

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR CENTRO DÍA DOCE DE
OCTUBRE LOS PATIOS.

Andrea Carolina Arturo Depablos

1.093.783.302

Cúcuta-Norte de Santander

2019

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR CENTRO DÍA DOCE DE
OCTUBRE LOS PATIOS.

Directora:

Ps. Mg. Karina Arinel Fernández Bedón

Andrea Carolina Arturo Depablos

1.093.783.302

Cúcuta-Norte de Santander

2019

Agradecimientos

Esta investigación es el reflejo del crecimiento personal, disciplina, responsabilidad y constancia de mi persona, así como el acompañamiento por parte de las personas que contribuyeron a la consolidación de dicho proyecto, fortaleciendo de la formación académica como psicóloga, al obtener experiencias significativas, descubrir nuevas habilidades y adopción de medidas para controlar el trabajo bajo presión.

Por lo tanto quiero manifestar mi agradecimiento a Dios y a todas aquellas personas que estuvieron involucradas con la investigación permitiendo el avance de la misma y el fortalecimiento de la vocación profesional entre estas se encuentra el cuerpo docente de la Universidad de Pamplona, que con sus aportes y asesorías contribuyeron al progreso de la investigación, la docente Ps. Esp Yijad Ordoñez Yaber, y la Ps. Mg. Karina Arinel Fernández Bedón directora del presente proyecto por su dedicación, gestión y compromiso.

Finalmente se expresa un reconocimiento a la representante del Centro Día Doce de Octubre del Municipio de los Patios, los funcionarios de la institución y a los adultos mayores que participaron en la investigación.

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Deterioro cognitivo del adulto mayor Centro día Doce de Octubre los Patios.	4
Problema de investigación	4
Descripción del problema	6
Formulación del problema	7
Justificación	8
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Estado del arte	10
Marco Teórico	17
Capítulo I: Psicología evolutiva	18
Capitulo II: Procesos psicológicos	23
Capitulo III: Teorías del envejecimiento	27
Teorías biológicas del envejecimiento	27
Teorías Psicológicas del envejecimiento	32
Teorías sociales	33

Teoría de la liberación	38
Teoría de la actividad	39
Marco contextual	39
Marco legal	40
Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3):	40
Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8):	40
Derecho a la seguridad social (artículo 9):	41
Derechos protección a la familia (artículo 10):	41
Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11):	41
Derecho a la salud física y mental (artículo 12):	41
Derecho a la educación y cultura (artículo 13):	41
Derechos de las personas mayores en los instrumentos de la Organización de Estados Americanos (OEA).	41
En el marco de la OEA,	41
El artículo 4 sobre Derecho a la vida	42
El artículo 23, sobre Derechos políticos	42
El artículo 9	42
El artículo 17, sobre protección a los ancianos	42
(Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988)	42
La resolución CE130.R19 sobre la salud y el envejecimiento de la OPS (2002).	43

La Constitución Política Colombiana	43
Ley de protección social integral.	43
La Ley 1893 de 2018.	44
Metodología	45
Diseño	45
Población	45
Muestra	46
Características.	46
Proceso estadístico.	46
Hipótesis	47
Procedimiento	47
Instrumento	49
Análisis de Información	50
Recursos	51
Humanos.	51
Materiales.	51
Institucionales.	51
Tecnológicos.	51
Resultados	52
Discusión	62

Conclusiones	64
Recomendaciones	66
Bibliografía	67
Apendices	73

Lista de tablas

Tabla 1	Ciclo de vida completo, Erikson	20
Tabla 2	Resultado generales del Mini Examen del Estado Mental	52
Tabla 3	Clasificación de género, edad y grado de escolaridad	53
Tabla 4	Estabilidad económica	56
Tabla 5.	Correlación de género y deterioro cognitivo	57
Tabla 6:	Cronograma de actividades	71

Tabla de Figuras

Figura 1: Resultados generales de la prueba estandarizada MMSE	52
Figura 2. Resultados nivel de escolaridad género femenino	54
Figura 3: Resultado nivel de escolaridad género masculino	55
Figura 4: Resultado estabilidad económica	57
Figura 5. Correlación de género y deterioro cognitivo	58
Figura 6. Correlación edad y deterioro cognitivo	59
Figura 7. Correlación nivel de escolaridad y deterioro cognitivo	60
Figura 8. Correlación estabilidad económica y deterioro cognitivo	61

Tabla de apéndices

Apéndice A: Carta de aplicación de la prueba MMSE	73
Apéndice B: Consentimiento informado Adulto Mayor	74
Apéndice C: Prueba estandarizada MMSE de Folstein	75

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el deterioro cognitivo con variables sociodemográficas en adultos mayores del Centro día “Doce de octubre” del Municipio de Los Patios., a través de la aplicación de una prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el cual permitió clasificar en cual etapa del envejecimiento se presenta mayor deterioro cognitivo. Para ello se utilizó una metodología cuantitativa, para esta investigación se ubican cuatro variables, que son las variables de grado de escolaridad, edad, género y estabilidad económica. En este caso por medio de un procedimiento estadístico y el uso de técnicas de muestreo (Tómbola) se obtuvo una muestra de 64 adultos mayores del centro adulto mayor del municipio de Los Patios divididos de manera significativa y proporcional de 16 participantes por cada uno de las diferentes secciones que se encuentran divididas en el lugar. A partir de los resultados obtenidos se encuentra que la mayoría de los adultos mayores de esta institución presentan deterioro cognitivo posiblemente asociado a edad, genero, grado de escolaridad y estabilidad económica. Se concluye dentro de la investigación que el género no es un variable que esté relacionada a la adquisición del deterioro cognitivo, mientras que las variables que influyen en tener un deterioro cognitivo o el desarrollar un deterioro cognitivo grave son las variables de la edad, la estabilidad económica y por último la variable de nivel de escolaridad, siendo esta la variable con mayor impacto a la hora de realizar el análisis de resultados.

Palabras Claves: Adulto mayor, Deterioro cognitivo, Deterioro leve, Posible deterioro, Deterioro grave.

Abstract

The objective of this research was to analyze the relationship between cognitive impairment and sociodemographic variables in older adults of the "Doce de Octubre" Day Center of the Municipality of Los Patios., Through the application of a standardized Mini Mental State Examination Test (MMSE)), which allowed to classify in which stage of aging greater cognitive deterioration occurs. For this purpose, a quantitative methodology was used, for this research four variables are located, which are the variables of schooling degree, age, gender and economic stability. In this case, by means of a statistical procedure and the use of sampling techniques (Tómbola), a sample of 64 older adults was obtained from the adult center of the municipality of Los Patios, divided in a significant and proportional way of 16 participants for each of the different sections that are divided in the place. From the results obtained, it is found that most of the older adults of this institution present cognitive deterioration possibly associated with age, gender, level of schooling and economic stability. It is concluded within the research that gender is not a variable that is related to the acquisition of cognitive deterioration, while the variables that influence in having a cognitive deterioration or developing a serious cognitive deterioration are the variables of age, stability economic and finally the variable level of schooling, this being the variable with the greatest impact at the time of performing the analysis of results.

Key words: Older adult, Cognitive impairment, Mild deterioration, Possible deterioration, Severe deterioration.

Introducción

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor para así poder y comprender su relación con algunas variables sociodemográficas, dentro estas se seleccionó grado escolaridad, edad, género y estabilidad económica. Así como indagar sobre las consideraciones y reflexiones en torno al deterioro cognitivo como fenómeno normal de la vejez, y la importancia del factor biológico como fuente de información a explorar. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL), según Sosa, 2016 es un declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan la vejez y el inicio de la demencia; se trata de una patología.

Por esta razón, surge la necesidad de generar estudios recientes sobre esta problemática para conocer la frecuencia con la que se presenta en la Ciudad, y así poder crear estrategias datos estadísticos que permitan generar la conciencia de crear planes de promoción, prevención en esta población, para que se ayude a mitigar las consecuencias psicológicas que éste produce, tanto en los adultos mayores que están en esta etapa como en las futuras generaciones que lleguen a ellas.

Por consiguiente esta investigación pretende determinar el deterioro cognitivo que se presenta en el adulto mayor del Centro Día Doce de Octubre del Municipio de los patios, con adultos mayores a partir de los 60 años en adelante, a través de un enfoque cuantitativo-correlacional y una muestra probabilística de tipo aleatorio simple que permita realizar una cuantificación de datos estadísticos sobre el problema a la institución.

Deterioro cognitivo del adulto mayor Centro día Doce de Octubre los Patios.

Problema de investigación

Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo y la demencia constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados y subdesarrollados, según la organización mundial de la salud, OMS (2019). La demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. “Dada su relación con la edad, se constata que en la última década un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia, secundariamente al aumento progresivo de la longevidad en la población adulta mayor” Camargo (2017).

Por ello resulta importante evaluar el grado de deterioro que se presentan en los adultos mayores, según la prueba estandarizada Mini Mental del Estado Mental (MMSE) que va ser aplicada, respondiendo a ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo que se presenta en los adultos mayores? clasificada en ¿Cuántos adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve, posible deterioro y deterioro cognitivo grave? ¿Cuáles son las edades en que se presenta mayor deterioro cognitivo?, y ¿Qué nivel de escolaridad presentan las personas que lo padecen?

En este se entendió, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) “reconoce y usa como límite estándar para referirse a una persona de edad avanzada o aun adulto mayor el haber vivido 60 años”, cuando se cumplen 75 años de edad, la organización mundial de la salud (OMS) los nombra viejos o ancianos. Después de los 90 años, los distingue como grandes viejos o longevos. La preocupación no es pertenecer a esta etapa nueva de vida sino los cambios que trae con ella ya que son diversos, los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos (kirkwood, Boys, Gillespie, Proctor, & Shanley, 2003). En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Después de los 60

años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y el deterioro cognitivo (OMS, 2015). No se trata de problemas exclusivos de los países de mayores ingresos. De hecho, la carga asociada con estas afecciones en las personas mayores generalmente es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos.

Mencionado anteriormente, el deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro.

Sin embargo, dentro del deterioro cognitivo hay algunas funciones del cerebro que no se ven afectadas como lo es la memoria, que no se afectan notablemente o permanecen estables son la memoria semántica y la de procedimiento. En la misma medida las funciones de la memoria que más se afectan en el adulto mayor, son la memoria de trabajo, episódica y prospectiva.

Debido a lo anteriormente nombrado, es necesario conocer las pérdidas cognitivas existentes en el envejecimiento normal. Para (Comesaña & Gonzales, 2009), las modificaciones carentes de patología en el individuo sano son: La memoria, se ve afectada en la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), se ve afectado el reconocimiento, el recuerdo facilitado, la memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene preservada. Se continúa con el lenguaje, el cual se deteriora la denominación y disminuye la fluencia verbal, pero se conserva la sintaxis y el léxico. También el razonamiento, como la capacidad de resolver problemas y la velocidad de procesado de la información declinan con la edad. Se preserva la atención.

En relación con la investigación, es importante evaluar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor que permita la clasificación de deterioro en normal, un grado de deterioro leve, moderado y grave, según los intervalos en los que se diferencian el envejecimiento en el adulto mayor, por medio de la aplicación del cuestionario

denominado Mini Mental de Folstein (Apéndice D) de Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHugh. De esta manera el centro día del adulto mayor doce de octubre conocerá el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores, el cual permitirá crear y ajustar medidas para mejorar el bienestar de los adultos mayores.

Descripción del problema

Desde mediados del siglo pasado, se ha tratado de definir el concepto clínico de olvido benigno, del anciano como una alteración aislada de la memoria, definida así por Kral, 1962; posteriormente otros autores han elaborado distintas nomenclaturas para un concepto casi nosológico, tales como deterioro de memoria asociado a la edad. Por fin, a finales de los noventa surge el concepto de deterioro cognitivo leve definido por Petersen, esbozando las diversas subclasificaciones y es actualmente el más usado. En estas denominaciones están incluidos aquellos que no presentan criterios clínicos de ninguna entidad neurodegenerativa, pero que presentan un rendimiento anormal en las baterías neuropsicológicas. Las distintas definiciones tienen muchos puntos en común: alteración subjetiva de la memoria, su confirmación objetiva en baterías neuropsicológicas generales y preservación de las actividades habituales.

Aunque inicialmente el punto clave diagnóstico se centraba en la pérdida de memoria, estando orientado a la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer, en los últimos años, coincidiendo con los artículos de Petersen en el 2008, se ha ampliado el concepto, tras observar la existencia de otros patrones clínicos, reconociéndose tres subtipos de DCL, según afecte exclusivamente a la memoria (el más frecuente), a múltiples áreas cognitivas, o a una sola, distinta de la memoria. Esto podría favorecer la identificación de patrones de distintas etiologías (degenerativa, vascular alteraciones metabólicas, enfermedades psiquiátricas, etc.). Pese a ser una entidad muy heterogénea, todos los estudios coinciden en la necesidad de realizar un reconocimiento precoz y seguimiento estrecho de la misma, ya que tiene una alta tasa de conversión a demencia (23 a 47% en 2,6 años, según el criterio de definición).

Por otra parte, es destacable reseñar que el deterioro cognitivo leve se asocia con una significativa morbilidad, duplicando el riesgo de fallecimiento en los siguientes años respecto al de la población sin deterioro, triplicándose, asimismo, el riesgo de institucionalización. Los estudios longitudinales realizados por (Martin Correa, Esperanza, 2016) destacan un ratio de conversión a demencia de entre un 10 a un 15% por año. Se han descrito factores de riesgo que determinan mayor probabilidad de evolución a enfermedad de Alzheimer, como son la apolipoproteína E épsilon 4, la reducción de volumen hipocámpico o atrofia de corteza entorrinal en estudios de neuroimagen o el aumento de la proteína tau, acompañado o no de un descenso de beta-amiloide 42 en el LCR.

Formulación del problema

La pregunta central de la presente investigación es ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y el deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores de centro día doce de octubre los Patios?

Justificación

Los adultos mayores constituyen uno de los pilares fundamentales para la sociedad, es indispensable el brindar atención y seguridad a esta población. Es por esto que nace el presente proyecto de investigación, por el impacto del deterioro cognitivo sobre la calidad de vida en el adulto mayor, persona vulnerable por la presencia de múltiples dolencias, achaques propios de su edad. Pueden presentar diferentes niveles de deterioro cognitivo, cada uno de los cuales afectaran de diferente manera en su calidad de vida, por lo tanto, van deteriorando o perdiendo las funciones cognitivas, como son memoria, orientación y lenguaje.

En Colombia se han publicado unos pocos estudios sobre prevalencia de enfermedades neurológicas, incluyendo demencia en personas mayores de 50 años, con cifras entre 1,3 y 5,4% (16-19), mientras que un estudio en mayores de 65 años en la ciudad de Neiva (Huila), reportó una prevalencia de 23% (20) Diaz, Marulanda, Martínez (2015), lo cual ayuda a evidenciar en que género se presenta con frecuencia, que nivel de deterioro es de mayor predominancia y como cada uno de los niveles de deterioros afectan de acuerdo a la edad, nivel educativo, y condiciones económicas.

Se han realizado investigaciones acerca del deterioro cognitivo del adulto mayor, una de estas investigaciones se realiza en la ciudad de Bucaramanga, donde la población participante es de dos centros vida del adulto mayor en donde se concluye que “El deterioro cognitivo es una situación frecuente en la población adulta mayor institucionalizada, tal como lo muestra el presente estudio, donde se pudo establecer que el 41,7% (25) de los participantes tienen deterioro cognitivo grave, y la distribución por género es similar (27; 45% son mujeres y 33; 55% son hombres), cabe destacar que es una población con nivel de escolaridad de primaria (34; 56,7%) o analfabeta (15; 25%).” Camargo & Laguado (2017) esta investigación se observa que sacaron análisis de diferentes categorías presentes a la hora de realizar los resultados una de ellas es por las edades de los participantes, también por el género y la escolaridad de los adultos mayores, para obtener los resultados en esta investigación, sin embargo la relación entre el deterioro con variables sociodemográficas han estado limitado.

