil de Demencia Moderada. Mientras que en el Test del Reloj trece personas continuaron apuntando a un perfil sugerente de Demencia tipo Alzheimer y dos personas se encontraban aparentemente fuera de esta condición. Es importante resaltar que los adultos mayores mostraron una actitud más colaborativa hacia la aplicación de las pruebas, aceptaron con mayor frecuencia sus errores y realizaron esfuerzos significativos basados en su estado de ánimo. En ambas pruebas continuaron teniendo en menor medida dificultades en las áreas de atención y memoria, sin embargo, la rutina del programa les permitió mejorar significativamente en el área de orientación espacio-temporal.

Al finalizar el programa, se brindó a la institución un informe que se adjuntó al expediente de cada persona, con el propósito de enriquecer el trabajo planificado y brindar un precedente del nivel de deterioro cognitivo y demencia evaluados. Es importante resaltar que aproximadamente dos semanas después de finalización de la investigación, la directora del hogar Lazos de Amor se puso en contacto con las investigadoras para notificar el fallecimiento de cuatro personas que pertenecieron a la muestra y el retiro de dos más por razones ajenas a las condiciones del lugar. Asimismo, solicitó la autorización para la implementación de las actividades del programa dentro de la institución, basándose en la mejoría evidenciada en los adultos mayores participantes y con la finalidad de brindar una mejor rutina diaria a sus residentes.

De esta manera se demuestra que, el deterioro cognitivo en los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatlán puede verse influenciado por su condición de salud física, mental o emocional, la ausencia de relaciones sociales y familiares o la falta de una rutina oportuna de ejercicios de estimulación cognitiva, mas no por su tiempo de institucionalización.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se comprobó que los adultos mayores institucionalizados pueden ser afectados principalmente por la falta de estimulación cognitiva, física y emocional, acompañada de la interacción social. Aportando nuevas variables al objetivo planteado.
- Los adultos mayores institucionalizados con indiferente tiempo de institucionalización pueden presentar deficiencias cognitivas prevaletentes en una Demencia Moderada, Severa o tipo Alzheimer pues dependen principalmente de su salud física, mental y emocional, acompañada de la relación que mantengan con sus familiares. La aplicación de una rutina de actividades puede permitir en menor medida la desaceleración de las funciones cognitivas superiores, no obstante, las instituciones carecen de programas y profesionales que propicien estos servicios.
- Se identificó que las áreas de orientación temporal, atención, memoria y lenguaje acompañados de un rapport que incluya espacios de espiritualidad y atención emocional son fundamentales para poner en marcha un Programa de Psicoestimulación Cognitiva exitoso.
- La implementación de un Programa de Psicoestimulación Cognitiva es oportuno en las edades avanzadas cuando es vinculado con la esfera familiar y emocional de las personas, pues el trabajo con el adulto mayor debe de ser de forma integral para que sea efectiva.

4.2. Recomendaciones

- A las autoridades administrativas de la residencia, se les recomienda continuar promoviendo el bienestar de los adultos mayores que son institucionalizados de forma permanente, velando por sus condiciones físicas, cognitivas, emocionales y relacionales que pueden estar implícitas en la aplicación de un programa de rutina diaria.
- A la directora de la institución, continuar implementando una rutina diaria activa y aplicar mensualmente el Mini mental Test el cual ayudará a plasmar el retardo o aceleración del deterioro cognitivo en los adultos mayores que allí residen.
- A las enfermeras y cuidadoras que velan por el bienestar de los adultos mayores diariamente, establecer espacios propicios de salud emocional y espiritual acompañado de la estimulación de las áreas de orientación temporal, lenguaje, atención y memoria fundamentales para la calidad de vida a nivel cognitivo de este grupo etáreo.
- A las familias de los adultos mayores, se les recomienda fomentar la convivencia con el fin de fortalecer el vínculo entre ellos y se les exhorta a apoyar la implementación diaria del Programa de Psicoestimulación Cognitiva reconociendo que permitirá una mayor desaceleración de esta condición.

4.3. Referencias

Alba, V. (1997). *Paro, jubilación y envejecimiento prematuro*. Madrid, España: José Buendía.

Albala, C. (07 de abril de 2003). *CEPAL*.

Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Prentice Hall.

Alvarado García, A., & Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *SciELO*.

Alzheimer Universal. (27 de octubre de 2015). *Alzheimer Universal. No hay dos enfermos iguales*. Obtenido de <https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/10/27/ejercicios-de-estimulacion-cognitiva-praxias-ideomotoras/>

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*.

