

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



**Capacidad Funcional del Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado de la
Ciudad de Pamplona**

Presentado por:

Yeisson Esneider Pulido Bautista

Código: 109425511

Pamplona, Colombia

2019

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA



**Capacidad Funcional del Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado de la
Ciudad de Pamplona**

Presentado por: Yeisson Esneider Pulido Bautista

Directora: Mg. Elvia Lucia Acero M

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología

Pamplona, Colombia

2019

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Problema de investigación.	12
Formulación del problema.	12
Planteamiento del problema.	12
Descripción del problema.	14
Objetivos.	17
Objetivo general.	17
Objetivos específicos.	17
Justificación.	18
Estado del arte.	21
Estado del arte local.	21
Estado del arte nacional.	23
Estado del arte internacional.	24
Marco teórico.	27
Capítulo I. Ciclo vital.	27
Capitulo II. Adulto mayor.	42
Capitulo III. Gerontología.	66
Marco legal.	80
Ley 1315 de 2009.	80

Ley 1251 de 2008.	81
Ley 1850 de 2017	82
Marco contextual	85
Metodología.	90
Tipo de diseño.	90
Población.	91
Muestra.	91
Instrumento.	92
Consideraciones éticas.	95
Presentación de resultados.	98
Análisis de resultados.	98
Discusión.	120
Conclusiones.	125
Recomendaciones.	127
Referentes Bibliográficos.	129
Apéndices.	136

Lista de tablas

Tabla 1. Medias, desviación estándar y análisis estadístico INACVIDIAM	101
Tabla 2. Interpretación prueba INACVIDIAM mujeres Hogar San José.	101
Tabla 3. Interpretación prueba INACVIDIAM hombres Hogar San José.	103
Tabla 4. Media y desviación estándar de los resultados test Moca.	105
Tabla 5. Interpretación y análisis de resultados test Moca.	106
Tabla 6. Medias, desviación estándar y análisis por dimensión	110
Tabla 7. Análisis de resultado prueba INACVIDIAM mujeres Hogar Día.	111
Tabla 8. Análisis de resultado prueba INACVIDIAM hombres Hogar Día.	112
Tabla 9. Tablas de media y desviación estándar.	114
Tabla 10. Interpretación y análisis de resultados test Moca.	114
Tabla 11. Resultados INACVIDIAM Hogar Asilo San José y Hogar Día Hombres.	116
Tabla 12. Resultados INACVIDIAM mujeres Hogar Asilo y Hogar Día	116
Tabla 13. Resultados test Moca hombres Asilo San José y Hogar Día.	118
Tabla 14. Resultados test Moca mujeres Asilo San José y Hogar Día.	119

Tabla de figuras

Figura 1. Edades hombres Asilo San José.	98
Figura 2. Edades mujeres Asilo San José.	99
Figura 3. Nivel de escolaridad hombres Asilo San José.	100
Figura 4. Escolaridad mujeres Asilo San José.	100
Figura 5. Edades hombres Hogar Día.	108
Figura 6. Edades mujeres Hogar Día.	108
Figura 7. Nivel de escolaridad hombres Hogar Día.	109
Figura 8. Nivel de escolaridad mujeres Hogar Día.	110

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por permitirme escalar un peldaño más en mi vida, en este caso en mi vida profesional, “poniendo todo en manos del señor, todas tus metas serán alcanzadas y todos los obstáculos serán derribados”.

Este nuevo paso en mi proyecto de vida se lo dedico a las personas más importantes de mi vida, en primer lugar, a mi hijo Johan Mathias Pulido Carreño, mi motor para seguir adelante y no rendirme nunca, mi madre Nayda Roció Bautista, quien me formo como persona y me lleno de valores, por último, a mi abuela Natalia Rico quien fue mi ángel, quien no descanso hasta verme en la cima. Por su confianza, apoyo y amor incondicional, para ustedes es este título profesional.

A mi familia por el apoyo constante, por los sermones regalados en los momentos más adecuados y en especial por siempre estar a mi lado sin importar las dificultades.

Al equipo de docentes por brindarme por aportarme su conocimiento en el proceso de formación como estudiante de psicología y así mismo por orientarme en todo momento.

A mi directora de tesis la Mg. Elvia Lucia Acero Martínez, por siempre creer en mí, por la dedicación y esfuerzo para que este proyecto culminara de la mejor forma y en especial por aportarme gran conocimiento a nivel profesional y personal.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo, determinar el nivel de capacidad funcional que tiene el adulto mayor del Hogar Día y el Hogar San José de la ciudad de Pamplona, mediante una aproximación de corte cuantitativo, que permita el diseño de estrategias psico gerontológicas para una mejor calidad de vida en el adulto mayor, esta investigación posee un diseño de corte transversal, la muestra es no probabilística y está conformada por 20 adultos institucionalizados y 20 adultos no institucionalizados, , para determinar el nivel funcional se realizaron dos test, el primero de ellos fue el test INACVIDIAM y el test Moca, con el fin de, lograr realizar un comparación entre los dos grupos de adultos mayores permitiendo determinar que a mayor deterioro cognitivo menor capacidad funcional tiene el adulto mayor, dando paso a la realización de una cartilla psicogerontológica. En síntesis, mediante el profesional desde el área de psicología se debe enfatizar en la calidad de vida y el envejecimiento exitoso fortalecer las esferas cognitivas, físicas y psicológicas del adulto mayor con el fin de reducir los factores de riesgo que conllevan a un deterioro acelerado, causal de demencia leve, baja frecuencia de actividad y poca satisfacción en la realización de actividades diarias.

Palabras claves: adulto mayor, institucionalizado, no institucionalizado, test INACVIDIAM, test Moca, psicogerontología.

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the level of functional capacity of the elderly at the Hogar Día and Hogar San José in the city of Pamplona, using a quantitative approach, which allows the design of psycho-gerontological strategies for a better quality of life in the elderly, this research has a cross-sectional design, the sample is not probabilistic and consists of 20 institutionalized adults and 20 non-institutionalised adults, two tests were performed to determine the functional level, the first of which was the INACVIDIAM test and the Moca test, in order to achieve a comparison between the two groups of older adults allowing to determine that the greater the cognitive impairment the less functional capacity the older adult has, giving way to the realization of a psychogerontological primer. In summary, through the professional from the field of psychology should emphasize the quality of life and successful aging strengthen the cognitive spheres, physical and psychological factors of the elderly in order to reduce the risk factors that lead to accelerated deterioration, cause of mild dementia, low frequency of activity and low satisfaction in the performance of daily activities.

Keywords: adult, institutionalized, non-institutionalized, INACVIDIAM test, Moca test, psychogerontological.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, uno de los puntos de cambio que se están presentando es el interés por el bienestar que sienten los adultos mayores quienes por varias décadas han sido una población vulnerable en cuanto al cuidado e interés que se les presta, a causa de diferentes factores como a la disminución de su funcionalidad o sociales y culturales.

El envejecimiento de los individuos es un proceso de cambios en el transcurso de sus vidas, el cual también implica vivir cada día más. En tal sentido, todas las personas envejecen los trescientos sesenta y cinco días de cada año y durante la totalidad de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Dicho proceso depende de condiciones genéticas y ambientales; pero particularmente, de las condiciones en las que se vive a lo largo de la existencia. Los contextos físicos, geográficos, sociales, económicos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales influyen en el vivir-envejecer de todas y cada una de las personas (Dulcey, 2013). Es decir, la vida de las personas adultas mayores no tiene por qué ser pasiva o carente de participación en distintos ámbitos de la sociedad. Más aún, debe ser una preocupación de todos, donde el conjunto de cambios individuales, asociados al envejecimiento no impliquen una pérdida de oportunidades y mucho menos de sus derechos.

La siguiente investigación busca dar a conocer en qué nivel de independencia se encuentran los adultos mayores del Hogar San José y el Hogar Día respecto a la realización de sus actividades diarias, su nivel y deterioro cognitivo, con la finalidad de correlacionar el nivel de capacidad funcional del adulto institucionalizado y no institucionalizado por medio de la aplicación del test INACVIDIAM y el test Moca.

Ahora bien, en este sentido es esencial estatizar lo pertinente en cuanto a calidad de vida acerca del último ciclo vital, en donde el adulto mayor, aunque en los últimos 20 años ha recibido la importancia que amerita en cuenta a su calidad de vida y bienestar, aun cierta parte de la sociedad lo considera una carga o no tiene un interés por el cuidado de aquellos gerontes que en algún momento tuvieron una funcionalidad para la sociedad.

Para terminar, es necesario hacer énfasis en tres apartados importantes en la investigación, los cuales están divididos de la siguiente manera: el primero de ellos, es el ciclo vital, el cual engloba aspectos importantes desde el enfoque biológico, social y cultural, el segundo apartado guiado al adulto mayor, sus teorías más importantes y así mismo las características principales va guiado a plasmar los principales factores a tener en cuenta de esta población, por último desde el área de la psicogerontología, se hace vital mencionar diferentes estrategias de intervención guiadas al encargado del adulto mayor con el fin de reducir factores de riesgo que afecten su integridad física y psicológica.

Problema De Investigación

Formulación del Problema

¿Determinar el grado de capacidad funcional y nivel cognitivo que tiene el adulto mayor del Hogar Día y del Hogar San José?

Planteamiento del Problema

En la etapa de la vejez es importante tener en cuenta que la funcionalidad es un factor determinante para la vida diaria y así mismo lograr un nivel físico y cognitivo óptimo, entendiendo la capacidad funcional como la frecuencia y destreza del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5% de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado (Encinas, 2007).

Por esta razón, durante el proceso del ciclo vital, es fundamental partir de factores genéticos y ambientales que básicamente sostienen que en la etapa de la vejez se tiene una pérdida de los sentidos, tomando como referencia al filósofo Kant, citado por (Wertheimer, M. , 1912), propone que nuestro conocimiento del mundo exterior depende de nuestras formas de percepción. Para definir lo anterior, es necesario definir lo que es "sensorial". Lo sensorial se refiere a los procesos cognitivos, de la visión, el

gusto y el olfato, siendo una etapa normal del envejecimiento el deterioro de estos sentidos, aunque también puede ser causada por una amplia variedad de enfermedades y del entorno, por lo cual es necesario el acompañamiento de las familias, cuidadores y profesionales responsables de los adultos mayores.

De igual manera, el envejecimiento como se mencionó anteriormente se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual.

Partiendo de lo anterior, es que se debe tomar en cuenta estos procesos del desarrollo de una manera muy natural al momento de afrontar la vejez mediante el apoyo en algún familiar o incluso tener conocimiento para el momento en que se deba vivir en primera persona. Entendiendo que existen dos tipos de apoyos a las personas mayores, uno de tipo formal, generalmente ligado a los estamentos institucionales con objetivos y personal cualificado para llevar a cabo estos mismos, y por otro lado tenemos los denominados apoyos de tipo informal, en el cual caben todas aquellas redes personales y comunitarias que no se estructuran como programas de apoyo. (Guzmán, Huenchuan & Montes, 2003).

Se define entonces que las redes de apoyo son un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades. (Elina, 1998).

En síntesis, el presente estudio busca identificar entonces el grado de independencia en el que se encuentra el adulto mayor. La valoración funcional en el aspecto físico, psíquico y social constituye la valoración geriátrica integral; su importancia radica a nivel individual en que permite identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidado, mejorar la toma de decisiones, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención, y a nivel general, en su utilidad para planificar políticas de salud pública, asignar recursos equitativamente y determinar la población que se puede beneficiar de la atención geriátrica (Soler, Valores normativos de instrumentos de valoración funcional, 2015).

Descripción del problema

Es cierto que en Colombia la atención al adulto mayor se está generando a grandes rasgos en el último siglo, partiendo de la reducción en su población, los factores que influyeron para este envejecimiento es una drástica reducción de las tasas globales de fecundidad, si se tiene en cuenta que hacia el 2005 que fue el último censo de Población y Vivienda, se tenían tasas estimativas de fecundidad de 2.5 y diferentes fuentes conllevan que al 2017, esa tasa pueda estar asociada a entre un 9 y 2, lo que significa que las mujeres están trabajando y toman decisiones mucho más costo beneficio a la hora de traer niños al mundo. En la actualidad Colombia es un país que esta envejeciendo y según el DANE la población mayor de 60 años, paso de 9 % hace 13 años a 13, 4 %, es decir un incremento cercano al 50%. Manizales, Bogotá y Santander, concentra la población adulta mayor. (DANE, 2019)

Partiendo de lo anterior, teniendo en cuenta la población en un futuro de del adulto mayor, es necesario realizar diferentes estudios acerca de la calidad de vida, manejos del tiempo libre y funcionalidad tanto en adulto mayor institucionalizado como no institucionalizado, tal como se realizó en Cuba un estudio relevante con el adulto mayor

el cual lleva como título “El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial” en donde cabe tener en cuenta que el aspecto sociodemográfico es relevante al momento de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, por lo cual esta investigación tuvo como objetivo demostrar como con los recursos y apoyo suficientes se puede brindar una mejor atención al adulto mayor de 60 años y que efectos positivos a corto plazo tendrían en la esperanza de una mejor calidad de vida (Villafuerte, 2017).

De igual manera, teniendo en cuenta que a nivel regional y local se han realizado pocos estudios, como por ejemplo uno realizado en la ciudad de Bucaramanga el cual lleva como título “Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar” en donde básicamente se determinan los factores principales para una mayor funcionalidad y como aplicar actividades diarias que permitan una mejor calidad de vida (Laguado, 2017). Es necesario analizar y generar nuevas estrategias gerontológicas ya que los estilos de vida de comunidades rurales y urbanas es muy diferente, destacando los hábitos insalubres de la población urbana (mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo y hábitos nocivos), los cuales tienen repercusión directa sobre el proceso de envejecimiento.

Existen diversos tipos de técnicas para evaluar las habilidades funcionales (Fernández-Ballesteros, 1992). Todos orientados a la realización de técnicas para evaluar las habilidades funcionales, en la presente investigación es necesario realizar la aplicación del test INACVIDIAM y el test Moca. Está claro también, que estas competencias o habilidades a evaluar se refieren a lo que la persona es capaz de hacer en el contexto de los recursos proporcionados por un ambiente determinado.

Se ha insistido repetidamente en que diversas variables cognitivas y ambientales están comprometidas en la competencia de capacidad funcional. Es decir la persona de edad, como los demás adultos, se conduce de acuerdo con las expectativas que tiene de

su propia capacidad de rendimiento, por lo que en la práctica no parte de lo que realmente puede, sino de, lo que piensa que puede, por ende, las evaluaciones del estado funcional son de enorme ayuda para enjuiciar los resultados de la evolución de los mismos.

En la actualidad es necesario realizar un paralelo de las principales problemáticas que se presentan en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado. En primer lugar el adulto institucionalizado presenta: el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio; el maltrato, y por parte del adulto no institucionalizado presenta: el sentimiento de no ser funcional, dentro de este proceso surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación. (Observatorio de Salud Pública de Santander., 2014). Por consiguiente, es fundamental tener en cuenta estos aspectos en donde se debe hacer más funcional a esta población.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de capacidad funcional que tiene el adulto mayor del Hogar Día y el Hogar San José de la ciudad de Pamplona, mediante una aproximación de corte cuantitativo, que permita el diseño de estrategias psicogerontológicas para una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

Objetivos Específicos

Evaluar en qué nivel de capacidad funcional y cognitivo se encuentran el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado mediante la aplicación del test INACVIDIAM y el test de Moca para la determinación de la autonomía de la población objeto de estudio.

Comparar el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados mediante la aplicación del test INACVIDIAM y Moca que permita la identificación de diferencias o similitudes entre ambos grupos.

Generar estrategias psicogerontológicas que permitan la disminución los factores de riesgo de la disfuncionalidad del adulto mayor para el diseño de dos cartillas

didácticas dirigidas a población institucionalizada y no institucionalizada que oriente a los familiares y cuidadores acerca de la atención integral al adulto mayor.

JUSTIFICACIÓN

La independencia es totalmente fundamental en el adulto mayor ya que pueden realizar diferentes actividades de su diario vivir sintiéndose mucho más autónomos, y sobre todo evitando la dependencia con sus familiares o cuidadores donde eso puede variar según la edad de los participantes y el contexto en el que conviven (Serra, 2007). En este caso, se tendrá en una muestra significativa de la Ciudad de Pamplona teniendo en cuenta que se abordará dos poblaciones diferentes, las cuales son en el contexto institucionalizado y no institucionalizado.

Teniendo en cuenta que son muy limitadas las investigaciones de este tipo en el contexto local en donde se identifique como factor principal la variable del nivel de dependencia que tienen los adultos mayores no institucionalizados, y así mismo institucionalizados, será un gran aporte para la temática abordada. Teniendo en cuenta que, la valoración funcional en el aspecto físico, psíquico y social constituye la valoración geriátrica integral; su importancia radica a nivel individual en que permite identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados, mejorar la toma de decisiones determinar la población que se puede beneficiar de la atención geriátrica. (Soler, 2015).

Partiendo de lo anterior, la disfuncionalidad motora puede afectar diferentes áreas del individuo, como por ejemplo debido al deterioro cronológico gran parte de la población adulta tiene dificultad para realizar diferentes actividades básicas como el ir de comprar, vestirse solo, realizar actividades de casa, entre otras. Según los resultados que se obtengan en la investigación mediante la aplicación de dos instrumentos, que tienen como objetivo determinar el nivel de capacidad funcional y cognitiva, se podrá

identificar en qué nivel de independencia se encuentran los participantes, cómo de cierta manera esto puede generar una visión diferente para el adulto mayor, cuidadores y familiares al momento de realizar las actividades diarias.

Asimismo, la evaluación de la capacidad funcional, puede servir para variedad de propósitos, incluyendo: establecer un cuerpo de información sobre la población anciana, identificar personas que puedan recibir futuras evaluaciones, identificar candidatos a recibir intervención y realizar estimaciones de pronósticos.

De igual manera esta investigación será de gran contribución a la psicología del adulto mayor ya que se observa que no existen muchas investigaciones acerca del nivel de funcionalidad en la tercera edad (60 a 98 años). Dichas aportaciones se han realizado desde el campo de la funcionalidad a nivel físico por lo cual se hace necesario enfocar más hacia el nivel físico y cognitivo dejando plasmadas herramientas que sirvan como guía para una mayor calidad de vida, estos materiales principalmente estarán plasmadas en una cartilla gerontológica.

Por otra parte, en cuanto a calidad de vida del adulto mayor, se entiende que, la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida Entendiendo este como una etapa normal en el ciclo vital es necesario fijar bases brindar estrategias en cuanto al cuidado óptimo del adulto. (O'shea, 2003).

Por último cabe resaltar el valor del adulto mayor en la sociedad, Según la (Organización Mundial de la Salud, 2017), la importancia de la valoración de la

funcionalidad en el adulto mayor reside en que “La salud que impacta en bienestar y calidad de vida del adulto mayor, como mejor se mide, es en términos de función”, por lo que el mejor indicador de salud para la prevalencia de las enfermedades es la capacidad funcional, en este sentido fundamentan la importancia de intervenir en la población de adultos de la mejor manera en los cuidados, estimulación y uso de estrategias para contribuir a una mejor calidad de vida para esta población.

Estado del Arte

En el siguiente apartado, se consignan los estudios previos relacionados con el adulto mayor, la capacidad física y cognitiva pertinente que son guía y apoyo para la presente investigación. Partiendo de lo anterior, a continuación, se hará mención a estados del arte a nivel local, nacional y por último se debe tener en cuenta el estado del arte internacional.

Estado del Arte Local

Síndrome del Cuidador en Personas a Cargo de Adultos Mayores en la Ciudad de Pamplona

Investigación realizada en el año 2013, por Ximena Rodríguez, con la asesoría de la Ps.Esp. Dexy Milena Portilla Granados en la Universidad de Pamplona, Colombia. Su objetivo de este estudio fue analizar la presencia del síndrome del cuidador en personas a cargo de adultos mayores en la ciudad de Pamplona, Colombia, a través de un estudio de casos que permita el reconocimiento de síntomas y la manifestación del mismo. Por lo anterior mencionado y sintetizado se mencionó en los objetivos específicos que era ideal proponer alternativas para la sobre carga. Se utilizó como metodología de investigación cualitativa junto con estudios de caso una muestra de tres ciudadanos.

Estado Emocional Socioafectivo y Pensamiento Crítico de los Adultos Mayores del Asilo San José de Pamplona

Investigación realizada en el año 2018, por María Camila Bacca Sánchez y Mónica Alexandra Leal González, esta investigación tiene objetivo explorar dichos factores a través de un estudio cualitativo, lo cual generó la realización de una cartilla logoterapéutica, se desarrolló aplicando a una muestra aleatoria de seis adultos mayores

residentes del asilo una observación no participante y una entrevista semiestructurada. Teniendo como conclusión que la población se siente satisfecha con lo que se a realizado y tienen tanto sentido de logro, como la capacidad de adaptación que puede ayudar a los demás a pasar de ese estado negativo a uno completamente positivo lo cual favorece al mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Diseño de un Programa de Habilidades Para el Cuidado de Adultos Mayores con Dependencia, Institucionalizados en el Hogar San José, Pamplona, Colombia

Investigación realizada en el año 2014, por Damaris Pérez Gafimay en la Universidad de Pamplona, Colombia. Esta investigación tuvo como objetivo identificar la dificultades que se presentan al realizar labores del cuidado informal en personas con dependencia, para lograr esto se midió la sobrecarga en cuidadores informales a través del instrumento de la escala de sobre carga de Zarit y mediante el test de Barthel. Los resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos señalan que es importante aplicar diferentes estrategias para que no suceda el síndrome del cuidador en donde la mayor preocupación en muchos casos es estar en estado alerta ante cualquier agresión del adulto situado en un rango de los 40 a 60 años de edad. Así mismo a manera de recomendación la aplicación de este instrumento no solo beneficiara al cuidador sino también a los adultos institucionalizados, convirtiéndose en un programa para el mejoramiento de la salud a nivel biopsicosocial de los cuidadores.

Niveles de Independencia, Dependencia y Adaptación Psicológica de los Adultos Mayores Institucionalizados en el Asilo San José de la Ciudad de Pamplona

Investigación realizada en el año 2018 por Andrea Anaya Coronel y Albert Ramón Mantilla, en la Universidad de Pamplona, Colombia. Esta investigación tuvo como objetivo identificar los niveles de independencia dependencia y adaptación psicológica de los adultos mayores institucionalizados en el asilo San José de Pamplona, con el uso de la prueba de Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM) para la identificación del modelo de selección, optimización y

compensación (SOC) en la realización de las actividades diarias. Se realizó por medio de un enfoque cuantitativo, con el tipo de diseño no experimental, se vio como muestra a 5 hombres y 5 mujeres entre las edades de 60 y 90 años. Por tanto, los niveles de dependencia e independencia que se evidenciaron, fue tanto hombres como mujeres dejan de realizar ciertas actividades de la vida diaria al llegar al Asilo, por ende, dejan de un lado la independencia en su totalidad y tienen trascurso a la dependencia. Por otra parte, la adaptación psicológica se va presentando como resultado de dicha dependencia, pues adquiere nuevos hábitos de conducta, el modelo SOC juega un papel muy importante en dicha adaptación, una menor dificultad de realización de las actividades de la vida diaria, mayor adaptación psicológica en el adulto mayor.

Partiendo de lo anterior, la revisión documental a nivel local, es elemental al momento de llevar a cabo la investigación, ya que permite conocer a grandes rasgos la temática, así mismo poder reconocer la importancia de abordar al adulto mayor desde un ámbito poco usual como lo es la funcionalidad tanto a nivel física como a nivel cognitiva con el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado.