El proyecto se basa en brindar un estudio sobre como el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida del adulto mayor, es a esta edad adulta en donde las complicaciones son evidentes, es indispensable identificar en el adulto mayor el deterioro cognitivo predominante y en que funciones registra complicaciones, para que su calidad de vida no sea afectada y el adulto mayor pueda vivir de la manera más cómoda y tranquila, se desea trabajar con la institución del centro Día Doce de Octubre del municipio de los Patios, porque las características de esta población son viables, donde el tiempo para dirigirse a ellos es ilimitado, están las instalaciones físicas de la institución donde se realizó la aplicación de la prueba, además de que la población que asiste al centro son hombres y mujeres de 60 años en adelante, los cuales muchos de ellos tienen un estabilidad económica, es decir, cuentan con un trabajo, una jubilación, son dependientes algún familiar o la misma institución.

El realizar una investigación conlleva la responsabilidad de contribuir de manera significativa no solo a la población participante, sino también a la comunidad en general, el propósito es aportar de manera científica, por medio de la recolección de datos cuantificables que permitan observar la información y poder analizarla de manera precisa y confiable para poder justificar la pregunta problema, ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores de centro día doce de octubre los patios?

Además este proyecto se realiza con el fin de que el programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, sea reconocida por su espíritu de investigación y dinamismo a la hora de proponer nuevo conocimiento y material que contribuya al desarrollo de la región, proponiendo esta investigación para el municipio de los Patios, en el área de psicología clínica al clasificar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro Día Doce de Octubre del Municipio, entregando unos resultados estadísticos para que por medio de un trabajo interdisciplinario de los funcionarios de esta institución, logren generar un programa para el cambio de estilos de vida de los adultos mayores y puedan brindar apoyo inmediato a las necesidades de la población.

Se espera que para la universidad de Pamplona y para la región Nortesantanderiana, que esta investigación traiga en sí misma una real iniciativa de participación en el campo de la investigación y dar a conocer la problemática planteada, a través de los resultados y el análisis de los datos recolectados en el proceso de investigación.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre el deterioro cognitivo con variables sociodemográficas en adultos mayores del Centro día “Doce de octubre” del Municipio de Los Patios.

Objetivos Específicos

Determinar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro día “Doce de octubre” del municipio de Los Patios a través de la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE).

Identificar el grado de escolaridad y género que presentan los adultos mayores del Centro día “Doce de octubre” del municipio de Los Patios mediante la tabulación de los datos obtenidos en la aplicación de la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE).

Establecer la relación entre el deterioro cognitivo con la edad, género, estabilidad económica y escolaridad a través del programa SPSS realizando un análisis estadístico de los resultados.

Estado del arte

En el siguiente apartado encuentran diferentes investigaciones realizadas en el país de Colombia y otros países donde se ha investigado acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor; en la documentación revisada podremos encontrar que independiente del factor de investigación como por ejemplo los hábitos saludables, diferencias entre hombre y mujeres, entre otros; la edad influye en la obtención de resultados de cada investigación, pues esta clasifica y/o divide que el deterioro en cada adulto se ve influido por la edad en los adultos mayores, en varias investigaciones se ve que a mayor edad el

deterioro causa secuelas y dañados irreversibles por problemas adquiridos a temprana edad o causas externas de la persona en su desarrollo de vida.

A continuación podrá revisar las investigaciones más destacadas de la revisión documental para la realización de la tesis de grado basada, en el deterioro cognitivo del adulto mayor.

En investigaciones locales se encontraron las siguientes investigaciones, las Diferencias Cognitivas Entre Hombres Y Mujeres Mayores 50 Años En Norte De Santander, El propósito de esta investigación fue identificar las diferencias cognitivas entre hombres y mujeres mayores de 50 años y así mismo a través de esta investigación observar que habilidades cognitivas son las que más se debilitan entendiendo que el envejecimiento es una etapa del ciclo vital, en el que se presentan una serie de cambios a nivel físico y psicológico.

El ser humano puede pasar por dos tipos de envejecimiento, el envejecimiento normal en el cual el adulto mayor sigue siendo funcional o el patológico en el cual sus habilidades cognitivas son afectadas. Desde la perspectiva del neurodesarrollo se encuentra que el individuo posee habilidades cognitivas predispuestas desde la evolución, por medio de la interacción y adaptación a nuevas situaciones, el ser humano va desarrollando diferentes capacidades cognitivas para poder enfrentarse al contexto en el que se encuentra. En este trabajo se estudiaron las diferencias cognitivas entre hombres y mujeres mayores de 50 años residentes en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, en el cual se contó con 180 participantes para la aplicación del test de Barcelona. La metodología utilizada en este capítulo es un análisis del contenido, realizando una revisión de fuentes secundarias y primarias de referentes, en donde se revisaron 17 artículos y 18 fuentes teóricas.

La investigación anterior se relaciona con la investigación actual del deterioro cognitivo del adulto mayor, en cuanto al estudio del envejecimiento a nivel fisiológico y psicológico, además de que la investigación va dirigida a clasificar en cuál de las tres etapas del envejecimiento se presenta un mayor deterioro cognitivo.

También se encuentran las investigaciones nacionales como, Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia, se buscó conocer la prevalencia de riesgo de deterioro cognitivo y su relación con factores

demográficos, sociales y funcionales en las personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia, se tomaron como referencia 671.847 personas de sesenta años y más años que vivían en la zona urbana o en centros rurales poblados de Antioquia, según las proyecciones para el año 2012, calculadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2007).

En los resultados de las funciones mentales superiores evaluadas con el MMSE se identifica que el 16,8% (109.783) de los adultos mayores no presenta ningún riesgo de deterioro cognitivo según la escala de medición usada, ya que no se diagnostica el evento. Sin embargo, el 83,1% (543.997) presentó algún grado de deterioro, el 46,8% (306.507) presentó riesgo leve, el 32,1% (209.888) moderado y el 4,2% (27.602) riesgo severo de 617 Segura Cardona, A. et al.

En la capacidad de orientación temporoespacial un alto porcentaje demostró adecuada orientación (75%). En cuanto a la capacidad de memoria de fijación al nombrar tres palabras con intervalos de tiempo determinados, los adultos mayores tuvieron un alto porcentaje en la primera palabra (95,7%), pero a medida que avanzaba la prueba se dificultaba el recuerdo de las demás. la capacidad de memoria de evocación de los adultos mayores: un poco más de la mitad de ellos (56%) logró recordar solo la primera palabra y el recuerdo de las demás iba disminuyendo en porcentaje gradual. la parte comprensiva obtuvo valores mayores del 80%. Cabe resaltar que la capacidad lingüística más alterada en los adultos mayores fue la escritura, dado el porcentaje menor en comparación con las demás (59,7%). También se estudiaron los Factores asociados al riesgo de deterioro cognitivo, en donde las variables que conforman el factor demográfico están asociadas estadísticamente con el riesgo de deterioro cognitivo, exceptuando el área de procedencia y el sexo. Las personas mayores residentes en las subregiones de Magdalena Medio, Nordeste y en la ciudad de Medellín registraron una prevalencia de riesgo más alta, mientras los habitantes residentes en las subregiones de Occidente, Bajo Cauca y Oriente registraron la menor.

Precedente a lo mencionado la relación de esta investigación, con la investigación actual, es las relación de la prueba estándar que se va a utilizar para realizar el estudio del deterioro cognitivo, ya que los ítems que tiene la prueba para calificar a los adultos mayores, se relacionan con los resultados que se obtuvieron en esta investigación, por otra

parte el factor demográfico puede influir en los resultados de la investigación, ya que el lugar donde se hará la investigación es un centro día del adulto mayor ubicado en el municipio de los Patios, este sector está dividido en áreas de clase rural media y baja, y clase urbana alta y media que pertenecen los adultos mayores que visitan este centro día.

Otra investigación nacional, es la del Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia, la muestra para esta investigación fue de 60 adultos mayores, los cuales cumplían con los criterios de inclusión, de tener edades oscilantes entre los 64 a 95 o más años de edad y presencia o ausencia de patología crónica. Se consideró este antecedente debido a la inclusión de la variable uso de medicamentos dentro del instrumento de medición, para la muestra se seleccionaron patologías cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, por ser las más frecuentes. Los resultados obtenidos en cuanto a la variable edad se evidenció que la mayoría de los adultos mayores se encontraron entre edades de 75 a 94 años, es decir un 73% de la población total, en cuanto al género los hallazgos indican que el 55% (33) de los adultos mayores pertenecen al género masculino por una diferencia mínima de seis participantes versus género femenino (27; 45%). Al analizar la variable escolaridad se pudo evidenciar que la población adulto mayor cuenta con nivel de escolaridad primaria (34; 57%), sin embargo, hay un alto índice de personas analfabetas (15; 25%), lo cual pudo ser un factor de riesgo para presentarse deterioro cognitivo.

Se encontró que la mayoría de los adultos mayores (45; 75%) tienen contacto con algunos de sus familiares y el tiempo que llevan de estar institucionalizados es de 1-5 años (33; 55%). De acuerdo a los hallazgos encontrados en los datos socio-demográficos, con respecto a la variable En relación a los resultados, se puede observar que el 33,3% (20) de adultos mayores intervenidos, se encuentran sin deterioro cognitivo y el 41,7% (25) se encuentran con deterioro cognitivo grave.

En la investigación anterior, se observa que tienen diferentes variables de estudio además del deterioro cognitivo del adulto mayor tienen en cuenta, el sexo entre hombres y mujeres, también el nivel de estudio y el nivel sociodemográfico, el cual permite realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados en la investigación, en la

investigación en curso se pretende utilizar las mismas variables para tener un mayor validez y confiabilidad de los resultados en la investigación del deterioro cognitivo del adulto mayor.

Igualmente, la Prevalencia del deterioro cognitivo leve en pacientes adultos mayores con y sin hipertensión arterial, es otra investigación nacional, donde el propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con edades entre 60 y 85 años, siendo principales factores de estudio describir las características sociodemográficas de los individuos de la población diana, el determinar la prevalencia de deterioro cognitivo leve en la población adulta mayor y por último el establecer la asociación entre enfermedades metabólicas y la incidencia de deterioro cognitivo leve. Esta investigación se realiza de por medio de corte transversal en 280 pacientes, que asistieron a la consulta de medicina interna con edades entre 60 y 85 años.

Al finalizar la indagación de se arrojaron los siguientes datos, teniendo una prevalencia de deterioro cognitivo leve en 4.6 %, compromiso moderado 3.6% y severo en 1.4%. Se encontró asociación con la escolaridad siendo menor la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes con mayor educación y asociación significativa con el uso de oxígeno o CPAP con mayor prevalencia de deterioro cognitivo en estos pacientes. Con respecto a la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y enfermedades de la tiroides no se encontró asociación significativa. Se concluye que el deterioro cognitivo en los adultos es más alto cuando los niveles de escolaridad y/o estudios son más bajos, debido a que no han tenido un mayor ejercicio mental durante el desarrollo de su vida.

En lo mencionado anteriormente, la investigación se realiza de manera cualitativa y tienen en cuenta dos variables importantes la edad y el nivel de escolaridad, la investigación se relaciona en la variable edad, también permite la idea de el momento de explicar los resultados de manera cualitativa la relación de la escolaridad y el deterioro cognitivo, como variables de correlación en cuanto a la afectación de este proceso natural del envejecimientos.

Finalmente se encuentran las Investigaciones internacionales como, el Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor, se realizó un estudio observacional, en los Consultorios Médicos 12, 13, 24, 26 y 29 del área de salud "Alcides Pino" del municipio de Holguín, escogidos aleatoriamente, en el período de Enero a Diciembre del año 2006. El universo

lo constituyeron los Adultos Mayores de ambos sexos pertenecientes a los consultorios seleccionados para 743 pacientes, la muestra quedó representada por 129 pacientes con deterioro cognitivo utilizando como criterio de inclusión. Se Concluyó en el proceso de la investigación que, El mayor número de pacientes con deterioro cognitivo, para ambos sexos, estuvo en el grupo de edad de 75 a 79 años, la primaria terminada fue el nivel de escolaridad que presentaron la mayoría de los casos, la memoria inmediata, la orientación, la atención y el cálculo y el lenguaje fueron las funciones cognitivas afectadas que predominaron.

Generalizar por los Médicos de la Atención Primaria de Salud el uso de instrumentos establecidos para explorar la esfera cognitiva del Adulto Mayor para la detección del deterioro cognitivo cuando se tenga la sospecha clínica.

La relación de esta investigación con la que está en proceso, es la variable de las edades de los adultos mayores y los procesos psicológicos que se ven afectados por el deterioro cognitivo, además de que se observa en la investigación que el factor de la escolaridad influye en los resultados de cada adulto y entre un mayor nivel de escolaridad existe un menor deterioro cognitivo, esta investigación permite tener en cuenta posibles factores que influyen en los resultados y el deterioro de los adultos mayores.

Mencionado la anterior investigación internacional, se encuentra también la Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz, Determinar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en adulto mayor con depresión crónica en la UMF 61 de Veracruz. Esta investigación se realiza por medio de un estudio transversal, prospectivo, comparativo en pacientes que acudían a consulta externa, de ambos turnos de la UMF 61, con el diagnóstico de depresión crónica (ya diagnosticado por su médico tratante) mediante muestra probabilística y se le solicitó al Médico Familiar su envío al Módulo de Investigación, donde se le explicó el motivo de la investigación; de ahí se recolectaron las variables del estudio; posteriormente se aplicó el cuestionario autoadministrado llamado “Mini-Mental State Examination”, que explora deterioro cognitivo con una confiabilidad del 0.85 y se analizó con medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas. Se concluyó que el adulto mayor con depresión crónica tuvo una mayor frecuencia con depresión leve, además predominó la escolaridad bachillerato y familia reconstruida.

La investigación se relaciona, en cuanto al instrumento de aplicación que se utilizara para obtener los resultados para poder realizar el debido proceso de investigación, se observa como factor predominante de esta investigación un factor nuevo que es la depresión crónica del paciente

Continuando con otra investigación, como lo es la de factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo. A nivel mundial se observa una alta prevalencia de enfermedades tipo demencia, que afectan negativamente la calidad de vida de las personas. Al considerar, además, que existe un envejecimiento de la población en general, se decidió medir el deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores (> 65 años), tomando en cuenta que es un paso previo a la demencia. Objetivo: Analizar el deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos en Maracaibo, Venezuela.

Se le practicó el examen cognitivo de Cambridge-revisado (CAMCOG-R) y el Mini Examen de Estado Mental o Minimental (MMSE), para determinar el DCL a una muestra constituida por 498 adultos mayores, durante el período de Mayo a Diciembre de 2008, así como el registro de múltiples variables sociodemográficas. En los resultados de la prueba CAMCOG-R se observó que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve recibieron puntajes que difieren entre sí en las distintas áreas evaluadas. En la memoria los adultos con DCL obtuvieron menos de la mitad del puntaje máximo posible, y los adultos mayores sin DCL recibieron un valor promedio muy cercano al máximo posible en la misma área. Al aplicar la t Student en todas las áreas evaluadas por la prueba CAMCOG-R, se obtuvo que las áreas mayormente afectadas en los adultos mayores con DCL fueron lenguaje, memoria, orientación, atención, praxis y pensamiento abstracto.

La investigación anterior se relaciona con la investigación actual del deterioro cognitivo del adulto mayor, en cuanto al estudio del envejecimiento a nivel fisiológico y psicológico, además de que la investigación va dirigida a clasificar en cuál de las tres etapas del envejecimiento se presenta un mayor deterioro cognitivo.

Marco Teórico

El envejecimiento normal trae consigo una serie de cambios notables, como lo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Este es, el deterioro cognitivo del cerebro, el cual depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual.

A partir de lo expuesto, pueden darse a conocer diversas definiciones de deterioro cognitivo. En este caso Fustinoni (2002) afirma que el deterioro cognitivo comprende la pérdida, modificación, déficit o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada. Explica el autor, que el deterioro cognitivo y demencia son conceptos similares, diferenciándose sólo por el grado de la alteración.

Mientras que Garcias & otros (2006) explican que “los cambios en la función cognoscitiva se incluyen dentro de los parámetros neuropsiquiátricos de la consciencia, lenguaje, memoria, capacidad constructiva y función cognoscitiva alta” (p.226). El deterioro cognitivo es un cuadro muy frecuente en la población mayor de 65 años; crea gran dependencia y suele aparecer superpuestos a otros cuadros clínicos u orgánicos.