Arber, S., & Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea Ediciones.

Arriola Manchola, E., & Inza Iraola, B. (1999). Protocolos de atención en residencias para personas mayores. *Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales*, 14-16

Bazo, M. T. (1990). Sociedad Anciana y Estado de Bienestar. *Zerbitzuan*, 12-13.

Benavides Caro, C. A. (2017). Orientar la evaluación cognitiva del paciente mayor durante la evaluación perioperatoria para identificar pacientes con riesgo de deterioro cognitivo postoperatorio o con deterioro cognitivo preoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*.

- Berriel, F., & Pérez, R. y. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Castaño Vergara, D. A. (02 de febrero de 2016). *Salud Pública*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>
- Castillo, D. (2009). Envejecimiento Exitoso. *Revista Médica Clínica Condes*, 167-174.
- Castillo, B. (11 de julio de 2014). *FADEP*.
- Ceballos Gurrola, O., Álvarez Bermúdez, O., Medina, J., & Rodríguez, R. (2012). Adultos mayores.
- Cespedes, J. M. (2001). *Portal Ciencia*. Recuperado el 30 de Abril de 2017, de <http://www.portalciencia.net/vdc/pronotce.pdf>
- Comollonga, M., & G., I. (2002). *Fisiología del Envejecimiento*. Madrid: Manual de Geriatria.
- D., C., & H., A. (2006). *La flor de la vida. Pensemos en el adulto*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Dabove, M. (2006). *Derecho a la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. Ciudad Argentina: Editorial Juris.
- Desarrollo, P. d. (2014). *Índice de Desarrollo Humano 2014: Reducir Vulnerabilidades y Construir Resiliencia*. Guatemala: FUNDESA.
- Duane, P., & Schultz, S. y. (2002). *Teorías de la personalidad (7ma. Edición)*. Cengage Learning Editores.

Dulcey Ruiz, E. (2006). *Psicología del Envejecimiento*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

En *Actividad física y calidad de vida en adultos mayores* (págs. 1-6). Monterrey: El Manual Moderno.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Escalona Díaz, C., & Roca Socarrás, C. y. (2012). Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos. *Medwave: Revista biomédica* .Estrasburgo, Francia.

Fernandez Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Ediciones Pirámide.

Fernández, A. (2017). *GeriatricArea*. Obtenido de <http://geriatricarea.org/deterioro-cognitivo-mas-duro-por-quienes-lo-sufren-que-la-enfermedad-de-alzheimer-posterior/>

Frama. (1972). *Trastornos Neuropsiquiátricos y Deterioro Intelectual en los Ancianos*.

GAES. (2013). *Mejorar el bienestar emocional de los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.gaes.es/gaestecuida/tu-bienestar/bienestar-emocional/consejos-para-mejorar-bienestar-emocional-personas-mayores>

Gálvez, A. L. (15 de junio de 2014). *RevistaD Prensa Libre*. Obtenido de <https://www.prensalibre.com/revista-d/Maltrato-en-la-vejez-adultos-mayores-cifras-adultos-mayores-Guatemala-0-1156084585>

García Madruga, J. A., & Lacasa, P. (1990). *Psicología Evolutiva*. Madrid:Universidad Nacional de Educación a Distancia

- Guatemala, R. L. (2010). *Derechos de las personas mayores: Situación de los derechos humanos en Guatemala*.
- Helmer, C. B. (1999). *Salud subjetiva y mortalidad en ancianos franceses*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Educación/Interamericana.
- INE. (2016). *INE*. Obtenido de <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas>
Institucionalización y dependencia.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. (2006).
Institucionalización.
- Ixcoy, G. (2015). *Institucionalización y problemas psicopatológicos en el adulto mayor del asilo Casa María, Antigua Guatemala, 2015*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Izal, M., Montorio, I., & Díaz, P. (2001). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (2008). *Documento de Consenso: Salud mental en adultos mayores*. Luxemburgo: European Communities.
- Junque, B. (2010). *Trastorno cognitivo y envejecimiento normal*. Barcelona: Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
- López Pérez, B., Fernández, I., & Márquez, M. (septiembre de 2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Redalyc*.
- Mangone, C., & Arizaga, R. (1999). *Demencia en Argentina y otros países latinoamericanos*.

