

Universidad de Pamplona  
Facultad de Salud  
Departamento de Psicología



**Relación del Deterioro Cognitivo con la Autoestima y Autoeficacia en el Adulto Mayor  
Institucionalizado**

Betancourth Ortiz Angie Paola  
Psicóloga en Formación

Pamplona – Norte de Santander

I- 2021

Universidad de Pamplona  
Facultad de Salud  
Departamento de Psicología



**Relación del Deterioro Cognitivo con la Autoestima y Autoeficacia en el Adulto Mayor  
Institucionalizado**

Betancourth Ortiz Angie Paola  
Psicóloga en Formación

Mogollón Canal Olga Mariela  
Directora

Pamplona - Norte de Santander

I – 2021

## **Dedicatoria**

***Angie Paola Betancourth Ortiz***

A mis padres y hermanos;

Quienes me han motivado en creer en mis capacidades para culminar y ejercer la carrera con la que me he comprometido a desarrollar en mi vida profesional y personal.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, debo agradecer a Dios por brindarme la oportunidad de emprender de manera satisfactoria parte de mi proyecto de vida, darme la agudeza para entender, capacidad para asimilar y el método y facilidad para aprender.

A mi directora, Ph.D Olga Mariela Mogollón Canal, a quien le expreso un arduo agradecimiento y admiración por la dedicación y apoyo que me ha brindado durante todo el trayecto para llevar a cabo este trabajo de grado.

Gracias a mi familia, especialmente a mis padres, Desiderio Betancourth y Ana Ortiz, quienes durante todo este tiempo estuvieron ayudándome para conseguir mis metas, tras esfuerzos y dedicación que han aportado para la culminación de mi carrera.

De igual forma, a Sor Dilma Barreto, representante legal de la Casa Asilo San Antonio y Sor Ernestina, quienes me han brindado su apoyo y acompañamiento desde los inicios de este proyecto investigativo hasta la feliz culminación del mismo. A los adultos mayores institucionalizados, cuerpo organizacional y practicantes que participaron activamente en cada actividad propuesta.

## Tabla de Contenido

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Resumen .....                    | 8  |
| Abstract.....                    | 8  |
| Introducción .....               | 8  |
| Problema .....                   | 14 |
| Planteamiento del Problema ..... | 14 |
| Formulación del problema.....    | 14 |
| Descripción del problema.....    | 15 |
| Justificación .....              | 18 |
| Marco Referencial .....          | 22 |
| A Nivel Internacional .....      | 22 |
| A Nivel Nacional .....           | 27 |
| A Nivel Regional .....           | 30 |
| A Nivel Local .....              | 33 |
| Marco Teórico .....              | 37 |
| Capítulo I .....                 | 37 |
| Adulto Mayor .....               | 37 |
| Capítulo II.....                 | 47 |
| Deterioro Cognitivo .....        | 47 |
| Capítulo III .....               | 55 |
| Autoestima y Autoeficacia .....  | 55 |
| Capitulo IV .....                | 64 |
| Bienestar Psicosocial .....      | 64 |
| Psicología Gerontológica.....    | 65 |
| Marco Contextual .....           | 67 |
| Marco Legal.....                 | 68 |

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ley 1251 de 2008 .....                                                  | 68  |
| Ley 1090 de 2006 .....                                                  | 71  |
| Metodología.....                                                        | 74  |
| Diseño de investigación.....                                            | 74  |
| Tipo de investigación.....                                              | 75  |
| Instrumentos .....                                                      | 78  |
| Resultados.....                                                         | 84  |
| Análisis de Resultados Fase I .....                                     | 84  |
| Instrumento I: Test de PFEIFFER .....                                   | 84  |
| Instrumento II: Test de MoCA .....                                      | 93  |
| Instrumento III: Técnica de Recolección de información Cualitativa..... | 105 |
| Cuestionario: “Relato de Vida” .....                                    | 105 |
| Relación de los Resultados de Acuerdo a las Categorías .....            | 113 |
| Análisis de Resultados Fase II.....                                     | 115 |
| Instrumento I: Test de PFEIFFER .....                                   | 115 |
| Instrumento II: Test de MoCA .....                                      | 121 |
| Instrumento III: Técnica de Recolección de información Cualitativa..... | 129 |
| Cuestionario: “Relato de Vida” .....                                    | 129 |
| Discusión de Resultados.....                                            | 132 |
| Instrumento I: Test de PFEIFFER .....                                   | 136 |
| Instrumento II: Test de MoCA .....                                      | 138 |
| Conclusiones.....                                                       | 141 |
| Recomendaciones .....                                                   | 143 |
| Encuentro N° 1 .....                                                    | 147 |
| Área Visuoespacial / Ejecutiva.....                                     | 147 |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| Encuentro N° 2 .....                        | 149 |
| Conciencia y Fortalecimiento Emocional..... | 149 |
| Encuentro N° 3 .....                        | 152 |
| Identificación y Nominación .....           | 152 |
| Encuentro N° 4 .....                        | 155 |
| Memoria y Atención .....                    | 155 |
| Encuentro N° 5 .....                        | 158 |
| Bienestar Comunitario.....                  | 158 |
| Encuentro N° 6 .....                        | 161 |
| Lenguaje y Orientación .....                | 161 |
| Encuentro N° 7 .....                        | 164 |
| Desarrollo Personal.....                    | 164 |
| Encuentro N° 8 .....                        | 167 |
| Abstracción .....                           | 167 |
| Encuentro N° 9 .....                        | 170 |
| Percepción de las Capacidades .....         | 170 |
| Encuentro N° 10 .....                       | 175 |
| Solución de Problemas .....                 | 175 |
| Encuentro N° 11 .....                       | 179 |
| Recuerdo Diferido .....                     | 179 |
| Encuentro N° 12 .....                       | 181 |
| Bienestar Comunitario.....                  | 181 |
| Encuentro N° 13 .....                       | 184 |
| Habilidades Motrices .....                  | 184 |
| Encuentro N° 14 .....                       | 186 |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Cierre del programa .....       | 186 |
| Referentes Bibliográficos ..... | 188 |

## Tabla de Apéndices

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Apéndices ..... | 199 |
| Apéndice O..... | 206 |
| Apéndice P..... | 206 |
| Apéndice Q..... | 207 |

## Resumen

Con el objetivo de determinar la relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, en los adultos mayores institucionalizados en la Casa Asilo San Antonio de Málaga, se busca optimizar su bienestar psicosocial a futuro por medio de la aplicación de tres instrumentos psicológicos (Test de PFEIFFER, Test de MoCA y Cuestionario de Relato de Vida) y un plan de intervención psico gerontológico, lo que conlleva a que este proyecto investigativo se dirija en un proceso de pre y post con el análisis de resultados y el efecto de las actividades planteadas a realizar en cinco semanas con catorce temáticas relacionadas con el bienestar psicosocial y las áreas que evalúa el test de Moca. En el análisis de resultados de la fase 1 con el Test de PFEIFFER participan 61 adultos mayores donde se evidencia que un 60,66% de la población entrevistada presenta deterioro cognitivo grave por lo que se implementa el 11,48% con deterioro leve para la aplicación del Test de MoCA, donde los 17 participantes presentan un trastorno cognitivo. Posterior al cuestionario de relato de vida, donde se refleja que la autoestima tiende a ser afectado por el bienestar psicosocial, se procede a intervenir con el plan psico gerontológico.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo, autoestima, autoeficacia, bienestar psicosocial.

### **Abstract**

In order to determine the relationship between cognitive impairment and self-esteem and self-efficacy, in older adults institutionalized in the Casa Asilo San Antonio de Málaga, the aim is to optimize their psychosocial well-being in the future through the application of three psychological instruments (Test of PFEIFFER, MoCA Test and Life Story Questionnaire) and a psychogerontological intervention plan, which leads this research project to be directed in a pre and post process with the analysis of results and the effect of the activities proposed to carry out in five weeks with fourteen topics related to psychosocial well-being and the areas that the Moca test evaluates. In the analysis of the results of phase 1 with the PFEIFFER Test, 61 older adults participate, where it is evidenced that 60.66% of the interviewed population has severe cognitive impairment, so 11.48% with mild impairment is implemented for the application of the MoCA Test, where the 17 participants present a cognitive disorder. After the life story questionnaire, where it is reflected that self-esteem tends to be affected by psychosocial well-being, we proceed to intervene with the psycho-gerontological plan.

**Key words:** cognitive impairment, self-esteem, self-efficacy, psychosocial well-being.

## Introducción

En el presente documento se plasma el trabajo de grado denominado “Relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia en el adulto mayor institucionalizado” llevado a cabo por la Psicóloga en formación en el Hogar San Antonio de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Málaga – Santander, donde actualmente residen ciento veinte cinco adultos mayores que oscilan entre los cincuenta años en adelante y presentan distintas discapacidades motrices y de inmovilización, trastornos del lenguaje, problemas auditivos y visuales, hipertensión arterial, Parkinson, entre otros. Conllevando a que este proyecto investigativo se direcciona con el objetivo general de determinar la relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio de la aplicación de test psicológicos en el adulto mayor institucionalizado, optimizando su bienestar psicosocial a futuro.

Por consiguiente, se plantea la metodología de una investigación transversal descriptiva, ya que se recolectan datos en un solo momento y tiempo único, con un enfoque mixto y diseño es DEXPLIS (Explicativo Secuencial), considerando que la primera etapa deriva del análisis de datos cuantitativos seguida de una recolección y evaluación de datos cualitativos, con lo que se identifican las variables de adulto mayor, procesos cognoscitivos, estado de ánimo e institucionalización y las categorías de deterioro cognitivo, autoestima, autoeficacia y bienestar psicosocial.

Sin embargo, este proyecto consiste en un análisis de resultados en pre y post a la aplicación de un plan de intervención psico gerontológico, por ende, se implementan tres instrumentos, dos cuantitativos y una técnica cualitativa para la recolección de resultados, es decir, que en primera instancia se implementa el test de PFEIFFER con la finalidad de identificar la presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la institución así como para señalar la muestra probabilística para la aplicación del segundo instrumento, Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA), para determinar la presencia de un trastorno cognitivo en los participantes. Seguidamente, el tercer instrumento es una técnica de recolección cualitativa de un cuestionario

basado en el “relato de vida” donde se evalúan las cuatro categorías (deterioro cognitivo, autoestima, autoeficacia y bienestar psicosocial) con un total de 46 preguntas y respuesta abierta, con el objetivo de analizar la relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia y como estos afectan el bienestar psicosocial.

Tras la aplicación del primer instrumento en 61 adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión requeridos para responder cada pregunta del test, se identifica que el 60,66% de los participantes presentan deterioro cognitivo grave, 13,11% deterioro cognitivo moderado y un 11,48% deterioro cognitivo leve, por lo que para el siguiente instrumento, se prosigue con los adultos mayores con deterioro leve y moderado, es decir, 17 personas, para la aplicación del test de MoCA con el que se confirma la presencia de un trastorno cognitivo ya que ningún participante sobre paso el rango de obtener mayor de 25 puntos en el puntaje total obtenido, con lo que se infiere la presencia de funciones cognitivas anormales en las áreas de visuoespacial/ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación.

De hecho, en la aplicación del cuestionario relato de vida en los 17 participantes, se identifica la relación efecto-acción entre el deterioro cognitivo y la autoeficacia, ambiente-acción ambiente-emoción respecto al bienestar psicosocial y autoestima, y una contradicción entre deterioro cognitivo y autoestima.