Consultado por Garcias & otros (2006) explica que el deterioro cognitivo leve es un estadio de transición de declive cognitivo entre el envejecimiento normal y el patológico. Este supone una alteración declarada por el mismo paciente, pero que debe ser confirmada por un rendimiento deteriorado en pruebas que evalúan a un grupo de personas con la misma edad y nivel de escolarización. En esta fase, por lo general, la independencia funcional y el resto de las funciones cognitivas no están deterioradas.

Lo principal que debe ser considerado en el estudio del deterioro cognitivo leve está en determinar si se trata de una condición propia del envejecimiento o se encuentra el paciente ante estadios precoces de un síndrome de demencia y, en cualquier caso, si existe algún tratamiento eficaz que minimice o invierta el proceso degenerativo, lo cual es posible porque los deterioros cognitivos pueden ser reversibles o irreversibles. Entre los

reversibles están el delirio, la depresión y la ansiedad. Mientras que entre los irreversibles se encuentran las demencias

Capítulo I: Psicología evolutiva

La psicología evolutiva se centra en explicar los cambios de comportamiento a lo largo de la vida. Estudia la forma en la que las personas cambian a lo largo de su vida, comprendiendo el estudio del ciclo vital, observa de qué manera cambian continuamente las acciones de un individuo y cómo este reacciona a un ambiente que también está en constante cambio Coll (1979).

Tradicionalmente este estudio se ha enmarcado desde un punto de vista de crecimiento y ganancias, limitando así el estudio del desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia. No todo el conjunto de los autores de la psicología evolutiva participan en esta visión, desarrollándose una nueva corriente teórica denominada psicología del ciclo vital, donde se incluye todo el ciclo de la vida para el estudio del desarrollo psicológico de los sujetos.

La psicología del ciclo vital estudia el desarrollo del individuo a nivel global, desde su nacimiento hasta la muerte, atendiendo aquellos aspectos que intervienen en los procesos que determinan nuestras vidas. Siguiendo la perspectiva, vamos a centrarnos en uno de los primeros autores y de los más importantes que influyó en la corriente del ciclo vital con las bases de su teoría. La perspectiva de Erikson (1994) fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, -extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en ocho estadios.

En cada momento vital el individuo tendrá que enfrentarse a estos conflictos, y la superación o no de éstos, influenciará el desenlace futuro de otras encrucijadas, fomentando la expansión del yo que lo llevarán al desarrollo de competencias vitales para la superación de la siguiente etapa, o por el contrario se originará el estancamiento que dificultará la superación de futuros conflictos en las subsiguientes etapas Erikson (1998) plantea ocho etapas que se desarrollan durante el ciclo vital del individuo.

Las cuatro primeras etapas pertenecen a la infancia, del mismo modo que las 4 últimas forman parte de la adolescencia y edad adulta. Dada la importancia de la etapa 8^o en este presente estudio por su correspondencia a la edad adulta, vamos a profundizar en ella.

- Etapa 1: Confianza básica frente a desconfianza
- Etapa 2: Autonomía frente a vergüenza y duda
- Etapa 3: Iniciativa frente a culpa
- Etapa 4: Diligencia frente a inferioridad
- Etapa 5: Identidad frente a confusión
- Etapa 6: Intimidad frente a aislamiento
- Etapa 7: Generatividad frente a estancamiento
- Etapa 8: Integridad del yo frente a desesperación

En la etapa 8, es en esta etapa, la vejez, la persona se enfrenta a la inevitable perspectiva de la muerte, y las expectativas de futuro disminuyen considerablemente. Ha llegado el momento de hacer un balance de su vida. Si la persona se siente satisfecha por la vida que ha tenido y sobre las decisiones que ha tomado a lo largo de ésta, sentirá que ha merecido la pena vivir. La vida se contempla como un todo significativo. En cambio, si la persona no se siente satisfecha con su vida después de hacer balance, encontraremos sentimientos de arrepentimiento y remordimientos en cuanto a las decisiones tomadas a lo largo de su vida. Aparece la desilusión por todos los errores cometidos, querría cambiar muchas de las decisiones erróneas que cometió, pero a la vez es consciente de que el pasado no se puede cambiar. La muerte está cerca, y el tiempo se agota sin poder enmendar aquellos errores. Aparece el miedo ante la muerte.

Otro de los autores que ha seguido la misma línea de trabajo, recogió el concepto de tarea evolutiva para desarrollar su investigación. Así Havighurst (1972) formuló la misma idea de la existencia de una consecución de retos asociados a edades a través de este concepto. Al igual que Erikson, también propone que los retos están relacionados entre sí, de forma que conseguir superar los retos de forma satisfactoria permitirá superar los retos futuros más fácilmente. Esto implica que conseguir superar ciertos retos determina alcanzar un grado de madurez física, psicológica o social. En este caso las metas que propone Havighurst (1972) son muchos más detalladas en función del momento de la vida

de la persona, variando según la cultura o movimientos históricos al tratarse de tareas de naturaleza esencialmente sociales. En la siguiente tabla vamos a poder analizar detenidamente la teoría de Erikson (1998), con la Havighurst (1972) atendiendo a las diferentes etapas que describieron estos autores siguiendo la misma línea de investigación.

Tabla 1

Ciclo de vida completo, Erikson

Edad	Erikson	Havighurst
	Confianza básica vs.	Por ejemplo:
0-1 año	Desconfianza Virtud: Confianza	Maduración de sistemas sensoriales y motores
2-3 años	Autonomía Vs. Vergüenza y duda Virtud: Voluntad	Por ejemplo Elaboración de independencia de movimientos
3 a 6 años	Iniciativa Vs. Culpa Virtud: Propósito	Por ejemplo: Identificaciones de genero
6 a 12 años	Diligencia Vs. Inferioridad Virtud: competencia	Por ejemplo: Desarrollar relaciones de amistad con coetáneos
12- 18 años	Intimidad Vs. Confusión Virtud: fidelidad	Por ejemplo: Relaciones más maduras con coetáneos de ambos sexos
18-30 años	Intimidad Vs. Aislamiento Virtud: Amor	Por ejemplo: Integración en el mundo laboral
30- 60 años	Generatividad Vs. Estancamiento Virtud: Cuidado	Por ejemplo: Favorecer la asunción de responsabilidades y felicidad de los hijos

Integridad del yo Vs.
60 años Desesperación
Virtud: Sabiduría

- Adaptarse a una fuerza física menor y salud en declive.

- Adaptarse a la jubilación y a una reducción de ingresos.

- Adaptarse a la muerte de la pareja y viudedad.

- Establecer una afiliación explícita con el propio grupo.

- Adoptar y adaptarse a roles sociales de manera flexible.

- Establecer un hábitat físico de vida satisfactoria.

Datos (Erikson, OCiclo de vida completo, 1998)

También cabe destacar la teoría del Baltes (1987) que muestra un nuevo concepto de desarrollo enmarcado en esta nueva perspectiva, convirtiéndose en un referente en este estudio. Junto con sus colaboradores Baltes, Staindinger, & Lindenberg (1999) introdujeron un nuevo enfoque donde proponen que el desarrollo del ciclo vital no es únicamente crecimiento o ganancia, sino que además también está influenciado por procesos que se activan al enfrentarse a una pérdida, procesos que existen durante todo el ciclo vital, pero que se vuelven más importantes a medida que llegamos a la vejez, ya que la probabilidad de que aparezcan esas pérdidas se vuelve más evidente. Este concepto refuerza la idea multidireccional que existe en el proceso de desarrollo atendiendo a las diferencias interindividuales, ya que no todas las personas cambiamos de la misma forma, ni en el mismo momento.

Esta teoría de Baltes (1987) engloba tres elementos que encuadran el cambio evolutivo: - Influencias normativas relacionadas con la edad: factores biológicos o sociales homogéneos en la forma y contenido instaurados en determinados momentos cronológicos, que afectan a grandes grupos y son los consecuentes de las similitudes entre las personas en cuanto al desarrollo evolutivo, independientemente de la generación a la que pertenezcan. Por ejemplo ir al colegio, el grupo de amigos de la adolescencia, etc. - Influencias normativas relacionadas con la historia: factores biológicos o sociales a nivel generacional responsables de las diferencias interindividuales, influyendo de forma global a los individuos de un determinado grupo en función de la edad y el momento histórico en que se produzcan.

Los miembros de esta generación se diferenciarán de otras generaciones, a la vez que se parecerán entre sí por el hecho de haber vivido las mismas experiencias históricas. Por ejemplo el vivir una guerra, la post-guerra, etc. - Influencias no normativas: factores biológicos o sociales que afectan al individuo o pequeños grupos en un momento puntual de sus vidas, sin ningún patrón determinando, mayoritariamente las diferencias interindividuales. Por ejemplo la pérdida de un ser querido, un divorcio, una enfermedad, emigrar, etc. A pesar de estos factores Baltes (1987) otorga un papel crucial al individuo dándole poder sobre la trayectoria de su propia vida.

La persona tiene la capacidad de adaptarse gracias a la selección consciente o no de sus metas, a la optimización de los esfuerzos dedicados en las distintas esferas de la vida y la compensación ante una ausencia o pérdida. Si la persona íntegra estos tres componentes y los aplica consigue lo que podríamos denominar un desarrollo y envejecimiento exitoso. - Selección: describe la elección de determinadas metas o dominios de comportamiento como lugar de desarrollo. El sujeto elige ciertas metas a llevar a cabo y descarta las otras posibles alternativas. Se trata de un mecanismo necesario para adaptarse a partir del momento en el que nuestros recursos se ven limitados y necesariamente hemos de elegir ciertas metas por encima de otras. Inevitablemente debemos elegir ciertas direcciones de acción y no por otras, y esas decisiones determinan nuestra trayectoria evolutiva.

Por ejemplo la trayectoria profesional, un rol, elección de la pareja, etc. - Optimización: hace referencia al afán por conseguir llegar a los niveles más altos posibles de

funcionamiento en aquellos contextos de la vida que hemos determinado como nuestro escenario de desarrollo. Frecuentemente, las personas buscamos explotar los recursos a nuestro alcance (biológicos, psicológicos, socioculturales) para maximizar nuestro funcionamiento en esas trayectorias o dominios.

Por ejemplo ser un buen profesional, ser un buen padre, ser un buen esposo, etc. -
Compensación: se atribuye con la respuesta a una ausencia o pérdida de un recurso relevante para llevar a cabo las metas evolutivas elegidas. Se da lugar a la optimización mediante dos fuentes. Primero nos encontramos con la limitación de los recursos a nuestro alcance para conseguir las metas que ansiamos. La segunda situación se da lugar un proceso de compensación cuando un medio que antes sí estaba a nuestra disposición. Por ejemplo la pérdida de un familiar, un amigo, un trabajo, etc.

Capítulo II: Procesos psicológicos

También, Fernández, Martín, & Domínguez (2001) mencionan que los procesos psicológicos constituyen elementos fundamentales en el estudio de la psicología. Son los procesos que permiten a la persona tomar conciencia de sí misma y de su entorno, se encuentran en el origen de cualquier manifestación conductual y hacen posible el ajuste del comportamiento a las condiciones y demandas ambientales. En esta obra se ofrece una introducción a su estudio, describiendo los procesos cognitivos (la atención, la percepción, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento y el lenguaje) y los procesos activadores (la motivación y la emoción). Por último, se analiza su funcionamiento integrado en relación con otros procesos de carácter más general (la inteligencia, la personalidad y la conducta normal como contraposición a la desviada o anormal). En definitiva, los contenidos tratados en este texto hacen de él una guía útil para cualquier persona que desee familiarizarse con los principios de la psicología. Asimismo, proporciona un esquema esencial para emprender el estudio de otras áreas teóricas y aplicadas de esta ciencia.

A nivel psicológico, se produce un deterioro, con el paso del tiempo, de las áreas y conexiones sensoriales, mentales o motoras, por la pérdida de dendritas, sinapsis y transmisión de información intraneuronal. Se pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje también en función de la muerte de células nerviosas y un

enlentecimiento en tiempo de reacción ante estímulos debilitándose los reflejos. La edad psicológica de una persona se definiría por el nivel de capacidades de adaptación que estén en funcionamiento. La capacidad de adaptarse al medio depende de la precisión, de la velocidad de percepción, memoria, aprendizaje y capacidad de razonamiento, de la imagen de sí mismo, de la motivación y de la energía.

Este proceso de envejecimiento comienza desde la vida intrauterina, continuando durante toda la vida. Para tener un envejecimiento adecuado conforme a las tres dimensiones se requiere una adaptación constante al medio, cubriendo las siguientes necesidades básicas:

- I. Los parámetros fisiológicos como oxígeno, comida, bebida, temperatura adecuada, descanso, sueño y evacuación.
- II. Seguridad.
- III. Una sensación de individualidad y un reconocimiento del propio valor personal.
- IV. Una sensación de pertenecer y ser valorado por los demás.
- V. Un sentimiento de resolución.
- VI. Una sensación de que la vida vale la pena.

Estas necesidades básicas resultan difíciles de cubrir en las personas mayores, por las carencias fisiológicas, a la posición del anciano en la sociedad y a la existencia de tópicos que afectan a este período de la vida. Siguiendo a Lopes & Noriega, (2012), el envejecimiento debe ser clasificado como normal. Los cambios cognitivos debidos al envejecimiento varían entre individuos, pero en general, los adultos jóvenes y los ancianos rinden de forma diferente en tareas de resolución de problemas. En tareas de identificación de conceptos, los ancianos utilizan estrategias menos eficaces, tienen menos éxito al encontrar soluciones, cometen más errores y es menos probable que cambien la estrategia si la respuesta es incorrecta.

Los estudios de función mnésica basados en la repetición de cifras demuestran mínimos cambios en memoria inmediata (primaria) con la edad. La codificación y recuperación desde la memoria reciente (secundaria), parece declinar en el envejecimiento normal, especialmente cuando la información no puede ser contextualizada y parece

irrelevante o sin sentido; pero el vocabulario, la información general y el recuerdo de acontecimientos históricos o personales del pasado (memoria terciaria), permanecen relativamente intactos Lopes & Noriega (2012).

La memoria de los ancianos sanos se encuentra preservada para el material relevante y conocido, pero la capacidad para procesar nueva información disminuye. Si presentamos la información nueva de forma lenta, ayudamos al anciano sano a recordar mejor; las pistas ayudan a recuperar más eficazmente desde la memoria reciente. Aun cuando el envejecimiento normal viene asociado al deterioro en los procesos fisiológicos como consecuencia de la edad, también existe el envejecimiento patológico producido por la aparición de discapacidades producidas en el organismo por el ambiente, afectando la influencia de diversas patologías que se acentúan en esa edad. De acuerdo a Diez (2004), el estudio del envejecimiento normal en el humano puede tener muchas metas, pero desde el punto de vista social las más importantes de enfocan en el desarrollo de estrategias que prevengan o reduzcan al mínimo los estragos propios de la vejez y en el diseño de mejores técnicas terapéuticas para las principales incapacidades geriátricas.

Las evidencias del proceso de envejecimiento aparecen de forma inevitable, aunque su avance es muy variable; sin embargo es considerado un proceso normal no patológico. Esta actitud es preferible al miedo mórbido a la senectud aún muy arraigado a la sociedad, en los propios individuos y aun en los encargados de atender a los ancianos. Las manifestaciones fisiológicas del envejecimiento son el resultado del deterioro gradual de la función de todos los tejidos y sistemas del organismo y de la capacidad de control del cuerpo para responder a las tensiones medioambientales.

Al proceso de envejecer sanamente se le conoce como senectud. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 2003), la senectud se define como una manera natural de envejecer el ser humano y no en términos de un proceso patológico. Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre lo saludable y patológico, dado que las capacidades del individuo, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales.

En esta misma temática, Robles, Alom & Peña Casanova (2002) señalan que se entiende por envejecimiento de una población al incremento de la proporción de personas

de edad avanzada con respecto al total de los individuos de una sociedad, siendo calificado el estadio de la vejez en personas mayores de 65 años/total población, que habitualmente se expresa en forma de porcentaje. Señalan que la esperanza de vida se ha elevado paralelamente, situándose cerca de los 80 años, originándose un verdadero envejecimiento e incrementándose, así cada vez más, la proporción del grupo de edad más avanzada con respecto al conjunto de la población envejecida.