- Matías, L. (12 de septiembre de 2012). *La vejez en las Américas*. Obtenido de <http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Américas.pdf>.
- Mejía Arango, S., Miguel, A., Villa, A., & Ruiz, L. y. (2001). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *SciELO-Scientific Electronic Library Online*.
- Meléndez, J., & Mayordomo T. y Sales, A. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Univ. Psychol.*
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017*. Perú: Cuadernos sobre poblaciones vulnerables No.5.
- Mira, C. (enero de 2019). *Infobae*. Obtenido de <https://www.infobae.com/salud/2017/10/10/salud-mental-en-adultos-mayores-por-que-el-bienestar-emocional-es-tan-importante-en-esta-etapa/>
- Molina, R. (2012). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores relacionados en los adultos mayores no institucionalizados*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Moreno, M. y. (2007). *Aplicación del modelo de adaptación para el cuidado de enfermería en el anciano sano*. Bogotá: Manual Moderno.
- Nelson, G. (2003). Deterioro Cognitivo: Avances y controversias. *Revista cubana médica*.
- Obtenido de <http://fadep.org/principal/demografia/guatemala-se-envejece/>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud OMS*. Obtenido de https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

- Ortiz, G. (23 de noviembre de 2014). *www.lahora.com.gt*.
Obtenido de <https://tengoderechogt.wordpress.com/2015/11/23/que-duro-ser-anciano-solo-el-17-por-ciento-de-adultos-mayores-recibe-seguridad-social/>
- P.P., A. C. (2003). Funcionalidad, salud y envejecimiento en América Latina. *Proyecto SABA- Reunión Regional en Envejecimiento y Salud*, 32-44.
- PAHO, O. (2012). *Paho*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Salud-mental.pdf>
- Papalia, A., Sterns, H., R., F., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del Adulto Mayor y Vejez*. México D.F.: McGraw Hill.
- Pérez Ortiz, L. (1998). *Las necesidades de las personas mayores en España*. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Pérez, V. (2005). Deterioro Cognitivo, una mirada previsor. *Revista Cubana Médica General Integral*.
- Piaget, J. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas: problema central del desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Prieto, C., Ortiz, M., & Llanero, M. (2011). *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*.
- Quintero, G. y. (1997). *Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada*. Madrid: José Buendía Ediciones.
- Richter, M. (09 de septiembre de 2014). *Movimiento Sindical Indígena y Campesino Guatemalteco MSICG*. Obtenido
- S., S., & Wortmann, M. (octubre de 2012). *OMS*.
Obtenido de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

- San Román, T. (1990). *Vejez y Cultura hacia los límites del sistema*. Barcelona, España: Fundación Caja de Pensiones.
- Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC.
- Sosa, M. J. (2016). *Deterioro Cognitivo en la Vejez*. Montevideo.
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el Adulto Mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Scientific Electronic Library Online*.
- Vargas, M., Arana, B., García, M., Ruelas, M., Melguizo, E., & Ruiz, A. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *La Sabana*.
- Velásquez, S. (2015). *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México*.
Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf

ANEXOS

ANEXO # 1 (Consentimiento informado)



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología –
CIEPs- “Mayra Gutiérrez”



Consentimiento Informado

Proyecto de Investigación:

“La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019”

Reciba un cordial saludo por parte de Sindy Paola García Olivarez y Ana Beatriz Barrios Carrera estudiantes con Cierre de Pensum de Licenciatura en Psicología quienes realizan el proyecto de investigación en mención. Se ha considerado estudiar el deterioro cognitivo principalmente por ser partidarias de la salud mental en todas las edades, asimismo porque se conocen las altas cifras demográficas de adultos mayores que se sumarán en los próximos años, siendo esto motivo de estudio tomando en cuenta las pocas oportunidades de continuar con una vida productiva dentro de una institución de retiro especialmente en nuestro país. El fin de esta investigación no sólo es dar a conocer la manera en la que los largos períodos de institucionalización pueden

inferir en el deterioro cognitivo de un adulto mayor sino también aportar a través de un programa estimulación cognitiva para todos los participantes con la finalidad de reducir en cierta medida su deterioro inminente.

El estudio tiene como objetivo principal identificar la institucionalización como factor incidente para desarrollar deterioro cognitivo en los adultos de 75 a 80 años del hogar Lazos de Amor en Amatlán. Se utilizará un diseño de investigación cuantitativo descriptivo con un enfoque pre experimental el cual permitirá evaluar a la misma población dos veces, evidenciando así el aporte del programa a desempeñar por un período de 3 semanas aproximadamente.

Su voluntariedad en la participación de este estudio le permitirá formar parte del programa que busca estimular los procesos cognitivos que con la edad se deterioran. Asimismo, es importante contemplar que la evolución de cada persona es diferente y exista la posibilidad de no obtener resultados visibles durante el tiempo de ejecución del mismo.