Por consiguiente, se diseña e implementa un plan de intervención psico gerontológico con 14 encuentros y tres encuentros semanales donde se trabajan las ocho áreas del test de MoCA (visuoespacial/ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación) junto a factores que se identificaron en el cuestionario que afectan el bienestar psicosocial de los adultos mayores como son, bienestar comunitario, bienestar personal, solución de problemas, habilidades motrices, conciencia y fortalecimiento emocional. Donde en cada encuentro, se lograba trabajar con 20 o 23 participantes que habían puntuado en distintos niveles de deterioro cognitivo, de igual forma y cuando el clima estaba con bajas los encuentros

temperaturas se realizaban en dos secciones, en primer lugar, en el patio de descanso de los hombres donde se constaba con 51 adultos mayores y, en segundo lugar, en la sección de descanso de las mujeres, donde se llegó a compartir con 23 adultas mayores.

Por tanto, y para proseguir con el proceso post, el test de PFEIFFER es aplicado a 17 adultos mayores que asistieron a todos los encuentros y reflejaban participación activa en los mismos, de hecho, se logra identificar un cambio en la puntuación obtenida en los participantes, donde, en la fase I, 4 participantes puntuaron a deterioro cognitivo grave, 8 con deterioro cognitivo moderado y 5 con deterioro cognitivo leve pero, en la fase II, se identifica que 2 de deterioro cognitivo grave puntuaron para el nivel moderado, de los 8 que presentaban deterioro cognitivo moderado 5 puntuaron a nivel leve y, los 5 que presentaban deterioro cognitivo leve obtuvieron un puntaje más bajo frente a errores y nivel de afectación. De igual forma, que en lo relatado en la fase I con el cuestionario de relato de vida, en la fase II se reafirma lo encontrado en la fase I, ya que solo cambian las respuestas dadas por los participantes referente a la actualidad y su forma de percibir el entorno institucional después de la asistencia al programa.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, en el presente documento se encuentra estipulado la formulación del problema y justificación que denotan la importancia de realizar el proceso investigativo, marco teórico de cuatro capítulos, marco conceptual de la institución, marco legal que avala la practica psicológica y planes de acción para adultos mayores, metodología, análisis de resultados de la fase I y fase II al igual que la discusión de resultados donde se redacta similitud y diferencias encontradas en cada fase así como el efecto del plan de intervención psico gerontológico, conclusiones y recomendaciones.

## **Problema**

### **Planteamiento del Problema**

De acuerdo al artículo de Minsalud (2018), se considera adulto mayor aquella persona mayor de 60 años de edad, considerando la vejez como un proceso de todo ser humano donde se generan cambios biológicos y psicológicos de los individuos que a su vez, se relaciona con el nivel de interacción social, económica, cultural y ecológica de cada comunidad; de acuerdo con el Ministerio de Salud, las personas envejecen por distintas maneras, ya sea por experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante su vida, lo que conlleva a la implicación de procesos de desarrollo y deterioro, al mismo tiempo se forman necesidades, limitaciones, cambios a nivel fisiológico y pérdida de capacidades, por ende, el adulto mayor genera una dependencia de su entorno y más de sus familiares para tener una mejor calidad de vida, debido a su situación socioeconómica y los problemas de salud que se presentan con la edad.

Por lo tanto, si el deterioro cognitivo aumenta, el nivel de autoestima baja junto a la autoeficacia del ser humano, es así, como estas problemáticas se deben tratar con una índole subjetiva debido a las diversas características con las que se pueden generar, conllevando a que su bienestar psicosocial se vea afectado, no solo en el adulto mayor si no en sus cuidadores, profesionales de la salud, familiares y demás personas con las que conviven a diario.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es la relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia en el adulto mayor institucionalizado?

## Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud plantea que: “la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, en números absolutos, por eso, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo” (OMS, 2017).

Al entender la vejez como etapa final del ciclo de desarrollo y donde es probable que se genere una dependencia debido a la disminución de capacidades y aumento de enfermedades, por ende, existen organizaciones e instituciones que laboran en pro del bienestar del adulto mayor, algunas de ellas, como los Asilos u Hogares de Reposo, reciben personas que llegan a ser institucionalizados por distintas razones entre ellas, , por voluntad propia, cuando la familia no puede proporcionarle los cuidados que necesita, enfermedad, violencia, abandono, nivel económico bajo, entre otras; la institucionalización puede ser definitiva o temporal, dependiendo de todos los ámbitos humanísticos de la persona (personal, social, económico o político), además, del tipo de atención que sea requerida (Sanitas, 2018).

De acuerdo a lo expresado anteriormente, el hecho de que el cerebro humano va cambiando a medida que se va envejeciendo, la capacidad de retener información va disminuyendo, el pensamiento se va volviendo distorsionado, se presentan problemas en el lenguaje y el juicio, los cuales son factores que se ven afectados dependiendo si la persona presenta algún nivel de deterioro cognitivo.

Eventualmente las estadísticas que corroboran la afectación cognitiva en el adulto mayor, se encuentra en el censo nacional de población y vivienda realizado en el 2018, donde el DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en Colombia hay 48.258.494, al ser comparado con el censo del 2005, demuestra que la población ha aumentado un 6,5%, así mismo se establece que la población adulto mayor ha aumentado significativamente, a diferencia de la niñez, la cual ha disminuido (CNN, 2019).

Alrededor del 2018, la cantidad de la población mayor de 65 años es del 9,1% de los colombianos, con mayor población en el eje cafetero, seguido por Risaralda, Caldas y Quindío (CNN, 2019). La problemática radica en que para analizar el nivel de deterioro cognitivo y la cantidad de habitantes que lo padecen en Santander, se encuentra la investigación realizada por Camargo (2018), denominada “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga”, donde factores, como el nivel de escolaridad, analfabetismo, contacto familiar y tiempo de institucionalización, se tuvieron en cuenta para el análisis de resultados, estos describen que el 41,7% de los adultos mayores, entre edades de 75 a 94 años tienen deterioro, lo que conlleva a describirlos como personas vulnerables, debido a todos los cambios que se presentan en la dimensión física, social y psicológica, las cuales son notables en adultos mayores institucionalizados.

Al citar la Investigación de Camargo en el apartado anterior, se busca generar una aproximación del nivel de deterioro cognitivo y la población afectada por el mismo, debido a que en Málaga – Santander no se han realizado investigaciones sobre esta problemática ni la población afectada, describiendo lo investigado en Bucaramanga – Santander se realiza una aproximación territorial de lo que puede pasar y qué genera el deterioro.

En el caso de este proyecto investigativo, se debe tener en cuenta que hay pruebas estandarizadas que evalúen la autoestima y autoeficacia por separado, sin embargo, no hay pruebas que midan los dos factores en población con nivel de deterioro leve, es así, que entre los objetivos planteados está el diseño e implementación de dicho test que sea validado para la población, de igual manera, se encuentra el desarrollo del plan psico gerontológico en pro de mejorar su bienestar psicosocial no solo de los adultos mayores institucionalizados sino también del cuerpo administrativo de la institución que los aguarda.

## **Justificación**

La presente investigación está dirigida a determinar el nivel de deterioro cognitivo y su relación con la autoestima del adulto mayor institucionalizado de la Casa Asilo San Antonio de Málaga – Santander.

El envejecimiento es entendido como la última etapa del desarrollo del ser humano, donde la relación del deterioro, aumento de enfermedades, cambios conductuales y fisiológicos, entre otros, conllevan a que el adulto mayor genere una dependencia hacia su entorno y familiares para asegurar su calidad de vida, debido a que, por la edad, el trabajo disminuye y así su situación socioeconómica (Minsalud, 2017).

Por consiguiente, el índice de abandono e institucionalización ha ido aumentando con el tiempo debido a los cambios culturales y sociales que han ocurrido en las comunidades, esto conlleva a que se formaran distintas instituciones para el amparo del adulto mayor, entre ellas están los ansianatos, hogares de paso, hogares de reposo, comunidades de actividades recreativas para adulto mayor, entre otros; las cuales se basan en distintos objetivos, algunas en la institucionalización temporal o definitiva, otras en la recreación de tiempo libre y otras para sobrellevar enfermedades ya sean terminales o no (Sanitas, 2018).

De igual forma, un factor que genera desventajas en la conducta y cotidianidad es el deterioro cognoscitivo, el cual afecta la memoria y las funciones mentales del adulto mayor debido a que el cerebro humano va cambiando a medida que la persona envejece, afectando así, sus procesos cognoscitivos y capacidades motrices (Sosa, 2016). Según Escudero (2016), al pasar por una serie de hechos y circunstancias que llevan el adulto mayor a ser institucionalizado y en su estadía en el lugar, la parte emocional se ve afectada, es decir, la autoestima, la cual es considerada como la base de la salud psicológica y de las relaciones sociales.

Al estudiar las tres variables relacionadas con esta investigación, es importante llevar el proyecto a cabo debido a la afectación que estas contraen en el bienestar psicosocial del adulto mayor, la cual se define como aquel bienestar subjetivo que enfatiza en la relación entre el desarrollo del sujeto y los contextos que promueven la felicidad y el sufrimiento humano, estos son vistos de maneras diferentes por cada individuo, por lo que tienden a relacionarse con la calidad de vida, esto se ve afectado por no cubrir todas las necesidades básicas que tiene la persona para su buen vivir, como es el servicio de alimentación, salud, situación económica, entre otros y la manera en cómo afectan su cotidianidad, ya que se generan conductas como depresión, ansiedad, aumento de enfermedades y sentimientos negativos en sí mismo y los demás (Donosco, 2017).

Por ende, este proyecto se basa en una investigación mixta (cuantitativa y cualitativamente) ya que las variables que se deben tener en cuenta se relacionan con los porcentajes de la frecuencia de los síntomas junto a las cualidades y afectaciones que estos presentan. Es así, que alrededor de la parte dirigida a la intervención en la comunidad, se estipula la aplicación de dos cuestionarios para medir las tres variables y un plan psico gerontológico para mejorar el bienestar psicosocial del adulto mayor institucionalizado.

Esto genera que la relevancia social, no solo se concentre en la muestra de adultos mayores, sino a todo el grupo en general, las religiosas a cargo de la institución, estudiantes que realizan sus prácticas de trabajo social y demás colaboradores, ya que el bienestar óptimo, físico y emocional, del adulto mejorara junto a su compartimiento intra e interpersonal, conllevando a que su estadía sea más placentera y acorde a la rutina diaria que deben realizar junto al fortalecimiento de los valores, comunicación asertiva, actividades (físicas, al aire libre y lo que implican los procesos psicológicos básicos y superiores) para ser más independientes en el accionar personal.

De hecho, se busca describir una manera distinta de evaluar y analizar el nivel de autoestima y autoeficacia en el adulto mayor con un deterioro leve, debido, a que por el deterioro, se pueden presentar momentos de lucidez, lenguaje defectuoso y repercusión en algunas funciones cognitivas superiores, generando un grado de dificultad en realizar pruebas de entrevistas estructuradas en este tipo de población, en caso que el resultado del test de deterioro cognitivo demuestre que cierto número de la población puede llegar a tener demencia, estas variables se investigaran por medio del método de observación.