Coincidiendo con lo mencionado, Gonzales (1991) afirma que a medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Opinan que entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad. La población mayor de 65 años no es una población homogénea, siendo evidente que se presentan diferencias individuales, por lo cual los ancianos pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar.

Por su parte, Hammond en el año 1995 afirma que el proceso del envejecimiento se inicia en el momento del nacimiento y se detiene con la muerte del individuo, entendiéndose que la vida es proceso que tiene un límite. La programación somática del ser humano se ubica entre 84 y 85 años; implicando un límite superior ubicado cerca de los 100 años y solamente unas cuantas mujeres viven más de la centena. Por lo antes señalado, el autor considera que la edad biológica es inevitable, universal y tiene una extensión fija. Agrega el autor mencionado que en el proceso de envejecimiento, se producen cambios en los órganos y en la apariencia física del individuo, observándose la evolución hacia la adultez mayor y la senectud. En el término de los 40 años, se evidencian los cambios más visibles, y se inicia un cambio físico que denota el inicio de la vejez, cambios que se tornan más evidentes a medida que transcurren los años, siendo notorio para las personas que rodean a los individuos y para el propio sujeto. Sin embargo, existen cambios biológicos internos que no son ampliamente visibles, pero que se producen en la edad de la adultez mayor, afectando la funcionalidad del sujeto.

Afianzando la definición de envejecimiento desde una perspectiva celular, Herreo & Esquirol (2006) afirman que en Biología, se entiende por envejecimiento o senescencia, al conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que se producen en un

organismo vivo con el paso del tiempo. Estas modificaciones son de carácter irreversible, y se consideran inevitables. Por tanto, desde esta óptica, el envejecimiento en todos los seres vivos es un proceso dinámico, continuo, inevitable y multifactorial.

Capítulo III: Teorías del envejecimiento

Todos los seres vivos tienen un ciclo de vida, el último en cumplirse es la tercera edad o senectud que es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social Negrete (2010). En cierto momento de su vida estos seres vivos comienzan a envejecer y surgen cambios en ellos. Existen determinadas teorías que explican las causas del envejecimiento para que podamos entender mejor este proceso. Estas teorías se dividen en 3 tipos: Las biológicas, las psicológicas y las sociales. El afrontamiento se refiere a los pensamientos y conductas adaptativas que se proponen aliviar el estrés que surge de condiciones dañinas, amenazantes desafiantes. Se trata de un aspecto importante de la salud mental. Vamos a examinar dos aproximaciones teóricas al estudio del afrontamiento: el modelo de las defensas adaptativas y el de valoración cognoscitiva. Luego veremos un sistema de apoyo al que recurren muchos adultos mayores: la religión (Diane E. Papalia, 2012).

Teorías biológicas del envejecimiento

Dada la variedad de teorías biológicas existe una diferenciación de estas en teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos. Los de factores externos están referida a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los factores internos señalan como causas de envejecimiento un deterioro del organismo y entre estas la más señalada es la neuroendocrinológica. Moragas (1991).

El envejecimiento es explicado como un conjunto de cambios en nuestro organismo a nivel de maduración física, endocrinológico, inmunológico, celular, genético,

neurológicos, entre otros, que tienen profundas repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento. Las teorías de envejecimiento físico tratan de explicar las causas de por qué morimos, en lugar del sueño de vivir eternamente, y están basadas en las alteraciones y depresiones que ocurren en nuestro organismo al pasar de los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente; dichas causas serían:

Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico: El sistema inmunitario es la línea de defensa más importante contra toda sustancia exógena que pueda entrar en nuestro cuerpo, a través de variados mecanismos tales como reconocimiento y fagocitosis (ingesta) del agente extraño, destrucción o lisis de la célula infectada, producción de anticuerpos específicos e inespecíficos entre otros, y esta responsabilidad recae sobre las células del sistema inmune como son: monocitos, los macrófagos, los polimorfonucleares, linfocitos B y T.

La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad, disminuye la capacidad de este sistema a sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además “el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra si mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales, es decir, que el sistema produce anticuerpos contra proteínas normales del cuerpo, pudiendo destruirlas, y allí se producen las enfermedades autoinmunes, algunas que padecen no solamente las personas mayores, pero otras sí, como lo son la rigidez articular, trastornos reumáticos y ciertas formas de artritis. A medida que envejecemos el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en la lucha contra las enfermedades, y es por esto que en los adultos mayores en los que los mecanismos corporales de defensa estén disminuidos una enfermedad común como un síndrome viral puede convertirse en fatal. Mishara & Riedel (2000)

Teoría de envejecimiento celular: propuesta por Child y admite que el proceso de envejecimiento ocurre en consecuencia de estar la carga eléctrica de los componentes celulares ligados de modo particular a los iones negativos. Estas se enfocan en la importancia del DNA o ADN (ácido desoxirribonucleico) celular y pretenden que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo.

Como el DNA es la molécula responsable de diversos mecanismos moleculares y bioquímicos a nivel metabólico y de la división celular, toda pérdida de información o codificación deficiente de las células determinada por un defecto en DNA puede provocar la muerte celular. Esta teoría se basa en que las células tienen un número limitado de división inclusive aquellas de recambio rápido tienen un límite el cual encuentra programado en el contenido genético de dicha célula. Según Hayflick en 1976 el número de divisiones varía según el tipo celular, su nivel de especificidad o diferenciación, y de un organismo a otro, siendo la media de 50 reproducciones por célula para los seres humanos, pero organismos de mayor esperanza de vida como las tortugas la superan y otros con corta esperanza como los pájaros no alcanzan esta media Mishara & Riedel (2000).

Sin embargo, existen otras causas que explican la muerte celular no como disminución de su ocurrencia sino como aumento de su destrucción, como por ejemplo aquellas que se basan en la acumulación de desechos en la célula (teoría de acumulación de desechos) y la reducción de la tasa de oxidación celular (teoría de los radicales libres) que provocan pérdida de función, y éstos en cuanto más se acumulen más se acentúa el proceso de degradación, estas teorías que explican el envejecimiento celular se discutirán a continuación:

Teoría del desgaste natural: Establece que los animales envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida de cada día, y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos. Puesto que el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias que son los organelos que aportan la energía para todas las actividades celulares, si su nivel de producción de energía decae el funcionamiento celular también Pulido (2015).

Teoría de la acumulación de productos de desechos: durante su vida en la célula sintetizan sustancias útiles para ella los que son consumidos convirtiéndose en desechos, además con el intercambio con el ambiente las células adquieren innumerable cantidad de toxinas y si se acumulan en la célula más toxinas de las que puede eliminar, estas perjudican la actividad normal. Según esta teoría el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados por nuestras funciones corporales. Mishara & Riedel (2000).

Teoría de la autointoxicación: propuesta por Metchhnikov que dice que la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la putrefacción intestinal.

Teoría del envejecimiento natural: propuesta por Catele y Du Nouy la cual dice que todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa.

Teoría del entrecruzamiento: La teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y DNA, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen Pulido (2015)

Teoría de errores en la síntesis de las proteínas: fue propuesta por Schock y dice que el cúmulo de proteínas deficientes es considerada la fuente más importante de deterioro de la capacidad fisiológica de las células.

Bioquímica o de los radicales libres: esta fue propuesta por Harnan quien dice que la vejez es atribuida a los radicales libres y a los peróxidos endógenos, por lo que la causa es más celular que tisular. Se refiere a una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos, o radicales libres de oxígeno, los cuales son inestables, y altamente reactivos por lo que reaccionan con distintas moléculas, alterando la composición de esta última y por consiguiente su función quedara defectuosa Pulido (2015).

La teoría descansa en que los radicales libres están involucrados tanto en la formación de los pigmentos de la edad, como en la formación de entrecruzamientos en ciertas moléculas y dañan el DNA, y esto último puede llevar a muerte por apoptosis (muerte celular programada) cuando los sistemas celulares reconocen el daño a este nivel molecular. Como muestra de su efecto patológico sobre el ser humano se han implicado a los radicales libres en la formación de las placas neuríticas características de la demencia del tipo Alzheimer, en el paso de la síntesis del pre-amiloide al cuerpo amiloideo, así mismo hay evidencias experimentales que confirman que los radicales libres dañan la función celular y que están relacionados con las enfermedades más comunes en el adulto

mayor como la aterosclerosis, artritis, cataratas, disfunción pulmonar, alteraciones neurológicas, depresión inmunológica, el cáncer, entre otros.

En la actualidad esta teoría ha sido ampliamente estudiada y aceptada, y sigue tratando de explicar en qué forma nuestros hábitos de vida influyen en nuestra salud y la velocidad de envejecimiento, así como también se ha estudiado en qué medida la administración de antioxidantes puede retrasar no solo el proceso de envejecimiento sino las enfermedades que con él aparecen como ya fueron mencionadas. Sin embargo, hoy día se sabe que el consumo de sustancias antioxidantes como vitamina E y vitamina C, en cantidades elevadas o dosis superiores a las recomendadas hace que estas sustancias pasen a tener un poder oxidante con la producción de radicales libres.

Teoría de las modificaciones del sistema endocrino: el sistema endocrino es el encargado de la secreción de sustancias llamadas hormonas, que funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tienen receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo, con la finalidad de regular muchas funciones orgánicas relacionadas con metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta.

La secreción hormonal se modifica a medida que envejecemos, y uno de los mejores ejemplos de éstos es el debilitamiento de la función ovárica con la caída de los niveles de estrógeno en sangre, que trae como resultado la menopausia. Esta teoría que fue propuesta por Lorand señala al agotamiento de las glándulas sexuales como principal causa del envejecimiento, así mismo Finch y Hayflick consideran que las modificaciones en este sistema es una de las causas principales que contribuyen al envejecimiento. Sin embargo, no existen pruebas directas de que el sistema endocrino sea el origen de todos los cambios relacionados con la edad, o más bien no está claro si sus cambios son causas o efectos del proceso de envejecimiento Mishara & Riedel (2000)

Teorías genéticas: Las teorías genéticas son de especial interés, pues relacionan al envejecimiento con la evolución. El enfoque genético afirma que el envejecimiento está determinado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno. Se basa en el hecho de que los animales procedentes de ciertos grupos familiares viven más que otros; de hecho en el ser humano se ha utilizado como referencia para determinar la esperanza de vida probable de un individuo la edad a las que fallecieron padres y abuelos,

excluyendo muertes accidentales. Actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad Mishara & Riedel (2000)

Existen varias teorías genéticas, una de ellas es la programación genética propuesta por Bourliere la cual dice que la vejez sería consecuencia de accidentes genéticamente programados en las cadenas del DNA.

Estas teorías tratan de explicar, de qué forma las mutaciones pueden o no ser benéficos para el envejecimiento reconociéndolas como el motor que impulsa la evolución y la selección natural. Actualmente se considera a las mutaciones como un factor importante en los fenómenos del envejecimiento y la longevidad. Se ha mostrado un gran interés por los telómeros (secuencias repetidas de DNA ubicadas en los extremos de los brazos de los cromosomas) y proteínas asociadas, cuya función es proteger a los cromosomas. Éstos se acortan en cada división celular y eventualmente son demasiado cortos para permitir una nueva mitosis, lo que podría conducir al fin de la capacidad mitótica o límite de Hayflick, pero existen células que tienen enzimas llamadas telomerasas que previenen el acortamiento de los telómeros y por ende aseguran una reproducción infinita de veces, aquí nos referimos a las células cancerosas que son inmortales Pulido (2015).

Capilrosopatía senil: esta teoría fue propuesta por Bastal y Dogliotti admite que los capilares sanguíneos de la piel de los ancianos sufren una gran cantidad de alteraciones degenerativas de la misma forma que el resto de los capilares del cuerpo.

Teorías Psicológicas del envejecimiento

Aunque el aspecto psicológico está íntimamente relacionado con lo social y en el ámbito humano lo segundo depende de lo primero, las teorías sociales y psicológicas se describen como teorías psicosociales. En este trabajo primero se hará referencia a las modificaciones a nivel psicológico y posteriormente a las teorías psicosociales. Simone De Beauvoir relaciona a la vejez con las consecuencias psicológicas y de comportamiento que caracterizan la edad avanzada. “Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y su propia historia”. En la vejez “es una abstracción, considerar

por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: Se gobiernan mutuamente” Gonzales (2010).

Teorías sociales

Estas teorías difieren con las biológicas en que tienden a centrarse en los papeles y relaciones que ocurren al final de la vida. Cada una de las teorías debe juzgarse en el contexto de la época en que fueron formuladas Ballesteros (2007).

La sociología considera a la ancianidad como una etapa vital de creciente importancia. En este sentido existen diversas teorías que estudian la participación en la sociedad de las personas mayores, que explican el impacto demográfico y sus múltiples repercusiones de los fenómenos y problemas sociales asociados al envejecimiento, así como también explican la influencia de los aspectos culturales y sociales sobre el mismo.

Sociólogos, psicólogos y gerontólogos han elaborado diversos modelos del envejecimiento con el objeto de entender la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo Mishara & Riedel (2000). A continuación se explicarán dichos modelos.

La teoría de la modernización: se ubica dentro del modelo de Gognalons–Nicolet y destaca la situación actual del viejo caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral pues las nuevas exigencias generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos, al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación Ortiz (2005).

Teorías funcionalistas o teorías de la socialización: estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad. Defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima mermando la calidad de vida. Esta teoría postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas físicas y psicológicas que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. La persona, a lo largo del proceso de socialización, ha

interiorizado diferentes roles sociales que van a regir su conducta en función de normas socialmente admitidas, independientemente de los eventos que vayan surgiendo Ortiz (2005) Dentro de este marco se inscriben tres teorías principales:

Teoría de la actividad: Es la más antigua y se fundamenta en la importancia que en aquella época se les daba a los roles del individuo como la articulación principal entre lo psicológico y lo social. Trata de explicar los problemas sociales y las principales causas que contribuyen a la inadaptación del anciano Mishara & Riedel (2000)

A los viejos se les priva de ciertos roles (por ejemplo laborales) y los que quedan distan mucho de estar claramente definidos, y la confusión resultante conduce a un estado de anomia en donde el sujeto carece de propósito e identidad. En este sentido según la teoría de la actividad si nuevos papeles no remplazan a los pasados la anomia tiende a interiorizarse y el individuo se vuelve inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo. Para esta teoría la vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos Mishara & Riedel (2000)

Lo más importante en esta concepción es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñan. Luego se hizo mayor énfasis en la importancia de la calidad y la intensidad de las relaciones interpersonales, que en el número de roles asumidos, es decir será preciso reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas mayores nuevos papeles valorados por la sociedad Ortiz (2005); Mishara & Riedel (2000)

Enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

En la perspectiva actual esta teoría hace énfasis en la individualidad, en su autoconcepto, y no en el de la sociedad; no depende de las expectativas sociales para que el adulto mayor determine como provechosa el tipo de actividad elegida; no es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido Ortiz (2005)

En 1972 Lemond y colaboradores introducen una nueva variable intermedia que subraya más el aspecto cualitativo, en donde lo más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma. Así pues,

no es tampoco el énfasis en la cantidad de interacción que se tenga sino en el hecho de tenerla pero de una manera significativa. Cariou expresa: “en este sentido, el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada Ortiz (2005).

Por otra parte el “rol” que pierde el adulto mayor no significa siempre una frustración. Una vez que el individuo es liberado de papeles anteriores, tiene mayor disponibilidad de su tiempo, para hacer otras cosas que le gustan Ortiz (2005).

También estudia esta teoría los fenómenos del envejecimiento a partir de un funcionamiento psicosocial amplio, pero parece ser que la diversidad de situaciones psicológicas y sociales que integran el envejecimiento, revela la insuficiencia de los conceptos en el estudio del adulto mayor

Teoría de la desvinculación o del retraimiento: según esta teoría, el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen.

La desvinculación puede ser por decisión misma del interesado o por los otros miembros de este sistema. El individuo poco a poco deja de relacionarse en la vida social y esta a su vez le ofrece cada vez menos oportunidades.

Desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro, contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las jóvenes generaciones retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes Ortiz (2005).