Estado del Arte Nacional

Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia).

Investigación realizada en el año 2012, en la Universidad de Sucre. Esta investigación tuvo como objetivo determinar las condiciones socio familiar, asistencial y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Kart para la valoración Funcional y la Escala Mini mental para la evaluación cognitiva.

Efecto de la Intervención Educativa en la Agencia de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica.

Investigación realizada por Alba Rosa Fernández y Fred Gustavo en la Universidad Nacional. El objetivo era evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos. Metodología: Estudio piloto de diseño cuasiexperimental con preprueba y posprueba, desarrollado en Tunja y Soracá, entre octubre y diciembre de 2008; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos; divididos en cuatro grupos de Solomón. Se usó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA), antes y después de la intervención, que consistió de seis sesiones educativas con el apoyo didáctico de videos y folletos diseñados por los investigadores. Como conclusión el efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento per se no logró cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto aportó valiosos ajustes a la investigación principal.

Estado del Arte Internacional

Profiles of cognitive subtest impairment in the Montreal Cognitive Assessment (Moca) in a research cohort with normal Mini-Mental State Examination (MMSE) scores

Research carried out in the 2012, at the university of Oxford, Oxford. The comparative ability of the Montreal Cognitive Assessment (MocA) and MMSE to detect mild cognitive difficulties was investigated in 107 older adults. The sensitivity of the MocA to detect cognitive impairment with a cutoff score of <26 was investigated, as compared to the MMSE across all scores, and at a cutoff of ≥ 27 . Performance on Moca subtests was compared at these MMSE cutoffs to determine profiles of early cognitive

difficulties. The MocA detected cognitive impairment not detected by the MMSE in a high proportion of participants, and this impairment was evident across various subtests. The MocA appears to be a sensitive screening test for detection of early cognitive impairment.

Funcionalidad en el Adulto Mayor Previa a su Hospitalización a Nivel Nacional

Investigación realizada en el año 2005, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Esta investigación tuvo como objetivo determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como la asociación a otros problemas geriátricos. Como resultado se encontró una frecuencia de autonomía funcional en bañarse y vestirse bien, fue la función básica más comprometida. Como conclusión se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional.

Neuroimagen estructural y funcional en pacientes con deterioro Cognitivo leve y Enfermedad de Alzheimer.

Investigación fue realizada en Madrid por Ariana Besga, realizó una investigación titulada neuroimagen estructural y funcional en pacientes con deterioro Cognitivo leve y Enfermedad de Alzheimer, que buscaba encontrar un patrón clínico, la actividad cerebral y los cambios a nivel estructural del cerebro en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y DCL (Deterioro Cognitivo leve), lo cual permite diferenciar los estados precoces de la enfermedad.

Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado del enfermo.

Investigación realizada en el año 2011, por Martha Graciela Segovia Díaz de León, en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Esta investigación tuvo como objetivo dar a conocer los conceptos fundamentales que engloba a la funcionalidad, así como los

diferentes modelos de cuidados para el personal de enfermería con el único fin de brindar una mejor atención al adulto mayor a partir de la valoración del mismo. Para el logro del objetivo, se analizó diversa literatura de autores expertos en el tema, concretizando en lo siguiente: una revisión total de 25 libros, de los cuales 13 fueron del área de gerontogeriatría, ocho libros del área de enfermería, dos libros electrónicos y dos más de áreas afines; se revisaron tres artículos de carácter científico, se dio prioridad a los textos publicados del 2005 al 2010 de los cuales fueron un total de 19, y salvo que se identificara un texto de suma relevancia, se tomaron referencias antiguas a la fecha prevista de los cuales solo se retomaron nueve. Una vez revisada la bibliografía nos damos cuenta de la importancia de recalcar la funcionalidad, debido a la interrelación tan compleja de los elementos que la conforman: aspecto físico, psicológico, social y económico, y sin perder de vista que la funcionalidad está considerada dentro del concepto de salud y que desde entonces este ha cobrado mayor énfasis.

MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentará la fundamentación teórica de la presente investigación, la cual está estructurada en tres grandes capítulos, en donde se plasma en el primer capítulo inicialmente el enfoque del ciclo vital, si bien se entiende que en el transcurso de las etapas de vida el ser humano realiza un proceso de cambios hasta llegar a la edad adulta, resaltando que las habilidades y aprendizajes adquiridos son muy importantes para afrontar la vejez. Ahora bien, un segundo capítulo enfatizado en la adultez, relacionado con las principales características y teorías del geronte. Por último, un tercer capítulo relacionado con la psicogerontología en donde es necesario tener en cuenta la manera de afrontar la vejez por parte de familiares, cuidados y el mismo adulto mayor teniendo en cuenta que en este periodo la calidad de vida y los cuidados paliativos son fundamentales para adulto mayor.

Capítulo 1. Ciclo vital

En el presente apartado, se hará una profundización acerca del enfoque del ciclo vital, de la desarrollo del ser humano, como al pasar por diferentes etapas del ciclo vital el ambiente y la genética juegan un rol importante al momento de determinar un estado óptimo físico y cognitivo en la etapa adulta, a continuación se hará una descripción de cada cambio a nivel cognitivo y funcional desde que el individuo se encuentra en la etapa de la adultez, en la cual es necesario hacer alusión a la adultez media, ya que es la etapa en donde inician los cambios significativos a nivel funcional y cognitivo, profundizando teorías acerca del inicio de la adultez. Lo pertinente de este ciclo evolutivo y a su vez en las características de estas edades, que las diferencia, con el fin de enfatizar en aspecto a tener en cuenta para un mejor bienestar en cada área de su vida.

Desde diferentes teorías evolutivas una de los principales factores de todo ser vivo, en especial de los seres humanos es estar expuestos a diversos cambios y por naturaleza

se tiene la capacidad de adaptación frente a cualquier circunstancia, lo cual contribuye a la sobrevivencia de la especie. Entender al ciclo vital como un proceso activo donde el ser humano cambia las situaciones y se un proceso de metamorfosis en el cual se convierte en el propio maestro de su proceso madurativo. Es decir, las condiciones por las cuales cambia no son sola biológicas sino también culturales y se convierte en un intento de acomodarse a las preferencias o situaciones que el mismo individuo prefiera.

Enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento

El abordaje del ciclo vital es necesario desde el estudio de la psicología evolutiva, es necesario modificar esa noción de desarrollo para introducir en mayor complejidad a la pluralidad que las que ofrece la idea de crecimiento. Desde este enfoque se enfatizan tres puntos comunes, a continuación, se realizará el abordaje de cada uno de ellos:

En primer lugar, el desarrollo se entiende como un proceso en el que inevitablemente están presentes la pérdida y la ganancia, caracterizadas durante el ciclo vital, lo cual supone de manifiesto que las etapas tradicionalmente han sido como consideradas como pérdidas (la vejez) como aquellas que han sido concebidas únicamente en función de ganancia (la infancia). Así, en el caso de las primeras décadas de la vida, se puede encontrar que ciertos avances implican consecuencias secundarias negativas. Del mismo modo, la vejez no puede ser entendida sólo como un periodo de pérdidas, sino también como una fase en la que pueden conseguirse ciertas ganancias (Baltes, 1987).

Partiendo de lo anterior, considerar pérdidas y ganancias a lo largo de toda la vida no contradice el hecho de que se evidencien aumentos o decrecimientos globales. Así, parece difícil negar la preeminencia de pérdidas y declives en las últimas décadas de la vida, sin embargo, sería un error desde este punto de vista concebir la vejez solo como

pérdida. Lo que se produce en un cambio entre pérdida y ganancia hacia un mayor peso de frecuencia en la pérdida. (Baltes, 1998).

De esta manera, Baltes y sus colaboradores abogan por el ampliar el concepto tradicional de desarrollo, centrado en el crecimiento entendido como una serie de comportamientos destinados a alcanzar niveles más elevados de funcionamiento o de capacidad adaptativa, para incluir también dos aspectos adicionales (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998):

- A) El mantenimiento, entendido bien como serie de comportamientos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual en situaciones de riesgo o bien como el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida.
- B) La regulación de la pérdida, entendida como la reorganización del funcionamiento en niveles inferiores tras una pérdida de recursos externos o internos que hace imposible el mantenimiento de niveles de funcionamiento habituales.

Por último, se otorga gran importancia a las diferencias individuales, dado que el desarrollo (y el envejecimiento) es un proceso potencialmente multidireccional. Los procesos de cambio no afectan necesariamente por igual a todas las dimensiones del ser humano. Así, mientras en unas dimensiones pueden observar cambios positivos en determinado momento evolutivo, simultáneamente pueden darse otros procesos de cambio negativo o permanecer estables (Baltes & Smith, 2003).

El proceso de envejecimiento

Más allá de su significación biológica, comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo. Así, cada año más de vida es también un año menos que vivir.

Sin embargo, al considerar la adultez desde la perspectiva del ciclo vital, se entiende como la consecuencia de un proceso de desarrollo durante la vida, en el cual inciden múltiples influencias en permanente inter juego. En general, se pueden identificar diferentes criterios para señalar la adultez, entre ellos el relacionado con el contexto socioeconómico: en entornos económicos y socioculturalmente más pobres se asumen temprano en la vida roles considerados adultos, como los reproductivos y laborales, en contraste con otros medios en los cuales se da lo que Erikson, (1985) denomina una moratoria psicológica y sociocultural, equivalente a la llamada adolescencia.

Es así como, culturalmente, la adultez se relaciona con los "relojes sociales", así como con múltiples transiciones. La adultez es, quizá, la época de la vida en que se presentan más transiciones y cambios en general, en la que se viven más ritos de paso (por ejemplo: salida de los hijos del hogar, retiro del empleo formal, viudez, entre otros), y en la que pueden surgir las más diversas interacciones, así como muchos nuevos factores y posibilidades (Bairren, 2000).

La definición cultural de la adultez, como la de cualquier otra condición de la vida, depende de la propia historia y biografía, del contexto y del espíritu cambiante de los tiempos. En un estudio realizado en Bogotá (Colombia) Dulcey- Ruiz, Carbonell, Estrada, Gaitán y Rojas (1992) encontraron diferencias en la descripción de la adultez de otros ("conformismo, sabiduría, prudencia, ser aburrido o no divertido, amargura, informalidad, reflexión") y la adultez propia entendida fundamentalmente como "responsabilidad".

Partiendo de lo anterior, la adultez es la etapa comprendida entre los 18 y los 90 años aproximadamente. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter, los cuales se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad.

La adultez se concibe como una etapa principalmente productiva, donde la actividad principal corresponde al trabajo; la informalidad y la precariedad en las condiciones laborales generan largas jornadas y excesos en tiempo, esfuerzo y distribución de ocupaciones, olvidando el cuidado y atención de la salud y el fomento de hábitos de vida saludable (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012). Es decir, la adultez está caracterizada sobre todo por factores sociales, y en consecuencia se considera maduro/adulto al sujeto que es capaz de vivir independientemente, sin la necesidad de ser tutelado emocional, social, afectiva y económicamente, aunque la independencia es más una posibilidad que una realidad total.

Se sabe que la transición a la edad adulta es diferente hoy en día según el medio social y cultural de los jóvenes, su historia personal e incluso su sexo. También se conoce el estrés que supone la realización de las tareas del desarrollo tales como la incorporación laboral, el compromiso emocional, la paternidad/maternidad, etc. Posiblemente la asunción de los roles de padre y madre son los más determinantes en los cambios de la personalidad del adulto. Particularmente en la década de los veinte años de edad los jóvenes deben realizar ajustes constantes, ajustes del yo y ajustes sociales, como suele ser habitual en las transiciones evolutivas. Sin embargo, no está demostrado que la transición a la edad adulta esté relacionada con un período largo de inestabilidad emocional. Cuando los acontecimientos ocurren en el tiempo y en la secuencia esperada no son por sí mismos más que objetivos deseados, proyectos vitales iniciados, cambios que poco a poco irán modificando nuestros pensamientos y actitudes, pero no serán necesariamente sucesos conflictivos que causen daños emocionales (Schaie y Willis, 2003).

En la transición a la vida adulta hay algunos aspectos que se han revelado como importantes a la hora de acelerar o retrasar el momento y el orden de ocurrencia de los demás acontecimientos sociales relevantes, y que denotan diferencias interculturales y sociales (Schaie y Willis, 2003). Como, por ejemplo, en algunas sociedades desarrolladas los padres valoran la cualificación profesional de los hijos y de las hijas y los animan para que tengan un alto grado de autonomía económica antes de decidirse a vivir juntos como pareja estable. Con respecto a las mujeres de nuestro país, los padres desean que sus hijas tengan un nivel profesional lo más alto posible y un buen empleo antes que decidan casarse, pues en caso contrario, es difícil compatibilizar la vida de pareja estable, el empleo y la formación continua en la perspectiva de tener hijos. Esto supone prolongar la dependencia de las hijas respecto de los padres, el matrimonio se retrasa y el número de hijos se reduce.

En este paso a la vejez, se puede evidenciar una época para revalorar metas y aspiraciones y lo bien que se han cumplido y para decidir cómo usar mejor la parte restante del ciclo de vida (Lachman y James 1997) es decir, es la etapa del desarrollo que abarca entre los 40 a 65 años. En esta etapa es un tiempo no sólo de deterioro y pérdida como muchos piensan, sino también de crecimiento. Los años de la edad intermedia están marcados, de manera creciente, por diferencias individuales basadas en las elecciones y experiencias previas, así como en la estructura genética. Muchos adultos de edad madura, después de cumplir sus metas y criar a sus hijos, tienen un mayor sentido de libertad e independencia (Lachman, 2001).

Ciclo vital y cambios en el self

El término de self “yo” ha sido utilizado de múltiples maneras dentro de la literatura científica y es, en cierta medida, un concepto con múltiples significados (Katzko, 2003).

En el caso del envejecimiento y la vejez, el punto de partida es en muchas ocasiones el hecho a primera vista sorprendente de que, si bien envejecer implica un cierto número de cambios y transiciones que podrían poner en riesgo aspectos de nuestro autoconcepto, parece ser que aspectos como la autoestima, el bienestar subjetivo o incluso el sentido de control personal se mantienen estables en lo fundamental a medida que envejecemos (Gatz & Karel, 1993). Este proceso se conoce como la paradoja del envejecimiento, supone que las personas necesariamente han de implicarse en procesos adaptativos para contrarrestar los potenciales daños psicológicos de las amenazas pérdidas y que rodean el envejecimiento.

En la explicación de la paradoja del envejecimiento y del cambio personal en la segunda mitad de la vida, un marco especialmente integrado es el propuesto por el psicólogo alemán Jochen Brandtstädter (2002). La acumulación de procesos largos de tiempo optimiza progresivamente las experiencias hasta llegan a ámbitos en que el individuo es experto fruto de una selección personal. Partiendo de ello, se diferencian dos grandes tipos de estrategias adaptativas destinadas a gestionar la distancia entre nuestra situación presente y nuestras metas (Brandtstädter & Rothermund, 2002):

La estrategia de asimilación, cuya aplicación implica, bien acercar nuestra situación actual a las metas que nos hemos establecido, o bien alejarla activamente de los estados no deseados. Se trata de transformar nuestro presente para que se parezca a nuestras metas a futuro. Por otra parte, la segunda estrategia, es la de acomodación, cuya aplicación implica acercar las metas deseadas a nuestra situación actual. En este caso, se trata de cambiar las metas de futuro para que se parezcan a nuestro estado presente.

Características

Es indispensable resaltar las características más importantes de esta etapa del ciclo vital, a continuación, definiremos aspectos importantes como: aspectos físicos, aspectos cognitivos, aspectos familiares, laborales y sociales.

-Aspectos físicos: en cuanto al deterioro físico la fortaleza y tonicidad muscular, así como el tiempo de reacción, disminuyen en el adulto; esto puede ser compensado conductualmente, debido a que estos cambios no son significativos (Hofmann, 1996). Es decir, la sexualidad en los hombres, no se produce una pérdida significativa en la capacidad reproductiva, pero sí una disminución en la velocidad de respuesta sexual. En las mujeres, el principal cambio en esta edad sería la menopausia, la que supone el fin de la capacidad reproductiva, junto a molestias de menor intensidad; no se produciría una pérdida en la respuesta sexual. (Hofmann, 1996).

Por otra parte, cabe resaltar que, aunque en la actualidad el afrontamiento de la edad adulta se tiene de una manera clara al momento de interpretar esta etapa como la última fase del ciclo vital y por consiguiente la funcionalidad física y cognitiva disminuye aun existes diferentes mitos acerca de la vejez, como por ejemplo la asimilación de esta etapa genera angustia ya que lo asimilan con el acercamiento a la muerte, que hacen ver al geronte como una persona diferente. Esta concepción errónea, aunque sigue presente en la sociedad se ha disminuido de gran manera gracias a la atención prestada en los últimos años al adulto con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida.

Partiendo de lo anterior, tomando como referencia a Huenchuán, 2013, concibe el proceso de envejecimiento como “al modo en que los individuos se transforman con el correr del tiempo, dependiendo este proceso de la interacción compleja de fuerzas biológicas; está referida a la posición del individuo en cuanto a la duración de su vida y con los procesos que la limitan y condicionan; corresponde a fuerzas psicológicas que están relacionadas a la sensación de sentirse viejo y ambientales o sociales, relacionadas con la posición del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, aquí se entre mezclan la vejez biológica, cronológica y psicológica pero no están definidas por éstas.

Como ya se mencionó anteriormente, la vejez es un proceso cronológico natural que vivimos todos los individuos, sin embargo, aunque es un proceso que se realiza de manera individual existen características específicas en esta etapa. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se hace necesario mencionar algunos enfoques de este proceso de vida, los cuales son: enfoque biológico, psicológico y social. A continuación, se dará una definición breve de cada uno de estos enfoques.

Enfoque biológico

En cuanto a este enfoque se puede decir que se destacan sus teorías del envejecimiento programado y la del desgaste natural. Ambas plantean que cuando los cuerpos van envejeciendo lo hacen por un desarrollo normal que se encuentra establecido en las distintas personas de acuerdo a sus propios organismos, determinados genéticamente, es decir, que existe un patrón preestablecido en cada individuo que condiciona su vejez. La teoría del desgaste natural por su parte, hace referencia a que el uso continuo de los cuerpos incide en que estos envejezcan, y compara al cuerpo humano con objetos que al darle demasiado uso se van deteriorando paulatinamente.

Sin embargo, de ambas teorías, envejecimiento programado y desgaste natural, se podría decir que hay factores controlables puesto que si el ser humano al tener un envejecimiento programado el cual se conociese, por ejemplo, se podría prevenir el estrés físico y de este modo aumentar la esperanza de vida y su calidad. En segundo lugar, dado que el envejecimiento es el resultado de enfermedades y del sobreuso del organismo podría existir factores que estuviesen bajo el control de los individuos de tal manera de mejorar el proceso de envejecimiento o bien retardarlo. Estas teorías entonces, no son contrapuestas sino más bien complementarias. Ponen énfasis distintos en las causales de la vejez, pero ambas dejan abierta la posibilidad de interferir en ella preventivamente, de tal manera de vivir una vejez en mejores condiciones y con mejor calidad de vida.

Enfoque psicológico

Otra mirada del envejecimiento, es el enfoque psicológico que está relacionado con la manera en que los individuos envejecen y enfrentan este proceso. Desde esta perspectiva, se ve el envejecimiento como un proceso individual, que produce cambios a nivel de cada persona. La pregunta que se plantean quiénes se ubican desde esta lógica es ¿cómo estos cambios individuales, se relacionan con el entorno social, que es la que impone patrones propios al envejecimiento? Este enfoque también se relaciona con la manera que tienen los individuos de enfrentar y responder a las situaciones personales que les toca vivir y cómo buscan soluciones a esos problemas, aceptando y asumiendo pérdidas que son inevitables en el proceso vital de todos y cada una de las personas.

Para entender lo que la psicología nos dice sobre el envejecimiento, se mencionarán algunas teorías en las cuales esta rama se basa para describir este proceso, siendo éstas como ya se mencionaba anteriormente, la teoría de la actividad (Papalia, 1998). La Teoría de la actividad, parte de la base que las personas al estar activas se sienten más satisfechas, que producen algún rendimiento y que se sienten útiles para otras personas. Esta teoría puede complementarse con la teoría de roles en el sentido que los roles asumidos por cada persona son los que les dan significación a la vida. Por eso es que cuando las personas dejan de trabajar al momento de la jubilación, se produce una pérdida del rol o pérdida de función, lo que produce, una limitación a su comportamiento y una creciente inactividad, que cubre de achaques la vejez.

Enfoque Social

Este enfoque está relacionado con la sociología del envejecimiento y cuyo objetivo es lograr interpretar la realidad social que experimentan los adultos mayores. En este enfoque se han desarrollado teorías funcionalistas del envejecimiento, como son: la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada.

La teoría funcionalista del envejecimiento se basa en que la vejez es considerada como una ruptura social que se relaciona con la teoría del rol considerada como una pérdida progresiva de sus funciones. En el contexto actual de nuestra sociedad esta explicación adquiere un importante significado, pues a las personas mayores se les considera personas improductivas, no comprometidas con el desarrollo de la sociedad, desprovistas de roles y funciones con lo cual se les produce un aislamiento progresivo (Bury, 1995).

Ahora bien, la vida social de cada persona está marcada por ciclos que involucran momentos de crisis, la edad adulta intermedia no es la excepción, si se considera que la personalidad se encuentra sometida a turbulencia emocional. Las crisis se pueden aprovechar como oportunidades para el desarrollo y crecimiento, sin embargo, no afrontarlas puede llevar al estancamiento, la frustración y la monotonía; la falta de recursos emocionales y cognoscitivos, impiden hacerles frente y salir triunfador(a). Se ha llamado a este hecho, la crisis de la mitad de la vida, de los cuarenta o de la segunda adolescencia, siendo explicada por autores, como Robert Peck y Laura Carstensen,(1999).

En primer lugar, Peck propone siete conflictos o problemas de la edad adulta, los primeros cuatro son primordialmente importantes en la madurez, los tres restantes adquieren relevancia en la vejez, aunque se empiecen a enfrentar desde la edad adulta, a saber (Peack, 1999).

1. Valoración de la sabiduría versus valoración de las facultades físicas: de una manera sana y bien adaptada, la mayoría de las personas aprecian la sabiduría que han adquirido durante los años anteriores, compensando en alto grado su disminuida fortaleza física, su vigor y su aspecto juvenil. No constituye una crisis dejar de ser joven o bella. Si se fracasa al valorar y utilizar la sabiduría adquirida, la persona tenderá a amargarse y enojarse consigo misma y con la vida, sin tener mucho que ofrecer a las nuevas generaciones.

2. Socialización versus sexualización en las relaciones humanas: sin exclusión de la sexualidad en pareja, las personas aprecian la personalidad de los demás en la medida en que los valoran como amigos y no como objetos sexuales. Cuando no se ha tenido hijos, puede existir una frustración y percepción sexuada de los compañeros, tanto hombres como mujeres pueden estar frustrados y optar por las relaciones extramaritales.
3. Flexibilidad emocional versus empobrecimiento emocional: ante cambios radicales e inevitables, como la muerte de padres y amigos, se dan por terminados los vínculos afectivos y las relaciones, sin embargo, la flexibilidad permite buscar otras; cuando la pérdida es una limitación o mutilación física, un cambio de actividad indica flexibilidad. Las personas con empobrecimiento emocional tienden a encerrarse en sí mismas, deprimirse y preocuparse en exceso; la vida se percibe como algo aburrido y tal vez inútil.
4. Flexibilidad mental versus rigidez mental: considerada como una apertura hacia nuevas experiencias, pero con base en el pasado cognitivo, pues se utiliza este pasado como guía para resolver nuevas inquietudes. Cerrarse a los cambios o pensar que ya no se tiene nada que aprender, significa rigidez.