En conclusión, este proyecto aporta en el área de la Psicología una manera confiable de evaluar la autoestima y autoeficacia en el adulto mayor junto a un plan gerente de intervención acorde a esta, al igual que el registro de trabajo investigación en población no estudiada antes, describiendo factores y observaciones que expliquen y argumenten del desarrollo del deterioro cognitivo junto a las maneras prácticas de tratarlo. En caso del registro de la investigación en la Universidad, aportara datos estadísticos y descriptivos a posibles investigaciones que realicen otros estudiantes, así como la continuación de este mismo proyecto.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Determinar la relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio de una investigación mixta con predominancia cuantitativa, en el adulto mayor institucionalizado en la Casa Asilo San Antonio de Málaga, optimizando su bienestar psicosocial a futuro.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar el nivel de deterioro cognitivo por medio de aplicación del test de PFEIFFER y test de MoCA, obteniendo la información para realizar la correlación de la información.
- Identificar el nivel de autoestima y autoeficacia, por medio del diseño y aplicación de una entrevista semiestructurada.
- Describir la relación que tiene la afectación del nivel de deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio del análisis de los datos recolectados en los test psicológicos.
- Diseñar un plan de Intervención psico gerontológico basado en actitudes que fortalezcan las cuatro categorías de esta investigación, mejorando el bienestar psicosocial de la población.

## Marco Referencial

Para el marco de antecedentes investigativos relacionados con las variables de este proyecto (Deterioro cognitivo, autoestima y autoeficacia), se tienen en cuenta estudios realizados en países no solo de habla hispana como Colombia, Ecuador, México, sino también de habla anglófona: India, y habla homogénea (español y criollo haitiano) como Cuba. Donde se han publicado investigaciones elaboradas tanto en adultos mayores institucionalizados, como en aquellos que presentan depresión, afectación en las habilidades motrices, dialécticas y cognitivas, debido al degrade que genera el deterioro, teniendo en cuenta que han sido expuestas por sujetos que se desempeñan en áreas de Medicina, Trabajo social, Neurología, Psicología y Enfermería.

### A Nivel Internacional

A continuación, se describen investigaciones que han sido escogidas como base referencial a nivel internacional, las cuales permiten inducir, que el deterioro no solo afecta física y cognitivamente al paciente, si no que la familia y cuidadores se ven involucrados de manera indirecta tras el impacto en el bienestar psicosocial que esta problemática genera en los ámbitos humanísticos (personal, social, económico) de la persona, lo cual se ve reflejado en su calidad de vida:

***“Screening for cognitive impairment among the elderly attending thenoncommunicable diseases clinics in a rural area of Punjab, North India”*** realizada en el Norte de India por Grover, Singh, Verma & Nehra, publicado en el Science Direct de la Biblioteca Online de la Universidad de Pamplona, donde ha sido resivido y revisado en el año 2020.

La metodología se describe en 297 pacientes que asisten a la clínica de enfermedades crónicas, entre los instrumentos de recolección de información, se implementan la escala mini –

mental hindi (HMSE), la escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA LS), la escala de depresión geriátrica, el trastorno de ansiedad generalizada (escala GAD-7) y Escala de detección de vulnerabilidad al abuso.

En el marco contextual de la investigación se describe que las enfermedades no transmisibles como diabetes o hipertensión aumentan la probabilidad de que se presente deterioro cognitivo, debido a que la hipertensión se relaciona con infartos cerebrales silenciosos, enfermedades de vasos sanguíneos, volumen cerebral más pequeño, junto a signos y síntomas seguidos del deterioro, así es como las estadísticas representan que el 15% de las personas en la india, mayores de 80 años, presentan deterioro, que no solo afecta a quien lo padece sino también a familiares por la carga financiera y social que representa, así mismo, una adherencia al medicamento, el analfabetismo y el aumento de la edad promueve que el deterioro se presente con más frecuencia en las sociedad, teniendo en cuenta que la India, como el segundo país más poblado del mundo, posee una diversidad cultural, altos niveles de contaminación (auditiva y ambiental) y una desviación económica, lo que afecta al adulto mayor.

Demostrando que un 27,3% de la población muestral presenta deterioro cognitivo, donde los factores de riesgos se relacionan a nivel de escolaridad, soledad, hipertensión y enfermedades de larga duración, ya que se describe que no hay un consenso de la prevalencia del deterioro en relación con el sexo y la dirección residencial, por el contrario, hay más investigaciones sobre la analogía con el género que del lugar donde habita mayormente la persona. Lo mencionado anteriormente corrobora que los adultos mayores con enfermedades no transmisibles tienen prevalencia en deterioro cognitivo, llegando a la conclusión de que se debe concientizar a los pacientes y familiares para tomar medidas sobre las deficiencias cognitivas con el fin de disminuir el riesgo de deterioro y futura demencia.

***“Estrategia formativa de la autoestima positiva en el adulto mayor institucionalizado” realizada por Magaña (2018), en el municipio de Manzanillo – Granma de Cuba, con el apoyo y seguimiento de la Universidad de Ciencias Médicas de Granma.***

El objetivo de la investigación consiste en diseñar una estrategia formativa para la autoestima positiva, por lo que seleccionaron a 30 gerontes que no presentan dificultades físicas, donde se describe una predominancia en el género masculino con edades entre 60 a 80 años. Por consiguiente, en la metodología se implementa un cuestionario que indaga sobre rastros de autoestima en relación a la experiencia de vida personal, autonomía, autoaceptación y factores como la actitud positiva, autoeficacia y auto dignidad.

De hecho, en el ámbito contextual, la autora describe que los estudios psicosociales que involucran políticas nacionales e instituciones, se deben tener en cuenta la cantidad de personas de dicho lugar, tanto las que viven institucionalizadas como las del país en general, aclarando que la población adulta mayor ha aumentado en porcentaje considerable a nivel internacional, considerando a los muy viejos (mayores de 80 años) como los que más prevalecen. Lo anterior es con el fin de resaltar el impacto social y en el área política que involucra el desarrollo de esta población para su calidad de vida, lo que conlleva a que cada país implemente políticas de cubrimiento en las necesidades básicas de cada uno, así como la formación de organizaciones que brinden apoyo desde las ramas de la salud hasta en el contexto socio ambiental en que viven las personas. De igual forma, los cambios demográficos colocan a Cuba como el segundo país más envejecido poblacionalmente de Latino América, por lo que se han implantado demandas en atención primaria, políticas y programas para desarrollar en los siguientes años.

A su vez, se diseñan las intervenciones para las primeras necesidades del ser humano, las cuales consisten en la salud mental, como el sentimiento de ser aceptado, perteneciente a un grupo y acogido, ya que son los que involucran la autoestima, en el caso del adulto mayor estos sentimientos de sentirse útil, se ven afectadas por la disposición de aceptar los cambios en la pérdida de habilidades o en la disminución de las mismas.

Por tanto, se plantea la investigación en aumentar el nivel de autoestima para acrecentar y mejorar la calidad de vida, de un modo que se pueda disminuir la mayor problemática que se presenta en relación a la parte emocional y deterioro en la vejez, como es, el estar observando cada día como sus capacidades físicas y mentales van disminuyendo, así como sus familiares y amigos fallecen o los dejan de lado, y la incapacidad por mantener el ritmo de vida que solían llevar, ya que provocan que el proceso de institucionalización sea más complicado de sobrellevar, por los episodios de estrés, incertidumbre y miedo a las condiciones del lugar.

***“Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor (CAM)”***  
**descrito por Rangel & Ortiz (2017), en Ciudad de México, por parte de Universidad Nacional Autónoma de México.**

La investigación que a continuación se describe, es llevada a cabo para probar si hay diferencia entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimiento de soledad respecto a la calidad de vida y su influencia en actividades sociales, implementando una muestra de 149 adultos mayores con edades de 60 a 94 años, donde 19 no tenían pareja, 29 viudos, 98 Vivian con sus parejas y 36 con otros adultos.

Cabe mencionar que en esta investigación se emplearon varios instrumentos, los cuales fueron adaptados y validados para la población mexicana, infiriendo entre los reactivos de los mismos para evaluar el sentimiento de soledad y cada una de las variables implementadas por los autores, es así, como el Instrumento de expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos (Ae-RAC-Breve), es implementado para valorar la independencia en realizar actividades recreativas mentales, físicas, sociales y de protección de la salud en los adultos mayores, y así medir la percepción de autoeficacia en relaciona todas las conexiones sociales en los sujetos (familiares, vecinos, amigos).

Por el contrario, el cuestionario de Calidad vida para adultos mayores (World Health Organization Quality of Life, Whoqol-old), describe las perspectivas y proyecciones de los participantes desde las habilidades sensoriales, intimidad, participación social y sentido de muerte. De igual forma, la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGG) elaborada por Lawton en 1975, para categorizar los tres dominios de agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad, y la Escala de Ryff Abreviada (ERA), para valorar el bienestar psicológico subjetivo desde un ámbito hedónico al evaluar el crecimiento personal y propósito de vida. Por último, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1983) (Geriatric Depression Scale, GDS), es implementada para valorar la sintomatología de depresión en los sujetos.

Al analizar los resultados de estas pruebas, se refleja que la percepción de autoeficacia en realizar actividades sociales presenta gran impacto en la calidad de vida, ya que los que infieren en tener más confianza en sus capacidades tienen mejores hábitos de vida, conllevando a que se aumente la participación en contextos sociales al igual que la salud física mejora significativamente, de hecho, aquellos participantes que referían el no tener tanta interacción con sus familiares u otras personas, presentan mayor sentimiento de soledad lo que también influye en su autoconfianza y capacidades para realizar tareas independientemente.

***“Progresión del Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de los Centros Gerontológicos de la Ciudad de Cuenca” realizada por Robles & Garzón en el 2017, en la ciudad de Cuenca – Ecuador, bajo la dirección de la Universidad de Cuenca.***

Por otra parte, esta investigación implementa la metodología en cuatro centros gerontológicos, efectuando una evaluación inicial con la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS), en el transcurso de seis meses se realiza una nueva evaluación para identificar el progreso del deterioro cognitivo, por lo que se emplea el programa Excel 2016 y el SPSS 15.0 para

determinar los resultados, donde un 54,7% de la población muestral presenta deterioro, resaltando el incremento en el género femenino. De hecho, en la fase del deterioro cognitivo con mayor presencia, se caracteriza por la enfermedad de Alzheimer en un nivel alto, lo cual fue identificado en el 26,3% de los casos.

Desde el ámbito contextual, esta investigación resalta que las enfermedades degenerativas afectan mayormente a las personas de 65 años, desde las funciones cognitivas como las funcionales, es por eso que, al diseñar una guía de promoción, prevención, diagnóstico-tratamiento para el deterioro cognitivo y la demencia, disminuirá la afectación en los familiares y en la calidad de vida del paciente, ya que los resultados evidenciaron que el área con mayor afectación es la memoria en contraste con la del lenguaje que es la que se encuentra en mejor condición.

## **A Nivel Nacional**

Las investigaciones descritas a nivel de Colombia, hacen referencia a temáticas relacionadas con estrategias de prevención hacia el deterioro cognitivo, calidad de vida, redes de apoyo y factores que influyen en la autoestima.

***“Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia”* presentada por Cipagauta (2019), para la Universidad de Cooperativa de Colombia en el Sur de Cali.**

Para Cipagauta (2019), la calidad de vida del adulto mayor se relaciona con el nivel de autoestima, por ende, su trabajo de grado tiene como objetivo analizar los factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor colombiano, mediante una revisión sistemática de literatura. Aunque la metodología consiste en un seguimiento documental, los artículos investigados se han limitado a ser del año 2000 al 2018, sacados de páginas como SciELO, MEDLINE y RCP, donde

las conclusiones clasifican el factor de salud y funcionalidad, junto al de autoestima, son los más predominantes en interferir en la calidad de vida, pero no solo de instituciones, sino también de adultos mayores víctimas del conflicto armado y de comunidades LGBT.