Inicialmente este proceso parecía tener ventajas para ambas partes, pero tras diferentes estudios ha sido modificada para reflejar los estilos de vida de diferentes ancianos Mishara & Riedel (2000). Para responder a estas críticas los autores modifican la teoría en una doble dirección de diferenciar variables psicológicas individuales y la distinción de dos tipos de roles que sostienen a la vinculación: los “instrumentales” y los “socio-afectivos”. Los primeros se refieren principalmente a la adaptación activa al mundo exterior y los segundos a la integración interna del sistema y al mantenimiento de las configuraciones de los valores que influyen sobre sus fines Ortiz (2005)

Posteriores formulaciones han subrayado la diferencia de las adaptaciones individuales a la vejez y sustituido poco a poco la idea de la tendencia general al retraimiento, pero no existe siempre un acuerdo sobre la cuantificación de si el retraimiento es común o no, o si es beneficioso o perjudicial para el individuo afectado, ahora es cierto que si una persona que gradualmente queda aislada se adapta mejor en cuanto acepte la situación Mishara & Riedel (2000).

Para Cumming la diferencia de género en el proceso de envejecer estaría apoyado en que los varones han desarrollado principalmente roles instrumentales mientras que en las mujeres son fundamentalmente socioafectivo. La desvinculación será más o menos difícil según la presión social y la amplitud del trabajo y la transferencia del rol y la solidaridad que la persona tenga que operar. Se explica que las condiciones individuales de la persona se van a imponer en la manera de envejecer Ortiz (2005).

Otra crítica a esta teoría es que la misma se basa en la lógica interna de una sola forma de cultura como es el caso de la sociedad estadounidense, y esto no es aplicable a las demás culturas. No todas las sociedades están organizadas alrededor de criterios de éxito al interior de un sistema económico de producción en constante avance y funcionamiento que favorece a los jóvenes Ortiz (2005).

Por otro lado, Héru señala que “la desvinculación no sería un fenómeno espontáneo y natural y por lo tanto, buscado por el sujeto sino sería un ajuste psicológico a los acontecimientos que ocurren fuera de la voluntad del sujeto” Ortiz (2005)

Teoría de la continuidad: propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. Ortiz (2005)

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.

Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Según esta teoría desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente, el individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente, y a lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como “autoconcepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.

Para ella cada individuo tiende a producir su propio ambiente en función de su coherencia y éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando. El estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento. Este proceso no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad; el individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido, aunque la personalidad sea estable en esta etapa de la vida ella sigue evolucionando para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida Ortiz (2005).

Las críticas a esta teoría giran sobre todo en el sentido de continuidad como significado de estabilidad. En este sentido, la continuidad como única respuesta posible no podría integrar los cambios que se presentan con la edad. Esta hipótesis tiende más a satisfacerse a sí misma que a enriquecer una forma de actuar eficaz. De alguna manera permite señalar lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no permite actuar en el presente para mejorar una situación difícil. Sin embargo, cuenta con el mérito que le otorga recordar la influencia de la infancia en la vejez. Es siempre el mismo individuo el que evoluciona y se adapta. De la misma manera, restituye a la psicología su verdadero objeto de investigación: el hombre confrontado a las contingencias que la evolución de su organismo y la sociedad le imponen

Teorías derivadas del envejecimiento demográfico: que estudian la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población, y las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad disminuidas, hacen de las sociedades occidentales unas sociedades ancianas. Esta se discutirá en aspectos demográficos del envejecimiento.

Teoría del medio social: esta sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.

Según esta perspectiva en el nivel de actividad de un individuo influye: la salud, el dinero y los apoyos sociales. La salud se ve afectada en esta época la acumulación de los efectos de las enfermedades crónicas limitan las actividades de los individuos. La situación económica es otro factor importante. En los países latinoamericanos es una limitante para el nivel de actividad del anciano. Así mismo la existencia de apoyos sociales como una pareja o cónyuge, la familia, o relaciones sociales con las motivaciones adecuadas puede estimular el nivel de actividad Mishara & Riedel (2000)

Teoría de la construcción social de la vejez: Critica la imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento improductivo dependiente de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendido en las teorías anteriores.

Teoría de la liberación

Esta controvertida teoría afirma que el patrón de conducta adecuado de la persona mayor es liberarse de la sociedad en general en una retirada mutua y recíproca. Así como cuando se produce la muerte, ni el individuo mayor ni la sociedad se ven perjudicados y se mantiene el equilibrio social. La jubilación obligatoria fuerza a algunas personas mayores a retirarse de los papeles relacionados con el trabajo, acelerando el proceso de liberación. En algunas culturas, Villa & Rivadeneira (1999) las personas mayores permanecen vinculadas a la sociedad activa y ocupada durante toda la vida.

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, etc Villa & Rivadeneira (1999).

Teoría de la actividad

Esta contradice a la de la liberación, proponiendo que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito. Manteniéndose activo y ampliado las actividades que se disfruta en la edad media de la vida, la persona mayor tiene más probabilidades de disfrutar su vejez Gonzales (2010).

Marco contextual

La investigación se realiza en el centro día del adulto mayor 12 de octubre, ubicado en los Patios, dentro del centro día sus instalaciones están conformadas por dos salones cerrados con sillas y mesas para las actividades de los beneficiarios, también cuenta con un quiosco al aire libre en el cual están mesas de parques y domino, una zona verde amplia, cuenta con una cocina, cuatro baños ubicados en dos lugares diferentes, una cache de minitejo y bolas criollas y una parque biosaludable, además cuenta con servicios de agua y luz.

Los beneficiarios que van al centro día son adultos mayores que oscilan entre los 60 a los 95 años de edad, cada uno de estos pertenece a diferentes grupos según el barrio al que pertenecen y también a las actividades que desarrollan como lo son grupos de danzas, de grupos de cocina, deportes tradicionales y entre otros, algunos adultos son serviciales, amables y colaborativos, enérgicos y dinámicos, otros adultos mayores son más sedentarios y no les gustan las actividades, también hay adultos mayores con habilidades múltiples que asisten a este lugar.

También cuentan con el apoyo interdisciplinario de profesionales del área de salud como enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros funcionarios Aporta peculiaridades y elementos cualitativos y cuantitativos de las personas, ambiente o medio en el que se desarrolla la investigación.

Por último, el centro está abierto en un horario de 8:000 am a 12:00pm y de 2:00 pm a 6:00pm, está abierto a los adultos que deseen asistir y participar de las actividades que a diario se realizan.

Marco legal

En esta sección se describen las leyes nacionales relacionadas con el tema de interés al igual que las leyes que deben cumplir las instituciones para poder acobijar esta población.

Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina Derechos de las personas mayores en los instrumentos de las Naciones Unidas La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Establece algunos derechos fundamentales, entre los que se encuentran la igualdad y la prohibición de la discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, entre otros. Todos los cuales son extensivos a las personas mayores y de importancia fundamental para el desarrollo de las libertades en la vejez, constituyendo un modelo o patrón moral para guiar las acciones de los Estados en la materia. Un desarrollo más amplio se encuentra en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Por esto en el año 1999, a propósito del Año Internacional de las Personas de Edad, el Comité preparó un documento de comentarios generales sobre la aplicación a las personas mayores de diversos artículos y disposiciones del Pacto, los que se exponen a continuación.

Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3): Implica que los Estados Parte deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas, independiente de su género, que carezcan de recursos para alcanzar una edad especificada en la legislación nacional.

Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8): Entraña que los Estados Parte deben adoptar medidas que eviten la discriminación por cuestión de edad en el empleo y la profesión, garantizar condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, dar empleo a trabajadores de edad avanzada en circunstancias que permitan hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, y poner en marcha programas de jubilación reparatorios.

Derecho a la seguridad social (artículo 9): Implica que los Estados Parte deben establecer regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos de otra fuente.

Derechos protección a la familia (artículo 10): Establece que los gobiernos y las ONG tienen el deber de crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas de edad en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.

Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11): Implica que las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, autosuficiencia, y otras, y establece el desarrollo de políticas que favorezcan la vida en sus hogares por medio del mejoramiento y adaptación de sus viviendas.

Derecho a la salud física y mental (artículo 12): Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida.

Derecho a la educación y cultura (artículo 13): Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos, y ii) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes (ibíd.).

Derechos de las personas mayores en los instrumentos de la Organización de Estados Americanos (OEA).

En el marco de la OEA, La Convención entró en vigencia en 1969, mientras que el Protocolo casi 20 años más tarde. Al igual que la Declaración Universal, la Convención Americana de Derechos Humanos incluye la edad como “otra condición social” objeto de

discriminación que debe ser erradicada. No obstante, también comprende algunas disposiciones particulares en:

El artículo 4 sobre Derecho a la vida, específicamente la no imposición de la pena de muerte para los mayores de 70 años.

El artículo 23, sobre Derechos políticos, la posibilidad de reglamentar el ejercicio en cargos públicos a partir de determinada edad. No ocurre lo mismo en el Protocolo de San Salvador, que establece medidas específicas dirigidas a las personas mayores tanto en

El artículo 9, donde se indica que “toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez”,

El artículo 17, sobre protección a los ancianos, que señala: Toda persona tiene derecho a la protección especial durante su ancianidad.

En tal contenido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas,

- Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos

- Estimular la formación de organizaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

(Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988).

Al ser un instrumento vinculante, el artículo 17 del Protocolo de San Salvador obliga a los Estados Parte a garantizar progresivamente la protección y el disfrute de los derechos

básicos (alimentación y atención médica), el derecho al trabajo y la participación en la vejez.

La resolución CE130.R19 sobre la salud y el envejecimiento de la OPS (2002).

Insta a los Estados a que “aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores” (OPS, 2002) y realicen, entre otras actividades, las siguientes:

- Adopten prioridades de atención en salud apropiadas para las personas mayores, y fijen metas con enfoque de género y estrategias de vigilancia en las áreas de salud CEPAL - SERIE Población y desarrollo No 51 17 nutricional, actividad física, lesiones no intencionales, incluidas la prevención de las caídas y la salud mental;
- Incrementen el acceso a la atención en salud de manera apropiada, así como el acceso a medicamentos esenciales a las personas mayores, especialmente aquéllas que carecen de recursos; y
- Promuevan iniciativas de atención comunitaria y a largo plazo y reglamenten la prestación de asistencia a las poblaciones vulnerables.

La Constitución Política Colombiana.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia, la legislación interna y la jurisprudencia constitucional, constituyen el marco legal de los derechos humanos en nuestro país. Sin embargo, los desarrollos normativos sobre derechos humanos de las personas adultas mayores son de reciente aparición en el contexto latinoamericano, tomando como punto de referencia el Protocolo de San Salvador, suscrito en noviembre de 1988 y ratificado por Colombia, ocho años después, mediante Ley 319 de 1996.

Ley de protección social integral.

El Sistema de la Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos:

(Art. 1, Ley 789 de 2002) Utiliza un enfoque centrado en el riesgo social (prevención, mitigación y superación), especialmente en situaciones de crisis, y de acuerdo a la vulnerabilidad específica de cada grupo humano.

En Colombia, existen los llamados “Centros Día”, para la atención de adultos mayores, según lo explica la Alcaldía de Bogotá. Estos centros facilitan la atención de calidad con actividades recreativas y artísticas; además cuentan con áreas múltiples, enfermería, zonas de juegos, sala de juntas, comedor, cocina y baños. En Bogotá, según cifras de 2017, existen cerca de 22 centros de atención para la tercera edad, cuyo único requisito es tener más de 60 años.

La Ley 1893 de 2018.

Amplió las causales de indignidad del Artículo 1025 del Código Civil calificando como indigno y, por tanto, excluido de la herencia a quien estando obligado a suministrar alimentos haya dejado en situación de abandono al causante, categoría dentro de la cual se encuentra el adulto mayor, indicó el profesor.

Por otro lado, el marco legal de protección al adulto mayor no se limita a asegurarle derechos vinculados a la vivienda digna, la alimentación y la recreación, sino también a la educación. En este último caso, no es muy común conocer que, entre los beneficios que tienen los adultos mayores de 60 años, está el de acceder a un descuento del 50% en el costo de su matrícula en universidades públicas en Colombia.

Metodología

Diseño

Dentro de este capítulo, se especificará la metodología que fue empleada para obtener la información que se necesita para la elaboración de la presente tesis. Se especificaron los elementos necesarios para poder llevar a cabo el análisis del deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Según (Sampieri R. H., 2014), el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. En esta investigación se maneja este enfoque debido a que se utiliza una prueba estandarizada la cual permite clasificar por rangos de edades el deterioro cognitivo que tiene el adulto mayor, por lo tanto permite estandarizar los resultados y poder realizar una investigación más confiable.

La presente investigación consistió en un estudio correlacional, cuantitativo, que tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular Hernández et al. (1998) para esta investigación se ubican cuatro variables, que son las variables de grado de escolaridad, edad, género y estabilidad económica

Población

La población que participo en esta investigación se encuentra ubicada, en el Centro Día del Adulto Mayor del Doce de Octubre del Municipio de los Patios, a la institución asisten 180 adultos mayores, quien realizan actividades lúdicas en el transcurso de la semana dirigidas por un equipo multidisciplinario de profesionales del área de la salud entre ellos se encuentran cuatro enfermeras, dos terapeutas ocupacionales, una trabajadora social y un psicólogo, además de estos profesionales también cuentan con el apoyo de diferentes estudiantes de universidades que realizan sus prácticas formativas en esta entidad.

Muestra

Comprende una muestra probabilística en la que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra, se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la misma por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

De acuerdo a esto se escoge el tipo de muestra aleatoria simple, ya que es una técnica basada en la selección de personas a través de números aleatorios y se utiliza cuando no es posible conocer todos los elementos que se encuentran en la población de estudio (Bendeck, Suaza, & Vega, 2018). En este caso por medio de un procedimiento estadístico y el uso de técnicas de muestreo (Tómbola) se obtuvo una muestra de 64 adultos mayores del centro adulto mayor del municipio de Los Patios divididos de manera significativa y proporcional de 16 participantes por cada uno de las diferentes secciones que se encuentran divididas en el lugar.

Características.

Dentro de los criterios de inclusión de la investigación es importante tener en cuenta que para la participación, fueron adultos mayores con una edad comprendida entre los 60 a 95 años, estar incluidos en el programa del Centro Día del Adulto Mayor del Municipio de Los Patios, para poder aplicar el Mini Mental de Folstein.

Proceso estadístico.

Formulas.

N: Población

P: Probabilidad de ocurrencia

q: Probabilidad de no ocurrencia

e: error

n': muestra sin ajustar

$$n' = \frac{(p) \cdot (q)}{(e)^2}$$

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

N: 180

p: 50% = 0.50

q: 50% = 0.50

e: 5% = 0.05

$$n' = \frac{(0.50) \cdot (0.50)}{(0.05)^2} = \frac{0.25}{0.0025} = 100$$

$$n = \frac{100}{1 + \frac{100}{180}} = \frac{100}{1.55} = 64.5 \approx 64$$

Hipótesis

H1. Las variables sociodemográficas de grado de escolaridad, género y nivel socioeconómico determinan el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor.

H2. Existe relación entre el deterioro cognitivo edad genero escolaridad y estabilidad económica.

Procedimiento

Se seleccionó el Centro día del adulto mayor 12 de octubre del municipio de Los Patios como lugar de estudio a través de una entrevista semiestructurada con la representante legal de la institución en “la Alcaldía de los Patios”, donde se presta el servicio de actividades físicas, psicológicas, médicas y culturales a los adultos mayores en el municipio de los Patios, se consideró pertinente para la presente investigación el establecimiento anteriormente descrito, ya que es una institución de carácter público donde asisten de manera voluntaria los adultos mayores por sus condiciones físicas y económicas, además de ser un lugar de recreación y reintegración a la comunidad por medio de actividades culturales, sería relevante poder aplicar un instrumento que permita identificar el nivel cognitivo de los beneficiarios a esta institución.

Para ello se expide y radica una carta ante la Directora de la Institución, la cual es aprobada y remitida a la psico-orientadora para su desarrollo y colaboración en la realización de la investigación. Debido a que la entrevista fue desarrollada a principios

del año 2018 y la investigación continuara hasta el año 2019 por alcances y limitaciones que se han presentado, siendo pertinente actualizar la carta de presentación (Apéndice B).