Los datos personales y de desempeño dentro del programa serán recopilados de forma confidencial, así como la publicidad final de los resultados. Cualquier duda con respecto a los procedimientos y propósitos de esta investigación podrá ser resuelta por Sindy Paola García Olivarez o Ana Beatriz Barrios Carrera quienes estarán a cargo de dicho estudio.

(nombre y apellidos)

-He leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba citado.

-He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con las investigadoras Sindy Paola García Olivarez y Ana Beatriz Barrios Carrera.

-He recibido suficiente información sobre el estudio.

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:

-En el momento en que lo desee,

-sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del Participante _____

Fecha _____

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma de las profesionales _____

Fecha _____

ANEXO # 2 (Cuestionario)



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología –
CIEPs- “Mayra Gutiérrez”



Cuestionario

Fecha: _____

Nombre:

Edad: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____

1. ¿Hace cuánto tiempo ingresó al Hogar?

A) Más de un año B) Menos de un año C) Otro especificar _____

2. ¿Por qué motivo ingresó al hogar?

A) Por decisión propia B) Por decisión de familiares C) No sabe

3. ¿Cuál es la opinión que usted tiene del establecimiento en que se encuentra actualmente?

A) Positiva B) Negativa C) Indiferente

¿Por qué?

4. ¿Cómo considera usted que ha sido su estadía en este Hogar?

A) Positiva B) Negativa C) Indiferente

5. ¿Qué le gustaría hacer al interior del establecimiento?

A) Actividades recreativas

B) Culturales

C) Ninguna

6. ¿Cómo es su relación con las personas que están a su cuidado?

A) Buena

B) Mala

C) Regular

7. ¿Cómo es la relación que usted tiene con los otros residentes del establecimiento?

A) Buena

B) Mala

C) Regular

8. ¿Con qué frecuencia ha presentado problemas para recordar algo últimamente?

A) Una vez al mes

B) Una vez a la semana

C) Todos los días

9. ¿Cómo considera su habilidad actual para aprender o adquirir habilidades nuevas?

A) Buena

B) Mala

C) Regular

10. ¿Cuál de estas actividades realiza con mayor continuidad dentro del hogar?

A) Leer

B) Conversar

C) Caminar/Moverse

MMSE

EXAMEN MENTAL (MMSE) (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION-FOLSTEIN) (1975)

I. ORIENTACIÓN (Hacer las siguientes preguntas: correcto =) (Puntuación Máxima = 10)

¿En qué año estamos?	Año	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué estación del año estamos?	Estación	1	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la fecha de hoy?	Fecha	1	<input type="checkbox"/>
¿Qué día de la semana es hoy?	Día	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué mes estamos?	Mes	1	<input type="checkbox"/>
¿Me puede decir en qué país estamos?	País	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué pueblo, ciudad, municipio estamos?	Pueblo	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué sección, barrio, urbanización estamos?	Sección	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué piso (del edificio) estamos?	Piso	1	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la dirección de este lugar? Si es una institución: ¿Cuál es el nombre de este lugar?	Nombre	1	<input type="checkbox"/>

II. REGISTRO (Correcto =) (Puntuación Máxima = 3)

Le voy a nombrar tres cosas. Después que yo las diga quiero que usted las repita. Trate de recordarlas porque dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez: "Piña", "Mesa", "Peso."

Piña	1	<input type="checkbox"/>
Mesa	1	<input type="checkbox"/>
Peso	1	<input type="checkbox"/>

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (Indique cada respuesta; correcto =) (Puntuación Máxima = 5)

Comenzando con 100, réstele 7. Luego siga restando 7 del resultado que obtenga hasta que le diga que pare. (Si es negativo, sustituya este ejercicio por lo próximo).

93	1	<input type="checkbox"/>
86	1	<input type="checkbox"/>
79	1	<input type="checkbox"/>
72	1	<input type="checkbox"/>
65	1	<input type="checkbox"/>

Ahora voy a deletrear una palabra y quiero que usted me la deletree al revés. La palabra es MUNDO.

O	1	<input type="checkbox"/>
D	1	<input type="checkbox"/>
N	1	<input type="checkbox"/>
U	1	<input type="checkbox"/>
M	1	<input type="checkbox"/>

IV. RECUERDO (Correcto =) (Puntuación Máxima = 3)

Ahora, ¿Cuáles fueron las tres cosas que le pedí que recordara?