Sin embargo, en el marco contextual, el autor describe que para contrarrestar el deterioro es necesario se deben identificar los factores que promueven y afectan la calidad de vida, debido a que los cambios negativos en la vejez, son las menos abarcadas en las áreas de la salud. De hecho, si se fortalece la autoestima, los cambios físicos, psicológicos y comportamentales se harán más fáciles de sobrellevar, ya que se presentará un apoyo social, familiar, institucional y de la persona misma.

Por lo tanto, los componentes afectivos y sociales son influenciados por las perspectivas que tiene la persona tanto de su entorno como de si mismo, conllevando a que las redes de apoyos sean establecidas desde los paradigmas de salud o funcionalidad y características sociodemográficas.

***“Prevención de Deterioro Cognitivo en adultos Mayores” realizada por Isaza (2018), con el apoyo de la facultad de ciencias sociales y humanas de la Universidad de Antioquia – Medellín.***

Esta monografía se lleva a cabo por medio de un estudio documental de los años de 2011 a 2016, con el objetivo de identificar las estrategias de prevención acerca del deterioro cognitivo que han sido implementadas en el contexto iberoamericano. Por lo tanto, la autora efectúa un recorrido conceptual en temas del desarrollo humano vitalicio, estimulación cognitiva y conceptos de envejecimiento, ya que son factores que deben ser potencializados en el adulto mayor para que su bienestar psicosocial sea funcional y estable.

Entre tanto, se ha descrito una relación entre las enfermedades neurodegenerativas y envejecimiento teniendo en cuenta, que la pérdida de memoria, fallas en la atención y la disminución del procesamiento de información en el adulto mayor, conllevan a que sea necesario indagar en cuales son los motivos por lo que se deterioran estos procesos.

Es así, que los resultados de la revisión documental describieron que las estrategias más implementadas están fundamentadas en la estimulación física y cognitiva, planeación de actividades diarias y constantes, entrenamiento de memoria, musico terapia, grupos de interacción social, programas de envejecimiento activo y el apoyo de los cuidadores, los cuales evidencian más efectividad para disminuir el nivel de deterioro cognitivo, así como el de prevenirlo.

***“Deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana” llevada a cabo en Santa Marta por Guzmán (2017), con el apoyo de la Universidad Cooperativa de Colombia.***

La presente investigación tiene como objetivo identificar la presencia de sintomatología de deterioro cognitivo leve en adultos mayores que estén institucionalizados y los que pertenezcan a la comunidad de la costa caribe, con lo que se detallan aspectos del sistema de salud, salud mental, procesamiento intelectual de la persona y datos sociodemográficos de la población.

De acuerdo, a la relación entre la etiología y alteración funcional, se implementa la evaluación neuropsicológica para definir el nivel de deterioro cognitivo que presenta una persona, conllevando a que se proporcionen estrategias para el tratamiento y prevención del DCL, las cuales están estipuladas desde la mejora en la alimentación, hasta actividades que proporcionen un mejor funcionamiento cognitivo.

Por lo tanto, en la metodología fueron implementados instrumentos como, Mini-mental (Mini-Examen Cognoscitivo) y la Escala de Deterioro Global (GDS), donde los resultados indicaron que el 24% de la muestra poblacional presenta deterioro cognitivo leve, lo que lleva a concluir que la población muestral de la comunidad caribeña con DCL es menor que el porcentaje de los que presentan la Enfermedad de Alzheimer.

## **A Nivel Regional**

Las investigaciones que se describen a continuación, han sido realizadas en los departamentos y universidades ubicados en la Región Andina, desde las áreas de Psicología, medicina y Trabajo social. En las que se resalta la influencia que tienen los factores psicosociales en el desarrollo del deterioro cognitivo, así como la afectación en la autoestima y autoeficacia

**“Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia”, descrita por Camargo (2017) para la Universidad Cooperativa de Colombia y la Universidad de Nariño.**

Se implementa un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, donde se presenta una población de 165 personas clasificando, 60 adultos mayores entre 75 y 94 años, con ausencia o presencia en patología crónica, para la población muestral. Teniendo en cuenta que el objetivo consiste en determinar el grado de deterioro cognitivo, se utiliza el instrumento MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-mental). Al recopilar la información de datos evaluativos como escolaridad, edad, contacto familiar y tiempo de institucionalización, en los resultados se analiza que los participantes tenían los cursos de básica primaria y contacto familiar, demostrando que un 41,7% de la población muestral presentaba grado de deterioro grave y un 32.1% con deterioro leve aclarando que estos últimos son los que presentan cierto grado de escolaridad, a su vez, las recomendaciones dadas se dirigen a terapias cognitivas e intervenciones con enfermería.

Desde el área contextual, la autora describe la importancia de trabajar desde la ética y preparación previa (documental y práctica) con la población, debido a que los factores psicosociales juegan un papel primordial en el desarrollo personal, implementando la edad y experiencia como herramienta de doble filo, ya que el recordar y expresar sentimientos y pensamientos, pueden llegar a afectar negativamente tanto a cuidadores, familiares y a los misma poblaciones, por los emociones de tristeza, ira, enojo o frustración que se desglosan por sentimientos reprimidas.

Así mismo, al no manejar y comprender los factores psicosociales, se generan consecuencias sobre la salud, como son, estrés, fatiga mental, problemas en las relaciones humanas y desmotivación hacia los que haceres diarios, sin embargo, al ser adultos mayores institucionalizados, estos factores se direccionan al esquema de la institución, como el trato de los supervisores, base económica, visita de familiares y el cuidado en los hábitos saludables (alimentación, sueño, actividad física), además de las incapacidades (físicas y cognitivas) y enfermedades que puedan presentar los demás miembros, conllevando a que entre ellos mismos se presten ayudas para sus cuidados, por lo que las relaciones interpersonales y la autoestima son variables de fundamental intervención para un bienestar óptimo.

***“Rutas de Apoyo para el Adulto Mayor, Una mirada al Programa de Atención Integral de Centro Vida en el municipio La Unión, Valle del Cauca” diseñado por Hernández & Cañas en el 2017, como una monografía presentada a la facultad de humanidades de la Universidad del Valle.***

Con el objetivo de conocer las principales características de las redes de apoyo con las que cuenta el Adulto Mayor, Hernández & Cañas (2017), plantean un estudio de caso con metodología de investigación sincrónica, ya que solo se emplean bases de datos de la actualidad, donde la realidad social se presenta de forma cambiante y compleja.

Desde la parte contextual, se describe que el apoyo social presenta una importancia decisiva, donde el bienestar a lo largo de la vida se relaciona con intercambios interpersonales, como lo son el afecto y apoyo mutuo. Así mismo, el sistema de apoyo social, presenta las fuentes que brindan recursos de apoyo a los sujetos.

Por ende, los resultados y conclusiones describen que los adultos mayores son considerados como población vulnerable debido a los contextos económico, político y social, por lo que las políticas focalizan las necesidades y recursos que se destina a esta población con la finalidad de suplir las necesidades básicas de los mismos, sin embargo, la área emocional y familiar son los factores que mayormente vuelven a la población vulnerable, ya que según los instrumentos aplicados, el 42% de los adultos mayores de la muestra brindan la entrada económica estable en los hogares, lo que conlleva a que sean considerados como activos económicamente.

***“Calidad de Vida del Adulto Mayor en las Diferentes Regiones de Colombia bajo las Categorías: Personal, Social y Familiar”, descrita por Acero, Mendoza & Marroquín (2016), para trabajo de grado en la facultad de salud de la Universidad de Cooperativa de Colombia.***

Acero, Mendoza & Marroquín (2016), han realizado este proyecto con el objetivo de identificar las investigaciones que se han implementado para describir la calidad de vida que presentan los adultos mayores en distintas regiones de Colombia, lo cual es llevado a cabo mediante una revisión sistemática en documentos de los últimos 10 años anteriores al de la publicación en la web de este proyecto.

Ahora bien, si la categorización de los contextos social, familiar y personal se realiza desde la calidad de vida de la persona, cabe aclarar que la calidad de vida hace referencia a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que se presentan en el estado de salud, derivado de la

satisfacción interna y externa que son direccionadas al beneficio propio, la necesidad subjetiva y la atracción.

Dentro de la sociedad, la disminución de la capacidad funcional representa un reto para los adultos mayores, relacionado con el factor de formas parte de una comunidad y el sentimiento de ser útiles, por ende, se recomienda asistir a actividades para integrarse con otras personas y formar núcleos familiares.

Lo anterior conlleva, a que los resultados evidencien que es importante psico educar para que las familias comprendan la importancia de la vida social activa, la inclusión social, escucha activa y espacios de recreación familiar, con la finalidad de brindar oportunidades al adulto mayor de sentirse cómodo consigo mismo y en los contextos que lo rodean, ya que de lo contrario, se genera una insatisfacción familiar y personal hacia la autoeficacia del adulto mayor, relacionado con la autoestima y sentimiento de utilidad hacia los demás.

### **A Nivel Local**

De igual forma, en las investigaciones que se referencian a nivel local y que son realizadas en Norte de Santander, se describen los factores que conllevan a que se desarrolle el deterioro cognitivo en los adultos mayores, entre ellos, el nivel de escolaridad, genero, relaciones interpersonales, tiempo de institucionalización y esquema de la institución al velar por el bienestar de esta población:

***“Deterioro Cognitivo del adulto Mayor Centro Día Doce de Octubre Los Patios” diseñada por Andrea De pablos en el año 2019, en Los Patios – Cúcuta y registrada en la Universidad de Pamplona.***

La metodología descrita en esta investigación consta de una muestra de 64 adultos mayores, divididos en el encuentro de a 16 participantes debido a las secciones en las que se divide el lugar, se aplica la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE) con la finalidad de determinar en cual etapa del envejecimiento se presenta mayor deterioro cognitivo, sin embargo, los resultados demuestran que la mayoría de adultos mayores de la institución presentan deterioro cognitivo, según la autora, se debe a la relación de tres factores: edad, grado de escolaridad y estabilidad económica, concluyendo, que a mayor edad se ostenta con más frecuencia el deterioro cognitivo, demostrado en que las edades de 60 y 72 años presentan deterioro cognitivo leve, en las de 76 a 89 un deterioro cognitivo moderado y en los mayores de 90 años deterioro cognitivo grave.

En el caso del factor de escolaridad, por el contrario, se analiza que, a mayor nivel de escolaridad menor en el deterioro cognitivo, ya que la población con deterioro cognitivo grave son analfabetas, mientras que los que tienen un nivel educativo de secundaria o superior, prevalece una clasificación normal al no presentar indicios de deterioro cognitivo.

***“Funciones Cognitivas y Bienestar Psicosocial En Adultos Mayores” realizada en San José de Cúcuta por Contreras, Macías & Parra, en el 2018 con la supervisión de la Universidad Simón Bolívar.***

En esta investigación se implementa una muestra poblacional de 35 adultos mayores con 50 años de edad, implementando los instrumentos evaluativos, TMT el cual evalúa la atención sostenida, flexibilidad mental y funcionamiento motor, el SDMT para la velocidad perceptual, atención dividida, búsqueda visual y la WISCONSIN, con la que se puede indagar en la flexibilidad cognitiva. Es así que para el análisis de los resultados se establece que las funciones cognitivas no guardan relación significativa con el bienestar psicosocial, ya que hay factores intrínsecos y extrínsecos que los hacen influir de manera distinta en la calidad de vida de las personas.