Posteriormente se acordó con la Psico-orientadora de la Institución un día del mes de Abril para llevar a cabo la aplicación del instrumento, allí se ejecutó un proceso estadístico según el tipo de muestreo escogido. Como primer paso se realizó por cada grupo del centro día, se realizó la presentación y la selección de las personas que cumplieran con las características propuestas, una vez escogidas las personas se aplica la fórmula respectiva de la muestra, arrojando así la cantidad de personas para la aplicación del cuestionario, seguidamente se empleó la estrategia de tómbola en el salón abierto del centro día con las personas de cada comunidad y así poder escoger la muestra representativa y proporcional para cada uno de los grupos.

Es decir, se tiene en una bolsa plástica de color negro cuadros de papel con la cantidad de adultos que cumplieran las características por comunidad, allí se colocaron inmerso 8 números repetidos los cuales si el adulto mayor escogía aleatoriamente uno de ellos, permanece en el lugar asignado para la aplicación del cuestionario ya que son aquellos los seleccionados como muestra representativa por cada comunidad y los demás adultos mayores fueron descartados regresando a sus actividades cotidianas. Así sucesivamente se realizó el proceso con cada curso hasta obtener 16 adultos mayores por cada uno para un total de 64 participantes.

Entorno a la aplicación de la prueba estandariza a la muestra representativa escogida por cada comunidad del centro día 12 de octubre, se realiza un consentimiento informado como autorización de los adultos mayores donde aceptaban participar de la investigación, ya que al estar autorizados por la Directora se podrá realizar dicha investigación en la institución.

Por último, se tabularon las puntuaciones obtenidas de la prueba estandarizada por medio del programa ofimático “Excel” y el programa SPSS, del cual se obtuvieron las correlaciones y se obtuvieron los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, para así poder realizar un informe a la institución sobre la prevalencia de la problemática.

Instrumento

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE)), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Es un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son:

Orientación en tiempo (5 puntos): Se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días.

Orientación en lugar (5 puntos): Se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.

Registro de 3 palabras (3 puntos): Se pide al paciente que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionarán (usualmente casa, zapato y papel) y tiene que repetir las. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.

Atención y cálculo (5 puntos): Se pide que reste a 100 el número 7 y continúe restando de su anterior respuesta hasta que el explorador lo detenga. Por cada respuesta correcta se otorga un punto, y debe detenerse después de 5 repeticiones correctas.

Evocación (3 puntos): Se le pide que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se otorga un punto

Nominación (2 puntos): Se muestra un lapicero y un reloj, el paciente debe nombrarlos. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.

Repetición (1 punto): Se pide al paciente que repita la siguiente oración: "Tres perros en un trigal", se otorga un punto si puede realizar la acción.

Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta.

Lectura (1 punto) Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez.

Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.

Dibujo (1 punto): Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (véase imagen anterior). Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

Se recomienda aplicarla en un lugar propicio, confortable y libre de distractores o intrusiones; que se realice de forma individual y sin limitar el tiempo que el sujeto tarda en responder.

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible.

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba: Entre 24 y 30: Sin Deterioro. Entre 19 y 23: Dudoso o Posible Deterioro. Entre 14 y 18: Leve a Moderada. Entre menor de 14: Grave.

Análisis de Información

Debido a que la muestra de la presente investigación es de un total de 64 personas, para poder realizar el análisis de los datos, se utilizó una de las aplicaciones de Microsoft denominada "Excel", ya que es un programa de uso fácil, en el que basta con saber utilizar las operaciones básicas para poder manejarlo. Por medio de este software se podrá realizar hojas de cálculo para trabajar con números de forma sencilla y asimismo permitir condensar la información en forma de gráficos, partiendo de los datos introducidos.

También se utilizó el SPSS programa estadístico más conocido por la capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis, este programa permite realizar la correlación de las variables que se van investigar y arroja las gráficas y los resultados estadísticos de las correlaciones obtenidos de los datos cuantificados..

Recursos

Durante el desarrollo del trabajo se utilizaron los siguientes recursos humanos, materiales e institucionales.

Humanos.

En cuanto a las personas que estuvieron involucradas con la investigación y al mismo tiempo han permitido el avance de la misma, se encuentran el directora del programa de adulto mayor del, la psico-orientadora, el conjunto profesionales multidisciplinarios y los estudiantes de prácticas de otras universidades. Por otro lado, también se encuentran el cuerpo docentes de la Universidad de Pamplona, que con sus aportes y asesorías también contribuyeron al progreso de la investigación, entre ellos se encuentran, Yijad Ordoñez Yaber, Maria Judtih Bautista, Wilmer Mendoza y la asesora de la tesis la Ps. Karina Arinel Fernández Bedón. Y a su vez, la psicóloga en formación quien llevo la dirección del trabajo investigativo.

Materiales.

Los recursos materiales necesarios fueron los siguientes: computador, cartas de presentación, consentimientos informados, copias del cuestionario, lápices, libros.

Institucionales.

Entre los recursos institucionales se hallan, el Centro Día 12 de Octubre del Municipio de Los Patios, la Universidad de Pamplona, junto con la biblioteca y los recursos institucionales de la misma.

Tecnológicos.

Como recurso tecnológico se utilizará el programa estadístico llamado “Excel” y el programa estadístico SPSS.

Resultados

La relación entre las variables sociodemográficas y el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores se realizó mediante la prueba de asociación de chi cuadrado, y se valoró la fuerza de asociación mediante el coeficiente v de cramer en variables nominales (género, estabilidad económica) y el coeficiente tau b de kendall en variables ordinales (edad, nivel de escolaridad). Las conclusiones se dieron bajo una significancia estadística de 0,05.

Tabla 2

Resultado generales del Mini Examen del Estado Mental

Clasificación del Mini Examen del Estado Mental	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro grave	11	17,2
Deterioro moderado	23	35,9
Deterioro leve	21	32,8
Normal	9	14,1
Total	64	100,0

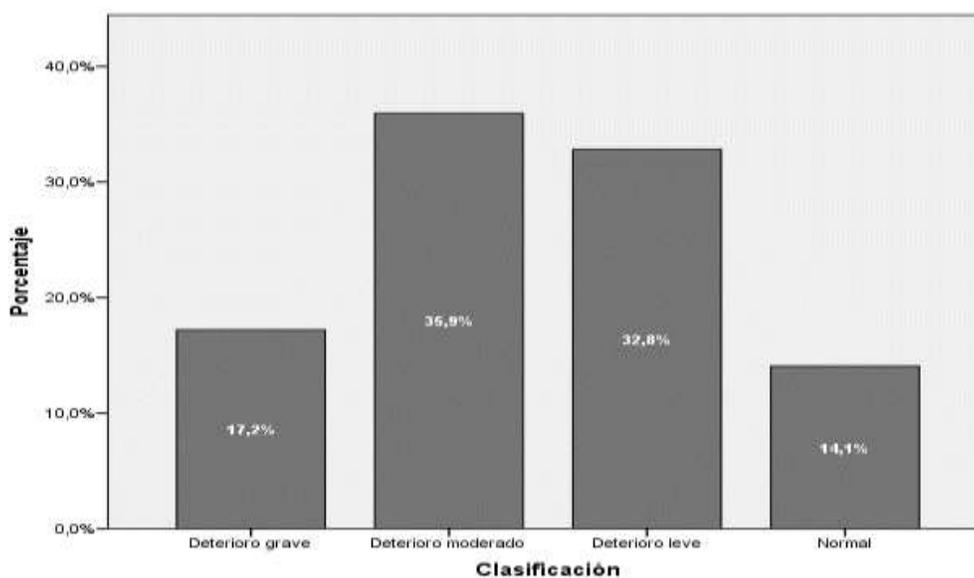


Figura 1: *Resultados generales de la prueba estandarizada MMSE*

En esta gráfica, se puede determinar el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro día “Doce de octubre” del Municipio de Los Patios, a través de la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE), que permita la clasificación de deterioro normal, leve, moderado, y deterioro grave, lo datos estadísticos arrojados por la aplicaron fueron:

Muestra de 64 personas participantes, el 14,1 % no presentan ningún tipo de deterioro cognitivo; por otro lado el 32.8% de las personas presenta un deterioro cognitivo leve, el 35,9% presentan deterioro moderado, es una cifra preocupante junto a la siguiente escala, donde 13 personas, es decir, el 17,2% presentan un deterioro cognitivo grave, esto indica, que existen niveles altos de deterioro cognitivo en los adultos mayores de esta institución.

Tabla 3

Clasificación de género, edad y grado de escolaridad

Género	Nivel de Escolaridad	Edad (agrupada)			Total n(% columna)
		60 - 75 años n(% fila)	76 - 89 años n(% fila)	90 o más n(% fila)	
Femenino	Analfabeta	9(56,3)	6(37,5)	1(6,3)	16(44,4)
	Primaria	6(42,9)	7(50,0)	1(7,1)	14(38,9)
	Secundaria	4(66,7)	2(33,3)		6(16,7)
	Total	19(52,8)	15(41,7)	2(5,6)	36(100,0)
Masculino	Analfabeta	2(25,0)	6(75,0)		8(28,6)
	Primaria	9(56,3)	7(43,8)		16(57,1)
	Secundaria	1(100,0)	0(0,0)		1(3,6)
	Superior	1(33,3)	2(66,7)		3(10,7)
	Total	13(46,4)	15(53,6)		28(100,0)
Total	Analfabeta	11(45,8)	12(50,0)	1(4,2)	24(37,5)
	Primaria	15(50,0)	14(46,7)	1(3,3)	30(46,9)
	Secundaria	5(71,4)	2(28,6)		7(10,9)
	Superior	1(33,3)	2(66,7)		3(4,7)
	Total	32(50,0)	30(46,9)	2(3,1)	64(100,0)

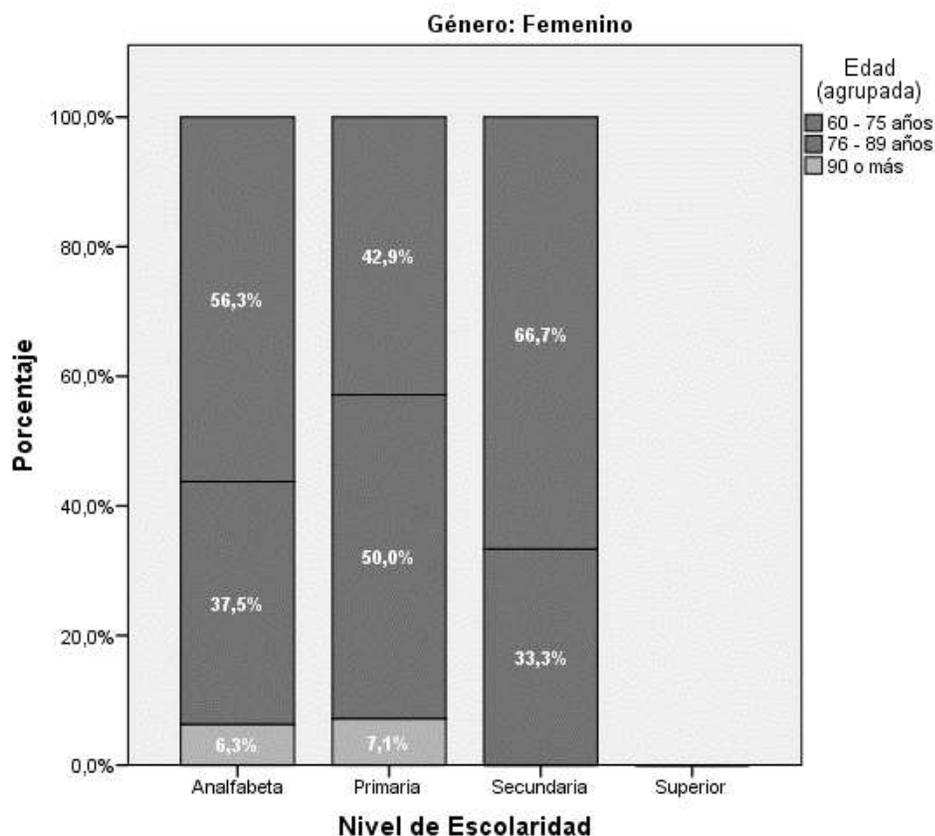


Figura 2. Resultados nivel de escolaridad género femenino

En la gráfica anterior, se observa que se clasificó el género femenino según la clasificación de la OMS (2016), a continuación encontrara el análisis según la edad:

En la clasificación de 60 a 75 años de edad, se observa que en la categoría de escolaridad existe un 56,3% de mujeres analfabetas, en el nivel de escolaridad de primaria existe un 42,9% de mujeres, en el nivel de secundaria existe un 66,7% de mujeres y no existe en ninguna participante en la categoría de educación superior.

En la clasificación de 76 a 89 años de edad, donde se observa que en el nivel de escolaridad analfabeta se encuentra un 37,5%, en el nivel de primaria hay una población de 50,0% y en el nivel de secundaria se encuentra un 33,3% de mujeres.

En la última clasificación de 90 años en adelante, en el nivel de escolaridad analfabeta se encuentra un 6,3% de mujeres en este nivel y un 7,1% de mujeres en el nivel de escolaridad de primaria.

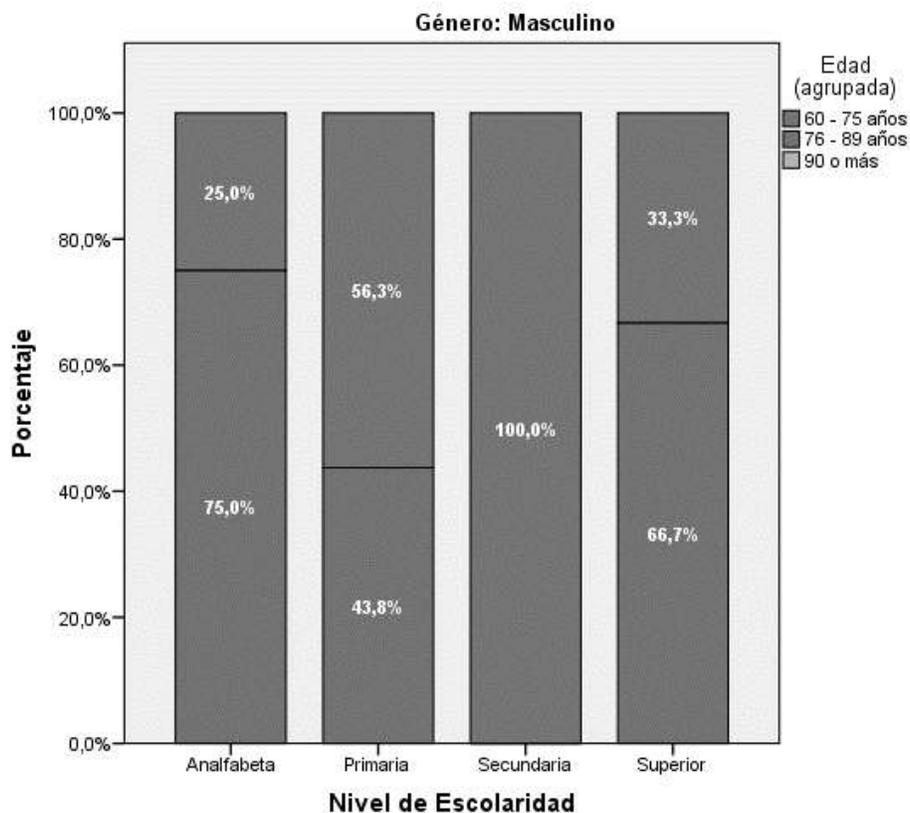


Figura 3: Resultado nivel de escolaridad género masculino

En la gráfica anterior, se observa que se clasificó el género masculino según la clasificación de la OMS (2016), a continuación encontrara el análisis según la edad:

En la clasificación de 60 a 75 años de edad, se observa que en la categoría de escolaridad analfabeta existe un 25,8% hombres, en el nivel de escolaridad de primaria existe un 56,3% de hombres, en el nivel de secundaria existe un 100% hombres y nivel de educación superior hay un 33,3% de hombres.

En la clasificación de 76 a 89 años de edad, donde se observa que en el nivel de escolaridad analfabeta se encuentra un 75% de hombres en esta categoría, en el nivel de escolaridad primaria hay una población de 43,8% y en el nivel de secundaria no existe ninguna población participante y en el nivel de educación superior de 66,7% de hombres.