En relación con las etapas de Erikson, existe una similitud en razón de que establece dos polos, uno que implica crecimiento, y otro, detención; además, el polo positivo significa que se ha superado la crisis. Una ampliación y contribución es que incluye cambios físicos necesarios para la realización de las tareas de la edad madura intermedia.

Ahora bien, (Carstensen, 1993) propone e indica que las interacciones sociales están íntimamente relacionadas con la satisfacción subjetiva, lo que permite mantener activos los recursos vitales. Esta teoría de la selectividad considera que la persona debe seguir activando su entorno social, modificándolo y adaptándolo con el paso de la edad, pues

como lo menciona Peck y Erickson, existe sabiduría, generatividad, flexibilidad y apertura.

Son tres los motivos por los que deben iniciarse y mantenerse las interacciones sociales en la madurez:

1) Para la regulación directa de las emociones, lo cual no puede ocurrir con uno mismo, se requiere de los otros -pareja, hijos, amigos-, para experiencias emociones, dirigirlas y regularlas.

2) Para el desarrollo del autoconcepto, como ya se ha mencionado, por medio de los amigos o familiares, una persona puede reflejarse y encontrar las conductas que le disgusten y quiera modificar.

3) Para la búsqueda de información, como parte de esa flexibilidad mental y acumulación de sabiduría. Según la teoría de la selectividad, las prioridades se van desplazando, a lo largo del ciclo vital, de tal manera que, de un entorno social amplio, pero no tan intensivo como el de los jóvenes, se pasa a la madurez media y luego a la vejez con una concentración más selectiva y emocionalmente muy positiva de las relaciones sociales.

Las relaciones personales que se establecen con amigos y algunos familiares (y al decir personales, se hace referencia a la capacidad de elegir o seleccionar a quienes se les dará ese título), se encuentran en primer término, y adquieren un valor muy elevado.

Conforme las personas avanzan en su proceso de madurez, adquieren mayor capacidad para distinguir las relaciones superficiales y alejarse de ellas, así como también de las conflictivas, este proceso se da de manera paulatina, presentando un descenso en el número de contactos. Las relaciones estrechas permanecen casi intactas con el paso del tiempo, ayudando a sentirse bien, y evitando estados emocionales negativos en esta etapa y en la siguiente concerniente a la adultez tardía.

En síntesis, el ciclo de la vida llega a la última etapa y con ello una serie de características físicas observables y cuantificables que hacen evidente la condición de envejecimiento, si bien el declive físico afecta a todas las áreas del adulto en la adultez primaria y secundaria, no se debe sobreestimar sus efectos, porque las consecuencias de éstas están determinadas en gran parte por la actitud con que las personas las enfrentan y los cambios no serían demasiado significativos; las deficiencias serían compensadas con habilidades adquiridas con la experiencia.

La etapa del ciclo vital del adulto es resultado de las transformaciones, los aprendizajes y las experiencias que la persona ha ido acumulando a lo largo de las diferentes etapas evolutivas, pero es en esta etapa del ciclo vital donde los cambios físicos y psicológicos se tornan más evidentes y pueden limitar la funcionalidad de la persona de manera importante. Partiendo de la noción evolutiva haciendo referencia al desarrollo humano, en el siguiente capítulo se hará énfasis en la adultez mayor o edad adulta tardía la cual inicia a partir de los 60 – 65 años.

Capítulo 2. Adulto mayor

En este apartado, se profundizará y se explicará el concepto de vejez en torno a todas las esferas (físico, psicológico y social), si bien, en el capítulo anterior se trato acerca del ciclo vital, y su importancia al momento de afrontar la tercera edad, ahora se dará una explicación más clara acerca la adultez.

El envejecimiento de los individuos es un proceso de cambios en el transcurso de sus vidas, el cual también implica vivir cada día más. En tal sentido, todas las personas envejecen los trescientos sesenta y cinco días de cada año y durante la totalidad de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Dicho proceso depende de condiciones genéticas y ambientales; pero particularmente, de las condiciones en las que se vive a lo largo de la existencia. Es decir, los contextos físicos, geográficos, sociales, económicos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales influyen en el vivir-envejecer de todas y cada una de las personas.

El término vejez, aunque relacionado con el anterior, se refiere al final del proceso de envejecimiento, entendido como el haber vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie. Lo anterior no quiere decir que el proceso de envejecer se detenga en la vejez. Esta etapa de la vida, convencionalmente considerada a partir de los 60 o 65 años, sigue implicando cambios y transformaciones, así como posibilidades. (Dulcey.E,2013).

Como se mencionó en el capítulo anterior la adaptación al medio y a la adultez son diversas, por lo cual se hace necesario mencionar algunas de las teorías más importantes sobre la vejez, sin embargo, estas teorías, aunque son generalizadas no tienen límites precisos, sino que a menudo se hace difícil establecer barreras cronológicas entre ellas. Es decir, esta diversidad de teorías lleva a tener en cuenta que el adulto mayor es visto desde diferentes ángulos, para algunos profesionales el geronte está intervenido por el

contexto y las relaciones sociales, así mismo se debe tener en cuenta el estado en cuestión de funcionalidad del adulto mayor.

Teorías sobre la vejez

Teoría del medio social:

En esta teoría, planteada por Gubrium (1972;1973), se intenta aunar los factores personales con los sociales, es decir se concibe la vejez como el resultado de la interacción de la persona y su entorno físico y social. Por ello, se define que el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y el apoyo social. (Montoro, 2011). Es decir, esta teoría sostiene que el comportamiento de la vejez depende de ciertos factores biológicos y sociales, partiendo de la perspectiva de saber que cualquier elemento del ambiente puede influir de forma desfavorable en la vejez.

Según esta teoría la salud es un factor determinante, ya que muchas personas están limitadas por las enfermedades crónicas que padecen, así mismo el factor económico, es una condición negativa que actuaría como situaciones limitantes, y por último el apoyo social influiría a manera de condicionamiento en la manera de la conducta en los ancianos.

Teoría de redes:

Las redes sociales son estructuras compuestas por grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como la amistad, perteneczo, intereses comunes o que comparten conocimientos. Por consiguiente, la explicación de

los comportamientos requiere un análisis de como los actores están conectados unos a otros en las diversas situaciones en las que son observados. (Carlos, 2011). Así mismo, tomando como referencia Tönies argumento que los grupos sociales pueden existir bien como lazos sociales personales y directos que vinculan a los individuos con aquellos con quien comparten valores y creencias, o bien como vínculos sociales formales.

Partiendo de lo anterior, se debe resaltar que el objetivo principal de las redes de apoyo se centra principalmente en la suma de todas las relaciones que un sujeto percibe como significativas en el intercambio de conceptos entre ellos. Asimismo, se definen algunas funciones importantes las cuales se consignan a continuación:

- a. *Campaña social*: Es la ejecución de actividades conjuntas.

- b. *Apoyo emocional*: Son los intercambios que se caracterizan por una actitud emocional positiva, comprensión, empatía y estímulo.

- c. *Guía cognitiva y consejo*: Interacciones que tienen como fin compartir información personal.

Control social: Interacciones que reafirman las prescripciones sociales a los diferentes roles.

- d. *Ayuda material y de servicios*: Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física.

Teoría de la desvinculación o desapego:

Esta teoría fue propuesta a principios de los años sesenta (1963) por Cummings y Henry señala que "...una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior... las personas van haciéndose cargo del declive de sus actividades a medida que envejecen, y en ese mismo grado se van desvinculando, distanciándose del mundo ruidoso. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tengan que ver con la competitividad y con la productividad y tiene un claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez por la sociedad...de este modo, de acuerdo con la teoría , conservarán su autodefinición positiva las personas que vayan sustituyendo progresivamente los roles de más actividad por otros más tranquilos, alejándose de los de más responsabilidad en el sistema productivo y centrándose en el ejercicio de roles periféricos, familiares y de amistad: para que puedan tener y mantener una imagen positiva de sí mismos. (Ibid, 2011)

Teoría General de Sistemas (TGS):

Fue propuesta por el biólogo austriaco Ludwig Von Bertalanffy a mediados del siglo veinte. La concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. Por lo tanto, la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema.

Teoría del Desarrollo de Erik Erickson:

En la fase del envejecimiento Erickson (1982-1986), veía un conflicto entre la

integridad y la desesperación, en otras palabras, la aceptación de la vida individual en contraposición a los sentimientos de desesperación y depresión que nacen del rechazo de la misma. Donde se experimenta el miedo a la muerte y a las enfermedades existentes en esta última etapa de la vida. (Erickson, 2011)

Erickson dice que “en la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza”. En esta etapa ocurre un distanciamiento social, existe un sentido de inutilidad biológica debido a que el cuerpo ya no responde como antes y junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte.

Teoría de la actividad o del Apego:

Desarrollada por Maddox (1973), es una teoría en contrapartida a la teoría de la desvinculación o del desapego. Este modelo sociológico afirma que solo el individuo activo puede ser feliz y satisfecho. La persona ha de ser productiva, útil en el servicio material en el contexto donde se encuentre; de lo contrario, la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad se centrará en él." (ZAES, op. cit. 22).

Con base en esto, no se está de acuerdo en que la actividad sea sólo en un sentido material y útil, ya que también puede ser recreativa. La actividad puede ocupar una función o una alternativa para que el individuo siga auto realizándose, pero, de hecho, sí es importante que el sujeto de edad continúe con actividades aún a pesar de que difieran de las de los jóvenes, y no importando si son de recreación, lucrativas o por necesidad.

Algo interesante que explica la teoría de la actividad es que plantea la causa con respecto a la situación del anciano: "Esta pérdida se refleja no sólo en el plano social sino incluso en el área familiar. Como consecuencia del efecto de la modernización dado que en estos momentos el anciano no posee los roles tradicionales de socialización y transmisión de valores; papeles tales como la transmisión de información vía oral, el anciano como pozo de sabiduría y experiencia, han dejado de

valorarse y como tal su rol se muestra aparentemente superfluo (CLEMENTE, 2011)

De igual manera, Considerando el carácter diferencial del proceso de envejecimiento y de la condición o fase de la vejez, es fundamental aludir a las diferencias de género, puesto que, tanto por razones genéticas, como por expectativas culturales, condiciones físicas, económicas y políticas, mujeres y hombres viven, envejecen y llegan a ser personas viejas de maneras muy diferentes. Interesa, entonces, considerar que el género es, ante todo, "una construcción social, cultural, política, económica y psicológica, que cada contexto social establece como "apropiada" para hombres y como "apropiada" para mujeres" (Agencia Española de Cooperación Internacional, et ál, 2007, p. 11). Partiendo de lo anterior, se puede recalcar que durante esta etapa de la vida se distinguen ciertas características estandarizadas en el adulto mayor, como las que se presentará a continuación:

Características principales

Diferencia de roles:

Los roles atribuidos por la sociedad y asumidos por mujeres y hombres implican similitudes, pero también grandes diferencias en las distintas sociedades. Así, el ámbito privado y sus quehaceres suelen aún considerarse como "propios" de las mujeres, en tanto que el ámbito público o extra hogareño y las actividades que en él se realizan, se consideran más "propios" de los varones. Es decir, partiendo del contexto cultural también se tienen patrones generacionales en donde el rol de la mujer y del hombre estandarizado.

Además, hay diferencias en términos de longevidad o esperanza promedio de vida: aunque nacen más hombres, las mujeres viven más tiempo y, por ello, en general, hay más mujeres viejas que hombres viejos, como también hay más viudas que viudos. Por otra parte generalmente, son las mujeres, muchas de ellas mayores de 60 años, quienes se encargan del cuidado de niños, personas enfermas y de otras personas viejas. En muchos casos tal labor de cuidado no solamente carece de posibilidades de descanso o "respiro", sino que además carece de reconocimiento social y, sobre todo, de reconocimiento económico. Por todo ello, es fundamental tener siempre presente que "las relaciones de género estructuran la totalidad del transcurso vital y que las desigualdades de género se acumulan desventajosamente en la vejez de las mujeres" (Arber y Ginn, 1996; Estes, 2006, citados por Red Latinoamericana de Gerontología, 2010).

Capacidad funcional

La capacidad funcional tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista de la actividad física, y desde esta perspectiva es como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obtenido después de un programa sistemático de entrenamiento físico, denominado potencial fisiológico máximo (Boult, Louis, 1994).

Por otra parte, en geriatría, se define desde una perspectiva diferente desde hace más de 40 años, aunque solo desde la década pasada se considera un componente importante de la salud de los ancianos y se ha desarrollado en forma paralela con el crecimiento de la geriatría como disciplina. Al igual que la salud, considera un proceso individual, aunque determinado por las normas y costumbres del grupo al cual se pertenece, por tanto es un proceso dinámico y cambiante y consistente en el reconocimiento de la habilidad de un individuo para funcionar en la vida diaria (Forbes, 1993).

También puede definirse como la posibilidad de actuar con autonomía, definido como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias autoridades y por tanto reorientar las propias acciones (Forbes,1993). En síntesis, la autonomía es la posibilidad de decidir, asumir las consecuencias de las decisiones, confrontar con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer transformaciones, lo que determina la autoafirmación y su vez la calidad de vida del individuo. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas físicas, mentales y sociales, acorde con los requisitos de la forma de vida de cada persona, es decir se necesita un soporte de independencia, entendida como la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la cotidianidad, en un amplio rango de complejidad, sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia.

En este contexto, la dependencia, entre los ancianos se define como no ser capaz de hacer las cosas por sí mismo o no ser capaz de hacer lo que se quiere cuando se quiere. Son dependientes quienes no pueden ejecutar competitivamente un rango de acciones y actividades estipuladas para su comunidad, quienes no pueden llevar a cabo el cabo de las tareas esenciales de autocuidado, movilidad y comunicación y aquellos que son incapaces de asumir o mantener roles sin supervisión (Wenger, 10095). Es decir, un concepto diferente de la dependencia económica o de la reciprocidad e interdependencia entre seres humanos. La dependencia hace referencia a cómo la salud, la enfermedad y sus consecuencias, afecta la capacidad de la persona para vivir, es decir a lo que la persona puede o no puede hacer.

Ahora bien, es importante mencionar los principales factores que determinan la capacidad funcional. Se hace alusión a seis (6) factores principales: presencia de enfermedad, deterioro físico, deterioro sensorial, estado de conciencia, estado mental y medio ambiente (Gómez & Gómez, 1995).

-Presencia de enfermedad: la enfermedad es un cambio de la estructura de un órgano, resultado de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para realizar las funciones que se esperan de él, es importante determinar el diagnóstico, pronóstico, tiempo de evolución, manejo y seguimiento, a fin de definir su influencia sobre la capacidad funcional.

-Deterioro físico: es fundamental diferenciar entre el deterioro producido por el proceso normal de envejecimiento y el ocasionado por la presencia de enfermedad, puesto que afectan de diferente manera a las personas. Es decir, la capacidad funcional se deteriora con la edad, pero este deterioro es multifactorial e individual, sin embargo, con el envejecimiento ocurre un proceso de lentificación y cambio en casi todos los órganos y sistemas, pero este cambio gradual permite hacer procesos de adaptación.

-Deterioro sensorial: alrededor de la mitad de la población mayor de 60 años tiene problemas de visión, frecuentemente debido a la presbicia, defecto en la acomodación que dificulta la visión cercana y está dada su elasticidad, conocida como esclerosis nuclear. Además, hay una disminución progresiva de la amplitud de los campos visuales, que se acentúa si existe enfermedad, como el glaucoma de ángulo abierto, o en presencia de distractores visuales. De otro lado, se presentan alteraciones de la visibilidad bajo condiciones adversas, como poca iluminación, y aumento de la susceptibilidad al deslumbramiento.

-Estado de conciencia: Hace referencia a la capacidad del individuo de mantener el contacto con la realidad, tanto del medio interno como externo, pero a partir de las percepciones internas. Es la condición básica para poder ejecutar tareas.

-Estado mental: Posee una doble dimensión, por un lado implica el uso adecuado de las funciones mentales superiores: atención, cálculo, análisis, comparación, memoria,

capacidad de razonar, concluir para poder resolver problemas de la vida cotidiana, entre otros, esto requiere requisitos procesos sensoriales y perceptuales, por tanto tiene una relación directa con el estado de conciencia. De otro lado, el estado mental hace referencia a procesos emocionales y aspectos afectivos implicados en la vida cotidiana. Uno de los aspectos fundamentales es la autopercepción del estado de salud.

Por otra parte, es fundamental hablar de la calidad de vida del adulto mayor, Gonzales (2007), menciona que; el estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. Dentro de la evaluación integral en geriatría, cabe destacar el concepto de funcionalidad física, psíquica y la valoración integral. Durante la vida temprana se produce el crecimiento y desarrollo; en la vida adulta se mantienen, en general, todas las funciones, pero se producen algunas pérdidas y riesgos, a veces en forma inadvertida; y en la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad.

Partiendo de lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente. El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. La morbilidad y otros conceptos clásicos de la medicina no sólo son importantes, sino que además los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) exigidos en geriatría son cada vez más altos.

La OMS y OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla. La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, han servido de referencia para establecer

diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países, como España, Francia, Alemania y Gran Bretaña. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y bienestar de la población de adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2002).

Calidad de vida

Es uno de los conceptos que más se debe tener en cuenta en el ámbito de la realidad, la calidad de vida es un objetivo en la salud que cada vez adquiere mayor importancia, y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud, especialmente en situaciones donde las actuaciones ya no pueden dirigirse a prolongar la duración de la vida, como ocurre con las personas muy ancianas y los enfermos terminales.

Pese a las dificultades expuestas para precisar el concepto de calidad de vida y por razones coherentes con lo planteado anteriormente, se retoman aquí, como indicadores de calidad de vida, las tres orientaciones prioritarias planteadas en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: (1) Participación en el desarrollo. (2) Salud y bienestar. (3) Entornos físicos y sociales propicios y favorables.

Esas tres orientaciones "buscan guiar la formulación y aplicación de políticas hacia el objetivo concreto del ajuste con éxito a un mundo que envejece, y en el que el éxito se mida en función del mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad y de la sustentabilidad de los diversos sistemas -tanto estructurados, como no estructurados- en que se funda el bienestar de que se goce en todo el curso de la vida" (Naciones Unidas, 2002). Adicionalmente, refuerzan la consideración de las tres prioridades mencionadas, documentos tales como la estrategia regional para la implementación de

dicho plan en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2003), así como el Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez (CELADE-CEPAL, 2006).

Las tres orientaciones prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) se refieren más específicamente a:

- Participación de las personas de todas las edades y particularmente de las personas de más edad, como aportantes y beneficiarias del desarrollo de sus países. Esta prioridad tiene en cuenta la posibilidad de vivir y envejecer con seguridad y dignidad, participando en la sociedad como ciudadanos con plenos derechos. Por ello se refiere a educación permanente y a lo largo de toda la vida, a trabajo y empleo dignos; a desarrollo rural, migración y urbanización; a erradicación de la pobreza; a seguridad de los ingresos y seguridad social, así como a relaciones intergeneracionales.

- Salud y bienestar en términos de promoción, prevención, atención, accesibilidad y cuidado en y para todas las edades y, particularmente en y para la vejez. Esta prioridad tiene en cuenta que la posibilidad de "llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito". Por ello destaca aspectos cruciales como: cuidado, promoción y protección de la salud durante toda la vida; alimentos y nutrición adecuada; acceso universal y equitativo a los servicios de salud; prevención y atención al VIH/sida, así como a las personas mayores que prestan dicha atención; promoción de la salud mental y atención a la discapacidad; investigación, y formación de los profesionales de la salud en temas relacionados con el envejecimiento y la vejez.

"Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a

nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas" (OMS, 2012).

La salud es, a su vez, uno de los principales determinantes de la calidad de vida (Carta de Ottawa, 1986; Walker, 2004). Y el acceso a los servicios de salud, no solo curativos, sino preventivos, constituye un factor prioritario para el mantenimiento de condiciones de vida saludables. La observación general sobre el derecho al disfrute del "más alto nivel posible de salud" se refiere a cuatro dimensiones del acceso a los servicios de salud: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad, y acceso a la información relacionada con la salud (Naciones Unidas, 2000). Y con respecto al contraste entre percepción de la propia salud y la evaluación objetiva de la misma, es posible evidenciar amplias brechas, acerca de las cuales y para el caso colombiano, bien pueden dar cuenta los resultados de la ENDS 2010, sobre todo en lo que se refiere a la población mayor de 60 años.

Creación de entornos físicos y sociales propicios, accesibles y favorables para todas las edades y condiciones. Esta prioridad enfatiza en la necesidad de "crear sociedades inclusivas y cohesionadas para todos - hombres y mujeres, niños, jóvenes y personas de edad". Por ello alude a la atención a la vivienda y a los contextos inmediatos y mediatos en los cuales se desarrolla la vida; a la posibilidad de vivir la vejez en la comunidad donde se ha vivido teniendo en cuenta apoyos que lo permitan; al transporte accesible y económicamente asequible; a la asistencia y el apoyo a quienes prestan asistencia, particularmente a las mujeres mayores; a la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas mayores; así como a la superación de imágenes estereotipadas acerca del envejecimiento, la vejez y las personas viejas.

Asimismo, el microsistema fundamental más cercano y primario de los seres humanos lo constituye el entorno familiar, el cual puede ser fuente de posibilidades de desarrollo y crecimiento personal y social, como también de estancamiento, limitaciones

y frustraciones. En la vejez, como lo señalara Erikson (1982; 1985), la vida puede estar marcada por la integridad o por la desesperanza, dependiendo de los entornos en los que se haya vivido y de las relaciones que se hayan mantenido durante su transcurrir. Lo anterior, teniendo en cuenta que en unas cuantas ocasiones la convivencia de las personas mayores en hogares multigeneracionales puede relacionarse con razones socioeconómicas, más que por motivaciones afectivas (Pereira, 1992).

Por otra parte, la vivienda es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar. También es importante que siempre que sea posible las personas de edad tengan la posibilidad de elegir debidamente el lugar donde quieren vivir, factor que es preciso incorporar a las políticas y programas.

Los servicios públicos con los cuales cuenta una vivienda, como son acueducto y alcantarillado, energía eléctrica, gas, recolección de basuras y servicio telefónico, son factores fundamentales para mantener condiciones de vida coherentes con bienestar, autonomía y desarrollo personal. Otro tanto puede decirse de los entornos extra hogareños en los cuales se vive, como los del transporte y las vías públicas. La accesibilidad o inaccesibilidad a los mismos, así como su carácter amigable o no, son factores que inevitablemente afectan la calidad de vida de las personas en todas las edades, sobre todo en la vejez. Los resultados de las ENDS 2010 brindan un panorama un tanto diferencial, sobre todo por regiones, en lo que se refiere a servicios públicos en las viviendas en que residen las personas adultas mayores. Interesaría saber qué tanto afecta, en cada caso, la calidad de su vida.

Por otra parte, cabe resaltar que en la busque de esta calidad de vida en la etapa de la vejez no todo el geronte puede estar regido por las determinantes sociales estandarizadas en llevar una vida cotidiana como cualquier otro, debemos enfatizar en la diferencia entre adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, debido a que aunque

mencionadas las principales teorías y características de este proceso vital, se debe tener en cuenta el contexto en el cual está involucrado.