De este modo, la parte teórica describe que la memoria y atención se deben estimular para que no se deterioren por factores físicos, cognitivos y ambientales que se presentan en la vejez. A su vez, al implementar la neuropsicología, se logra analizar y explicar el desarrollo de los procesos psicológicos para establecer un diagnóstico e implementar políticas públicas donde se promueva el bienestar general y la calidad de vida antes y durante el padecimiento de una patología, consolidando que el bienestar psicosocial fortalece el sistema inmunológico del ser humano, lo que llega a afectar la autoestima y contexto ambiental ya sea positiva o negativamente tanto el contexto ambiental como las relaciones interpersonales en la institución.

***“Cognitive Differences Between Men And Women Over 50 Years Old In Norte De Santander”***  
**diseñada por Barreto, Peña, Santander & Romero (2017), con el apoyo de la Universidad Simon Bolívar.**

Barreto, Peña, Santander & Romero (2017), implementan una metodología cualitativa para realizar un análisis documental al revisar 35 bases de datos, a lo que se utiliza la matriz documental.

El ser humano al estar en constante cambio, conlleva a que el adulto mayor presente afectaciones y cambios con mayor frecuencia a nivel psicológico, lo que también la hace una etapa donde los preconceptos sociales, limitan el que hacer de los adultos mayor, por lo que tienen a sentirse solos, aislados en su propia familia o núcleo social. De hecho, las habilidades cognoscitivas y funcionales forman parte de los factores a que esta población se extralimite a nivel social, lo que les impide realizar actividades comunitarias y alejamiento del contexto juvenil, así como disfunción en el proceso de la información, enfermedades no transmisibles y en algunos casos la enfermedad de Alzheimer.

Para concluir el marco referencial, se analiza que las investigaciones descritas anteriormente, aportan criterios teóricos y de evaluación, para llevar a cabo este trabajo de grado, como es el proyecto de Robles & Garzón (2017), quienes especifican que el Mini Mental State Examination (MMSE) para medir el deterioro cognitivo puede ser implementado a nivel internacional, así mismo, Depablos (2019), describe que esta prueba permite determinar en cual etapa del envejecimiento se presenta mayor deterioro cognitivo y que variables prevalecen en el desarrollo de la misma. Así mismo, el estudio documental de Isaza (2018), aborda temáticas y estrategias que se pueden implementar para la descripción del plan de acción psicogeronte, el cual está definido entre los objetivos específicos de esta investigación

De hecho, la variedad de instrumentos incluidos en la investigación de Rangel & Ortiz (2017), es el que más puede aportar al diseño de la metodología, ya que, al aportar una percepción de autoeficacia, permite anexar ítems al cuestionario, para medir la autoestima y autoeficacia. Así como la información expuesta por Contreras, Macías & Parra (2018), sobre el bienestar psicosocial en el adulto mayor institucionalizado, aporta esquemas teóricos y análisis descriptivos que fundamentan la propuesto en esta investigación.

## **Marco Teórico**

La presente investigación consta de diferentes apartados teóricos, que facilitan la contextualización de los temas abordados en este proyecto, brindando luces de los aspectos más notables, así como la relevancia de su estudio, donde se abordan principios relacionados al adulto mayor, develando nuevos aportes y explorando definiciones que faciliten el discernimiento, es por esto, que se ha descrito un apartado sobre el deterioro cognitivo, sus tipos, características, afectaciones y conocimientos generales que conduzcan a una adecuada comprensión de esta investigación, así mismo, abarraca un énfasis teórico relacionado con la autoestima y la autoeficacia y otro donde se describe el bienestar psicosocial y plan geronte como capítulo final, dando a conocer la transcendencia en los distintos ámbitos, con énfasis en lo social, las afectaciones (físicas y emocionales) e influencias, lo cual proporciona criterios y un análisis crítico en cuanto al contenido planteado.

### **Capítulo I Adulto Mayor**

Para hablar de adulto mayor es necesario profundizar en distintas dimensiones y composiciones que van más allá de la edad, donde si bien esta alcanza extensiones como lo biológico, la cual expone que ser adulto mayor implica un proceso de envejecimiento, lo cual es asociado con la acumulación de una enorme complejidad de daños en el tejido celular del individuo, donde gracias al paso del tiempo estos daños inhiben paulatinamente las reservas funcionales, incrementando el riesgo en las enfermedades y disminución en general de las capacidades (OMS, 2015).

No obstante, más allá de las direcciones biológicas, la vejez con frecuencia, es productora de cambios, esto en cuanto a roles, posiciones sociales y el afrontamiento a pérdidas, por ello,

suelen concentrarse en un conjunto pequeño y más importante de proyectos y actividades, con la finalidad de mejorar sus capacidades a través de la práctica y el uso de nuevos métodos para compensar la ausencia de algunas destrezas, con otras maneras de realizar tareas.

Según Franco (2019), ser adulto mayor configura un proceso de transición de cambios importantes tanto en su desarrollo como en la composición, con adquisición de metas y cambio de perspectivas, como un resultado de adaptación a pérdidas y la medición de capacidades para desenvolverse en una de las últimas etapas del desarrollo. Lo anterior, comprende un estado significativo y de aprendizajes, debido a retos evidentes para las personas y sus cogniciones, así como las funcionalidades motoras.

### **Salud y Funcionamiento en el Adulto Mayor**

Para la OMS (2015), los elementos que juegan en esta etapa están asociados a las capacidades físicas y mentales junto al funcionamiento de los mayores, donde se hallan numerosas transformaciones fisiológicas, con un notable incremento en cuanto al riesgo de patologías crónicas, las cuales se visualizan en mayor medida por las discapacidades y la muerte que derivan, de la pérdida de las facultades sensoriales como la audición, visión, gusto y desplazamiento, relacionado con la edad y las enfermedades no transmisibles, como las del corazón, los accidentes cerebrovasculares, problemas respiratorios, el cáncer y las demencias.

Sin embargo, las complicaciones percibidas en el funcionamiento del adulto mayor, poseen formas moderadas de mitigar el impacto en la salud, ya que se implementan herramientas y estrategias que ayudan en la vida cotidiana como, por ejemplo, para los problemas visuales se han formulado gafas, los motrices el uso de bastones o caminadores que lo conduzcan a su vida plena y sin el menor esfuerzo por parte de externos, así como el de medicamentos y analgésicos para el cuidado.

Ahora bien, al evaluar las necesidades de salud, no solo es indispensable tener en consideración las enfermedades comprendidas que podrían presentar, sino también, cómo estas toman relación con el entorno, ya que influyen en las trayectorias de funcionamiento, lo que ha permitido que varios estudios pronostiquen el grado de comorbilidad como resultado de la supervivencia y aparición de enfermedades (Durán, 2019).

En último, definir estrategias dirigidas a fomentar la salud en edades avanzadas, es propicio comprender que hay factores contextuales que influyen en el individuo, si bien, estas comprenden un grado muy amplio en cuanto a variables y desarrollo del sujeto, es por esto que no se estiman estilos de vida apropiados y cualquier tipo de actividad que sea en favor del desarrollo personal ante la sociedad en general.

### **Etapas del Desarrollo**

Las etapas del desarrollo en el individuo son un conjunto de proceso que lo acompañan desde su fecundación hasta la muerte, partiendo con las principales como la prenatal, la cual es el hecho de concepción hasta su nacimiento, a partir de esto se establece la infancia que va desde el instante del parto hasta alrededor de los seis años donde inicia la niñez, la cual parte desde los seis hasta los doce años para continuar con la etapa de la adolescencia, ésta posee un conjunto de procesos y retos así como de crecimientos y experiencias para el individuo. Seguida a esta, la etapa de la juventud, es la que el individuo se encuentra en un proceso de madurez sexualmente y ha superado las turbulencias de la adolescencia, por lo que se continua con la etapa de la adultez, la cual es una de las más extensas para terminar en la adultez tardía y final de la vida (Enciclopedia, 2019).

En particular, la adultez tardía es una etapa de la vida que inicia a partir de los sesenta años hasta la culminación de la vida, en esta etapa, el declive de las facultades físicas, cognitivas, intelectuales y sociales donde sus anteriores etapas incidirán en el desarrollo al máximo o mínimo ritmo de debilidad.

### **Importancia del Adulto Mayor**

El adulto mayor se configura como una parte importante en la sociedad, esto debido a las experiencias y conocimientos obtenidos por estos en el desarrollo de su vida, sin embargo, un envejecimiento activo se estructura de la manera más afable para la construcción del individuo por tal razón, el envejecimiento activo se conformaría en el dotar a los mayores de una vida más longeva, plena, con mejor salud y en la que se promueva su autonomía, proporcionando cursos donde puedan concebir nuevas actividades y aprendizajes que les permita beneficiarse de los adelantos tecnológicos, permitiendo el gozar de la vida y aproximándoles a la actualidad con el fin de mantenerles activos (Pérez & Fiorin, 2018).

Para comprender de esta manera la importancia de la participación activa del adulto mayor en la sociedad sin tener que limitarla a la de los más jóvenes, se ha encontrado la manera clara en la que la participación de los mayores, de forma activa y concisa, denota de experiencias a las jóvenes y la sociedad, donde la inclusión y el fomento de estrategias productivas en las comunidades, conlleva a que el adulto mayor tenga interacciones dinámicas y un proceso tradicional en el desarrollo de las mismas.

### **Proceso de Envejecimiento**

La OMS (2015), establece que existen factores que influyen de forma acelerada en el envejecimiento de la población, estableciendo que lo primero es el aumento de la expectativa de vida, comprobando estadísticamente que las personas en la actualidad, viven más tiempo con gran énfasis que en los de edad avanzada, estableciéndose como los que responden a un mayor índice de supervivencia, esto en comparación a edades menores, expone que este fenómeno ha acompañado del desarrollo socioeconómico sin precedentes a nivel mundial durante las últimas cinco décadas.

Sin embargo, en todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes por estas causas suelen ocurrir a edades menores en los países de ingresos bajos y medianos, que en los países de ingresos altos. De hecho, en los contextos de ingresos bajos y medianos, las enfermedades transmisibles son responsables de un número considerable de muertes en el curso de la vida. Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer.

Ahora bien, el segundo factor que influye en el envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad, probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, debido al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género. En muchos países de ingresos altos, este aumento se originó poco después de la Segunda Guerra Mundial y al segmento de la población resultante, comúnmente se lo conoce como baby boomers, el cual a medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, por lo que el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida (OMS, 2015).

### **Afectaciones físicas.**

Una de las transformaciones característicos de las personas mayores son los que acontecen a nivel corporal, específicamente en la masa muscular, grasa y líquidos del cuerpo, esto a pesar de que se configuran como uno de los más importantes para determinar la moderación de lo interno y el nivel de dependencia, son los cambios que menos se perciben con facilidad, a su vez, la interferencia en la alimentación, apropiándose de prácticas que configuran un estado inapropiado para su salud física, los cuales se ligan de manera directa con las enfermedades que atañen todo el organismo del individuo, lo que altera de modo nocivo y degenerativo la salud, esto con un incremento probabilístico que afecta de manera directa su patrón conductual y de comportamiento así, como su apariencia (Queralt, 2016).

### **Afectaciones emocionales.**

Alvarado y Salazar (2016), refieren que los adultos mayores experimentan una serie de sentimientos y emociones como la angustia, tristeza, miedo, estrés, impotencia, desesperanza y aislamiento, los cuales dan cuenta de una nueva perspectiva que lleva a entender aún más cómo la experiencia del dolor crónico impacta en todas las dimensiones, esta mezcla de emociones sugiere un posterior agotamiento físico y mental en el adulto mayor despojándolo de su vitalidad y llevándolo a experimentar emociones negativas que agudizarán sus síntomas y afectarán a otras funciones normales de su cuerpo.