En la última clasificación de 90 años en adelante, no hay ningún hombre en esta categoría de edad y escolaridad.

Tabla 4

Estabilidad económica

Estabilidad Económica	Frecuencia	Porcentaje
Jubilación	18	28,1
Dependen de la familia	17	26,6
Trabaja	17	26,6
Depende de la institución	12	18,8
Total	64	100,0

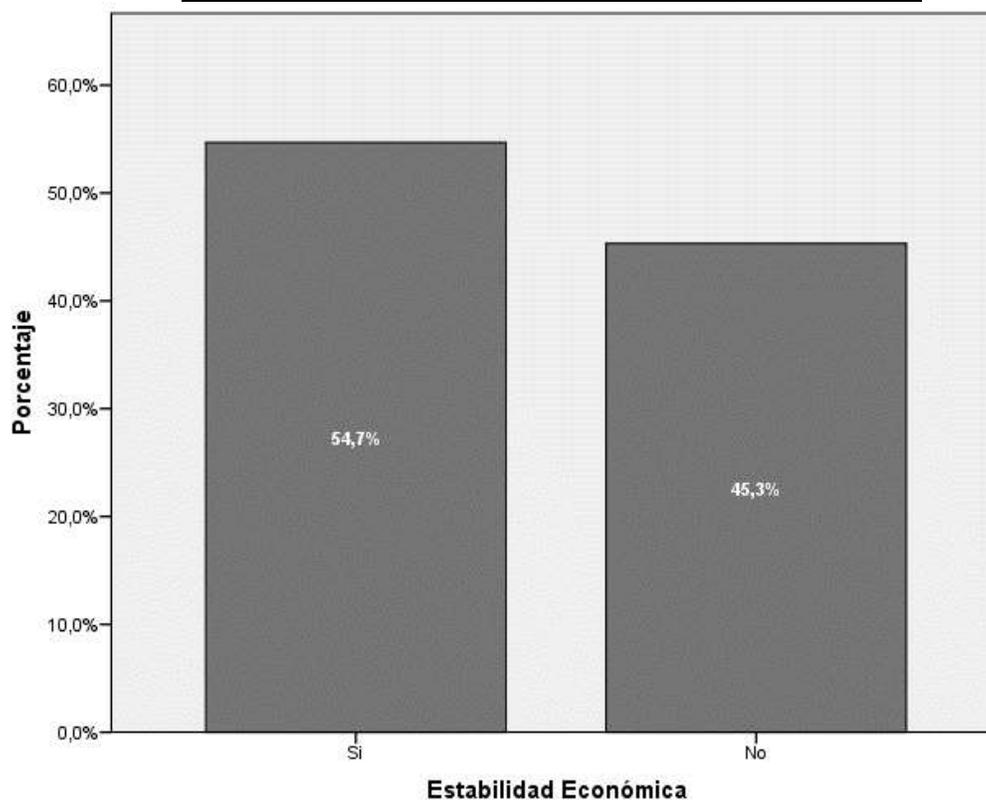


Figura 4: Resultado estabilidad económica

En la gráfica anterior se observan dos variables de sí y no; donde el sí representa el 54,7% donde se incluyen dos categorías si el adulto mayor posee una estabilidad económica este 54,7% se divide en un 28,1% que pertenece a que el adulto mayor está jubilado y el 26,6% tiene un estabilidad económica por parte de la familia.

En la categoría del no con el 45,3% de los adultos mayores, no tiene un estabilidad por dos razones, la primera corresponde a un 26,6% que aun trabaja para mantener sus necesidades y el otro 18,8% depende de los recursos que proporciona la institución al adulto mayor.

Tabla 5.
Correlación de género y deterioro cognitivo

Variables	Categorías	n	Clasificación				Valor p
			Deterioro grave n(% fila)	Deterioro moderado n(% fila)	Deterioro leve n(% fila)	Normal n(% fila)	
Género	Femenino	36	6(16,7)	15(41,7)	13(36,1)	2(5,6)	0,239
	Masculino	28	5(17,9)	8(28,6)	8(28,6)	7(25,0)	
Edad (agrupada)	60 - 75 años	32	2(6,3)	9(28,1)	14(43,8)	7(21,9)	0,001
	76 - 89 años	30	8(26,7)	13(43,3)	7(23,3)	2(6,7)	
	90 o más	2	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Nivel de Escolaridad	Analfabeta	24	10(41,7)	14(58,3)	0(0,0)	0(0,0)	0,001
	Primaria	30	1(3,3)	7(23,3)	19(63,3)	3(10,0)	
	Secundaria	7	0(0,0)	2(28,6)	2(28,6)	3(42,9)	
	Superior	3	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)	
Estabilidad Económica	Si	35	1(2,9)	13(37,1)	12(34,3)	9(25,7)	0,001
	No	29	10(34,5)	10(34,5)	9(31,0)	0(0,0)	

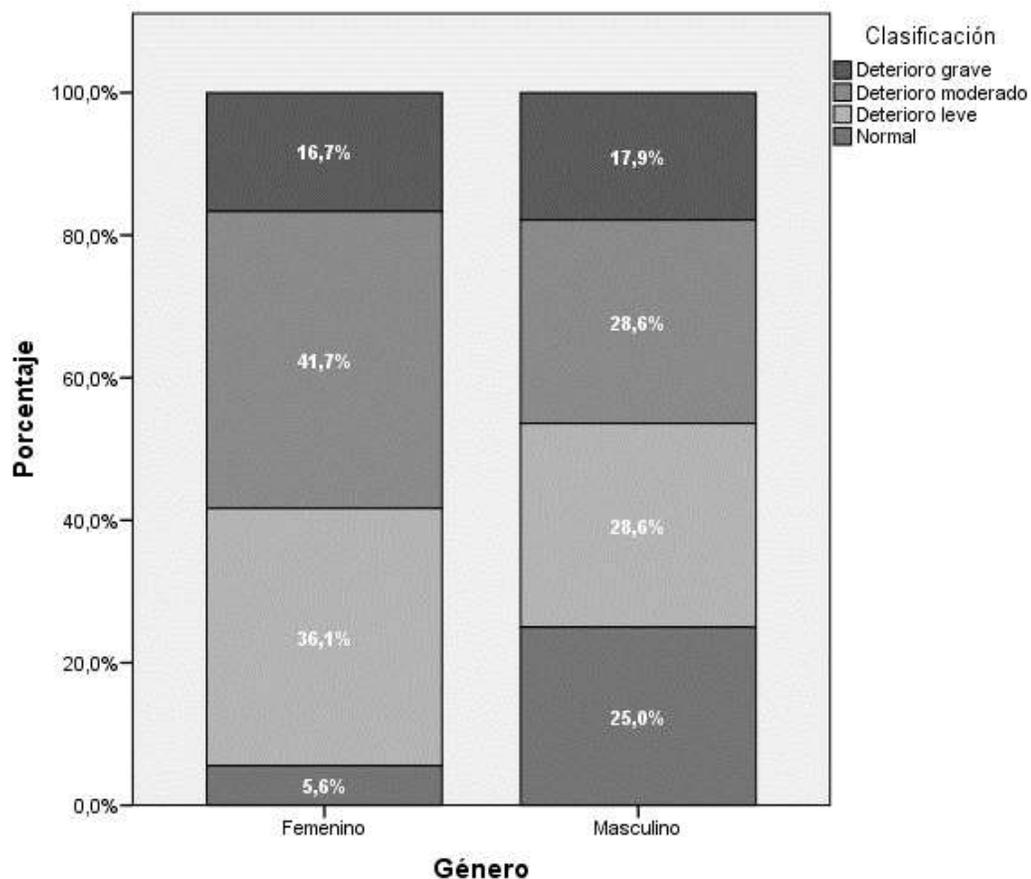


Figura 5. *Correlación de género y deterioro cognitivo*

El nivel de deterioro cognitivo no difiere respecto al género de los adultos mayores ($p = 0.239$); en las mujeres predominó el deterioro moderado (41.7%), mientras que en los hombres el deterioro cognitivo moderado o leve (28.6% respectivamente).

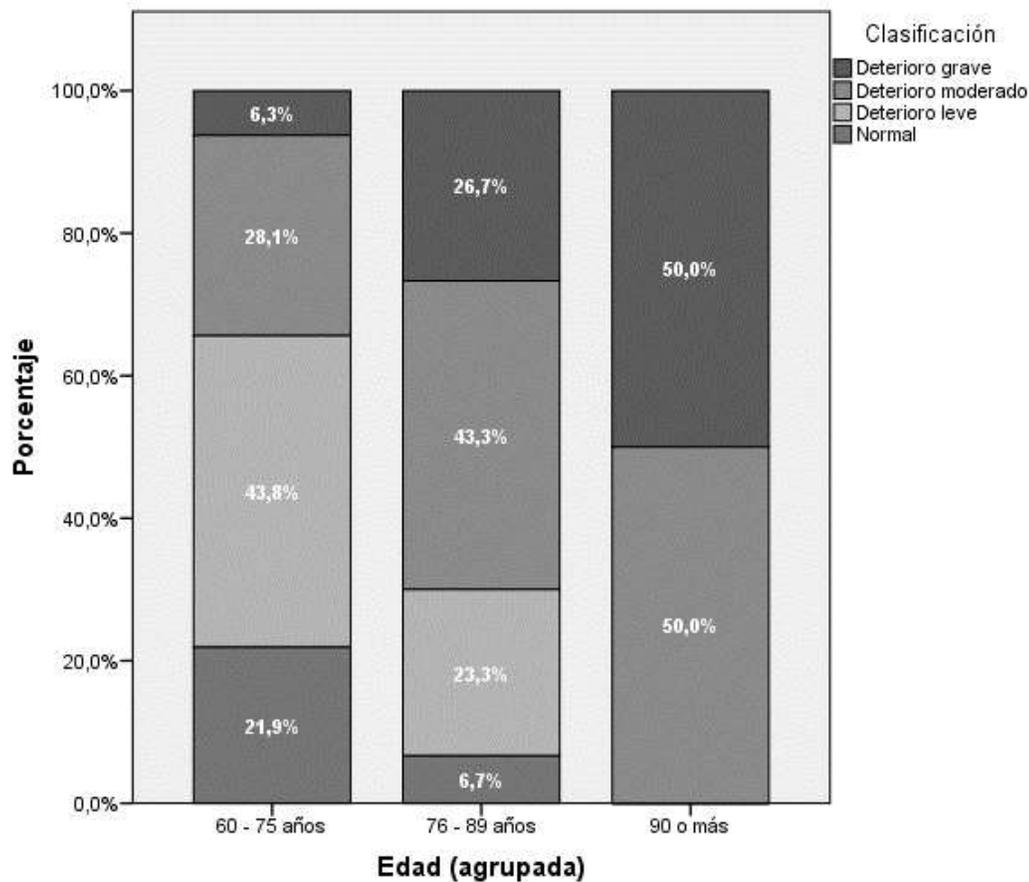


Figura 6. *Correlación edad y deterioro cognitivo*

Se observó asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la edad del adulto mayor; A mayor edad, mayor deterioro cognitivo ($p = 0.001$). En los adultos mayores entre 60 y 75 años predominó el deterioro cognitivo leve (43.8%), mientras que en el grupo de 76 a 89 años el deterioro cognitivo moderado (43.3%) y en los mayores de 90 años el deterioro cognitivo grave (50%).

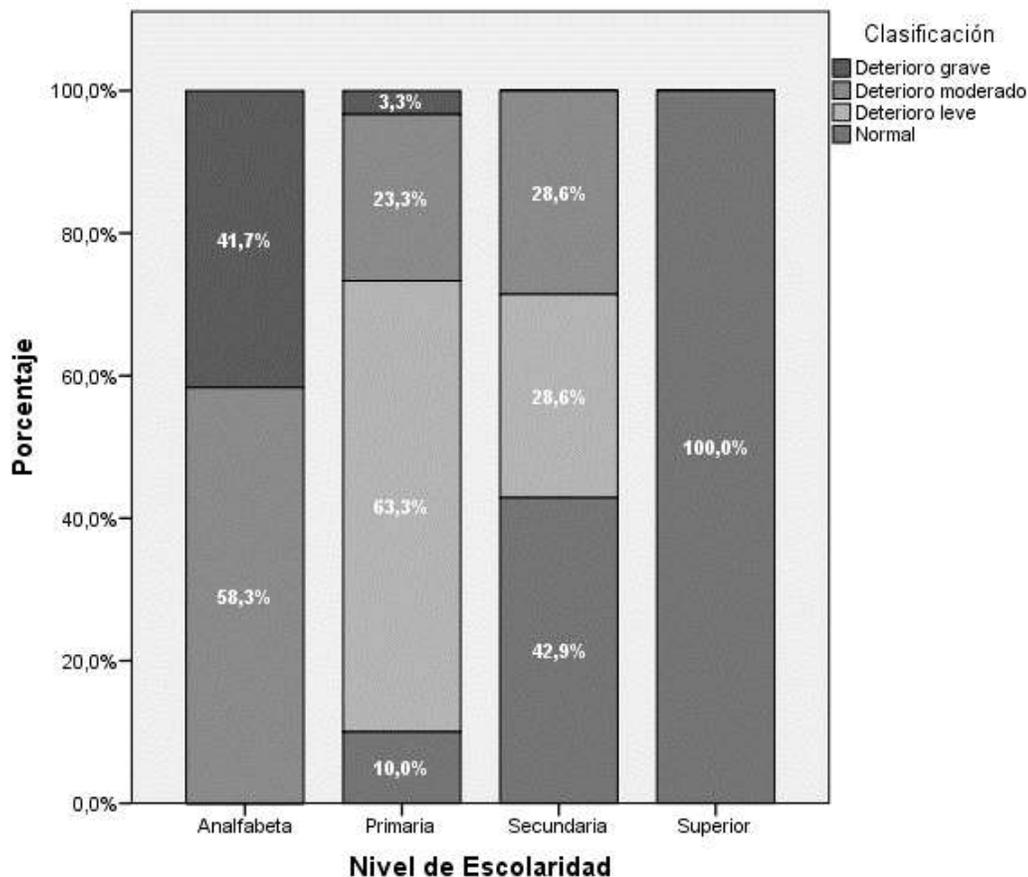


Figura 7. Correlación nivel de escolaridad y deterioro cognitivo

Se observó asociación inversa y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el nivel de escolaridad; a mayor nivel de escolaridad menor deterioro cognitivo en los adultos mayores ($p = 0.001$). En el grupo de adultos mayores sin nivel de instrucción (analfabetas) prevalece un deterioro cognitivo grave (41.7%); en aquellos con nivel educativo primaria predomina el deterioro cognitivo leve (63.3%), a diferencia de los adultos mayores con nivel educativo secundaria o superior, donde prima una clasificación normal (42.9% y 100% respectivamente).