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” (Gaviria, 2003).

La institucionalización se ha relacionado históricamente con la necesidad de protección social. Los llamados asilos o espacios de misericordia (como se denominaban desde hace varios años atrás) se relacionan con la indigencia o el abandono, pero a su vez según Torres, es donde impera un sistema de internado que ejerce una fuerte ruptura entre la familia y la persona mayor. Varios de estos espacios han ido transformando sus características y se ha dado apertura a nuevas instituciones bajo cuatro aspectos centrales: a) la opción de lucro; b) una fuerte demanda que trajo problemas frente a la necesidad de cupos y la carencia de espacios; c) el estereotipo negativo frente a la persona mayor en las sociedades modernas y occidentales, haciendo énfasis en sus dificultades y dependencia, impulsando la institucionalización.

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, entre otros.

Sin embargo, el proceso de adaptación en una institución es considerado por algunas personas mayores como dificultoso, en tanto los imaginarios y percepciones que sobre

los espacios se tienen, suele ser negativo, igualmente por el fuerte cambio que implica el aislamiento de la familia o la cotidianidad. La institucionalización entonces, genera ruptura en las relaciones sociales con el mundo exterior, instaura una barrera para acceder al mismo, ya sea por falta de permiso, por condiciones especiales de la persona mayor, por su comportamiento, entre otros, que desencadenan una rutina en el diario vivir.

De esta forma, las personas mayores abandonan las actividades cotidianas tales como: cocinar, lavar, barrer, salir con amigos, etc., que les son negados en la mayoría de espacios de este tipo, bajo la salvedad de riesgos a los que podrían exponerse. Es por ello que las personas mayores que se encuentran en espacios de institucionalización se enfrentan a la pérdida de la actividad, se suelen imponer normas (horarios de baño, alimentos, actividades, etc.), que rutinizan su vida. Esto genera sentimientos de tristeza y aburrimiento, ante el anhelo de continuar con acciones similares a su estilo de vida previo. Se tiende a considerar entonces, que la institucionalización es rutinaria, poco atractiva, sin amigos y sin diario vivir. (Rodríguez, Pérez Torres, 2012)

Capacidad cognitiva

Es fundamental para el adulto mayor mantener un entrenamiento activo, ya que, aunque bien sabemos a lo largo del ciclo vital algunas funciones no se realizan con la misma intensidad es necesario estar reforzando cada área del cerebro con el fin de pronosticar una excelente salud mental. Existen varios factores que contribuyen al entrenamiento de la memoria entre ellos el gran interés por los países desarrollados y en proceso de desarrollo por buscar solución a los problemas sobre el funcionamiento de los aparatos cognitivos de los mayores, la importancia de esta con el fin de buscar una solución adecuada.

El sujeto es su proceso de percepción con el mundo realiza una actividad de conocimiento, por el simple hecho de estar genéticamente cargados de codificadores en la estructura cerebral que se transforman en impulsos nerviosos los cuales desencadenan todos los aspectos de la cognición. De igual manera a lo largo del ciclo vital las herramientas socioculturales y el contexto en el que el sujeto se desenvuelve conforman las estructuras cognitivas primarias, fundamentales para el desarrollo de la adultez brindando recursos para una buena arquitectura cognitiva (Strejilevich, 1990).es decir, la interacción del sujeto con el medio supone la adaptación adecuada con el medio para asimilar y lograr un estado de equilibrio.

La inteligencia es definida como el equilibrio entre los mecanismos de asimilación y acomodación al que tienden las estructuras. Este equilibrio constituye un mecanismo “regulador” entre la inter-acción que se produce entre el sujeto y el medio; y supone el “mecanismo de compensación” que permite la adaptación compensatoria de las estructuras mentales a las perturbaciones que se producen por las exigencias externas mediante las acciones que realiza el sujeto tendiente a restaurar el desequilibrio producido. En ese contexto, la teoría psicogenética define a la inteligencia en sentido amplio, como el conjunto de estructuras cognitivas que se conservan por sí mismas que poseen memoria de los esquemas apprehendidos en la interacción del sujeto con el medio (Lieury, 1998).

De igual manera, se establece dos tipos de inteligencias , la inteligencia fluida (Gf) que refleja las capacidades básicas en razonamiento y procesos mentales superiores y se mide por medio de test que evalúan la potencialidad biológica del individuo para adquirir conocimiento, y la inteligencia cristalizada (Gc) que complementa a la anterior a través de los conocimientos adquiridos y se evalúa mediante test de escolarización y de conocimientos adquiridos por interacción con el medio socio-cultural (Catell, 1963).

Inteligencia fluida

La aportación principal de Cattell es el establecimiento de dos tipos de inteligencias. La inteligencia fluida (Gf) que refleja las capacidades básicas en razonamiento y procesos mentales superiores y se mide por medio de test que evalúan la potencialidad biológica del individuo para adquirir conocimiento, y la inteligencia cristalizada (Gc) que complementa a la anterior a través de los conocimientos adquiridos y se evalúa mediante test de escolarización y de conocimientos adquiridos por interacción con el medio socio-cultural. La inteligencia fluida (Gf) es aquella capaz de actuar en cualquier tipo de tarea, tiene un origen fisiológico, es decir, un componente hereditario y biológico, y refleja la capacidad de adaptarse a los problemas o situaciones nuevas sin necesidad de experiencias previas de aprendizaje o ayudas decisivas. Por lo tanto, a este tipo de inteligencia le afecta más el estado biológico del organismo: las lesiones cerebrales, la nutrición, la acción de los genes, los procesos de degeneración y envejecimiento, etc.

Inteligencia cristalizada

La inteligencia cristalizada (Gc) tiene su origen en la experiencia, se deriva de la historia del aprendizaje de cada individuo e incluye las capacidades cognitivas en las que se han cristalizado los aprendizajes anteriores de forma acumulada. En esta inteligencia afectan más la calidad de la enseñanza, los programas de mejora y potenciación de la inteligencia, la formación, etc.

Por otra parte, La memoria es una habilidad primordial en el adulto que puede desarrollarse a cualquier edad. Tomando como referencia a (Fernandez-Ballesteros, 2009), Se habla de una carga genética en donde se puede afirmar que no se nace con buena o mala memoria, sino que a lo largo del ciclo vital las vivencias y experiencias son la que moldean y dan forma a nuestra capacidad para memorizar, sin embargo, la memoria se puede mejorar mediante una práctica sistemática. Es decir, la intervención

en memoria, está constituida por dos pilares fundamentales: a nivel biológico y a nivel psicológico.

Además, la memoria como una función cerebral que interviene en todos los procesos de aprendizaje del ser humano. Es vital para la supervivencia del individuo a través de la historia de la existencia de vida en el planeta tierra. Esto es un punto común con muchas de las especies animales, por no decir todas, se considera novedosos aspectos en estudio, se habla desde la memoria de las células hasta la más integrada, el cerebro humano. Algunas definiciones nos permitirán tener diferentes puntos de vista de ella y poder comprender lo significativa que es para el ser humano. La memoria es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos, etc.). El diccionario de la lengua de la real academia española la define como: “potencia del alma por medio de la cual se retiene y se recuerda el pasado”. (Zambrano, 2017)

Tipos de memoria.

Memoria sensorial

La memoria sensorial es la forma más básica y primitiva de memoria que posee un ser humano. Se le describe como una especie de regulador entre nuestras experiencias reales y las experiencias que se recuerdan a corto y largo plazo. Los recuerdos sensoriales consisten en todo el cúmulo de información sensorial que tiene lugar durante una experiencia, así como la percepción y la atención de cómo estos recuerdos se almacenan. (Tommy, 2014).

Además, tomando como referencia a (Manzanero A. , 2013) afirma que las sensaciones son el punto de partida de la percepción, y la percepción es el primer paso hacia el recuerdo. Sin sensación no hay percepción (salvo en las alucinaciones), sin percepción no hay recuerdo. Es decir, sólo llegará a formar parte de nuestros recuerdos aquello previamente percibido, aunque, como en las alucinaciones, también hay recuerdos que no proceden de la percepción, y entonces se habla de falsos recuerdos. Pero percepción y memoria tienen más cosas en común: la percepción va más allá de las sensaciones, habitualmente se define como el proceso mediante el cual dotamos de significado a las sensaciones; la memoria procesa y almacena la información significativa. Y aún más, entre los procesos básicos de la percepción están la detección, la discriminación, el reconocimiento y la identificación, procesos en los que interviene inevitablemente la memoria, en un ciclo continuo que se retroalimenta.

Memoria a corto plazo

La memoria a corto plazo, también denominada memoria operativa, es un sistema a partir del cual la persona maneja la información que obtiene de una interacción directa con el ambiente que le rodea. Generalmente esta información se encuentra limitada a 7 elementos, con una variación de más o menos 2 ítems y puede mantenerse durante una media que oscila entre los 15 y los 30 segundos. No obstante, la memoria a corto plazo se verá más o menos limitada en relación con las capacidades de cada persona y el entrenamiento que ha realizado a lo largo de la vida. (Delgado, 2010) Está claro, entonces, que para almacenar por más tiempo esta información se requiere de un acto consciente y voluntario de análisis y/o repetición. La memoria a corto plazo funciona a partir de tres principios muy sencillos: el efecto de primacía, el efecto de recencia y la significatividad: El efecto primacía: hace referencia al hecho de que las personas recuerdan mejor las cosas que suceden inicialmente.

Memoria a largo plazo

Finalmente, esta clase de memoria mantiene la información inconscientemente, sólo se vuelve consciente en el momento que la recuperamos. Esta memoria tiene la capacidad de almacenar información de forma permanente y casi ilimitada. Aquí se ubican imágenes, recuerdos de experiencias propias, conocimientos del mundo, conceptos, entre otros.

Por otra parte, el aprendizaje en la edad adulta debe ser permanente, el aprendizaje es un cambio producido en el estado mental de un organismo que procede de la experiencia y que influye de un modo relativamente permanente en el potencial del organismo para realizar la conducta adaptativa posterior. (Tarp,2000). Es decir, en el ser humano la práctica o experiencia presume diferentes elementos que componen el aprendizaje además de la experiencia como lo es la estimulación cognitiva por medio de símbolos, imágenes.

Sin embargo, es elemental para el mejoramiento de los aspectos mencionados anteriormente una persona especializada en la atención primaria al adulto mayor. Es decir, el cuidador familiar principal debe ejercer un papel de soporte o apoyo en aquellas actividades que el viejo definitivamente es incapaz de realizar. Esto propicia libertad, autonomía, independencia y seguridad en sí mismos; debe propiciar espacios y diferentes formas de participación en entornos sociales que estén conectados con escenarios públicos institucionalizados, con programas, grupos y organizaciones que se conviertan en parte de la vida cotidiana de las personas adultas mayores. Esto les genera satisfacción, sentido de pertenencia y validación de la utilidad social que gratifica la vida (Ministerio de Protección Social, 2015).

Asimismo, cuando el adulto mayor es dependiente, el cuidador familiar debe buscar apoyo en el cuidado, sobre todo con la familia, los amigos, los vecinos o la familia extensa. Es importante mantener una alimentación balanceada, practicar ejercicio

periódicamente, no abandonar las actividades que disfruta, frecuentar a los amigos buscando compañía y ser escuchado, acudir periódicamente al sistema de salud para hacer chequeos preventivos.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta diferentes aspectos genéticos como ambientales, si bien ya se habló un poco acerca de las características en la edad adulta, de las teorías pertenecientes a esta etapa de la vida y así mismo a continuación se abordará la temática desde las múltiples implicaciones para el adulto que maneja un envejecimiento activo y así mismo para quien maneja un envejecimiento tradicional.

El envejecimiento es un equilibrio cambiante de ganancias y pérdidas. Las primeras definiciones de envejecimiento han puesto el acento en su estrecha relación con la enfermedad, e incluso han llegado a considerar envejecimiento y enfermedad como equivalentes. Así mismo, el envejecimiento al forma parte del desarrollo evolutivo del ser humano causa indirectamente daño orgánico por sí mismo, aunque esté asociado a una mayor probabilidad de enfermedad (Nosraty, 2015) Así, tomando como referencia a (Baltes y Baltes, 1990) consideraron que hay dos concepciones del envejecimiento opuestas entre sí, el tradicional y el envejecimiento exitoso.

Partiendo de lo anterior, dentro del modelo del envejecimiento exitoso, Baltes y Baltes (1990) propusieron que los adultos mayores con declives asociados con la edad logran hacer frente a estas discontinuidades utilizando las estrategias de selección, optimización y compensación (SOC). Según este enfoque, la persona pone en marcha tres tipos de estrategias. Estos procesos consisten en selección de los objetivos más viables, optimización de recursos para alcanzar tales objetivos y compensación de las pérdidas que se vuelven barreras en el camino hacia los referidos objetivos. Es decir, a medida que las personas envejecen, este proceso autorregulatorio se va modificando para acomodarse a las pérdidas y ganancias de recursos. Todo ello con la finalidad de crear un contexto para el desarrollo positivo del último ciclo de vida en el ser humano,

por medio del manejo eficaz de las pérdidas y deterioros. Por ejemplo, un adulto mayor puede usar la selección para reducir las demandas con el fin de que éstas se adapten mejor a sus reducidas habilidades. A continuación, optimiza su capacidad para satisfacer las demandas y, finalmente, utiliza la cultura o los artefactos culturales con objeto de compensar la capacidad reducida.

Así mismo, las estrategias compensatorias que ocurren más comúnmente en los adultos mayores pueden incluir instrumentos físicos tales como sillas de ruedas, andadores, bastones, medicamentos, camas eléctricas, gafas y audífonos (Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. & Cohen, R. D., 2002) En concreto, la selección electiva encierra aquellas estrategias globales y deliberadas que consisten en optar por un procedimiento para realizar las tareas. La selección por pérdida se refiere a los mecanismos que la persona pone en marcha para superar sus dificultades para alcanzar sus objetivos, dificultades que son consecuencia del proceso de envejecer, en segundo lugar. la optimización consiste en las estrategias para ganar nuevas habilidades o aplicarlas a fin de superar las limitaciones en el trabajo sobrevenidas como consecuencia del envejecimiento. Por último, la compensación consiste en el uso de métodos de trabajo alternativos a los que se preferían en épocas anteriores de la vida, pero que ahora ya no se encuentran disponibles para la persona como consecuencia de su envejecimiento. Las SOC no se limitan a los adultos mayores, y las personas de todas las edades emplean estas estrategias cuando se enfrentan a cambios en las habilidades funcionales (Freund, 2006).

Partiendo de estos modelos, se han generado herramientas para el diseño de estrategias que generen bienestar en el adulto mayor. Aproximaciones basadas en entrenamientos, promoción en salud y bienestar han traído consigo grandes cambios o desempeñar trabajos cognitivamente complejos demostró aumentar el funcionamiento intelectual de los trabajadores incluso en momentos tardíos de su carrera (Schooler, C., Mulatu, M. S., & Oates, G., 1999) De igual manera, la aplicación de estas estrategias de

(SOC) se ha aumentado la funcionalidad, independencia y disminuido el deterioro cognitivo acelerado en la población adulta.

En síntesis, la adultez es una etapa del ciclo vital en la cual se debe hacer énfasis entendiendo las características de ella y así mismo lograr moldear de acuerdo a cada geronte una intervención diferente ya que aunque anteriormente mencionadas algunas de las características universales cabe destacar que desde el ámbito profesional la psicología junto con otras disciplinas deben abordar la población de acuerdo a su característica ya sea cultural o social.

Capítulo III. Psicogerontología

Gerontología

La gerontología a nivel general, hace referencia al estudio de la salud, la psicología, la integración social y económica en los procesos de envejecimiento y la vejez. Se debe reconocer que su origen tiene que estar ligada al del hombre mismo, tanto con sus creencias acerca de la salud y las doctrinas religiosas, así como las fuerzas económicas y sociales presentes en este momento. Es lo que hace de la gerontología un concepto integral en el que se requiere la conjunción de muchos saberes para llegar a comprender el final del ciclo vital. A continuación, se profundiza un poco más acerca de su historia y concepto.

Historia

Las primeras reseñas que se conocen respecto a los ancianos son del antiguo Egipto, donde se suponía que vivir más de un siglo de vida era una recompensa por haber sido una persona “muy honesta y virtuosa”. En aquellas épocas se recomendaban prácticas de salud preventiva como mantener la limpieza del cuerpo y del medio ambiente, además, sudoraciones, vómito y limpieza del intestino para poder llegar a esa respetable edad. Tomando como referencia al reconocido quirúrgico Edwin Smith citado por Gómez Montes en 2002 quien en su libro “el libro para transformar un hombre viejo en un joven de 20” en donde hace referencia a la inmortalidad. Además, el concepto de rejuvenecimiento se trató tiempo después a cargo de Sushruta Samhita en el año 400 d.c quien en uno de sus escritos describe el pensamiento médico de la India. De igual manera en diferentes culturas como la sociedad Griega y Romana, la medicina hizo las primeras descripciones de los padecimientos más comunes del anciano. Uno de los

padres de la medicina Hipócrates insistía en la observación la conducta y estilo de vida del adulto mayor y en su bienestar o estado emocional.

En la sociedad medieval se conservó la tradición grecorromana, el conocimiento relacionado con el envejecimiento continúan en donde Galeno contribuye a algunos aportes importantes a la hora del cuidado físico y psicológico del adulto mayor. Aunque durante la edad medievales los conceptos de los grandes pensadores se tomaban en cuenta el adulto mayor paso a tener un rol importante en la vida urbana, se tenía una concepción negativa de la vejez.

El renacimiento y en la edad moderna, aparece como tal el concepto de gerontología, con obras escritas por diferentes autores como Gabriele Zerbi, Marsilio Ficino impresas a finales del siglo XV y XVI, son tratados de higiene que describen los cuidados que se deben tener con el anciano. A partir de allí gracias a la revolución industrial, trajeron un nuevo paradigma en donde Erasmo Darwin propone el envejecimiento como una pérdida de la irritabilidad y disminución de la respuesta a la sensación en los tejidos. Finalmente, en el siglo XIX y XX las investigaciones se multiplicaron, cuando en 1928, se fundó dentro de la Universidad de Harvard un centro de investigación. Pero fue hasta 1995 se organizó la Gerontological Society en Estados Unidos, en el seno de la American Psychological Association.

En Colombia la gerontología se inicia en 1954, año en el cual Guillermo Marroquín, Santiago Perdomo y Miguel Villamartín, asistieron al primer curso de postgrado en gerontología en la ciudad de Madrid. Más adelante en el año 1974 Eliza Dulcey funda en Bogotá el centro de psicología gerontológica para la investigación, formación y orientación de los relacionados con la psicología del anciano. Actualmente se acepta que existe una cultura del envejecimiento y este es un proceso individual, heterogéneo, multifactorial, y para estudio se requiere el concurso de muchas disciplinas, entre esas disciplinas se abordará a profundidad la psicogerontología.

Psicogerontología

Cuando se habla de la Psicogerontología hace referencia es una rama de la psicología que trata de los aspectos psicológicos del adulto mayor y la gerontología es una ciencia multidisciplinar que estudia a nivel biopsicosocial el proceso de envejecimiento y adulto mayor

Esta disciplina ha surgido muy ligada a la psicología del desarrollo, concretamente al desarrollo del ciclo vital que considera el ciclo vital como el eje central del envejecimiento y la vejez. Siguiendo a Bandura (1986), se debe entender que cada persona mayor es el resultado de su historia, de su interacción entre el organismo (en su sentido biológico), la persona (su conducta a lo largo del tiempo), y los contextos ambientales a los que ha sido expuesto a lo largo de su vida. Cualquier condición que encontremos en el momento presente en el adulto mayor es condición dependerá de la propia persona entre ella las condiciones genéticas, ambientales y comportamentales. Además, el autocontrol, la resiliencia, la cultura, la red familiar, cuidadores en general estas condiciones son valoradas por el psicólogo al momento de estudiar el adulto mayor.

Por otra parte la psicología es una ciencia aplicada en la que la evaluación e intervención psicológica tienen una importancia prioritaria, de igual manera este modelo parte de una concepción en donde el individuo es un agente a lo largo de vida, es así como en la mayor parte de los casos el tipo de conocimientos adquiridos deben ser adaptados de acuerdo a la población o a las condiciones específicas que se presenten. En síntesis, el psico gerontólogo aplicado es un profesional que ha de conocer los fundamentos de la gerontología y la psicología, la psicología del desarrollo y la psicología diferencial. Finalmente tiene que estar familiarizado con los conocimientos

básicos de la gerontología (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999; Fernández-Ballesteros, 2000).

Desde el siglo XX se han incrementado más de 35 veces las publicaciones en temas psicogerontológicos en Europa, continente en el cual las propuestas hacia un mejor cuidado del adulto mayor fueron creadas y así mismo expandidos alrededor de los países desarrollados y en desarrollo (Pinquart,2007). Los temas de mayor importancia ordenados de manera jerarquía son del siguiente orden: La psicología del envejecimiento, envejecimiento activo y evaluación psicológica desarrollo cognitivo, vulnerabilidad, atención y cuidados.

Recientemente, inspirándose en el II Plan Internacional de acción sobre el envejecimiento (UN,2002), el COP ha listado las necesidades de atención de las personas mayores que exigen la contribución del psicólogo (COP 2007):

- Promover la salud y el bienestar en el transcurso de la vida.

- Evaluación e intervención psicológica en personas mayores con discapacidad.

- Apoyo psicológico a las familias Integración social y comunitaria de las personas mayores.

- Formación a otros profesionales sobre aspectos psicológicos implicados en la atención a personas mayores.

-Formación sobre aspectos psicológicos del envejecimiento relacionados con la vida laboral.

-Asesoramiento, formación y promoción del envejecimiento activo.

En síntesis, con base en los ámbitos examinados en el contexto europeo y el conjunto de necesidades y demandas que emanan del II Plan Internacional y que han sido descritas por el Colegio Oficial de Psicólogos (2002), se ha establecido el contenido de este texto.

Envejecimiento psicológico

Cada individuo envejece conforme ha vivido y conserva en la vejez lo esencial de las características psicológicas de la vida adulta. Sin embargo, el envejecimiento puede ser aprendizaje, y siempre debe ser una experiencia positiva y orientada hacia el futuro no siempre sucede así. Por ellos los problemas de salud mental en los ancianos dependen, en parte, de las características individuales, incluyendo la personalidad, los niveles de función cognoscitiva, de soporte social y de salud física.

Por otra parte, el retiro laboral, como una fase más dentro del ciclo vital, implica para cualquier persona hacer un alto en el camino para analizar y replantear la nueva vida a la que se ve enfrentada, lo cual hace que determine un tipo de estrategias con el fin de seguir dando un funcionamiento a su vida como se debe, pero se encuentra frente a un ambiente que día a día cambia continuamente. En este momento sucede un choque generacional en el cual el adulto mayor se enfrenta a diferentes niveles de problemas, unos más difíciles que otros como el asumir un rol diferente en la sociedad y en su red familiar, en donde existe una imposición de roles nuevos en donde el anciano es

perjudicado. Tomando como referencia a Gómez , Borrero & Lucía,(2001)en su libro valoración integral de la salud del anciano estos nuevos patrones generan una serie de estereotipos en donde los principales son los siguientes:

- Se tiene una imagen del anciano como un personaje huraño triste solitario y aislado que evita todo contacto social en muchas ocasiones es la propia familia la que se encarga de fomentar la por la sobreprotección.

- Se considera al anciano como una persona terca, lenta, dependiente y que requiere vigilancia continua. Este estereotipo esta tan arraigado que se compara al anciano con un niño.