En relación con lo descrito se evidencia, que el cambio repentino en el estado de ánimo da como resultado una agudización de síntomas o una mayor predisposición al dolor, lo cual incide a que algunos adultos mayores con dolor crónico tengan dificultad para reconocer y reportar sus sentimientos por temor a ser rechazados (Alvarado & Salazar, 2016).

## **Vulnerabilidad del Adulto Mayor**

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo, determinadas por los recursos personales, económicos, entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud, es por esto, que al definir vulnerabilidad se habla de la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas al goce de sus necesidades y transgresión a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales, encontrándose gran afectación en los adultos mayores debido al desamparo al que son expuestos, en especial si no cuentan con recurso, es así que por sus capacidades se conciben en un estado críticos tanto para sí mismo como para los que lo rodean, debido al naciente sentimiento de impotencia y poca capacidad para desarrollar las cosas con la misma efectividad de antes (Guerrero & Yépez, 2015).

Por lo anterior, la vulnerabilidad es percibida como un estado crítico en los adultos mayor, la cual se logra asociar con la desesperanza dado a la falta de vigorosidad y contrastada con los efectos psicológicos y físicos se hace evidente que la vulneración se configura como un proceso retributivo por las carencias motrices y cognitivas de los individuos, estableciendo desfavorabilidades tanto en el desarrollo de la persona como en la construcción de incidencias psicológicas que marcan de forma trascendental a los mayores.

## **Políticas Colombianas de Envejecimiento Humano y Vejez**

El Ministerio de Salud nacional (2015) establece que la Política de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de sesenta años o más, con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida, esto es comprendido como una Política Pública, de Estado concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar,

movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024.

Haciendo de esta manera un completo énfasis en el reconocimiento de la unidad y diversidad de la Nación, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial, poniendo como pilar fundamental la familia, como unidad básica de la sociedad, que desempeña una función primordial en la organización y desarrollo sociales y que como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades, desigualdades y obligaciones de sus integrantes, en torno al cuidado y autocuidado de sus miembros, en especial al de las personas adultas mayores (MinSalud, 2015).

Si bien, se establece que la obligación de promover garantías, realización, restitución y protección del conjunto de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos ayuda a promover el ejercicio efectivo de los derechos y el cumplimiento en la sociedad, conllevando a que se promueva la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres para proteger los derechos de las personas adultas mayores.

Por lo que se parte de la necesidad de crear entornos económicos, políticos, sociales, culturales, espirituales y jurídicos, los cuales son favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de los colombianos y responder por un envejecimiento activo.

De hecho, la necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como una estrategia de visión de largo plazo y de trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del curso de vida, ha generado que el envejecimiento humano sea visto como un problema fundamental de la sociedad, donde las limitaciones del sistema integral de información del país evidencie la situación de la vejez junto a la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre el envejecimiento de los colombianos, integrado al SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social), para reconocer la necesidad de generar una línea de indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país (MinSalud, 2015).

Es por esto, que MinSalud (2015), sostiene que la Atención Primaria en Salud es configurada como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad y continuidad en la prestación de servicios de salud. Por tal motivo, los avances en el conocimiento están encaminados a evidenciar tanto las implicaciones de los momentos iniciales del curso de vida sobre el final de la trayectoria vital y de las desigualdades acumuladas en la vejez como las consecuencias de las acciones sociales orientadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de dependencias funcionales, presentando así una humanización de los servicios de salud y a la emergencia de los sistemas de cuidados en el marco de los sistemas de protección social.

Por lo tanto, con el cumplimiento de retos encaminados a superar las desigualdades sociales de la vejez, afrontar la dependencia funcional, la enfermedad, erradicar el hambre y la pobreza extrema en los colectivos y personas adultas mayores, evidencian la relación de interdependencia entre envejecimiento de la sociedad y el desarrollo económico, ya que al promover el envejecimiento activo se fomentan cambios culturales en el envejecimiento humano y la vejez (MinSalud, 2015).

### **Políticas de apoyo institucionales.**

El Programa de Protección Social al Adulto Mayor, “Colombia Mayor”, tiene como objetivo aumentar la protección a los adultos mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión, o viven en la indigencia o en la extrema pobreza, a través de la entrega de un subsidio económico mensual (NU & MinSalud, 2020).

Este programa se desarrollará en 1.107 municipios y 3 inspecciones departamentales, cuenta con más de un millón seiscientos noventa y ocho mil beneficiarios en el programa y es apoyado por las alcaldías municipales, quienes cumplen un papel fundamental en la ejecución y seguimiento del programa, estos se entregan bajo dos modalidades: Subsidio económico directo, los cuales son recursos que se giran directamente a los beneficiarios a través de la red bancaria o de entidades contratadas para este fin y los subsidio económico indirecto, que son recursos que se otorgan en Servicios Sociales Básicos, a través de Centros de Bienestar del Adulto Mayor y Centros Diurnos (NU & MinSalud, 2020).

Finalmente, ser adulto mayor se convierte en un estado de completo cambio en el desarrollo del ser humano, trayendo consigo variaciones tanto en lo físico como psicológicos, llegando a comprender un sin número de sentimientos y percepciones desde su posición, así como de transformaciones ocurridas por la edad, el deterioro y el debilitamiento progresivo de sus funciones, lo que trae consigo enfermedades de todo tipo de índole y se encuentra a su vez entrelazada con un estado de vulnerabilidad constante por las marcadas condiciones a las que ahora son expuestos, es por esto que se han establecido medidas y políticas públicas que son garantes del bienestar individual e integral de los adultos.

## **Capítulo II**

### **Deterioro Cognitivo**

La trascendencia del ser humano en el tiempo y su desarrollo en la vida conlleva a múltiples cambios, con aumento y disminución de las capacidades lo cual marca de manera compleja su paso por el tiempo, esto como una variable que genera transformaciones tanto en lo físico como lo psicológico, encontrando en esta ultima la disminución de las capacidades cognitivas y daño en el funcionamiento cerebral, haciendo así pertinente el estudio del deterioro cognitivo, como ese paso y transformación del hombre, así como las consecuencias, lo que produce y las consecuencias desde una perspectiva diferente.

El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores, al avanzar la edad, todos los tipos de memoria (a corto, medio y largo plazo), deben permanecer con pocos cambios respecto al adulto joven, a excepción quizás de la memoria inmediata, que es la que más se resiente con el envejecimiento, de igual modo, la capacidad verbal, el vocabulario, la comprensión y las capacidades de manejo se mantienen casi intactos con la edad (Queralt, 2016).

Sin embargo, sí se puede encontrar un cierto enlentecimiento en el procesamiento de todas las áreas cognitivas, sin que ello suponga una disminución de las mismas, ya que se puede esperar que la respuesta final se encuentre intacta, aunque algo más lenta. La pérdida de memoria y habilidades es lo que caracteriza los procesos de deterioro cognitivo.

De hecho, el deterioro cognitivo al ser un estadio intermedio entre el esperado debido al envejecimiento normal y el deterioro más grave de la demencia, ambos pueden implicar problemas con la memoria, lenguaje, pensamiento y juicio que son más significativos que los cambios normales relacionados con el envejecimiento, ya que si se posee un deterioro cognitivo leve, se puede notar que la memoria o funciones mentales se han “reducido”, teniendo en cuenta que los

familiares y amigos cercanos podrán notar ese cambio. No obstante, estos cambios no son tan graves como para que interfieran significativamente en la vida diaria y actividades habituales (MayoClinic, 2020).

En contraste, es posible que el deterioro cognitivo leve aumente el riesgo de padecer demencia en el futuro, causada por la enfermedad de Alzheimer u otro trastorno neurológico. Pero algunas personas con deterioro cognitivo leve nunca empeoran y algunas mejoran con el tiempo.

### **Desarrollo del Deterioro Cognitivo**

El deterioro cognitivo leve se define como el declive de las funciones cognitivas en grado leve, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores y que en general no afecta a la realización de las tareas habituales del día a día. Por su parte, la demencia se caracteriza por la alteración progresiva de la función cognitiva que incapacita a la persona la realización de alguna de estas llamadas actividades de la vida diaria (Queralt, 2016).

De acuerdo al grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente, se catalogará como deterioro cognitivo leve si no padece ninguna afectación, o bien, si ya existe incapacitación para las actividades de la vida diaria, se clasificará como demencia leve, moderada o grave (Queralt, 2016).

### **Tipos de Deterioro Cognitivo**

Según el grado de déficit que presente cada paciente en los distintos test psicométricos que cuantifican las funciones cognitivas y de función en la vida diaria, se clasificará la enfermedad

como deterioro cognitivo leve o demencia (leve, moderada o grave). Las características generales de los grados son las siguientes:

#### **Deterioro cognitivo leve.**

Este tipo de deterioro se evidencia en la disminución de la memoria y funciones cognitivas superiores, esto a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente (Queralt, 2016).

#### **Demencia leve.**

Se comienza a afectar la situación funcional de la persona, la cual comienzan a resentirse de forma leve a las actividades de la vida diaria, donde el paciente suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvidando nombres de personas muy familiares, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta (irritabilidad, mal humor, etc) (Queralt, 2016).

#### **Demencia moderada.**

Los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo espacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión (Queralt, 2016).

**Demencia grave.**

La mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con el paciente, no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (Queralt, 2016).

**Demencia.**

Se define demencia como el deterioro adquirido de la memoria asociado, al menos, al de otra de las funciones cognitivas y que afecta a la vida diaria de las personas que la padecen. Las funciones cognitivas afectadas son principalmente: la memoria a corto, medio o largo plazo, las áreas del lenguaje (comprensión, elaboración, vocabulario), las habilidades manuales (praxias), las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones, los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente afectados en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales (Queralt, 2016).

**Factores de Riesgos y Precursores del Deterioro**

Cancino y Rehbein (2016), afirman que dos de los cambios importantes ocurridos durante las últimas décadas son el aumento considerable en la expectativa de vida de la población y la reducción de la tasa de natalidad, exponiendo que esto ha traído consigo un considerable envejecimiento de la población, lo cual, para las Naciones Unidas, un país se encuentra envejecido cuando el 7% o más de su población tiene más de sesenta años de edad (Banco Mundial, 2013, Mathers et al. 2015). Sin embargo, Chile ha superado con creces ese nivel, con tasas actuales superiores al 13.5% de adultos mayores de 60 años y con una proyección de llegar al 20% en el año 2025.

Por tanto, Barrera, Donolo, y Rinaudo, (2010) quienes expone que:

Dentro de la diversidad de patologías asociadas al envejecimiento, se encuentra el deterioro cognitivo leve, cuadro que se manifiesta como un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas, esto en cuanto a la orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual, y un predominio de la reducción de la función mnémica, además, se suelen acompañar de cambios conductuales (Pg. 42).

En la actualidad, no sólo se distinguen el Deterioro Cognitivo Leve amnésico y el no amnésico; esto es, el predominio, o no, del deterioro en la función mnémica, sino que también se ha logrado establecer una diferenciación según el número de dominios afectados, es decir, habría sujetos con unidominio, cualquiera sea éste; y otros con multidominio, donde existiría más de un dominio cognitivo deteriorado, es así como estas clasificaciones buscan facilitar una mayor especificidad en la detección y diagnóstico, con todo esto, el deterioro cognitivo comparte con la demencia factores de riesgo como la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos, adicionalmente, dado que, se sabe que por sobre los 60 años, aumenta el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve (López y Calero, 2009) y que las mujeres tienen un riesgo mayor de padecer Demencia de tipo Alzheimer, toda investigación en este ámbito debe considerar (o controlar) estos factores de riesgo (Cancino & Rehbein, 2016).