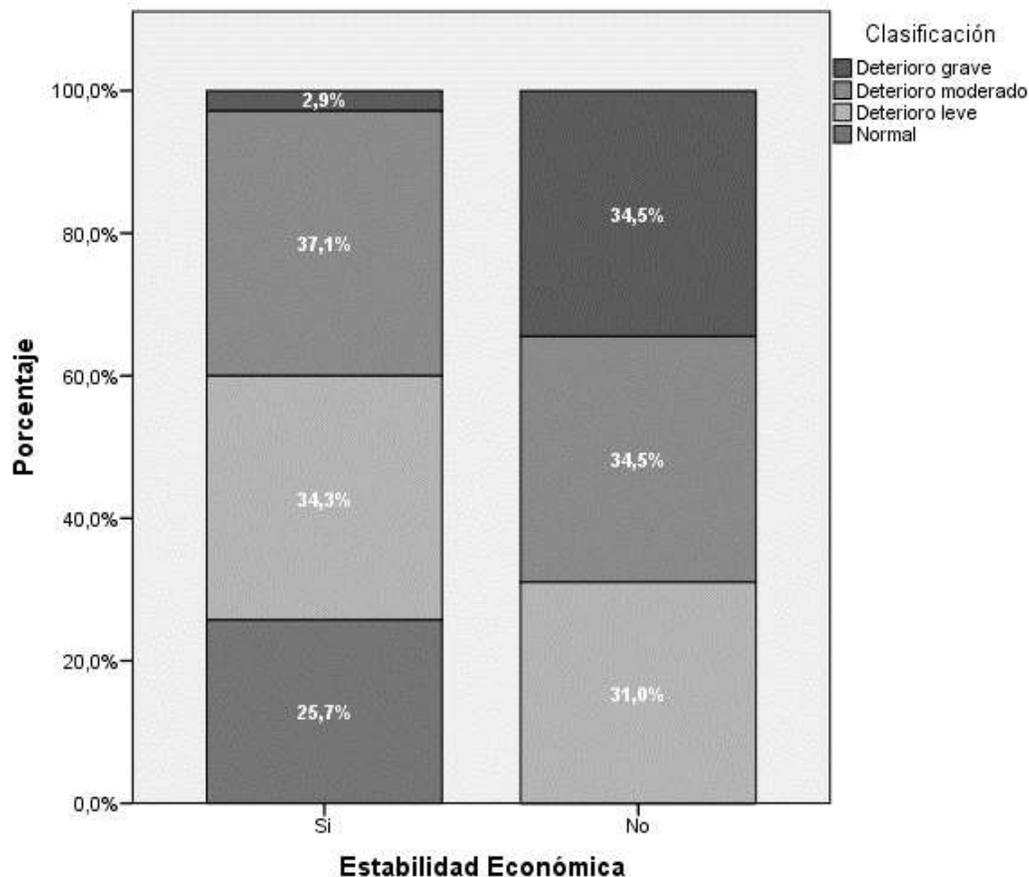


Figura 8. *Correlación estabilidad económica y deterioro cognitivo*

Se determinó asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la estabilidad económica ($p = 0.001$); la mayoría de los adultos mayores con estabilidad económica exhibe un nivel de deterioro cognitivo moderado (37.1%) aunque se clasificaron algunos adultos mayores como normales (25.7%), a diferencia de los adultos mayores sin estabilidad económica, donde la mayor parte presenta deterioro cognitivo grave (34.5%) y no se clasificó ningún caso como normal.

Discusión

Esta investigación tiene como principal objetivo, analizar la relación entre el deterioro cognitivo con variables sociodemográficas en adultos mayores del Centro día “Doce de octubre” del Municipio de Los Patios.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba estandarizada (MMSE) de una población total de 180 adultos mayores que participaron se tomó una muestra de 64 personas participantes, el 14,1 % no presentan ningún tipo de deterioro cognitivo; por otro lado el 32.8% de las personas presenta un deterioro cognitivo leve, el 35,9% presentan deterioro moderado, es una cifra preocupante junto a la siguiente escala, donde 13 personas, es decir, el 17,2% presentan un deterioro cognitivo grave, esto indica, que existen niveles altos de deterioro cognitivo en los adultos mayores de esta institución.

De acuerdo a la hipótesis 1 planteada las variables sociodemográficas de grado de escolaridad, género y nivel socioeconómico determinan el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor, teniendo en cuenta estas variables ninguna determina el grado de deterioro cognitivo debido al que va pertenecer el adulto mayor, por otro lado las variable de nivel de escolaridad, la estabilidad socioeconómica y la edad son potencializado res de la adquisición de esta enfermedad en la vejez, Comesañe & Gonzales (2009) afirman que un nivel bajo o carente de escolaridad afecta acelera el nivel de deterioro en el adulto mayor; y no solo la escolaridad es un factor de preocupación también el género hace parte de estadísticas donde se observa un nivel alto de deterioro en las mujeres que en los hombres.

Como segunda hipótesis se estableció si existe relación entre el deterioro cognitivo edad genero escolaridad y estabilidad económica, como se observaron en los resultados las correlaciones con mayor incidencia a la hora de adquirir deterioro cognitivo son las variables de la edad y el nivel de escolaridad, quienes influyen más en los procesos de deterioro y pérdida de los funciones cerebrales de manera progresiva.

Finalmente en dicha investigación se observó el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores, es decir se pudo evidenciar, el grado de deterioro que existe entre cada una de las etapas de envejecimiento del adulto mayor. Sin embargo para algunos participantes reconocen que el no tener un nivel de escolaridad más alto es consecuencia de la pérdida de su función cerebrales (OMS, 2019), donde se ve afectado sus funciones biológicas y también psicológicas, lo cual disminuye la capacidad de procesamiento y almacenamiento de la memoria.

Por ello es importante realizar estrategias de prevención y promoción de la salud en el adulto mayor, para Diez (2004) el estudio del envejecimiento normal en el humano puede tener muchas metas, pero desde el punto de vista social las más importantes se enfocan en el desarrollo de estrategias que prevengan o reduzcan al mínimo los estragos propios de la vejez y en el diseño de mejores técnicas terapéuticas para las principales incapacidades geriátricas. Por eso las instituciones que presten servicios a la población adulta mayor, deben dirigir sus actividades y sus metas a la mejor del bienestar físico y la salud mental de cada uno de los beneficiarios.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos por a través de la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE), se puede evidenciar que en el centro día del doce de octubre del municipio de los patios, los adultos mayores presentan un 35,9% de deterioro moderado, se observa que tienen sus procesos psicológicos en un nivel óptimo de funcionamiento, sin embargo existe la posibilidad que con el paso de los años se puedan ver afectados si no mantiene un ejercita miento mental en estos procesos y una buena actividad física que ayude a contrarrestar el factor edad y los efectos negativos que trae consigo el ir subiendo de etapa en etapa a la hora del envejecimiento.

De los resultados individuales entre el deterioro cognitivo y la edad del adulto mayor; se concluye que a mayor edad, mayor deterioro cognitivo. En los adultos mayores entre 60 y 75 años predominó el deterioro cognitivo leve (43.8%), mientras que en el grupo de 76 a 89 años el deterioro cognitivo moderado (43.3%) y en los mayores de 90 años el deterioro cognitivo grave (50%).

También se observó una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el nivel de escolaridad; a mayor nivel de escolaridad menor deterioro cognitivo en los adultos mayores. En el grupo de adultos mayores sin nivel de instrucción (analfabetas) prevalece un deterioro cognitivo grave (41.7%); en aquellos con nivel educativo primaria predomina el deterioro cognitivo leve (63.3%), a diferencia de los adultos mayores con nivel educativo secundaria o superior, donde prima una clasificación normal (42.9% y 100% respectivamente).

En la variable de estabilidad económica se observa un 54,7% de adultos mayores que presentan una estabilidad económica, mientras que el 45,3% de los adultos mayores, no tiene un estabilidad y esto también es una variable que genera un incremento al deterioro cognitivo del adulto mayor .

Por último se concluye que el nivel de deterioro cognitivo no difiere respecto al género de los adultos mayores ($p = 0.239$); en las mujeres predominó el deterioro moderado (41.7%), mientras que en los hombres el deterioro cognitivo moderado o leve (28.6% respectivamente

La variable que mayor correlación tiene es el nivel de escolaridad debido a que menor nivel de escolaridad exista mayor deterioro y que entre mayor nivel de escolaridad sin importar la edad existe una menor prevalencia de adquirir deterioro cognitivo moderado o grave, debido al que no realizar actividades que desarrollen las funciones cognitivas en la juventud, se observa un menor deterioro debido a la poca plasticidad del cerebro.

Recomendaciones

Se recomienda para la institución reforzar e implementar nuevas medidas tanto de promoción y prevención del deterioro cognitivo, realizando un seguimiento a la población ante un aumento de casos a un grado de deterioro grave, ya que los resultados apuntan a que no existe un nivel alto de preocupación, es importante revisar a la demás población perteneciente de este instituto día.

Se aconseja a la institución del Centro Día Doce de Octubre y a la Universidad de Pamplona generar una cartilla o producto, el cual permita dar a conocer a la comunidad que asiste a este centro día o las familias y demás población, diferentes actividades de prevención del aumento del deterioro cognitivo.

Se recomienda a la institución del Centro Día Doce de Octubre que las actividades realizadas en el lugar, los cursos que se dan dentro de las instalaciones y el personal profesional de la salud, estén dirigidos hacia el objetivo de mejorar la calidad de vida de los asistentes, además de la prevención de enfermedades mentales.

Se sugiere tanto a la institución del Centro Día Doce de Octubre, como a la Universidad de Pamplona y psicólogos en formación próximos a graduarse o investigaciones realizadas de diferentes materias, continuar con la investigación y la aplicación la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE), a la demás población de adultos mayores y comprobar el grado de deterioro cognitivo que se presenta en este centro día del municipio de los Patios.

Bibliografía

- Ballesteros Jimenez, S. (2007). *Envejecimiento saludable. Aspecto biológicos, psicológicos y sociales*. España: Universitas Editorial.
- Baltes, P. (1987). En *Theorica propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline* (págs. 23, 611-626.).
- Baltes, Staindinger, & Lindenberg. (1999). En *On the incomplete architecture of human ontogeny*. (págs. 52,366-380).
- Bendeck, F., Suaza, K., & Vega, H. (2018). *Muestreo en la Investigación Cualitativa y Cuantitativa*. Curso de Maestría en Información Educativa, Universidad de la Sabana, Bogotá. Obtenido de
C:/Users/USUARIO/Downloads/Cuadro%20Comparativo%20.docx.pdf
- Camargo Hernandez, & Laguado Jaimes. (2017). *Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia* .
- Coll, C. (1979). En *El concepto de desarrollo en psicología evolutiva: aspectos epistemológicos, infancia y aprendizaje* (págs. 2(7), 60-73.).
- Comesañe, A., & Gonzales, M. (2009). *evaluacion neuropsicologica en la enfermedad del Alzheimer: memoria episodica y semantica*. Argentina.

- Cuantitativa, W. I. (s.f.). *Wikia Investigación Cuantitativa*. Obtenido de http://es.investigacion-cuantitativa.wikia.com/wiki/Tipos_de_muestreo_utilizados_en_una_investigacion_cuantitativa
- Diane E. Papalia, 2. (2012). *Desarrollo Humano de Papalia*.
- Diez, O. (2004). En *Cerebro, funcionamiento cognoscito y calidad calidad de vida en la vejez Universidad de las Américas. Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario*. Editorial Pax. Mexico.
- Erikson, E. (1994). En *infance e sociedade Op.* (págs. 248-253).
- Erikson, E. (1998). En *OCiclo de vida completo* (págs. 32-33).
- Fernandez Abascal, E., Martin Diaz, M., & Dominguez Sanchez, J. (2001). En *Proceso psicologicos*. Ediciones Piramide.
- Fustinoni, O. (2002). En *Deterioro Cognitivo y Demencia*. (págs. Pág.39-44).
- Garcias, & y otros. (2006). En *ACTORES DE RIESGO PARA EL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES DE MARACAIBO*.
- Gonzales de Gago, J. (2010). *teorias de envejecimiento* .
- Gonzales Montalbo, J. (1991). *Geriatría y asistencia geriátrica: para quien y como*. Barcelona: Med Clin.
- Hammond, J. (1995). *Multiple Jeopardy or Multiple Resources? The intersection of Age, Race, Living*.
- Havighurst, R. (1972). En *Developmental tasks and education David McKay*. New York.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill/ Interamerica editores S.A de C.V.
- Herreo, E., & Esquirol, J. (2006). *Teoría del envejecimiento celular*.
- kirkwood, T., Boys, R., Gillespie, C., Proctor, C., & Shanley, D. (2003). *Towards an e-biology of ageing: integrating theory and data*.
- Kral, V. (1962). En *Senescent forgetfulness: benign and malignant* (págs. 86, 257-260.). The Canadian Medical.
- Lopes, J., & Noriega, C. (2012). En *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*. CEU, Ediciones España.
- Martin Correa, Esperanza;. (2016). Deterioro cognitivo leve. En M. S. Correa, *tratado de geriatría para residentes*.
- Martin Correa, Esperanza;. (s.f.). Deterioro cognitivo leve. En *Tratado de Geriatría para residentes* (pág. 807).
- Mishara, B., & Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento* . Madrid España: Morata.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social; envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, España.
- Negrete Redondo, M. (2010). *Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria*. Mexico: Secretaria de salud.
- Ochoa, C. (s.f.). *netquest*. Obtenido de <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-probabilistico-muestreo-aleatorio-simple>

- Ortiz de la Huerta, D. (2005). *Aspectos sociales del envejecimiento*.
- Petersen. (2008). En *Deterioro cognitivo leve: una visión general* (págs. 13: 45-53).
CNS Spectr.
- Pulido, M. (2015). *Envejecimiento y longevidad*. Mexico.
- Robles, Alom, & Peña Casanova. (2002). *Propuesta de criterios para el diagnóstico para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero*.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*, sexta edición .
- Sampieri, R. H. (s.f.). *metodología de la investigación*.
- Sosa Sosa, M. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez*. Montevideo.
- Tamayo y Tamayo, m. (s.f.).
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *libro de proceso de investigación científica*.
- Tamayo, M. T. (2003). *procesos de investigación científica*.
- Villa, M., & Rivadeneira, L. (1999). *El proceso de envejecimiento del adulto mayor*.
Santiago.

Tabla 6: *Cronograma de actividades*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
AÑO	2018						2019					
MES	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	■	■	■									
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	■	■	■									
III. METODOLOGÍA					■	■	■					
IV. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO									■	■		
V. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS										■	■	
VI. PRODUCTO												■

Tiempo de realización del trabajo de investigación

Apéndice

Apéndice A: Carta de aplicación de la prueba MMSE




Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tel: (7) 2862221 - 2862224 - 2862225 - Fax: 2862752 - www.unipamplona.edu.co

San José de Cúcuta, 15 de noviembre de 2018

Doctora
DIANA KATERIN CORREA
 Secretaria de Desarrollo Social y Equidad de Género
 Alcaldía de los Patios

Ref. Solicitud aplicación escala mini mental con el adulto mayor.

Cordial Saludo.

Por medio de la presente me permito solicitar su colaboración en brindar un espacio a la psicóloga en formación **ANDREA CAROLINA ARTURO DEPABLO** del programa de psicología de la facultad de Salud en la carrera de Psicología; para que realicen una investigación con fines educativos con la población de adulto mayor en el Centro Día del 12 de Octubre en Los Patios.

Para lo anterior se requiere para el desarrollo de una investigación netamente académica, con una población objeto de 180 adultos mayores, para la aplicación del Examen Mini Mental De Folstein, consiste en un test de carácter cognitivo.

Agradeciendo la atención a la presente y en espera de una pronta y positiva respuesta.

Sin otro particular:

Atentamente

GERARDO PARADA
Coordinador del Programa
De Psicología






Una universidad inteligente y comprometida con el desarrollo integral

Apéndice B: *Consentimiento informado Adulto Mayor*




Universidad de Pamplona
 Pamplona – Norte de Santander – Colombia
 Tel: (+57) 5555333 - 5555334 - 5555335 - Fax: 5555335 - www.unipamplona.edu.co

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con C.C. N°. _____, certifico que he sido informada con claridad y veracidad de la actividad académica realizada por la psicóloga en formación Andrea Carolina Arturo Depablos de la Universidad de Pamplona que se le realizará la joven.

Yo acepto de manera voluntaria la participación de la investigación que se realizará y autorizo la aplicación del Mini Mental de Folstein, cuyos resultados obtenidos serán utilizados de forma netamente académica para contribuir a la práctica académica.

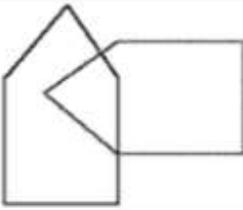
Firma del participante




Una universidad floreciente y comprometida con el desarrollo integral

Apéndice C: Prueba estandarizada MMSE de Folstein

EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN.

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.	
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)	0 - 5
*DÍGME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
FIJACIÓN	
REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA. (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?((ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
MEMORIA.	
¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
¿QUÉ ES ESTO?(MOSTRAR UN RELOJ) *¿Y ESTO?*(MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)	0 - 2
REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO. (1 PUNTO).	0 - 1
TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE *CIERRE LOS OJOS* (1 PUNTO).	0 - 1
ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA (1 PUNTO).	0 - 1
COPIE ESTE DIBUJO (1 PUNTO).	0 - 1
	(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE) NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.
TOTAL _____	
PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL. GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.	

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;12:129-138.