- Con él en envejecimiento hay una pérdida progresiva de todas las capacidades mentales. Una razón más para el rechazo.

- Los signos de deterioro de la capacidad mental, especialmente la memoria, son parte del envejecimiento, y por tanto irreversibles.

- El anciano se caracteriza por ser dogmático, inflexible y desconfiado. Nunca analiza que se esconde detrás de las conductas.

Aunque en la actualidad estas concepciones se han erradicado, debe ser combatida la negatividad en cuanto a la perspectiva que se tiene frente al adulto mayor, si bien esta nueva etapa de la vida asume cambios físicos y psicológicos no impide reconocer nuevos horizontes en el geronte. El primer paso para dar fin a estos estereotipos es recordar que el interés de los ancianos por el mundo no disminuye al aumentar la edad.

Vulnerabilidad

Cuando se habla de vulnerabilidad hacemos referencia a la susceptibilidad presente al envejecer, de ser afecto a aspectos tanto externos como internos. Es necesario tener en cuenta la vulnerabilidad en las tres esferas las cuales se encuentra el adulto mayor las cuales son la física, social y psicológica, que, aunque están presente desde el inicio del ciclo vital, se hacen más evidentes en la edad adulta.

-Vulnerabilidad física: está condicionada por los siguientes factores: deterioro de los procesos de homeostasis corporal, disminución de la capacidad reproductiva, cambios de la apariencia física, mayor riesgo del estado de salud.

-Vulnerabilidad social: se ocasiona básicamente por los siguientes factores: cambio de estatus o roles sociales, disminución del ingreso económico, cambio de deberes y derechos dentro del núcleo familiar, desaparición paulatina de los puntos de referencia visuales y cambios en el estilo de vida.

-Vulnerabilidad psicológica: es condicionada por los siguientes factores: estereotipos sobre la vejez, deterioro de la sensación de seguridad, mayor riesgo de dependencia de otros, disminución de la posibilidad de tomar decisiones, experiencia de cambio y pérdida, negación a la muerte y temor a las enfermedades.

Resiliencia

La resiliencia ha sido definida como la “capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad” (Rutter, 1993; citado por Ornelas, 2016). La resiliencia es un factor importante para que las personas que sufren una pérdida puedan resistir con fortaleza las dificultades de la vida, minimizando los efectos negativos que pueden generar las situaciones traumáticas; favoreciendo la interpretación que cada persona realiza de los acontecimientos difíciles que enfrenta, orientándose a obtener un aprendizaje experiencial que fortalezca su afrontamiento de situaciones difíciles en términos de procesos sociales e intrapsíquicos.

La resiliencia aunque en su mayoría se ve proyectada por factores sociales implica una interacción entre factores como el temperamento biológico, la capacidad para la resolución de problemas, el autocontrol emocional, y el apoyo percibido por parte de la familia y el núcleo social. Para el desarrollo de este componente psíquico hay que tener en cuenta principalmente las experiencias difíciles que se presentan en los primeros años de vida, según su número, intensidad y duración, puesto que van definiendo las formas de enfrentar la adversidad y fortalecen el carácter durante el transcurso de las siguientes etapas del ciclo vital, favoreciendo en la persona la generación de expectativas optimistas hacia el futuro. (Kumpfer et. al., 1998; citados por Becoña, 2006).

La psicología contemporánea se interesa firmemente en el abordaje de la resiliencia, como uno de los principales aportes que la psicología positiva ha realizado en cuanto al fortalecimiento del bienestar integral y la salud mental, permiten mejorar la calidad de vida en general y prevenir reacciones patológicas o de difícil afrontamiento en circunstancias difíciles de la vida, siendo pertinente su trabajo en adultos mayores, puesto que la mayoría de programas basados en la resiliencia se enfocan hacia otras etapas de la vida. No obstante, al ser un proceso que puede aprenderse en cualquier momento del ciclo vital, transformando las concepciones tradicionales acerca del envejecimiento para fomentar el bienestar, satisfacción y optimismo en las personas, permitiendo desarrollar habilidades interpersonales, perseverancia y apertura mental

frente a las experiencias de vida.(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; citados por Becoña, 2006).

Estrategias para reducir los factores de riesgo

Para el adulto mayor la prevención es una etapa fundamental en el cuidado de la salud física y psicológica. Tomar las medidas necesarias, a tiempo, con ayuda de un profesional puede evitar un gran número de complicaciones.

La prevención del bienestar psico-físico en el adulto mayor depende básicamente de cuatro factores: entrenamiento en la memoria, autonomía funcional y el envejecimiento productivo -Entrenamiento en la memoria: Sugerir el entrenamiento cognitivo y la estimulación ambiental pueden resultar factores relevantes en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento normal, en medida que se promueven la plasticidad cerebral. (Willis y Nesselroade, 1990). Así, estas técnicas que se enseñan, se aplican con el objetivo de fortalecer no solo una habilidad específica, sino en general al funcionamiento cognitivo global. Regularmente se trabajan aspectos como: relajación, atención y concentración, asociación, organización.

-Autonomía funcional: La autonomía funcional es la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse. Cuando en gerontología se habla de pérdida de autonomía, generalmente se contempla la autonomía funcional.

Toda vida humana es un tejido de dependencias increíbles. Por supuesto, si nos falta aquello de lo que se depende, se parece ; ello quiere decir que el concepto de autonomía es un concepto no substancial sino relativo y relacional. No digo que cuanto más

dependiente, más autónomo se es. No hay reciprocidad entre estos dos términos. Digo que no se puede concebir autonomía sin dependencia. La toma de conciencia de su propia dependencia la transforma: se pasa de la idea al suceso.

-Envejecimiento productivo: Butler (2000) precisaba el marco de interés del envejecimiento productivo del modo siguiente: “La capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse tan independiente como sea posible”. Sin embargo, esta concepción nace intrínseca mente limitada: al definir con tanta precisión los ámbitos de aplicación de la productividad deja de lado cualquier otro que pueda aparecer y que no esté plica incluido entre los nombrados.

El verdadero interés del envejecimiento productivo, y lo que lo distancia del resto de envejecimientos (envejecimiento satisfactorio, envejecimiento saludable, envejecimiento activo, envejecimiento normativo, envejecimiento competente...) es su énfasis en el impacto que las actividades realizadas por las personas mayores pueden tener (y real tienen) sobre las condiciones sociales y económicas, la creación de riqueza y el bien común. En consecuencia, no se presta atención a acciones individuales que tienen como objetivo fundamental la búsqueda del beneficio individual: es el caso, por ejemplo, del ejercicio físico para mantenerse en forma o del aprendizaje dirigido a la propia estimulación intelectual. (Sánchez, 1998).

Ahora bien, es necesario profundizar acerca del cuidado pertinente a esta población, si bien durante este ciclo de la vida las redes de apoyo principal no siempre es su familia su vínculo más cercano, sino, el profesional en salud a cargo del individuo. La necesidad de cuidado en las edades más adelantadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha tenido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo

como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado valiosos cambios.

Definimos el cuidado como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

El terapeuta

Partiendo desde el punto de vista de un pionero en la terapia en adulto mayor Pfeiffer es la necesidad de que el terapeuta sea más activo en el proceso psicoterapéutico. En otras palabras, debe tomar más iniciativas con respecto a la problemática del paciente y a las causas que la provocaron. Para ello, indaga, entre otros, los conflictos, el estado de salud, la situación económica, el estilo de vida, los contactos sociales y el empleo del tiempo libre. Es importante también inquirir sobre las pérdidas recientes, las que el paciente considera como inminentes y las que teme que sucedan. Esta forma de proceder tiene por lo me nos dos ventajas: la primera es que permite al paciente percatarse de que sus problemas son similares a los, que tienen otros ancianos; la segunda es que brinda la oportunidad de identificar el problema y por lo mismo establecer con cierta rapidez las medidas terapéuticas. De acuerdo con (Pfeiffer, 1976).

Esta mayor actividad del terapeuta debe estar acompañada de tres actitudes descritas por Rogers y que tienen relación con la empatía: 1) aceptación del paciente como alguien valioso; 2) actitud abierta y honesta hacia los propios sentimientos, incluyendo los que el paciente despierta en el terapeuta; 3) comprensión lo más precisa y completa de la situación, de los problemas y sentimientos del paciente.

Rol del cuidador

El rol “(...) es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros”. Se denomina entonces “rol” al desempeño de una persona en una situación dada, a la manera en que demuestra lo que se espera de su posición. Podemos decir que el rol es el papel que se representa.

Es el mando esperado en el seno de un grupo, de una sociedad, e involucra un inter juego entre el conjunto de conductas otorgadas y asumidas, las que se esperan y las que se demuestran. El rol del cuidador domiciliario, como otros roles, requiere de una construcción, y para practicar se necesita la presencia del otro que demande sus servicios. En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, precisamente deben surgir el ajuste recíproco de comportamientos, y la asociación para que se origine la concreción del rol. (Pfeiffer, 1976).

Podemos decir que es un rol nuevo, que su aparición se concierne con el envejecimiento poblacional y la necesidad de formar estrategias de atención al adulto mayor evitando, o retrasando, su institucionalización residencial. El buen ejercicio del rol del cuidador domiciliario pretende de la incorporación de conocimientos y de una fuerte estimulación vocacional y actitudinal. “Cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico. En la construcción de su rol, el cuidador domiciliario recibe la demanda de sus servicios por parte del adulto mayor, es decir que no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas.

Cuidador formal y cuidador informal

Los cuidadores informales, personificados habitualmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen una elevada responsabilidad afectiva y con asiduidad no tienen límite de horario. Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador

principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor, sino que secundan al principal. (Pfeiffer, 1976).

Por otra parte, el cuidador formal, es quien adopta una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su ambiente, que apunta a crear habilidades de autovaloración y autocuidado, desenvuelve prácticas, habilidades a través de las tareas habituales como cuidador domiciliario toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.

Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

Funciones del cuidador

A partir del rol del cuidador domiciliario, se identifican funciones inherentes a su tarea, agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y revelar precozmente aquellas situaciones que se muestren como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-social de las personas que reciben el cuidado domiciliario.
- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada, de las conductas resilientes y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan,

según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.

- Educación: pretende que el cuidador domiciliario sea el interlocutor para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo.
- Asistencia: proporcionar apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

En resumen la conjugación entre el cuidador y la calidad de vida por parte del adulto mayor van ligadas y complementadas de manera enorme, por lo tanto estas redes de apoyo se deben fortalecer con el fin de brindar los cuidados y atenciones necesarias a esta población que si bien cuidador, cualquiera sea su ámbito de actuación, ya sea bajo relación de dependencia, como integrante de una cooperativa, o como trabajador independiente, necesitará desarrollar sus actitudes personales, sus conocimientos, su experiencia, y sus habilidades y destrezas adquiridas a fin de afianzarse en su desarrollo laboral.

En conclusión, aunque la gerontología es una ciencia inter disciplinaria, desde la psicogerontología se logra dar una manera de concebir al adulto mayor como un ser humano digno de recibir apoyo, inclusión y respeto por parte de toda la población. Evitando prejuicios que la sociedad estimula de cierta manera hacia ellos se hace una revisión histórica y se detallan conceptos claves acerca de las características y plan de estrategias al adulto mayor con el fin de ofrecer mejor calidad de vida tanto al geronte como a sus cuidadores y familiares.

MARCO LEGAL

En este apartado, se expondrá la normativa relacionada con los aspectos jurídicos y legales competentes para el presente trabajo de grado, se tendrá presente dentro de la normativa relacionada con el reglamento al ejercicio del profesional en psicología la ley 1090, se tomará como referencia la ley 1315 la cual tiene como función principal acobijar al adulto mayor en los centros de protección social victimar de la violencia intra familiar y por último la ley 1251 que es la encargada de proteger los derechos del adulto mayor.

Ley 1315

La ley 1315 de 2009, que los centros de protección social deberán acoger a los adultos mayores afectados por la violencia intrafamiliar.

Adicional a los artículos mencionados anteriormente, el Maltrato por descuido, negligencia o abandono en persona mayor de 60 años. El que someta a condición de abandono y descuido a persona mayor, con 60 años de edad o más, genere afectación en sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y en multa de 1 a 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Parágrafo El abandono de la persona mayor por parte de la institución a la que le corresponde su cuidado por haberlo asumido, será causal de la cancelación de los permisos o conceptos favorables de funcionamiento y multa de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Partiendo de lo anterior, la atención inmediata del Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, tanto en ambientes familiares como en los centros de protección especial

y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores. Además, se incluye el artículo 7° de la Ley 1251 de 2008 (Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento Vejez, el cual promueve la inclusión medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Ley 1251 del 2008

Titulo 1

Disposiciones preliminares:

El objetivo de esta ley radica en proteger, defender, amparar, restablecer y defender los derechos de las personas que se encuentran en la etapa de adulto mayor, así; velar por el sano envejecimiento donde se tengan planes e intervención para esta población por parte del estado, la sociedad y la familia. También por las instituciones que prestan el servicio al adulto mayor conforme con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la declaración del derecho humano y diversos convenios realizados en Colombia.

El artículo 3 hace relevancia de algunas definiciones que son importantes tener en cuenta; entre ellas destacamos.

Vejez: se entiende como la etapa del ciclo vital con características propias que se producen por el paso del tiempo.

Adulto mayor: es el individuo que se encuentra en una edad promedio de los sesenta años de edad o más.

Geriatría: rama de la medicina que se encarga del estudio terapéutico, social, clínico y preventivo de la salud y la enfermedad en el adulto mayor.

Envejecimiento: conjunto de cambios que longitudinalmente ocasiona de forma irreversible en los seres humanos.

Demografía: es el estudio del tamaño, estructura y distribución de las poblaciones en la cual se tiene en cuenta la natalidad, mortalidad y migración.

Política Nacional de envejecimiento y vejez: es el instrumento que asegura la gestión coordinada de los agentes del estado tanto públicos como privados, en el cumplimiento para satisfacer las necesidades del adulto mayor, así como también la observación y el conocimiento de las características propias del envejecimiento.

Plan de Atención Institucional: modelo institucional que garantiza que se implementen programas en las instituciones públicas o privadas un servicio integral y de calidad. (Salud, psicosocial, familiar y ocupacional).

Adicional, el artículo 7, artículo 11 y artículo 34, protegen el derecho de los adultos mayores a los alimentos y demás medios para su mantenimiento físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social Serán proporcionados por quienes se encuentran obligados de acuerdo con la Ley y su capacidad económica, sumando obligaciones económicas derivadas de la prestación de asistencia profesional y alimentaria. Cuando el Estado preste servicios públicos que impliquen una asistencia alimentaria a adultos mayores que han sido objeto de abandono, descuido y/o violencia intrafamiliar, y esto conlleve la generación de un gasto a cargo del presupuesto público en cualquiera de sus niveles nacional, o territorial, o de sus entidades descentralizadas.

Continuando con la importancia que actualmente compete al adulto mayor, por eso es importante saber en Colombia que ley ampara y protege los derechos al adulto mayor.

LEY 1850 DE 2017

Por medio de esta ley establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

El artículo 1 hace referencia Los centros de protección social de día, así como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención.

El artículo seis hace alusión a el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, tanto en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores.

En el artículo siete se adiciona lo mencionado en el artículo 60, numeral 1, dentro de los deberes del Estado definidos en la Ley 1251 de 2008, los siguientes literales:

a) Introducir el concepto de educación en la sociedad fomentando el autocuidado, la participación y la productividad en todas las edades para vivir, envejecer y tener una vejez digna.

b) Elaborar políticas y proyectos específicos orientados al empoderamiento del adulto mayor para la toma de decisiones relacionadas con su calidad de vida y su participación activa dentro del entorno económico y social donde vive.

c) Diseñar estrategias para promover o estimular condiciones y estilos de vida que contrarresten los efectos y la discriminación acerca del envejecimiento y la vejez.

d) Generar acciones para que los programas actuales de gerontología que se adelantan en las instituciones se den con un enfoque integral dirigido a todas las edades.

e) Promover la creación de redes familiares, municipales y departamentales buscando el fortalecimiento y la participación activa de los adultos mayores en su entorno. Con el fin de permitir a los Adultos Mayores y sus familias fortalecer vínculos afectivos, comunitarios y sociales.

f) Promover la Asociación para la defensa de los programas y derechos de la Tercera Edad.

g) Desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida y mitigar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores que están aislados o marginados.

En síntesis, es importante que leyes como las de Colombia acobijen al adulto mayor, en la actualidad se están tomando medidas de prevención de riesgos por parte de entidades gubernamentales y asimismo por parte de cada entidad encargada en brindar el apoyo a esta población, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Marco Contextual

En este apartado se hará una reseña histórica del Asilo San José y del Hogar Día, instituciones a las cuales será dirigida la investigación, así mismo debemos tener en cuenta que, aunque instituciones completamente diferentes en cuanto a filosofía, financiamiento y demás, tiene un común denominador básico el cual es la población adulto mayor.

Hogar San José

La fundación del Hogar San José, se remonta al 28 de diciembre del 1893, en cabeza del benignísimo padre Eduardo Laviña junto a una comitiva de 8 hermanas de la congregación de los ansianos desamparados originarias de España, principales pioneras y creadoras de la institución. A partir del convenio estipulado en el año 2011 entre la Universidad de Pamplona y el Hogar San José, han estado vinculados a la institución estudiantes practicantes de diferentes áreas de la salud, en calidad de servicio, cuidado y atención inmediata a la población, contribuyendo a favorecer el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, permitiendo el mejoramiento progresivo de su adaptabilidad y funcionamiento diario, ofreciendo acompañamiento y atención a las necesidades que se presentan con mayor frecuencia y que inherentemente repercuten en la situación global de la población geronte del Hogar.

Dicha institución proporciona atención a las necesidades básicas y fundamentales, que carecen de atención inmediata, ya sea por falta de recursos físicos y materiales insuficientes para suplir sus demandas. La institución está conformada por la congregación de las hermanas, quienes son las principales cuidadoras y responsables de las diversas necesidades del adulto mayor. Su principal referente es la directora Madre Superiora Sor Teresa Cordero, quien está actualmente encargada y a su vez cumple la

función de supervisar la labor y vocación del Psicólogo en formación, en su condición de jefe inmediata. Se encuentra ubicado en la Carrera 7° #4-49, su línea telefónica es 568 28 40 y el correo electrónico hsjosepamplona@hotmail.com.

Los fundamentos ideológicos se encuentran contenidos y plasmados en los objetivos, en la misión y visión del hogar San José, los cuales constituyen los pilares básicos que rigen su estilo de vida e influencia directamente el funcionamiento y desarrollo de la institución. Acorde a esto, la misión del Hogar San José, busca dar protección de vida a los adultos mayores de escasos recursos económicos para atender sus necesidades, mediante el desarrollo de actividades que caractericen un óptimo nivel de bienestar espiritual y material mejorando su calidad de vida. Por otra parte, la visión del Hogar San José, pretende ser una institución pionera en américa comprometida con el servicio de atención integral de los adultos mayores.

En cuanto a los objetivos planteados del Hogar San José, se tienen: Proporcionar espacios ambientales necesarios para que el adulto mayor adopte compromiso a mejorar la calidad de vida individual y social; Disminuir el índice de mendicidad de la ciudad de Pamplona y sus alrededores; Ajustar en términos de cobertura y calidad de los adultos mayores. Por tanto, el compromiso social y psicológico del Hogar San José, es proporcionar ayuda y contención, supliendo las necesidades básicas de los adultos mayores que se encuentran expuestos y vulnerables en la Ciudad de Pamplona, como también en las veredas aledañas, con la finalidad de solventar la salud física y mental, las cuales contribuyen al mejoramiento de su bienestar y calidad de vida.

Los servicios que ofrecen la Institución, van desde la protección y el cuidado, tanto a nivel espiritual, físico y material, tanto de los adultos mayores de la Ciudad de Pamplona como de las veredas aledañas, proporcionando atención básica, como lo son, alimentación, alojamiento, cuidados personales y servicio incondicional en pro de su bienestar global, todo esto, teniendo en cuenta las características orgánicas y singulares,

que constituyen las problemáticas que se presentan en esta etapa del ciclo vital, las cuales merecen mayor atención, intervención y cuidado por parte de los entes prestadores de servicio social y de salud, en este caso del psicólogo en formación a cargo durante el semestre 2019-1.

Hogar Día

Inició sus actividades, el 1 primero de febrero de 2002, dirigido por Monseñor Gustavo Martínez Frías (Q.E.P.D), quien delegó funciones específicas al Vicario Episcopal para la acción pastoral, pbro. William Alirio Carrillo Duran, quien a su vez, tomó decisiones concretas para el trabajo con el adulto mayor de la ciudad convocando a los coordinadores de los 14 grupos de la tercera edad existentes en Pamplona, con las cuales se inicia el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Ante la necesidad de diseñar un programa que brinde atención integral al adulto mayor nada el “hogar día”.

Este centro empieza a funcionar, con el apoyo y la colaboración de un grupo de profesionales en la modalidad de voluntarios, líderes intersectoriales, párrocos y algunas estructuras eclesióásticas que poseen líneas de acción concretas al área social. De igual manera se orienta con los profesionales en el segundo semestre del año, el trabajo de campo extensivo a través de las parroquias, COPPAS y sectores más vulnerables de la ciudad con el fin de establecer un censo de la población adulta mayor sana, discapacitada, perteneciente a algún grupo de tercera edad o no, cuya información conduce a ampliar la cobertura y prestar otros servicios, come: visita a los enfermos y apoyo preventivo, espiritual y médico, entre otros.

En las posteriores administraciones, se implementaron acciones importantes que han fortalecido y mejorado la calidad de los servicios prestados en el Hogar Día.

Desde el año 2005, se estableció el convenio con la Universidad de Pamplona, para la participación de profesionales en formación atendiendo en el área Fisioterapia, y prestación de servicio social de estudiantes de Psicología, Educación física, entre otras carreras, además de estudiantes de algunos colegios de la ciudad. En una nueva administración, en el año 2006, se continuó con la actualización de los censos de población adulta mayor, incluyendo la visita a los diferentes barrios de la ciudad, para integrar más adultos mayores a las actividades de Hogar Día. Se inició un convenio con Bienestar Familiar para la implementación en la sede de Hogar Día del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" que proporciona el Almuerzo Caliente y Ración para Preparar a adultos mayores necesitados. Basado en las solicitudes de los adultos mayores encuestados, se ampliaron también los servicios prestados y los horarios de atención, a partir de los convenios ya establecidos a las áreas de: Fisioterapia, Psicología, Educación Física, Enfermería, incluyendo a Terapia ocupacional, Nutrición y dietética y Fonoaudiología.

La Arquidiócesis de Nueva Pamplona procedió a cambiar la denominación del centro a Pastoral del Adulto Mayor. En el año, 2008 comienza una nueva administración con la presencia de la comunidad de Hermanas Trovadoras de la Eucaristía, encabezada por la Madre Anghela Angarita González, donde se ha realizado un fortalecimiento de los convenios ya establecidos involucrando a los distintos profesionales en formación de la Universidad de Pamplona, en un trabajo interdisciplinario especialmente enfocado a las necesidades detectadas en la población atendida actualmente, especialmente en cuestiones como la autoestima, las buenas relaciones interpersonales, y la constancia en la participación en actividades físicas y culturales. Se siguen recibiendo los estudiantes universitarios y de educación media en la realización de sus horas de servicio social en la Institución.

Por último, el Hogar Día busca brindar atención integral al adulto mayor del municipio de Pamplona, buscando su bienestar y ampliando espacios dentro del entorno social, para un adecuado desarrollo de esta etapa de la vida, a través de la sensibilización

a la población mayor, para que demuestren sus capacidades a través de la funcionalidad por medio de actividades recreativas, artísticas y culturales.