### **Declive en la actividad física.**

Según Castro & Galvis (2018), la demencia comprende un grupo de trastornos que abarcan una pérdida progresiva de las funciones cognitivas y afecta habilidades que son necesarias para el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria, entre ellas, la atención, memoria a corto y largo plazo, movimientos y su coordinación y la planeación de actividades. Lo anterior implica la pérdida normal del desenvolvimiento de la persona, afecta su entorno familiar y social y tiene un alto grado de dependencia. Como consecuencia, genera depresión, provoca estrés emocional (altos

niveles de ansiedad e incertidumbres que afectan la salud física), problemas financieros por altos costos de medicamentos y perturba, en fin, a todo el círculo de apoyo (familiares y cuidadores).

Por ende, la actividad física, es efectiva para los adultos mayores en general, y es protectora en enfermedades cardiovasculares, por lo que puede que exista la posibilidad que se pueda introducir como un tratamiento para la demencia o para prevenirla. Existe evidencia acerca de la hipótesis que la actividad física aumenta las neurotrófinas del cerebro; en específico el factor neurotrófico derivado del cerebro (brain-derived neurotrophic factor, BDNF por sus siglas en inglés) tiene como función apoyar el crecimiento y el mantenimiento de circuitos neuronales. El BDNF puede aumentar su concentración gracias al factor de crecimiento insulínico que, a su vez, se puede incrementar por las mejoras en la perfusión e irrigación cerebral provocadas por la práctica regular de actividad física (Castro & Galvis, 2018).

Conllevando a que la eficiencia de los tratamientos farmacológicos hasta la fecha se ha limitado en controlar los síntomas y ha sido ineficiente en la aparición del trastorno de demencia, con lo anterior, en algunas demencias, los fármacos no solo son costosos, sino que tienen efectos colaterales; está demostrado que los antipsicóticos, los psicofármacos y antidepresivos están relacionados con el aumento de peso y el síndrome metabólico, por esta razón, que se ha incrementado el interés de médicos e investigadores en los tratamientos no farmacológicos para mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores, así como para disminuir y ralentizar el deterioro cognitivo (Castro & Galvis, 2018).

## **Maneras de Evaluar el Deterioro**

### **Diagnóstico.**

En la actualidad no se ha concebido un diagnóstico como tal, sin embargo, los especialistas de la salud logra establecer las causas mediante un cuadro sintomático como lo es el indagar sobre: problemas con la memoria u otra función mental, estado ha declinado con el tiempo, función mental general y actividades diarias no se ven afectadas, los análisis de estado mental muestran un nivel leve de deterioro para la edad y nivel de educación, el diagnóstico no es la demencia, los problemas que describes y que el médico documenta a través de los informes de corroboración, de la historia clínica y las pruebas de estado mental no son lo suficientemente graves como para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia (MayoClinic, 2020).

Como parte del examen físico, el profesional de la salud hará algunas pruebas básicas que indican el nivel de funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, por lo que estas pruebas ayudan a detectar signos neurológicos de la enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares, tumores u otras enfermedades que pueden deteriorar la memoria como la función física, el examen neurológico puede evaluar: Reflejos, movimientos oculares, capacidad para caminar y equilibrio.

Así mismo, existen los análisis de laboratorio, los cuales son de sangre y permiten descartar problemas físicos que pueden afectar la memoria, como deficiencia de vitamina B-12 o hipoactividad de la glándula tiroides, de igual manera, se puede identificar un diagnóstico por imágenes del cerebro, esto por medio de una RM o TC para detectar evidencia de un tumor cerebral, accidente cerebrovascular o hemorragia, por otro lado existe también el análisis de estado mental, el cual se puede realizar de formas cortas de análisis de estado mental en alrededor de 10 minutos, durante el análisis, los médicos les piden a personas que realicen distintas tareas específicas y que respondan varias preguntas, como nombrar la fecha de hoy o seguir una indicación escrita (MayoClinic, 2020).

No obstante, las formas más largas de análisis neuropsicológico pueden proporcionar detalles adicionales sobre el funcionamiento mental en comparación con el funcionamiento de otras personas de una edad y nivel educativo similares. Estas pruebas también pueden ayudar a identificar patrones de cambio que proporcionan pistas sobre la causa oculta de los síntomas (MayoClinic, 2020).

### **Test de MoCA.**

La evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), está diseñada para evaluar la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación, con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos, en versiones traducidas a más de 10 idiomas. La especificidad de este test para excluir controles normales fue de: 87%, por lo que se ha estimado la sensibilidad de la MoCA como excelente (90%) para detectar deterioro cognitivo leve y es considerablemente más sensible que el MMSE (Rodríguez, Saracco, Escamilla, & Fresán, 2014).

Debido a que el deterioro cognitivo como la incapacidad que afecta directamente el estado de la memoria y cogniciones de los seres humanos, ya que se concibe como un daño de los procesos que trae consigo dificultad en la adaptación y percepción de las personas, lo que está estrechamente ligado a la edad y condiciones de las personas, debido a que tiene muchas repercusiones en los adultos mayores, trayendo cambios y notables estados que afectan el desarrollo diario y relación con los demás, que hasta el momento se ha postulado como un estado irreversible de la conciencia y de los procesos superiores de los individuos, con grandes dificultades para su diagnósticos y la complejidad de su tratamiento.

### **Capítulo III**

#### **Autoestima y Autoeficacia**

Durante toda la trayectoria de la existencia del ser humano este se ha visto influenciado por aspectos relacionados a la autoestima y a la autoeficacia, es decir a la forma como se ve y a la confianza de sus propias capacidades, estableciendo un sin número de actividades y desempeñándose en diversas funciones que logren satisfacer estas variables como un estado y sentido del logro individual, consiguiéndose percibir de la manera más favorable desde su punto de vista, sin embargo, su análisis personal cambia cuando estas no se encuentran alineadas y satisfechas, estableciendo cambios y modificaciones a nivel personal, abordándose estos apartados y esclareciendo de manera significativa desde óticas de lo que implica ser adulto mayor.

#### **Autoestima**

La autoestima se puede definir como el resultado emocional que surge si se acepta y gusta el autoconcepto, por eso, contrariamente al pensamiento popular, la autoestima no surge de una evaluación positiva personal realizada en cada situación, sino del observarse con objetividad y sobre todo de estimar y aceptarse tal cual, configurándose la autoestima como más que un concepto fijo y estable, pues esta se manifiesta de forma cambiante en función de situaciones vitales y circunstancias y se va modificando a lo largo de la vida de cada sujeto (Escudero, 2018).

Se puede afirmar que la autoestima es la base en los cimientos de la salud psicológica, si la autoestima es adecuada, se puede interactuar con el mundo de forma sana, pudiendo afirmar en cualquier situación y defender los derechos sin alteración, por eso, con una autoestima sana se es inmunes o poco vulnerables a los ataques emocionales del entorno y para actuar con tranquilidad en cualquier situación, aceptando incondicionalmente, lo que hará que se esté satisfechos de las reacciones y conductas.

Si bien, una autoestima sana previene enfermedades psicológicas como la depresión o la ansiedad, es también una de las bases de las relaciones humanas, y por lo tanto, afecta de forma directa a la manera de actuar en el mundo y de relacionarse con los demás, nada en la manera de pensar, de sentir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima, es así que, una autoestima saludable permite tener una serie de conductas y actitudes que tienen efectos beneficiosos para la salud y la calidad de vida (Escudero, 2018).

### **La autoestima en el adulto mayor.**

La autoestima en el adulto mayor se puede entender como la importancia y el afecto que se tiene a sí mismo, para crearse dicho autoconcepto, el adulto es capaz de conocerse, valorarse y percibirse, incluso en condiciones adversas de la vida, la construcción del concepto de autoestima se forma de la interacción de tres esferas principales: la primera es el Yo (forma de ser más conocida). La segunda es lo que influye el mundo cercano (familia, amigos, relaciones sociales) y la tercera esfera es la interacción cultural y los conceptos que existen en ella (AMGG, 2019).

Sin embargo, la importancia del autoestima radica entonces en que dará pauta a las conductas en el andar cotidiano, según algunos investigadores, la autoestima en el adulto mayor puede ser alta o positiva cuando la persona se reconoce como importante para sí y los demás, tiene deseos propios, los expresa y defiende; cuando enfrenta las crisis, los cambios y las pérdidas, cuando reflexiona, busca apoyo e información y cuando busca autonomía y la disfruta, también puede presentarse una autoestima baja o negativa, como cuando el adulto mayor tiene una poca aceptación de sí mismo, cuando cree que por su edad no sirve o es un estorbo, cuando no acepta los cambios en su cuerpo y se deprime, cuando es negativo, cascarrabias, pesimista y le cuesta dar y recibir afecto.

Para tener en cuenta, la baja autoestima no permite el control de los pensamientos, sentimientos y emociones, por lo que constantemente se recurre a la aceptación de todo aquello

que sugieren los demás para los individuos, perdiendo la guía de sus propias ideas y pensamientos, cuando se tiene baja autoestima es común sentir una gama de sentimientos negativos como: miedo vergüenza, abandono, rabia, resentimiento, desconfianza, falta de respeto, falta de valía, falta de poder, soledad, aislamiento y pérdida del respeto por sí mismos (AMGG, 2019).

### **Disminución de la autoestima en el adulto mayor.**

Con la llegada de la tercera edad la autoestima puede afectarse y reducirse, desde la psicología se logra señalar que esto se debe a que las personas ven que sus capacidades físicas y mentales disminuyen; sus cónyuges y amigos mueren o sus conocidos desaparecen de su círculo porque ya no pueden mantener el ritmo de vida que llevaban, aunque algunos viven con sus familias, sienten que no existen, porque no son tomados en cuenta, no se respetan sus puntos de vista y se les impide realizar tareas que ellos pueden asumir sin problemas (ECD, 2018).

Entrar a la tercera edad genera cambios y uno de ellos es la disminución de la independencia, ya sea por las pérdidas físicas y mentales que aparecen con el envejecimiento o las enfermedades que disminuyen sus capacidades. En algunos casos, son los propios hijos quienes roban independencia a los padres al impedirles realizar actividades para las que están capacitados; o que tomen decisiones (ECD, 2018).

No obstante, aunque las personas de la tercera edad necesiten ayuda es inadecuado hacer todo por ellos, es decir, hay que permitirles participar en las actividades rutinarias de la familia y, si pueden hacerlo y que se encarguen de su cuidado, por tanto, la mayoría de los adultos mayores quieren conservar su independencia, aunque necesiten un poco de apoyo, eso se puede lograr.

### **Depresión y ansiedad en la tercera edad.**

Sentir que pierden el control y sus capacidades físicas disminuyen por trastornos médicos genera emociones negativas y ansiedad en las personas de la tercera edad, que pueden conllevar al aislamiento, la apatía, la ansiedad, la baja autoestima y, más grave aún, la depresión. La depresión crónica en el adulto mayor puede complicar su salud y tener efectos físicos alarmantes. Se ha hallado, que el índice de mortalidad es mayor entre las personas de la tercera edad que se sienten solos frente a los que están contentos con sus vidas (ECD, 2018).

Para evitar que los mayores sufran esas emociones, lo mejor es proporcionar ayudas para que tengan calidad de vida y conserven su independencia en ambientes seguros, en la actualidad, existen excelentes centros que les permiten continuar sus vidas y compartir intereses con personas de su misma edad, es así que, escuchar al adulto mayor, hablar sobre lo felices que se encuentran en estos lugares, que les permite sentirse independientes, tomar decisiones y hacer las cosas que quieran, lo que indican que estos modelos de residencia sí funcionan, como sucede con los apartamentos Vitamagna con un concepto innovador que el adulto mayor disfruta, como ellos mismos lo hacen saber (ECD, 2018).