Piña	1	<input type="checkbox"/>
Mesa	1	<input type="checkbox"/>
Peso	1	<input type="checkbox"/>

V. LENGUAJE (Correcto =) (Puntuación Máxima = 9)

¿Cómo se llama esto? RELOJ

¿Cómo se llama esto? LAPIZ

Reloj	1	<input type="checkbox"/>
Lápiz	1	<input type="checkbox"/>

Quisiera que repitiera esta expresión después de que yo la diga: "Tres tristes tigres comen trigo"

Repetición

Repetición	1	<input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------

Lea las palabras en esta página y luego haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

Cierre los ojos

Cierre los ojos	1	<input type="checkbox"/>
-----------------	---	--------------------------

Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé, tome el papel en la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las dos manos y luego ponga el papel en su falda.

Tome papel en la mano

Doble papel en la mitad

Ponga papel en falda

Tome papel en la mano	1	<input type="checkbox"/>
Doble papel en la mitad	1	<input type="checkbox"/>
Ponga papel en falda	1	<input type="checkbox"/>

Escriba cualquier oración completa en este papel. La oración debe tener sujeto y verbo. También debe tener sentido. Los errores de ortografía o gramática no cuentan.

Escribe oración

Escribe oración	1	<input type="checkbox"/>
-----------------	---	--------------------------

Aquí está un dibujo. Haga el favor de copiar el dibujo en el mismo papel que utilizó antes (Polígono complejo de Bender-Gestalt).

Copia Polígono

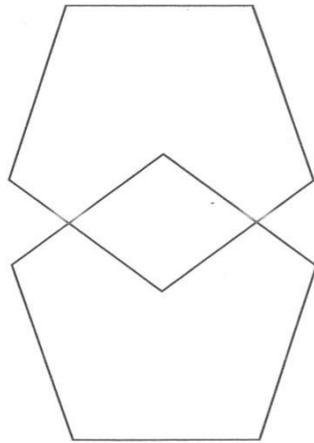
Copia Polígono	1	<input type="checkbox"/>
----------------	---	--------------------------

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN TOTAL

Suma el número de respuestas correctas. La puntuación máxima es de 30. Puntuación Total _____

** Las instrucciones para poder evaluar los resultados de la prueba se encuentran en la cara posterior de esta hoja.

PR1 1104003601



Puntuación total obtenida:...../30

Guía de la interpretación de los resultados:

Normal: Paciente mayor de 60 años (30 a 21 puntos)

Demencia: 20 puntos o menos

Demencia Severa: 15 puntos o menos

COMENTARIOS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEXT (CDT) (THALMAN, B., ET AL., 1996)

Criterios de puntuación del Test del Reloj (J. CACHO
y R. GARCÍA)

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores de localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior)
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez), cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas.
0	Efecto en forma de

284

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo «pequeños errores» en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los «pequeños errores» en la localización se dan 4 o más números.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6).
3	Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
2	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario
2	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.)
2	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
1	Alineación numérica con falta o exceso de números.
1	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden:

1. Test del reloj a la orden (TRO).
2. Test del reloj a la copia (TRC).

1. Condición experimental del TRO

A cada sujeto se le ha presentado una hoja de papel completamente en blanco, un lapicero y una goma de borrar, y se le ha dado la siguiente instrucción: «Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí

A

13

tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo limite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible.»

A cada sujeto se le ha repetido la instrucción las veces que se ha considerado necesario para que la comprendiera. Si después de dibujar la esfera y los números, faltaba alguno, se le ha preguntado si los había puesto ya todos, permitiéndole así rectificar el dibujo si tomaba conciencia de sus errores. Si no percibía que faltaban o sobraban números al formular dicha pregunta, se le ha repetido la instrucción de la pauta horaria.

Después de dibujar los números, se les ha recordado que deberían ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido algún tiempo no dibujaban las saetas o faltaba alguna de ellas, se les ha preguntado si estaba terminado su reloj. En caso afirmativo, se les ha informado de que iban a pasar a una prueba más fácil, comenzando entonces a realizarse la fase del TR «a la copia». En caso contrario, se les ha concedido un plazo de tiempo adicional para completar la tarea.

2. Condición experimental del TRC

En esta segunda condición a cada sujeto se le ha presentado un folio en posición vertical, con un reloj cuyo formato puede verse en la figura.