En conclusión, estas instituciones brindan un espacio para dar paso a la intervención de sus habitantes y asimismo lograr dar una visión diferente a la funcionalidad del adulto mayor.

METODOLOGIA

Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque de tipo cuantitativo, ya que pretende identificar el nivel de capacidad funcional y nivel en el área cognitiva entre los participantes adultos mayores, el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico. (Hernandez, 2010)

Tipo de diseño

El desarrollo de la presente investigación se realiza bajo el tipo de estudio correlacional de corte transversal, este tipo de estudios se utilizan para determinar en qué medida dos o más variables están relacionadas entre sí, la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, se puede redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010)

Población

De un total de 172 adultos mayores, 107 pertenecientes al Hogar Asilo San José y 65 al Hogar Día.

Muestra

La presente investigación se realiza bajo una muestra no probabilística por conveniencia, en donde evidentemente este tipo de técnica está fundamentada en el beneficioso acceso de los sujetos al investigador. Teniendo en cuenta ciertas características de los participantes para llevar a cabo los instrumentos de aplicación.

Partiendo de lo anterior se tuvo en cuenta algunos factores específicos tales como un nivel mínimo de alfabetización de la población que sea objeto de muestra, nivel básico de funcionalidad teniendo en cuenta que en el hogar Asilo San José cierta población tiene limitaciones físicas y cognitivas, por consiguiente obtendrá una muestra de 40 participantes los cuales se reparten en dos grupos; 20 adultos mayores de género masculino y 20 adultos mayores de género femenino, de la ciudad de Pamplona, que se encuentren en las edades de 60 a 89 años. se contará con la muestra de 40 adultos mayores, es decir, 10 por cada género y por cada grupo respectivamente.

Instrumento

Se tomará como referencia el test INACVIDIAM y el test Moca

Ficha técnica test INACVIDIAM

Test

INACVIDIAM

Test

INACVIDIAM

Característica

INACVIDIAM es un inventario auto aplicable que utiliza dibujos que hacen alusión a actividades de la vida diaria del adulto mayor, donde cada reactivo presenta un dibujo representativo de la actividad en cuestión (con variantes en el diseño del dibujo según se trate de la versión femenina o masculina del inventario) y cada uno con sus respectivas preguntas sobre “frecuencia”, “satisfacción” y “dificultad”.

Evalúa. Adultos mayores de 60 años

Objetivo

El INACVIDIAM está centrado en el adulto mayor para obtener su frecuencia de actividades de la vida diaria, su satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades, así como identificar las estrategias de selección, optimización y compensación que haya utilizado para adaptarse a las pérdidas asociadas al envejecimiento. Finalmente, el INACVIDIAM puede apoyar en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas en adultos mayores, y medir los resultados de éstas.

Aplicación

Individual o colectiva

Inventario de actividades de la vida diaria del adulto mayor (INACVIDIAM). Auto aplicable que utiliza dibujos que hacen alusión a actividades de la vida diaria del adulto mayor, donde cada reactivo presenta un dibujo representativo de la actividad en cuestión (con variantes en el diseño del dibujo según se trate de la versión femenina o masculina del inventario). Evalúa la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades, en adultos mayores de 60 años. Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos aproximadamente. (Acosta- Quiroz, 2011).

TEST MOCA :

Ficha técnica

Objetivo	Evaluar disfunciones cognitivas leves.
Descripción	Examina habilidades de: atención, concentración. Funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades viso-constructivas, calculo y orientacion.
Versión	Versión mas reciente que es la del 12 de noviembre del 2014
Administracion	Aplicar por un evaluador experimentado, para uso clinico
Tiempo de aplicación	10 minutos.

El Moca es una herramienta de cribado, de uso libre, desarrollada originalmente en 2005 precisamente como respuesta a la dificultad para identificar la presencia de deterioro cognitivo con el MMSE. La cual fue modificada y avalada en Latinoamérica, Constituye una batería de pruebas breves, de fácil administración, con una duración aproximada de 10 minutos, cuyo propósito es detectar la presencia de DCL y diferenciarlo de alteraciones cognitivas consecuentes al envejecimiento normal. Evalúa las funciones ejecutivas, la capacidad visoespacial , la memoria, la atención, la concentración y la memoria de trabajo, el lenguaje y la orientación, y la puntuación máxima es de 30 puntos

Procedimiento

La presente investigación se realizó bajo tres (3) grandes momentos: selección de la muestra, aplicación de los instrumentos de evaluación y por último análisis de los resultados. A continuación, se realiza una descripción detallada de cada uno de ellos:

En primer lugar, partiendo del hecho en que la investigación trabaja bajo un estudio cuantitativo no probabilístico por conveniencia, se realizó la selección los participantes conformados por el Asilo San José (institucionalizados) y el Hogar Día (no institucionalizados), teniendo en cuenta el nivel mínimo de alfabetización, deterioro cognitivo acorde a la edad y estado de capacidad funcional. Partiendo de lo anterior la muestra correspondiente para el estudio se compone de 20 adultos institucionalizados (10 hombres y 10 mujeres) y 20 adultos no institucionalizados (10 hombres y 10 mujeres). Partiendo de lo mencionado anteriormente se realizó el permiso correspondiente a las dos instituciones al momento de abordar la población, teniendo en cuenta de igual manera el debido consentimiento informado por parte de la representante legal del Hogar San José, quien abrió las puertas de las instituciones sin límite alguno y el debido consentimiento informado a cada participante del Hogar Día.

Continuando, para aplicación de los instrumentos de la investigación se realizó mediante la aplicación de dos test estandarizados: Test Moca y Test INACVIDIAM, el Test Moca orientado hacia el área cognitiva y el Test de las actividades diarias orientada a la capacidad funcional del adulto mayor. Se logra llevar a cabo el abordaje de la población mediante un lapso de tiempo de dos semanas y media , divididas en las dos instituciones, la aplicación se lleva a cabo de manera individual, en donde por participante se intervino aproximadamente un tiempo de veinte (20) minutos, aunque cada prueba estima una tiempo de diez(10) minutos por aplicación, debido a que cada participante además de centrarse solo en responder el formato de evaluación relato cualquier experiencia que lo llevaba a un recuerdo de su pasado partiendo de los ítems

en cada test. Se evidencia, de igual manera, buena participación de cada participante y de cada institución intervenida.

Por último, se realiza la aplicación de cada Test en las instituciones abordadas, Hogar Día (no institucionalizada) y Hogar San José (institucionalizada), con el propósito de realizar un análisis de resultados por cada institución y así mismo realizar un cuadro comparativo, con el fin de determinar en qué nivel de capacidad funcional, dependencia y deterioro cognitivo se encuentra cada participante de manera individual y cada institución de manera grupal. En síntesis la investigación se logró llevar a cabo acorde a lo esperado en donde logra evidenciar las diferencias entre ambos grupos, diferencias de género y así mismo estado funcional en el que se encuentra la muestra.

Consideraciones Éticas

Asegurando el respeto y los deberes para con los participantes, en cuanto a los principios de beneficencia y no maleficencia, se solicita el consentimiento informado a la representante legal a cargo de los adultos mayores institucionalizados perteneciente al Hogar San José y de igual manera se dirige una carta al representante encargado del Hogar Día con el fin de permitir abordar a los participantes entregando a cada uno el respectivo consentimiento, dejando claro los principios de confiabilidad de la información, dejándolo en el anonimato usando los resultados simplemente para fines académicos.

Ley 1090 del 2006

En la ley 1090 del 2006 se establece el ejercicio de la profesión de psicología.

Artículo 1° definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

Artículo 2° de los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales: 8. Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

Artículo 15° El profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

Artículo 16° En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos

Artículo 50° Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el SPSS versión 25. Se obtuvo la descripción estadística de la desviación media y desviación estándar de los datos demográficos por grupo y se utilizaron las pruebas Test INACVIDIAM y Test Moca para realizar una comparación entre grupos.

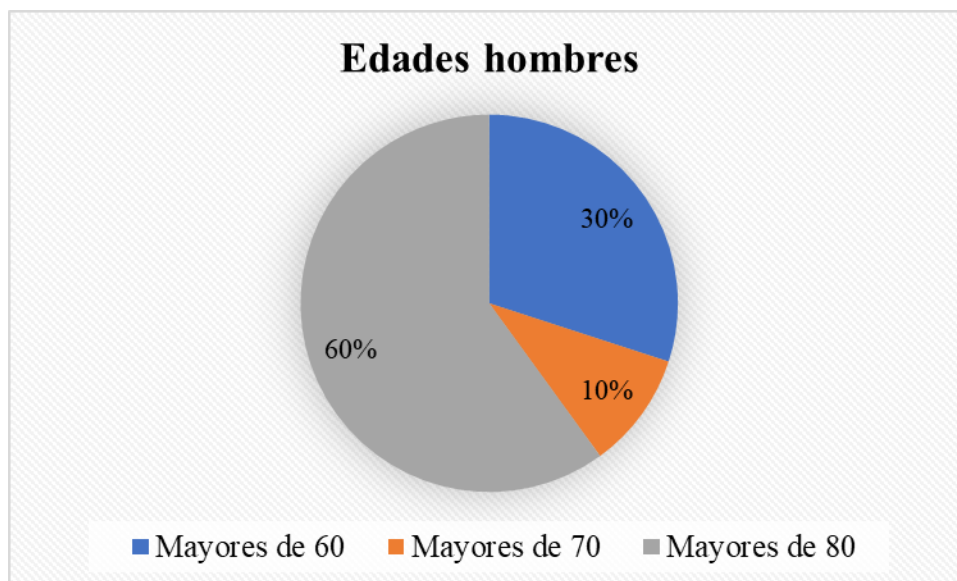
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado se realiza un análisis específico a los instrumentos aplicados para llevar a cabo la investigación, los cuales son la prueba INACVIDIAM y el Moca.

HOGAR ASILO SAN JOSÉ

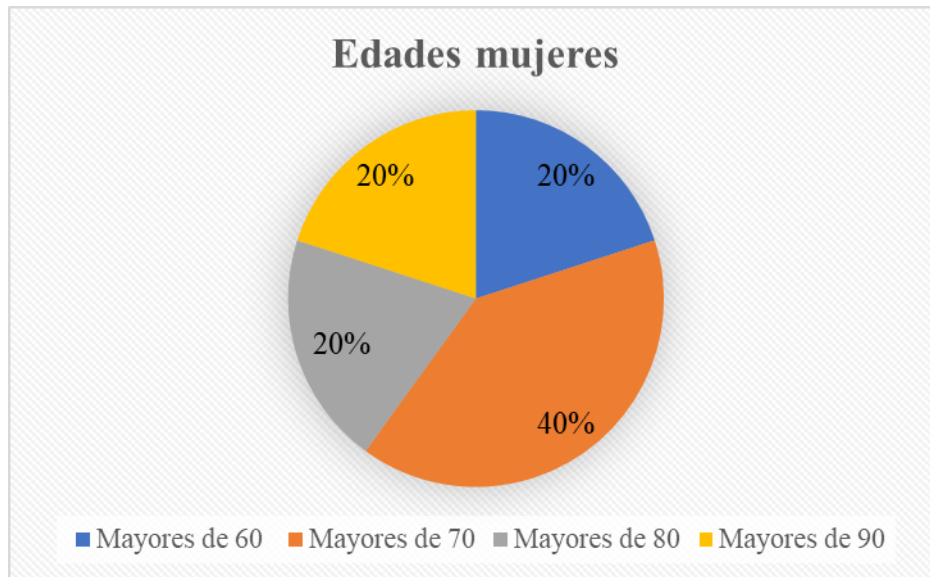
A continuación, le ilustrarán las figuras correspondientes a los datos sociodemográficos de la muestra.

Figura 1. Edades hombres Asilo San José



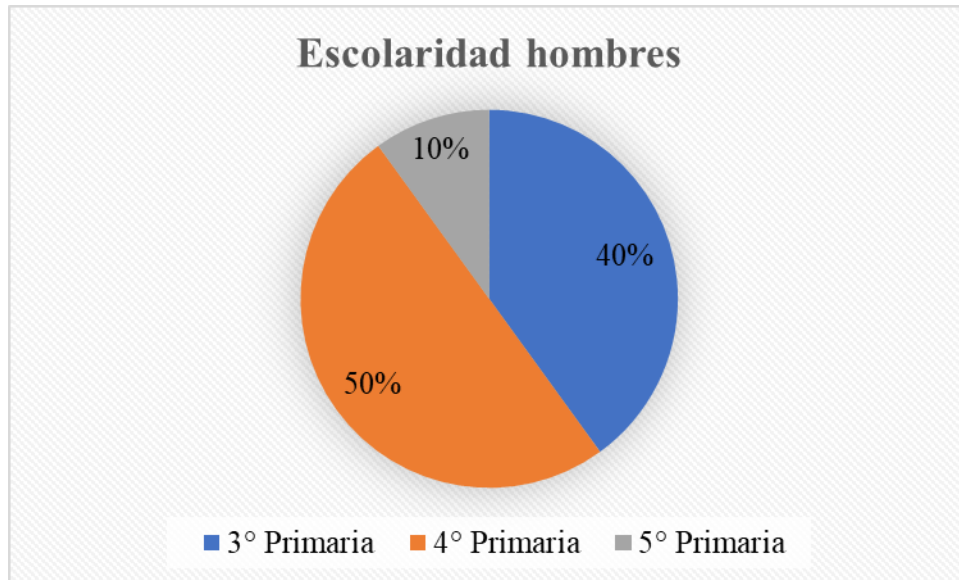
En la figura correspondiente a las edades de la muestra de género masculino institucionalizado, en donde se puede evidenciar que gran parte se encuentra en un rango de edad entre los 80 a 90 años de edad (60%).

Figura 2. Edades mujeres Asilo San José



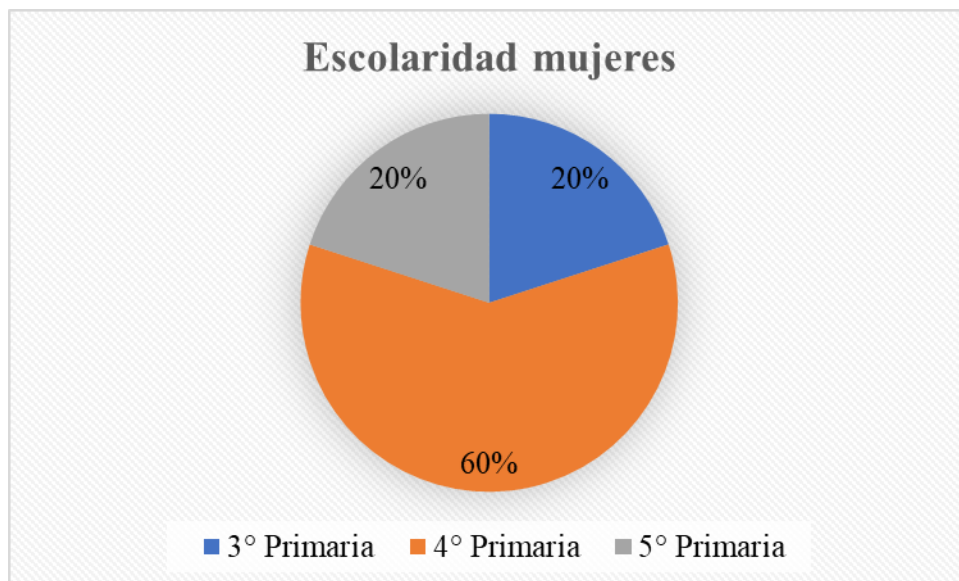
En la figura correspondiente a las edades de la muestra de género femenino institucionalizado, se puede evidenciar que es una población demasiado heterogénea en cuanto a rangos de edad, sin embargo, gran parte de la muestra se encuentra entre los 70 a 80 años de edad.

Figura 3. Nivel de escolaridad hombres Asilo San José



En la figura correspondiente al nivel de escolaridad de la muestra se puede evidenciar que la mayoría de los participantes se ubican en un nivel de escolaridad de cuarto primaria, estando tan solo un participante por debajo de esa escolaridad.

Figura 4. Escolaridad mujeres Asilo San José



En la figura correspondiente al nivel de escolaridad por parte de las mujeres institucionalizadas del Asilo San José se puede evidenciar que la gran parte de la población se encuentra en un rango de cuarto primaria.

Análisis prueba INACVIDIAM

Tabla 1. Medias, desviación estándar y análisis estadístico por dimensión de la prueba

HOGAR ASILO SAN JOSE				
DIMENSIÓN	MUJERES		HOMBRES	
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FRECUENCIA	40	4,03	29,7	3,06
SATISFACCIÓN	24,8	1,23	23,5	1,27
DIFICULTAD	0,3	0,67	1,2	1,81

En la tabla correspondiente al promedio por dimensiones del test INACVIDIAM se puede evidenciar que hay una gran diferencia por parte de los dos géneros, siendo el género femenino quien obtuvo mayores puntuaciones en el área de frecuencia de actividades, con respecto a la satisfacción al realizar las actividades diarias se evidenció gran similitud entre los dos géneros y por último en la dimensión de dificultad el género femenino obtuvo un promedio más bajo en cuanto a media. Sin embargo, se presenta mayor desviación en el género femenino, es decir, es más heterogéneo que el masculino.

A continuación, en las siguientes tablas se presentan los resultados de la interpretación de la prueba INACVIDIAM de los participantes del Hogar Asilo San José tanto de hombres como mujeres, en donde evidentemente se presenta una diferencia significativa entre los dos géneros.

Tabla 2.

Interpretación de resultados prueba INACVIDIAM mujeres Hogar Asilo San José

<u>TFACTIVIDADES</u>	<u>TFSATISFACCIÓN</u>	<u>TFDIFICULTAD</u>
<u>39</u>	<u>26</u>	<u>1</u>

40	26	0
45	26	0
33	23	2
41	24	0
36	24	0
40	26	0
47	25	0
41	23	0
38	25	0

NIVEL	ACTIVIDAD	SATISFACCIÓN	DIFICULTAD
Bajo	(0 a 33)	(0 a 19)	(0 a 1)
Medio	(34 a 43)	20 a 23)	(2 a 5)
Alto	(44 o más)	(24 o más)	6 o más)

Partiendo de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba INACVIDIAM en el Hogar Asilo San José con sus respectivos criterios de evaluación, interpretación y resultados teniendo en cuenta que esta prueba trabaja tres dimensiones a gran escala las cuales son: la frecuencia de actividad, satisfacción y dificultad de la misma, se puede evidenciar ciertos rasgos específicos del género femenino.

Así mismo, tomando en cuenta los datos obtenidos ilustrados en la tabla 3, los datos demográficos de los participantes son relativamente semejantes, además se puede evidenciar que todos los participantes presentan un nivel mínimo de alfabetización.

De acuerdo con los resultados obtenido en la interpretación del resultado del grupo perteneciente a las mujeres, se observa que en la dimensión de frecuencia de actividad un 20% de los participantes están en un nivel elevado, un 70% en un nivel moderado y por último un 10% de la población en un nivel bajo. No obstante, en la dimensión de satisfacción se evidencia que todos los participantes obtuvieron un nivel alto, lo cual quiere decir que en el área anímica y motivacional no se refleja desequilibrio predominante respecto a sus actividades diarias y por último en el área de dificultad se

puede evidenciar que el 90% de la muestra no tiene dificultad para realizar las actividades básicas, dando un buen diagnóstico para trabajar en áreas específicas en donde se deben reforzar algunas conductas con el fin de generar más independencia a nivel físico. Además, una última pregunta del test habla acerca de qué tan satisfechos se encuentran actualmente con su vida, a lo que hubo homogeneidad en la respuesta al responder que recibían los cuidados necesarios en cuanto a alimentación y además de eso, que parte de la población estudiantil y demás entidades les prestan atención necesaria en algunos momentos.

Tabla 3.

Interpretación de resultados prueba INACVIDIAM hombres Hogar Asilo San José

<u>TFACTIVIDAD</u>	<u>TFSATISFACCIÓN</u>	<u>TFDIFICULTAD</u>
25	24	0
29	25	0
29	25	1
34	22	0
24	22	4
31	22	5
32	24	1
29	25	1
31	23	0
<u>31</u>	<u>23</u>	<u>0</u>

<u>NIVEL</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>SATISFACCIÓN</u>	<u>DIFICULTAD</u>
Bajo	(0 a 23)	(0 a 16)	(0 a 1)
Medio	(24 a 34)	(17 a 22)	(2 a 5)
Alto	(35 o más)	(23 o más)	6 o más)

Partiendo de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba INACVIDIAM en el Hogar Asilo San José con sus respectivos criterios de evaluación, interpretación y resultados teniendo en cuenta que esta prueba trabaja tres dimensiones a

gran escala las cuales son: la frecuencia de actividad, satisfacción y dificultad de la misma, se puede evidenciar ciertos rasgos característicos del género masculino.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la interpretación del resultado del grupo perteneciente a los hombres, se observa que en la dimensión de frecuencia de actividad que solo un 10% de los participantes están en un nivel elevado, siendo un 90% de los participantes pertenecientes al rango de nivel medio, lo cual manifiesta un nivel estándar de actividad presentado por los adultos mayores teniendo en cuenta la delegación de funciones por parte de la institución se esperaba un nivel más alto en la frecuencia de las actividades de la vida diaria. No obstante, en la dimensión de satisfacción se evidencia que un 70% de la población obtuvo un nivel alto y un 30% un nivel medio, lo cual refleja que en cuanto a la satisfacción de estas actividades aunque no se determina inconformismo por realizarlas se debe realizar estrategias de intervenir para determinar la causante de la motivación de ellas mismas con el fin de aumentar cifras, y por último en el área de dificultad se puede evidenciar que el 80% de la población no tiene dificultad para realizar las actividades básicas, realizando análisis y recopilación de los datos se evidencia un diagnóstico moderado en donde es necesario trabajar en áreas específicas en donde se deben reforzar algunas conductas. Por último, mediante se realizaba la aplicación de la prueba una última pregunta del test, habla acerca de que tan satisfechos se encuentran actualmente con su vida, a lo que hubo homogeneidad en la respuesta al responder que se sentían a gusto con los espacios y los cuidados necesarios por parte de sus superiores.

No obstante, según los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de los participantes reflejan en sus actividades diarias tareas muy limitadas, teniendo en cuenta la edad en la que se encuentran es recomendable realizar con mayor frecuencia actividades que refuercen las adquiridas y así mismo por parte de los cuidadores, familiares y profesionales a cargo del adulto generar estrategias para retribuir a una mejor calidad de vida.

Análisis test Moca

En las siguientes tablas se presentan los resultados de la interpretación de la prueba Moca de los participantes del Hogar Asilo San José tanto de hombres como mujeres, en donde evidentemente se presenta una diferencia significativa entre los dos géneros

Tabla 4. Media y desviación estándar de los resultados test Moca.

<u>PUNTAJE</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>
NORMAL		
MEDIA	25,5	26
DESVIACIÓN ESTANDAR	0,71	1,41
DEFICIT LEVE		
MEDIA	23,44	22,13
DESVIACIÓN ESTANDAR	<u>0,52</u>	<u>1,81</u>

De acuerdo con el resultado, la media entre los grupos de la muestra comparaciones entre puntajes normales y déficit leve. Así mismo, se puede evidenciar mayor promedio en el género masculino, sin embargo, se presenta menor desviación en el género femenino, es decir, es más homogéneo que el masculino.

Tabla 5. Interpretación y análisis de resultados test Moca

<u>PUNTAJE</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>
S1	23	18
S2	24	27
S3	23	23
S4	25	22
S5	24	22
S6	23	24
S7	23	23
S8	24	23
S9	26	22
<u>S10</u>	<u>23</u>	<u>25</u>

Puntajes test Moca

NIVEL	PUNTAJE
Normal	(25 a 30)
Leve	(20 a 24)
Demencia	(0 o 23)

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas después de la aplicación de la prueba se evidencia que según la clasificación total de la prueba de acuerdo a los puntajes estandarizados en el cual se categoriza al evaluado en estado de cognición actual, el cual se evidencia en la tabla de puntajes; el cual es el óptimo , déficit cognitivo leve y demencia, el promedio se encuentra en un rango de (20 a 24 puntos) como se puede evidenciar en la tabla anterior la cual hacer referencia a la media y desviación estándar, lo cual ubica a la población dentro de un deterioro cognitivo leve.

Esta prueba evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación; con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos. para detectar deterioro cognitivo leve y es considerablemente más sensible que el MMSE. El valor del punto de corte para determinar un deterioro cognitivo es de >25 puntos.

En el caso de las mujeres se puede evidenciar que solo un 20% de la muestra presenta un estado cognitivo sin ningún tipo de alteración, sin embargo, aunque el puntaje del 80% de la muestra no está demasiado bajo, si presenta un leve déficit cognitivo. Partiendo de lo anterior se puede evidenciar que las funciones más deterioradas son indudablemente el área de memoria, de recuerdo y de atención, es fundamental realizar un diagnóstico profundo con el fin de reducir los factores de riesgo en base a una mejor calidad de vida y bienestar tanto físico como psicológico del adulto mayor.

A su vez, aunque se presenta déficit cognitivo leve el área más fortalecida por parte del participante es el área de orientación y de identificación, debido a que estas áreas son

las más ejercitadas durante su vida diaria, sin embargo, se sugiere que las áreas crudas o de mayor dificultad.

Por otro lado, en el área de los hombres se puede evidenciar también que solo un 20% de la muestra presenta un nivel cognitivo óptimo, partiendo de esto aunque el resto de la muestra también se encuentra en un rango de déficit cognitivo leve, cabe mencionar que por parte de los hombres la puntuación fue más baja, ubicando así a un participante en déficit cognitivo moderado con índice de demencia con una puntuación de 17 puntos lo que está por debajo del rango mínimo para nivel de deterioro cognitivo leve.

Asimismo, las dimensiones en donde se presentó mayor dificultad son las siguientes:

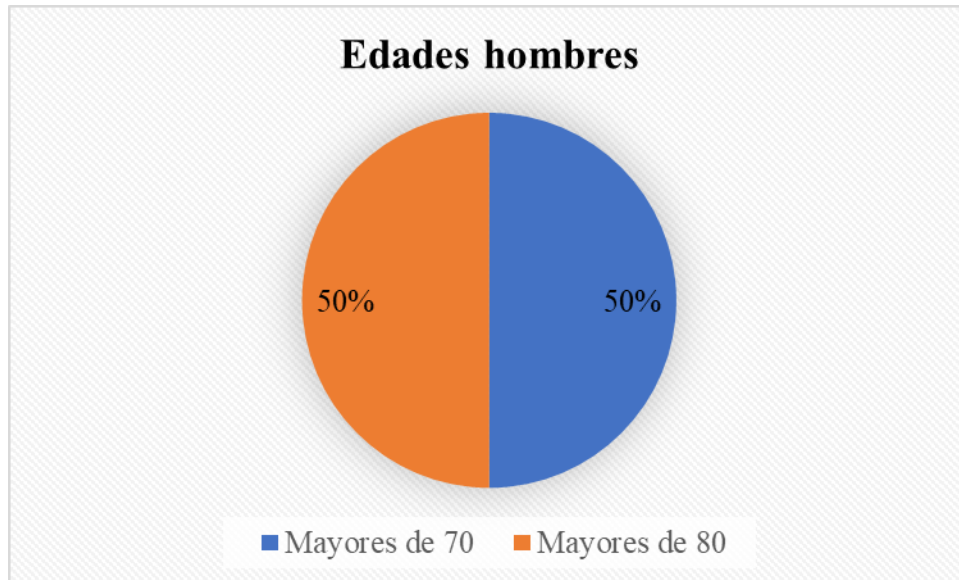
Memoria: en esta dimensión se evaluó memoria a corto plazo en donde básicamente intervenía a su vez la memoria de trabajo, basándose en pedirle al participante que recordara cinco palabras en donde a los pocos minutos debía repetirlas sin importar el orden.

Atención: en esta dimensión se divide en tres sub ítems en donde se evaluó la retención, mediante una serie de cifras numéricas, concentración activa y por último lógica matemática.

HOGAR DÍA

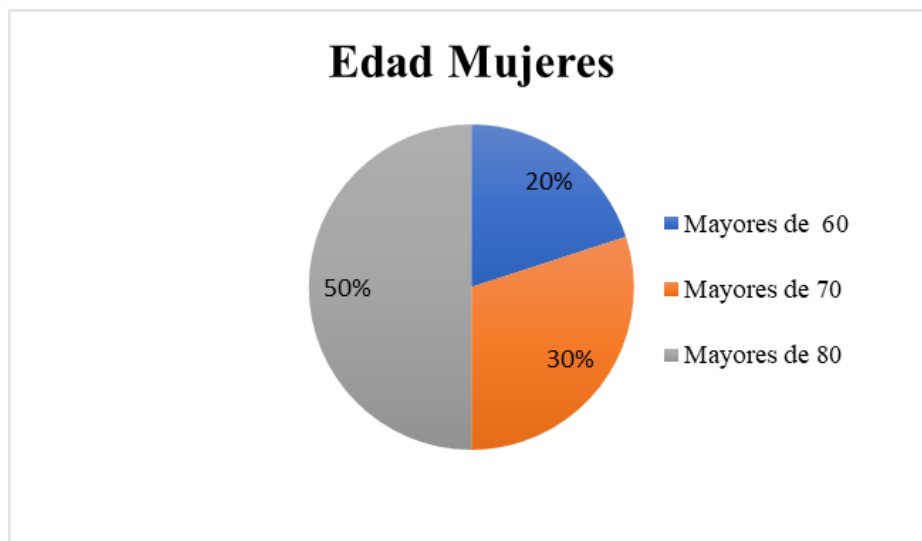
A continuación, se ilustrarán las figuras correspondientes a los datos sociodemográficos de la muestra.

Figura 5. Edades hombres Hogar Día



En la figura correspondiente a las edades de la muestra de género masculino no institucionalizado, en donde se puede evidenciar la distribución homogénea entre los rangos de 60 a 70 años y así de mismo de 80 a 90 años.

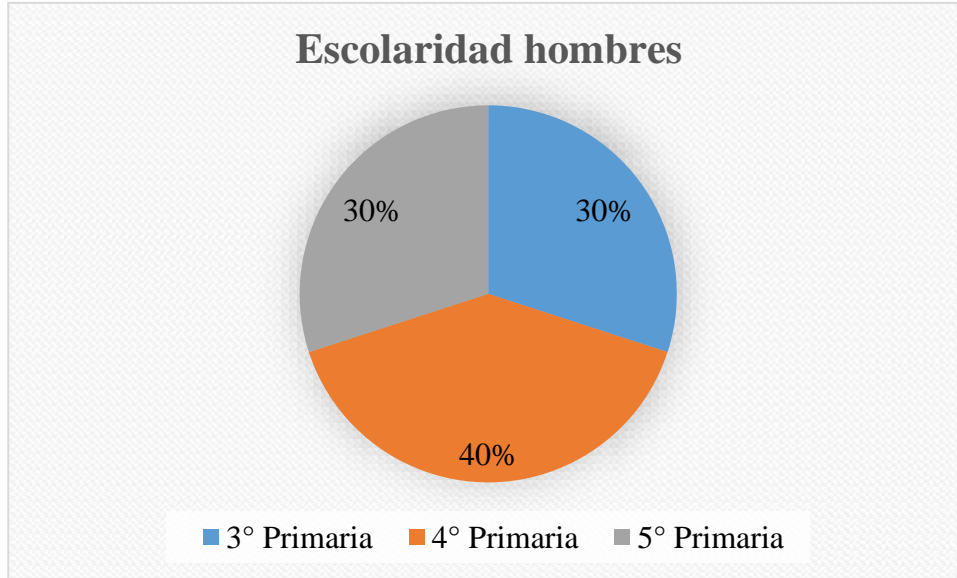
Figura 6. Edades mujeres Hogar Día.



En la figura correspondiente a las edades de la muestra de género femenino no institucionalizado, en donde se puede evidenciar que los participantes están en un rango

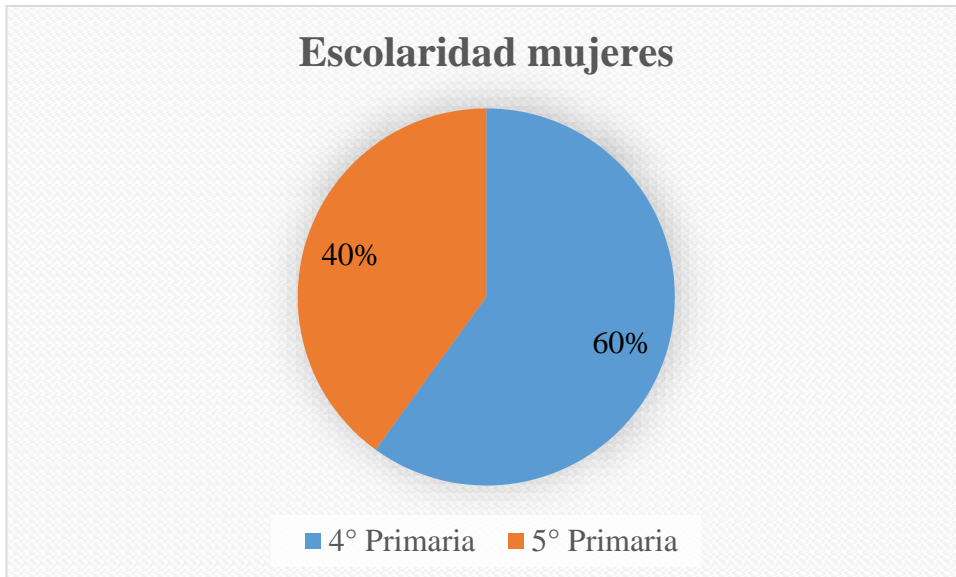
de edad entre los 60 a los 89 años, siendo predominante el rango de edad promedio de los 80 a 90 años.

Figura 7. Nivel de escolaridad hombres Hogar Día



En la figura correspondiente al nivel de escolaridad por parte de la muestra de género masculino se puede evidenciar que está distribuida la muestra heterogéneamente.

Figura 8. Nivel de escolaridad mujeres Hogar Día.



En la presente figura se ilustra el nivel de escolaridad del género femenino, evidentemente se encuentran en un nivel más alto que el género masculino, aunque en general la muestra se encuentra en un nivel promedio de 4° de primaria.

Tabla 6. Medias, desviación estándar y análisis por dimensión

DIMENSIÓN	HOGAR DÍA			
	MUJERES		HOMBRES	
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FRECUENCIA	50	7,66	42	2,67
SATISFACCIÓN	25,7	0,67	25	0,00
DIFICULTAD	0,3	0,67	0	0,00

En la tabla correspondiente al promedio por dimensiones del test INACVIDIAM se puede evidenciar que hay una gran diferencia por parte de los dos géneros, siendo el género femenino quien presenta más alto grado de puntuación en el área de frecuencia de actividades, sin embargo, presenta mayor grado de desviación estándar, es decir, es más heterogéneo. Además, con respecto a la satisfacción al realizar las actividades diarias se evidenció un resultado similar en ambos grupos tanto desde sus promedios como desde su grado de dispersión respecto a la media.

A continuación en las siguientes tablas se presentan los resultados de la interpretación de la prueba INACVIDIAM de los participantes del Hogar Día tanto de hombres como mujeres, en donde evidentemente se presenta una diferencia significativa entre los dos géneros.

Tabla 7. Análisis de resultado prueba INACVIDIAM mujeres Hogar Día.

<u>TFACTIVIDADES</u>	<u>TFSATISFACCIÓN</u>	<u>TFDIFICULTAD</u>
48	26	0
52	26	0
<u>47</u>	<u>26</u>	<u>0</u>

34	26	0
49	25	1
44	26	0
53	26	0
59	26	0
58	24	2
58	26	0

Puntajes de frecuencias de actividad, satisfacción y dificultad en la versión femenina:

NIVEL	ACTIVIDAD	SATISFACCIÓN	DIFICULTAD
Bajo	(0 a 33)	(0 a 19)	(0 a 1)
Medio	(34 a 43)	20 a 23)	(2 a 5)
Alto	(44 o más)	(24 o más)	6 o más)

En base a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba INACVIDIAM en el Hogar Día, teniendo en cuenta sus respectivos criterios de evaluación, interpretación y resultados esta prueba trabaja tres dimensiones a gran escala las cuales son: la frecuencia de actividad, satisfacción y dificultad de la misma, se puede evidenciar ciertos rasgos específicos del género femenino, con el fin de medir la dependencia física del adulto mayor.

Asimismo, tomando en cuenta los datos obtenidos ilustrados en la tabla, los datos demográficos de los participantes son relativamente semejantes, se encuentran entre los 65 a 85 años de edad, además se puede evidenciar que todos los participantes presentan un nivel mínimo de alfabetización, pero necesario para llevar a cabo el test.

De acuerdo con los resultados obtenido en la interpretación del resultado del grupo perteneciente a las mujeres, se observa que en la dimensión de frecuencia de actividad un 90% de los participantes están en un nivel elevado, tan solo un 10% en un nivel moderado siendo equivalente a tan solo un participante de la muestra, lo cual refleja enormemente el alto nivel de independencia, sin embargo, el buen estado de salud física de esta población. De igual manera, en la dimensión de satisfacción se evidencia que un

90% de los participantes obtuvieron un nivel alto, y por último en el área de dificultad se puede evidenciar que el 90% de la población no tiene dificultad para realizar las actividades básicas, dando un buen diagnóstico para trabajar en áreas específicas en donde se deben reforzar algunas conductas con el fin de generar más independencia a nivel físico. Además, una última pregunta del test, habla acerca de que tan satisfechos se encuentran actualmente con su vida, en lo que los participantes estuvieron de acuerdo al manifestar que se sienten agradecidos con Dios, con la familia que está siempre para ellos y de igual forma con los profesionales en la salud que trabajan día a día acompañado y orientando al adulto mayor con el fin de generar una mejor calidad de vida.

Tabla 8. Análisis de resultado prueba INACVIDIAM hombres Hogar Día.

46	25	0
41	25	0
43	25	0
38	25	0
43	25	0
46	25	0
40	25	0
42	25	0
39	25	0
42	25	0

Puntajes de frecuencias de actividad, satisfacción y dificultad en la versión masculina:

NIVEL	ACTIVIDAD	SATISFACCIÓN	DIFICULTAD
Bajo	(0 a 23)	(0 a 16)	(0 a 1)
Media	(24 a 34)	(17 a 22)	(2 a 5)
Alto	(35 o más)	(23 o más)	6 o más)

Partiendo de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba INACVIDIAM en el Hogar Día con sus respectivos criterios de evaluación,

interpretación y resultados teniendo en cuenta que esta prueba trabaja tres dimensiones a gran escala las cuales son: la frecuencia de actividad, satisfacción y dificultad de la misma, se puede evidenciar un nivel demasiado óptimo en el género masculino.

Teniendo en cuenta los resultados, sus criterios de evaluación y el nivel de independencia, indudablemente en esta población el nivel de funcionalidad a nivel físico es elevado, arrojando que el 100% de la población se encuentra en nivel alto, en el área de frecuencia de actividad, de satisfacción y un adecuado nivel de dificultad siendo nulo al realizar sus respectivas labores, estas actividades generalizadas por genero dejan un diagnóstico adecuado partiendo del nivel de funcionalidad del adulto no institucionalizado.

Análisis test Moca

En las siguientes tablas se presentan los resultados de la interpretación de la prueba Moca de los participantes del Hogar Día tanto de hombres como mujeres, en donde no se presentan diferencias significativas entre los dos géneros.

Tabla 9. Tablas de media y desviación estándar.

<u>PUNTAJE</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>
NORMAL		
MEDIA	26	25,3
DESVIACIÓN ESTANDAR	0,76	0,48
DEFICIT LEVE		
MEDIA	22,33	0,00
DESVIACIÓN ESTANDAR	<u>1,15</u>	<u>0,00</u>

De acuerdo al resultado, la media entre los grupos de la muestra comparaciones entre puntajes normales y déficit leve. Asimismo, se puede evidenciar mayor promedio en el género masculino, sin embargo, se presenta menor desviación en el género femenino.

Tabla 10. Interpretación y análisis de resultados test Moca.

<u>PUNTAJE</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>
S1	26	25
S2	25	25
S3	27	26
S4	23	25
S5	21	25
S6	25	25
S7	23	26
S8	26	25
S9	25	26
<u>S10</u>	<u>26</u>	<u>25</u>

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas después de la aplicación de la prueba se evidencia que según la clasificación total de la prueba de acuerdo a los puntajes estandarizados en el cual se categoriza al evaluado en estado de cognición actual, el cual se evidencia en la tabla de puntajes; el cual es el óptimo , déficit cognitivo leve y demencia, el promedio se encuentra en un rango de (20 a 24 puntos) como se puede evidenciar en la tabla anterior la cual hacer referencia a la media y desviación estándar, lo cual ubica a la población dentro de un deterioro cognitivo leve.

Esta prueba evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación; con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos. para detectar deterioro cognitivo leve y es considerablemente más sensible que el MMSE. El valor del punto de corte para determinar un deterioro cognitivo es de >26 puntos.

En el caso de las mujeres se puede evidencia que un 30% de la muestra presenta un déficit cognitivo leve, estando por debajo de la tabla estandarizada, por lo cual se recomienda trabajar en las dimensiones de memoria, atención y concentración con el fin de reforzar las áreas en donde se obtuvo poca puntuación.

Por otra parte, en el caso de los hombres se puede evidenciar que el 100% de la población presenta un nivel estandarizado en lo normal según lo determina la puntuación de la prueba. Partiendo de lo anterior, no obstante, se puede evidenciar que las funciones a reforzar son primordialmente el área de memoria, con el fin de ejercitar la memoria a corto plazo y la memoria de trabajo, para así mantener un bienestar cognitivo óptimo en la última etapa del ciclo vital.

Análisis comparativo Asilo San José y Hogar Día

Partiendo de los resultados obtenido mediante los instrumentos aplicados pertenecientes al test INACVIDIAM y el test Moca, se realiza un análisis de resultados de las dos poblaciones

Test INACVIDIAM

Tabla. Resultados hombres INACVIDIAM Hogar Asilo y Hogar Día

Tabla 11. Resultados INACVIDIAM Hogar Asilo San José y Hogar Día Hombres

Capacidad funcional en el adulto mayor

<u>INACVIDIAM</u>	<u>SAN JOSÉ</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>SATISFACCIÓN</u>	<u>DIFUCULTAD</u>
S1	SAN JOSÉ	25	24	0
S2	SAN JOSÉ	29	25	0
S3	SAN JOSÉ	29	25	1
S4	SAN JOSÉ	34	22	0
S5	SAN JOSÉ	24	22	4
S6	SAN JOSÉ	31	22	5
S7	SAN JOSÉ	32	24	1
S8	SAN JOSÉ	29	25	1
S9	SAN JOSÉ	31	23	0
S10	SAN JOSÉ	31	23	0
S1	HOGAR DÍA	46	25	0
S2	HOGAR DÍA	41	25	0
S3	HOGAR DÍA	43	25	0
S4	HOGAR DÍA	38	25	0
S5	HOGAR DÍA	43	25	0
S6	HOGAR DÍA	46	25	0
S7	HOGAR DÍA	40	25	0
S8	HOGAR DÍA	42	25	0
S9	HOGAR DÍA	39	25	0
S10	HOGAR DÍA	42	25	0

Tabla12. Resultados INACVIDIAM mujeres Hogar Asilo y Hogar Día

RESULTADOS MUJERES				
<u>INACVIDIAM</u>	<u>SAN JOSÉ</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>SATISFACCIÓN</u>	<u>DIFUCULTAD</u>
S1	SAN JOSÉ	39	26	1
S2	SAN JOSÉ	40	26	0
S3	SAN JOSÉ	45	26	0
S4	SAN JOSÉ	33	23	2
S5	SAN JOSÉ	41	24	0
S6	SAN JOSÉ	36	24	0
S7	SAN JOSÉ	40	26	0
S8	SAN JOSÉ	47	25	0
S9	SAN JOSÉ	41	23	0
S10	SAN JOSÉ	38	25	0
S1	HOGAR DÍA	48	26	0
S2	HOGAR DÍA	52	26	0

Capacidad funcional en el adulto mayor

S3	HOGAR DÍA	47	26	0
S4	HOGAR DÍA	34	26	0
S5	HOGAR DÍA	49	25	1
S6	HOGAR DÍA	44	26	0
S7	HOGAR DÍA	53	26	0
S8	HOGAR DÍA	59	26	0
S9	HOGAR DÍA	58	24	2
S10	HOGAR DÍA	58	26	0

Partiendo de los resultados obtenidos y el respectivo análisis por parte de cada uno de los grupos se puede evidenciar la diferencia entre adultos institucionalizados pertenecientes al Hogar Asilo San José y adultos no institucionalizados pertenecientes al Hogar Día. Partiendo de la contribución del inventario para las actividades diarias para determinar el nivel de dependencia/independencia del individuo en edad avanzada, se ha concebido el proceso de envejecimiento desde tres enfoques; envejecimiento normal en donde se observa que conforme se avanza el tiempo se presentan deterioros graduales; el segundo, el envejecimiento patológico en donde se presentan cambios bruscos; por último, el envejecimiento exitoso, saludable. Partiendo de lo anterior se puede evidenciar que en por parte del adulto no institucionalizado se presenta mayor nivel de independencia lo cual significa que está en un nivel exitoso de su vejez rompiendo el mito que se tiene acerca de la vejez en donde se concibe como un proceso de debilitamiento, no obstante por parte del adulto institucionalizado se evidencia limitación en las actividades diarias lo cual condiciona a largo plazo la capacidad funcional de algunas funciones diarias lo cual se ve reflejado en el nivel bajo de independencia de esta población.

Test Moca

Tabla 13. Resultados test Moca hombres Asilo San José y Hogar Día.

RESULTADOS HOMBRES			
PUNTAJE	ASILO SAN JOSE	PUNTAJE	HOGAR DÍA
18	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
27	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	26	HOGAR DÍA
22	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
22	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
24	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	26	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
22	ASILO SAN JOSE	26	HOGAR DÍA
25	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA

Tabla 14 . Resultados test Moca mujeres Asilo San José y Hogar Día.

RESULTADOS MUJERES			
PUNTAJE	ASILO SAN JOSE	PUNTAJE	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	26	HOGAR DÍA
24	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	27	HOGAR DÍA
25	ASILO SAN JOSE	23	HOGAR DÍA
24	ASILO SAN JOSE	21	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	23	HOGAR DÍA
24	ASILO SAN JOSE	26	HOGAR DÍA
26	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA
23	ASILO SAN JOSE	25	HOGAR DÍA

En base a los resultados obtenidos se puede evidenciar una diferencia enorme en cuanto al adulto institucionalizado y no institucionalizado. El área cognitiva es un factor de riesgo en la actualidad en el adulto mayor, por tal razón se debe realizar trabajos de memoria en cualquier campo de la vida diaria, partiendo desde lo general a lo particular. Así mismo, por parte del adulto no institucionalizado teniendo en cuenta de los resultados debe reforzar áreas específicas como la concentración y la memoria a corto plazo con el fin de mejorar no solo su nivel cognitivo sino su calidad de vida.