Se ha informado a cada sujeto de que iba a realizar una prueba más fácil. Se les ha pedido que copiaran de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. También se les ha instado a poner la máxima atención con el fin de captar todos los detalles del dibujo y poder copiarlos. Al no disponer en esta prueba de un tiempo limite, se les ha sugerido que la realizaran con tranquilidad y que emplearan la goma de borrar en caso de cometer algún error. Tras proporcionar las instrucciones a cada sujeto de estudio y cerciorarnos de que las habían comprendido, les hemos permitido comenzar la tarea.

Al terminar esta prueba se ha retirado la hoja para su posterior evaluación y puntuación. Si el reloj estaba incompleto, antes de recoger la hoja se ha preguntado si el dibujo estaba terminado. Si el sujeto advertía la existencia de algún error se le permitía rectificarlo, de lo contrario se le recogía la hoja.

Puntos de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer

En la condición TRO observamos que el punto de corte que muestra una mayor eficacia (93,16) es el 6 con una sensibilidad del 92,8% y una especificidad del 93,48%.

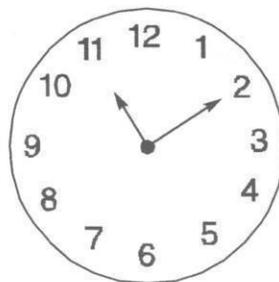
Por tanto, consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) « a la orden» es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6.

Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad (especialmente las puntuaciones cercanas al 8 y al 9).

Observamos que el punto de mayor eficacia (82,49), en la condición de aplicación « a la copia» es 8 que para una sensibilidad del 73,11 produce una especificidad del 90,58%. Por tanto, consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) «a la copia» es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO, TRC) debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

Colaboradores: Roberto Rodríguez-Pérez
Martín Hemmings
Bernardino Fernández



Modelo para la aplicación del test del reloj a la copia

ANEXO #5 (Programa de Estimulación Cognitiva)



Planificación de actividades para programa de estimulación cognitiva
de adultos mayores participantes en el proyecto de investigación:



**“La institucionalización y su relación con el deterioro cognitivo
de los adultos mayores comprendidos en las edades de 75 a 80 años
en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante el 2019”**

FECHA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
Del 11 al 15 de marzo del 2019	Aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante 2019.	ACTIVIDADES IDEOMOTORAS -Saludo -Rapport -Extremidades: -Cepillarse los dientes -Peinarse -Tomar café/comer -Clavar un clavo -Gesticulaciones: -Decir adiós con la mano derecha -Decir adiós con la mano izquierda -Hacer un saludo militar -Hacer un gesto de silencio -Mover la mano para llamar a alguien.	1 hora/día.	Humanos: -Investigadoras -Adultos Mayores del hogar Lazos de Amor.

		<ul style="list-style-type: none"> -Toser -Oler -Apagar una vela -Succionar a través de una pajilla. -Recordar cuando será la próxima sesión. Despedida. 		
Del 18 al 22 de marzo del 2019	Aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante 2019.	<p style="text-align: center;">GRUPO DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> -Saludo -Rapport -Identificación: ¿Quiénes estamos?, ¿quiénes faltan? El nombre de cada uno de nosotros. -Orientación temporal: ¿Qué día de la semana es hoy?, fecha, mañana o tarde y relacionarlo con las actividades propias del momento, si hay alguna festividad cercana, etc. -Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo, etc. 	1 hora/día.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadoras -Adultos Mayores del hogar Lazos de Amor. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fichas con nombres -Calendario

		<p>-Acontecimientos diarios, cotidianos.</p> <p>-Recordar cuando será la próxima sesión.</p> <p>Despedida.</p>		
Del 25 al 29 de marzo del 2019	Aportar conocimientos sobre psicoestimulación cognitiva en adultos mayores comprendidos en edades de 75 a 80 años en el hogar Lazos de Amor, Amatitlán durante 2019.	<p>HOJAS DE TRABAJO CONCEPTOS BÁSICOS</p> <p>-Saludo</p> <p>-Rapport</p> <p>-Sopa de letras de las partes del cuerpo.</p> <p>-Recordar los números escritos.</p> <p>-Completar palabras (nombres de frutas y verduras).</p> <p>-Selección de colores en fichas que se muestran.</p> <p>-Relación de parecidos y opuestos.</p> <p>-Recordar cuándo será la próxima sesión.</p> <p>Despedida</p>	1 hora/día.	<p>Humanos:</p> <p>-Investigadoras</p> <p>-Adultos Mayores del hogar Lazos de Amor</p> <p>Materiales:</p> <p>-Hojas de actividades</p> <p>-Fichas de colores</p> <p>-Lápices</p>