Es fundamental para el adulto mayor mantener un entrenamiento activo, ya que, aunque bien sabemos a lo largo del ciclo vital algunas funciones no se realizan con la misma intensidad es necesario estar reforzando cada área del cerebro con el fin de pronosticar una excelente salud mental. Existen varios factores que contribuyen al entrenamiento de la memoria entre ellos el gran interés por los países desarrollados y en proceso de desarrollo por buscar solución a los problemas sobre el funcionamiento de los aparatos cognitivos de los mayores, la importancia de esta con el fin de buscar una solución adecuada.

Discusión

Se presenta a continuación la discusión teórica de los resultados correspondiente a la investigación realizada, con el fin de contrastar los aspectos relevantes en cada uno de los tests aplicados (Test INACVIDIAM y test Moca) y de igual manera, las dimensiones principales evaluadas en función al cuadro comparativo entre el adulto institucionalizado y no institucionalizado pertenecientes a la muestra. Adicionalmente resaltar aspectos importantes durante el proceso del estudio que se consideran importantes, permitiendo obtener las conclusiones y recomendaciones que acceden finalizar esta investigación.

La investigación tuvo como finalidad realizar una comparación a nivel de capacidad funcional y cognitiva entre el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, residentes en la ciudad de Pamplona. Del mismo modo determinar cada una de las variables en cuanto al rango de edad y diferencias de género en cuanto a la realización de sus actividades diarias, debido al deterioro en la mayoría de las áreas del adulto mayor, como se genera y como se asimila este cambio en las dos poblaciones. En donde es indispensable mencionar que, la prevención del bienestar psico-físico en el adulto mayor depende básicamente de cuatro factores: entrenamiento en la memoria, autonomía funcional y el envejecimiento productivo -Entrenamiento en la memoria: Sugerir el entrenamiento cognitivo y la estimulación ambiental pueden resultar factores relevantes en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento normal, en medida que se promueven la plasticidad cerebral. (Willis & Nesselroade, 1990).

Partiendo de lo anterior mediante la aplicación del Test INACVIDIAM, la cual se encarga de evaluar tres dimensiones en el ámbito de las actividades diarias del adulto mayor, las cuales son: el área de frecuencia de actividad, satisfacción y dificultad. Tomando como referencia a (Madoxx, 1993, citado por Zaes, s.f.) quien menciona que solo el individuo activo puede ser feliz y satisfecho. La persona ha de ser productiva, útil en el servicio material en el contexto donde se encuentre; de lo

contrario, la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad se centrará en él. Con base en esto, no se está de acuerdo ya que también la actividad puede ser recreativa, puede ocupar una función o una alternativa para que el individuo siga auto realizándose, pero, de hecho, sí es importante que el sujeto de edad continúe con actividades aún a pesar de que difieran de las de los jóvenes, y no importando si son de recreación, lucrativas o por necesidad.

Se evidenció entonces que a nivel funcional el adulto no institucionalizado tiene un nivel mayor de independencia en el área de las actividades diarias, debido al ambiente que los rodea en donde no están limitados bajo normas estandarizadas, a su vez, debido a que el adulto mayor institucionalizado, como lo afirma Torres (s.f.), abandona las actividades cotidianas tales como: cocinar, lavar, barrer, salir con amigos, etc., que les son negados en la mayoría de espacios de este tipo, bajo la salvedad de riesgos a los que podrían exponerse.

Asimismo, es fundamental mencionar a Gonzales (2007), quien menciona que; el estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. En donde en los últimos años la valoración integral y el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor es reconocida como elemento fundamental, en donde instituciones privadas y públicas tienen como objetivo trabajar en conjunto para lograr una valoración integral en la población geronte.

Ahora bien, el segundo test realizado a la población de adultos mayores hizo alusión a el Test Moca, que como se mencionó anteriormente evalúa el área cognitiva. Resaltando que es fundamental para esta población mantener un ejercicio activo, ya que, aunque bien sabemos a lo largo del ciclo vital algunas funciones disminuyen en cuanto a la ejecución y rapidez, es necesario estar reforzando cada área del cerebro con el fin de pronosticar una excelente salud mental. De acuerdo a ello, se evidenció que funciones específicas relacionadas con el área cognitiva del adulto institucionalizado presentan ciertas dificultades como: en la memoria de trabajo, en

donde tomando como referencia a Delgado (2010) menciona que, la memoria a corto plazo se verá más o menos limitada en relación con las capacidades de cada persona y el entrenamiento que ha realizado a lo largo de la vida. Es decir, aunque en el adulto realiza actividades de entrenamiento en el área de memoria por parte de sus cuidadores, se debe trabajar desde distintas áreas de entrenamiento cognitivo.

Por otra parte, en el adulto no institucionalizado, partiendo del concepto generado por Fernández-Ballesteros (2009) se habla de la memoria definida como una carga genética en donde podemos afirmar que no se nace con buena o mala memoria, sino que a lo largo del ciclo vital las vivencias y experiencias son la que moldean y dan forma a nuestra capacidad para memorizar, sin embargo, la memoria se puede mejorar mediante una práctica sistemática. Se evidencia que la interacción con el medio sin limitaciones normativas es fundamental para el entrenamiento cerebral siendo resultante de la capacidad para almacenar información constante de forma permanente, aquí se ubican imágenes, recuerdos de experiencias propias, conocimientos del mundo, conceptos, entre otros.

Partiendo de los resultados obtenidos por ambos grupos, se puede evidenciar gran diferencia en el área funcional por parte del adulto mayor no institucionalizado, en donde concibiendo la adultez como una etapa del ciclo vital en la cual se debe hacer énfasis entendiendo las características de ella, cabe destacar que desde el ámbito profesional la psicología junto con otras disciplinas debe abordar la población de acuerdo a su característica ya sea cultural o social.

Es decir, una de las estrategias de intervención acordes a esta población se encuentra en el modelo de envejecimiento exitoso, en donde tomando como referencias a Baltes y Baltes (1990) en donde propusieron que los adultos mayores con declives asociados con la edad logran hacer frente a estas discontinuidades utilizando las estrategias de selección, optimización y compensación (SOC). haciendo alusión este enfoque, a que la persona pone en camino tres tipos de estrategias. Esto

procesos consisten en selección de los objetivos más viables, optimización de recursos para alcanzar tales objetivos y compensación de las pérdidas que se vuelven barreras en el camino hacia los referidos objetivos.

Ahora bien, comparando estos resultados en cuanto a la diferencia de género obtenidos de la muestra, tenemos que en el caso del adulto institucionalizado presentan mayor funcionalidad en las actividades diarias respecto al área física y motriz, tomando como referencia los aportes de Huenchuán(2013), quien concibe el proceso de envejecimiento como: al modo en que los individuos se transforman con el correr del tiempo, dependiendo este proceso de la interacción compleja de fuerzas biológicas; está referida a la posición del individuo en cuanto a la duración de su vida y con los procesos que la limitan y condicionan; corresponde a fuerzas psicológicas que están relacionadas a la sensación de sentirse viejo y ambientales o sociales, relacionadas con la posición del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, aquí se entre mezclan la vejez biológica, cronológica y psicológica pero no están definidas por éstas.

Adicionalmente, la baja funcionalidad en áreas específicas de la vida diaria del adulto institucionalizado se presenta debido al ambiente en que se desenvuelve y a las limitantes que presentan al permanecer a un grupo institucionalizado y por ende acatado bajo ciertas órdenes. Partiendo de lo mencionado anteriormente, cabe mencionar a Rodríguez, Pérez Torres, (2012) quien enfatiza en que las personas mayores que se encuentran en espacios de institucionalización se enfrentan a la pérdida de la actividad, se suelen imponer normas (horarios de baño, alimentos, actividades, etc.), que rutinizan su vida. Esto genera sentimientos de tristeza y aburrimiento, ante el anhelo de continuar con acciones similares a su estilo de vida previo. Se tiende a considerar entonces, que la institucionalización es rutinaria, poco atractiva, sin amigos y sin diario vivir.

Conclusiones

En este apartado se exponen las conclusiones de la presente investigación, comprobando así el cumplimiento respecto a los objetivos diseñados para su realización, con este propósito se describen entonces los resultados más importantes en relación a cada objetivo específico para finalizar resumiendo los hallazgos relevantes en relación con el objetivo general.

Finalmente, fue posible el cumplimiento del objetivo general el cual iba orientado a determinar el nivel de capacidad funcional y cognitiva que tiene el adulto mayor del Hogar Día y el Hogar San José de la ciudad de Pamplona, que permita el diseño de estrategias psico gerontológicas para una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

Partiendo de lo anterior, se logró cumplir con el primer objetivo específico, en el cual se llevar a cabo la medición de la capacidad funcional y cognitiva mediante la aplicación del test INACVIDIAM y el test de MOCA, con el fin de determinar en qué el nivel de autonomía que tiene la población es proporcional al deterioro cognitivo, es decir; el adulto mayor no institucionalizado presenta más capacidad funcional en las actividades de la vida diaria por consiguiente tiene menor deterioro cognitivo, partiendo de los test aplicados presentando un rango situado en el estándar normal del envejecimiento exitoso, por el contrario en el adulto institucionalizado se presenta disminución de la autonomía.

Partiendo de lo anterior, mediante el análisis de resultados del test INACVIDIAM y el test Moca, se logró realizar una comparación entre ambos grupos, en primer lugar se evidenció que el grupo de los adultos institucionalizados tiene un nivel de capacidad funcional más alto debido en donde en solo un 20% (2) de la muestra obtuvo puntuaciones inferiores al promedio y un 80% (8) evidencio un estado óptimo lo cual

significa que tienen un índice de actividad baja a nivel funcional y un deterioro leve a nivel cognitivo leve, por otra parte el adulto en el grupo institucionalizado se pudo evidenciar mayores falencias en el área de las actividades diarias y en el área cognitiva, específicamente en la poca actividad diaria resultante de las limitaciones que tienen al estar sujetos a normal dentro de su lugar su centro geronte.

Sin embargo, se evidenció homogeneidad entre los dos grupos a nivel de escolaridad en donde el promedio de la muestra logró llegar a gran parte de la básica primaria, sin embargo, se evidencia que, en el género femenino, el nivel de funcionalidad es más activo, mostrando mayor independencia, rompiendo el mito que ubica al adulto en un estado poco funcional y logrando llevar un envejecimiento exitoso.

Teniendo en cuenta el modelo de envejecimiento exitoso en donde se hace referencia a los diferentes campos adaptativos por parte del adulto mayor, mediante lo evidenciado en la población, se hace necesario implementar innovación y el reforzamiento de áreas fundamentales en la vida diaria, asimismo, enfatizar en la promoción y prevención mediante seguimiento guiado por parte del profesional en la salud con la finalidad de generar una mejor calidad de vida.

Por último, mediante los resultados de la investigación, se hace necesario el diseño de dos cartillas psicogerontológicas, una orientada a la población institucionalizada y otra a la población no institucionalizada, las cuales tienen como finalidad disminuir los factores de riesgo de la disfuncionalidad y la independencia del adulto mayor, que a su vez oriente a los familiares y cuidadores acerca de la atención integral al adulto mayor.

Recomendaciones

Se recomienda al Hogar Asilo San José tomar medidas en cuanto a los factores de riesgo cognitivo del adulto mayor con el fin de reducir la población con déficit cognitivo leve partiendo del entrenamiento en diferentes áreas en cuanto a la memoria concierne.

Por parte del adulto institucionalizado, se recomienda delegar funciones específicas en las actividades diarias al adulto mayor partiendo del nivel cognitivo y físico que se encuentre, teniendo en cuenta que es fundamental la interacción con el medio que lo rodea con el fin de general un bienestar adecuado.

De igual manera, se recomienda, estipular desde el plan de trabajo abordado por los pasantes en el área de psicológica, enfatizar en generar estrategias a corto y a largo plazo con el fin de mejorar los procesos cognitivos y físicos en el geronte mediante un trabajo interdisciplinar con las demás áreas en salud que mantienen convenio vigente con el asilo San José y el Hogar Día, realizando un seguimiento a nivel individual y grupal.

Se recomienda constituir un plan de intervención orientado a los hábitos saludables en donde tenga como finalidad el mejoramiento de tres áreas específicas: área física, área cognitiva y el área social, con el fin de brindar un mayor bienestar integral.

Por parte de los programas en el área de salud de la Universidad de Pamplona, se hace necesario realizar campañas en conjunto en donde se trabajen las diferentes áreas pertinentes al abordaje completo y estructurado del adulto mayor, en donde tenga como finalidad realizar un diagnóstico desde lo social, cognitivo, físico y psicológico con el fin de elaborar una historia clínica pertinente que permita realizar un mejor diagnóstico del geronte.

Por parte de la investigación es necesario realizar la aplicación del test INACVIDIAM y test Moca de una manera periódica con el fin de realizar a largo plazo un estudio longitudinal en donde se determinen mediante las estrategias de intervención propuestas por el investigador los avances en el área física y cognitiva.

Para finalizar, por parte del programa de Psicología se recomienda seguir implementando estrategias de mejoramiento de calidad de vida en la población adulto mayor, tal como lo hace desde el plan padrino en el Hogar San José, realizarlo en el Hogar día, teniendo en cuenta que esta población, aunque es un poco más independiente y no está regida bajo normas establecidas, sin embargo, se hace pertinente abordar al igual esta población.

Referentes bibliográficos

- Alcaldia Mayor De Bogota. (2012). Plan Distrital De Desarrollo 2012-2016: "Bogota Humana". Recuperado El 08 De 04 De 2015, De Idrd.Gov.Co: <Http://Idrd.Gov.Co/Sitio/Idrd/Documentos/Plandesarrollo2012-2016.Pdf>
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea.
- Areiza Londoño, R. Henao Restrepo, L, M. (200). Memoria a Largo Plazo y Comprensión Lectora. *Ciencias Humanas*(18), 2.
- Arias, C. (2012). calidad de vida relacionada con los adultos mayores de hogares geriaticos . medellin, colombia .
- Bairren, J. (2000). *I have to do it myself*. En J.E. Birren, y J.F. Schroots, (Eds), *A history of gerontopsychology in autobiography*. Washington, D.C.
- Baltes & Smith. (2003). *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*.
- Baltes. (1998). *life-span theory in the velopmental psychology*. New York: 5.
- Baltes y Baltes. (1990). *Psychological perspectives on successful aging*.
- Baltes, Lindenberger & Staudinger. (1998). *life-span theory in the velopmental psychology*. New York: 5.
- Baltes, P. (1987). En P. Baltes, *Theoretical propositions of life-span developmental psycology: on the dynamics between growth and decline* (págs. 611-626).
- Baltes, P. (1998). *life-span theory in the velopmental psychology*. New York: 5.

Boult , Louis . (1994). En L. T. Boult CH, *Chronic conditions that lead to funcional limitation in the elderly. Journal of gerontology* (págs. 28-36).

Brandtstädter & Rothermund. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjusment: a two process.

Bury. (1995). envejecimiento, genero y teoria sociologica.

Carlos, B. (22 de diciembre de 2011). *la familia de engels y la teoria de las redes sociales*. Obtenido de www.escoladeredes.net: <http://www.escoladeredes.net>

Carstensen, L. (1993). *Teoría de la selectividad socioemocional y la regulación de las emociones en la segunda mitad de la vida*. Stanford University.

Catell. (1963). Theory of fluid and crystalized intelligence: a critical experiment. *Journal of Educational*.

CLEMENTE, M. A. (octubre de 2011). Obtenido de redalyc: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/180/18020103.pdf>.

congreso de la republica . (31 de diciembre de 2018). Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1171_2007.html

DANE. (febrero de 2019).

Delgado, J. (14 de septiembre de 2010). Obtenido de <http://www.rinconpsicologia.com/2011/02/memoria-corto-plazo-como-funciona.html>

Delgado, J. (15 de septiembre de 2010). *rinconpsicologia.com*. Obtenido de <http://www.rinconpsicologia.com/2011/02/memoria-corto-plazo-como-funciona.html>

Dulcey-Ruiz E, Arrubla DJ, Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia. Estudio a profundidad basado en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud ENDS, 1990/2000 [Internet] Bogotá; 2013 [Acceso 7 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

- Elasco Rodríguez R, Godínez Gímez R, Mendoza Pérez RC, Torres López. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados. Colima, Mexico.
- Elina, D. (1998). Redes sociales, familias y escuela. . Buenos Aires.
- Enciclopedia de Clasificaciones. (23 de abril de 2013). *tiposde.org*. Recuperado el 2 de mayo de 2015, de <http://www.tiposde.org/general/31-tipos-de-memoria/>
- Encinas. (22 de diciembre de 2007). *Abatimiento funcional del adulto mayor*. Obtenido de monografía de internet : <http://www>.
- Erickson, E. (11 de enero de 2011). *monografias*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos57/teorias-erik-erikson/teorias-erik-erikson.shtml>
- Erikson, E. (1985). *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Fernández-Ballesteros. (2009). *Psicología de la vejez, una psicología aplicada*. Madrid, España .
- Fernández-Ballesteros. .(2009). *Psicología de la vejez, una psicología aplicada*. Madrid-España. Pag,157
- Ornelas, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184.
- Forbes. (1993). Relationships between aging and disease; Geriatric Ideology and Myths of Senility.
- Freund, A. M. (2006). . <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.24>. Obtenido de Age-differential motivational consequences of optimization .
- Gatz & Karel. (1993). Individual change in perceived control over 20 years.

Gómez, M y Curcio, B.(2002). Valoración integral de la salud del anciano. Manizales, Colombia

Gómez & Gómez. (1995). En G. D. Gómez JF, *Evaluación de la salud de los ancianos* (págs. 117-133). Manizales-Colombia.

Gómez , Borrero & Lucía. (2001). *Salud del anciano: valoración y Envejecer en Colombia*. manizales, Colombia: 1.

Guzmán, Huenchuan & Montes. (7 de octubre de 2003). *redes de apoyo social de las personas mayores*. Obtenido de cepal: tomado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

Ibid. (11 de noviembre de 2011). *TEORÍAS SOBRE LA VEJEZ*. Obtenido de camamed@galeon.net: camamed@galeon.net

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006). Institucionalización y dependencia.

Jiménez, L. (2005). Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Biblioteca Las Casas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0014.pdf>

Katzko. (2003). *Unity versus multiplicity: a conceptual analysis or the term* .

Laguado, E. (2017). funcionalidad y grado de dependencia en los adutor mayores institucionalizados ern centros de bienestar. colombia.

Lieury. (1998).

- Manzanero, A. (14 de junio de 2013). *blogspot*. Obtenido de <http://psicologiadelamemoria.blogspot.com/p/memoria-sensorial-y-percepcion.html>
- Manzanero, A. L. (10 de junio de 2013). *psicologiadelamemoria.blogspot*. Obtenido de <http://psicologiadelamemoria.blogspot.com/p/memoria-sensorial-y-percepcion.html>
- medline plus. (19 de 10 de 2012). *medlineplus*. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/mildcognitiveimpairment.html>
- Ministerio de Protección Social. (2015). estudio de salud, bienestar y envejecimiento.
- Montoro, B. (14 de noviembre de 2011). *modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios*. Obtenido de www.observatoriosdosmedios.org
- Nosraty, L. E. (2015). Do Successful Agers Live Longer The Vitality Study. *Journal of Aging and Health*, 33-53.
- O´shea. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Galway: 1.
- Observatorio de Salud Pública de Santander. (2014). *Análisis de Situación*, 1-71.
- Papalia, D. (1998). desarrollo humano . Estados unidos: cuarta edición.
- Peack, R. (1999). *El amor es como una historia, nueva teoría de las*. España, Paidós: 1a ed.
- Pérez D, (2014). Diseño de un programa de habilidades para el cuidado de adultos mayores con dependencia, institucionalizados en el hogar san José(Trabajo de grado no publicado) Pamplona, Universidad de Pamplona.
- Pincuart, M.(2007). Main trends in geropsychology in Europe: Research, training and practice. En R. Fernandez-Ballesteros (ed) *GeroPsychology. An European perspective for an aging world*. Gottingen.

Pfeiffer, E. (1976). *Psychotherapy with elderly patients*, en L. Bellak y T. B. Karasu (comp). New York.

Psicología, c. C. (6 de septiembre de 2006). ley 1090. colombia .

psicólogos, c. o. (2002). *envejecimiento psicología y psicólogos*. madrid : COP.

Red Escolar Nacional (2008). *Desarrollo de la edad adulta*. Recuperado de:

<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html>

Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 4 octubre-diciembre, (2009).

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>

Rodríguez,(2013). Síndrome del cuidador en personas a cargo de adultos mayores en la ciudad de Pamplona. (Trabajo de grado no publicado) Pamplona, Universidad de Pamplona.

Sánchez Pedraza, R., Rodríguez Losada, J. (2003). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica Entrevista, Semiología, Síndromes, Terapéutica*. (S. R. Losada, Ed.) Bogotá, Colombia.

SANCHEZ, M. (1998): Los programas universitarios para mayores en España: reflexiones para el futuro. Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Schaie, K.W. y Willis, S.L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Pearson Educación. Madrid

Saci, N. (2014). Data collection methods. *Research Methodology*. Recuperado de: academia.edu.

Schooler, C., Mulatu, M. S., & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers.

Serra, A. (2007). *L'atenció a la dependència: un nou model de gestió de política pública de bienestar social*. Catalunya.

- Soler, A. (10 de febrero de 2015). Valores normativos de instrumentos de valoración funcional. España.
- Soler, A. (2015). valores normativos de instrumentos de valoración integral en ancianos españoles .
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. & Cohen, R. D. (2002). *Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn*.
- Strejilevich. (1990).
- Tommy. (abril de 24 de 2014). Obtenido de http://www.ehowenespanol.com/caracteristicas-esenciales-memoria-sensorial-info_287522/
- Torres. (s.f.). La institucionalización del anciano símbolo de desarraigo y abandono familiar y social. .
- Villafuerte, J. (febrero de 2017). el bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Cuba.
- Wenger, C. &. (10095). Sociological aspects of Health, dependency and disability. En W. C. Caldock K, *Reviews in Clinical Gerontology* (págs. 85-90).
- Wertheimer, M. . (1912). *Estudios experimentales sobre la visión del movimiento*. *Zeitschrift der Psychologie*. trillas .
- Wieland. (1993). Functional status assesment of older persons:. En W. DL, *concepts and implications. Facts and Research in Gerontology* (págs. 231-240).
- Tarpy, R.M. (2000). *Aprendizaje: teorías e investigaciones contemporáneas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Varela.L, (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Perú recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>

Villareal. G y Month. E (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Universidad de sucre. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/817/81724108009>.

Wills,S.L y Nesselroade, C.S(1990): Long-term effects of fluids ability training in the old-old age. Pp.906-910.

Zambrano, R. d. (04 de septiembre de 2017). Obtenido de *hipocampo.org*.

Apéndices

Apéndice a: Consentimientos informado Hogar asilo San José

Apéndice b: Carta Hogar Día.

Apéndice c: Consentimiento informado Hogar Día.

Apéndice d: Test INACVIDIAM.

Apéndice e: Test Moca.

Apéndice f: Cartilla psicogerontológica Hogar Asilo San José.

Apéndice g: Cartilla psicogerontológica Hogar Día.