### **Potencializar la Autoestima**

De acuerdo a Sanitas (2019) la pérdida de autoestima es una circunstancia que se da frecuentemente en las personas mayores, unas ya no tienen las mismas capacidades físicas y mentales y tienen grandes limitaciones para hacer tareas sencillas y cotidianas, por lo que necesitan la ayuda de sus familiares, incluso algunos viven en casa de uno de sus hijos o peregrinan entre la de varios, pero se sienten como un mueble inútil que no sirve para nada o la han llevado a una residencia, un ambiente extraño, sin que apenas vayan a verla, en el caso de otros porque han perdido a la mayoría de sus amigos, se sienten solos y además no son capaces de mantener el ritmo de actividad que tenían antes.

Sin embargo, los motivos que dominan la autoestima de algunos mayores pueden ser muy diversos, pero poco a poco pueden llevarlos a un proceso depresivo y al aislamiento importante, por tanto, que los familiares como los cuidadores mantengan una actitud y un comportamiento que faciliten mantener y potenciar su autoestima (Sanitas, 2019).

Por esto entre las actividades pertinentes para el adulto es recomendable: fomentar su autonomía, hacer que se sientan útiles, ayudarles a mantenerse activos, permitirle que tome decisiones que le afectan, respetar su intimidad, Son muchas las maneras en que se puede potenciar la autoestima de una persona mayor, pero siempre demostrando respeto y cariño. No hay que tratarles y hablarles como un niño, sino como a un adulto capaz de tomar decisiones, asumir responsabilidades y que tiene autonomía y vida propia (Sanitas, 2019).

### **Influencia de la Sociedad en la Autoestima**

La forma en la que se es valorado el adulto mayor influye en la forma de comportarse en la sociedad, es así que, una persona con autoestima alta suele ser abierta, confiada, asertiva, al contrario, una persona con baja autoestima tendrá más tendencia a encerrarse en sí misma y comportarse de forma tímida, pudiendo llegar a aislarse. Esto se debe a que las personas con baja autoestima están en una constante búsqueda de aceptación, intentando buscar en los demás una valoración que no son capaces de darse por sí solas y temiendo constantemente ser rechazados. La sociedad puede influir en la autoestima a través de la realimentación personal, que es la respuesta que los demás dan a las acciones emitida por el individuo. Según esa respuesta sea de aceptación o de rechazo, la autoestima de las personas puede elevarse o disminuir (Cracknell, 2015).

De igual manera, en las que la sociedad influye a través de la imposición de deberes morales, es decir, una persona con una autoestima equilibrada y segura de sí misma examinará esos deberes y aceptará sólo aquellos con los que está de acuerdo según sus sentimientos y pensamientos, por el contrario, una persona con baja autoestima intentará vivir según esos deberes

sin planteárselos, con lo cual puede verse atrapada entre sus verdaderos deseos y la sensación de culpa que le produce separarse de lo que ordena la sociedad.

Al tratar otros aspectos en los que la sociedad puede influir, como en la elección de actividades que se puede realizar en nuestro tiempo libre, que pueden ser una gran fuente de autoestima, o la manera en la que la situación de desempleo puede afectar seriamente a la valoración que se haga de cada mayor (Cracknell, 2015).

### **Autoeficacia**

Para Rodríguez (2020) la autoeficacia es la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones, de este modo, se puede desempeñar un papel importante no sólo en cómo se sienten el individuo mismo, sino en las actitudes y posibilidades para alcanzar con éxito los objetivos y metas propuestas.

Es así que, Albert Bandura creador de la teoría cognitiva social, el concepto de autoeficacia es fundamental, este hace constancia en el papel del aprendizaje por observación, las vivencias sociales y el determinismo recíproco en el desarrollo de los individuos, por tanto, las actitudes de una persona, sus capacidades y habilidades cognitivas le ayudan a comprender lo que se conoce como el sistema del yo, exponiendo que este sistema juega un papel indispensable en la forma en que son percibidas las situaciones y cómo se comporta en respuesta a diferentes situaciones, por tal, la autoeficacia se configura como una parte esencial del auto sistema (Rodríguez E. , 2020).

Según Bandura, citado en Rodríguez (2020) la autoeficacia es la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para gestionar las situaciones posibles. En otras palabras, la autoeficacia es la creencia de una persona en su capacidad de tener

éxito en una situación particular. Bandura describe estas creencias como determinantes de la forma de pensar, de comportarse y de sentir.

Las personas con un fuerte sentido de autoeficacia ven problemas difíciles como tareas a ser superadas. Desarrollan un interés más profundo en las actividades en las que participan, se recuperan rápidamente de los reveses y las decepciones y tienen un mayor sentido del compromiso con sus intereses y actividades (Rodríguez E. , 2020).

Por el contrario, las personas con un débil sentido de autoeficacia evitan siempre que puedan tareas desafiantes. Creen que las tareas y situaciones difíciles están más allá de sus capacidades. Pierden rápidamente la confianza en sus capacidades personales y se concentran en los fracasos personales y los resultados negativos.

### **Cómo se desarrolla la autoeficacia.**

Las creencias sobre la capacidad de autoeficacia se empiezan a formar en la primera infancia, cuando los niños empiezan a lidiar con una amplia variedad de experiencias, tareas y situaciones. Sin embargo, el crecimiento del sentido de la autoeficacia no termina en la juventud, sino que sigue evolucionando a lo largo de la vida, cuando la gente adquiere nuevas habilidades, experiencias y conocimientos (Rodríguez E. , 2020).

### **Cómo incide la autoeficacia.**

Las personas que tienen una gran seguridad en sus capacidades consideran las tareas difíciles como retos que han de ser superados, en vez de visualizarlos como amenazas que deben evitar. De igual forma, ante la posibilidad de fracaso, este tipo de personas aumenta y reafirma aún

más sus esfuerzos y son capaces de recuperar rápidamente su sensación de eficacia al enfrentarse a ciertos obstáculos o incluso después de fracasar. Por el contrario, las personas que dudan de sus capacidades evitan las tareas difíciles porque se sienten amenazados. Tienen bajas aspiraciones y no se comprometen con las metas que les son establecidas (Apiquian, 2015).

Al enfrentarse a tareas difíciles suelen centrar su atención hacia sus debilidades personales, los obstáculos que van a encontrar y todo tipo de resultados negativos, en vez de concentrarse en diseñar un plan de acción que les permita alcanzar el éxito. Reducen sus esfuerzos y abandonan pronto sus tareas cuando surgen dificultades y después de haber sufrido un contratiempo tardan en recuperar su seguridad personal.

El sentimiento de autoeficacia actúa como un sistema que regula internamente el esfuerzo que se va realizar para lograr un objetivo, la capacidad para sostener dicho esfuerzo en el tiempo, y la perseverancia cuando se enfrentan a obstáculos y experiencias adversas (Apiquian, 2015).

A su vez, posturas psicológicas plantea diversos factores para alimentar la autoeficacia, la cual se alimenta de: Los logros personales, experiencias de otras personas (como ejemplo a seguir, proyectándose la persona y conociendo y comparando sus capacidades), persuasión social, estado emocional.

Así mismo, existen estrategias que favorecen el incremento del sentimiento de autoeficacia, estas ligadas en gran medida con las cogniciones y procesos adaptativos, como lo es el establecerse metas atractivas y desafiantes, definir los objetivos en unidades observables, buscar entre los

compañeros o jefes modelos con los que puedas identificarte y que generalmente tengan buenos niveles de productividad, para poder alterar las creencias de autoeficacia, será necesario favorecer un estado físico apropiado reduciendo el estrés y las emociones negativas (Apiquian, 2015).

La percepción de autoeficacia influye en tu nivel de compromiso y perseverancia ante los obstáculos, así como en el control del estrés y la determinación para la acción, lo que influye directamente en el desempeño y productividad, pues si se duda de las capacidades para desempeñar las tareas es muy probable que se deje abrumar fácilmente por sus funciones diarias, y con el paso del tiempo, experimente ansiedad, estrés, malestar y emociones negativas hacia el trabajo (Apiquian, 2015).

En conclusión, ser adulto mayor se configura como un estado en procesos en declive, con una realidad enlazada con la constante ayuda donde el entorno influye en las relaciones y desarrollo personal así como las patologías y enfermedades físicas y psicológicas que atañen a los individuos donde la motivación, autoestima y autoeficacia juegan un papel indispensable debido a la aceptación personal y el sentido del logro que motiva a ser capaz de lograr las cosas sin mayor esfuerzo o necesidad, es así que el significado de ser adulto va más allá de simples emociones y motivaciones sino de la construcción personal y adaptación a las singularidades a las que se adhiere el cuerpo humano, con el establecimiento de nuevos estilos y hábitos que aunque inhiben significativamente en cuanto a estos conceptos también permite la exploración de nuevas herramientas que conlleven al bienestar personal y social, buscando de esta forma la satisfacción como medida de variación conductual y cognitiva.

## **Capítulo IV**

### **Bienestar Psicosocial**

De acuerdo con las teorías de Ryff (1989) sobre el bienestar psicológico y de Keyes (1998) sobre el bienestar social, se determina que el bienestar subjetivo tiene bases más emocionales ya que se ha abordado con temas de la felicidad, la afectividad o la satisfacción vital.

Por tanto, el concepto de Bienestar Social es desarrollado por Keyes (1998), el cual recoge los aspectos interpersonales de la salud mental, para describirlos en cinco categorías:

En primer lugar, la integración social, donde la evaluación de la calidad de las relaciones que mantiene la sociedad con la comunidad, por lo que se cultivan sentimientos de pertenencia, lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.

En segunda instancia, la aceptación social, ya que la presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, incentivando a la honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida junto a la perspectiva que se tiene sobre esta.

Seguidamente, la contribución social, considerando el sentimiento de utilidad como miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo.

De igual forma, en la actualización social, señalando que la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que se pueden beneficiar Confianza en el futuro de la, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

Posteriormente, la coherencia social, ya que, al percibir la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, se genera la preocupación por tener conocimiento sobre lo que sucede en el mundo, es decir, como una sensación de que se es capaz de entender lo que sucede en el entorno donde se desarrolla como una forma de supervivencia.

### **Psicología Gerontológica**

La Psicología Gerontológica es una subdisciplina de la Psicología, que se direcciona al estudio del envejecimiento y los procesos que conlleva la vejez, como son las diferencias individuales atribuidas por la edad, ambiente, impacto social, afectación emocional, entre otros. Lo cual ha conllevado a que este estudio se desarrolle con la finalidad de promover el bienestar de las personas mayores junto a la de los cuidadores por medio de un plan de intervención psicogeronte con actividades direccionadas a las áreas que evalúa el Test de Evaluación Cognitiva Montreal, MoCA:

Por lo tanto, se deben tener en cuenta los tipos de gerontología que se despliegan de acuerdo al punto de investigación que se va a manejar en la población, por lo que, entre ellos se encuentran (Queralt, 2018):

- Gerontología biológica o experimental: Se encarga del estudio del proceso biológico y factores del envejecimiento que pueden modificarlo, ya que la metodología consiste en conocer los mecanismos y etiopatogenia de la vejez.
- Gerontología social: Detecta, describe y analiza las causas y efectos del proceso de envejecer en la sociedad.
- Geronto psicología: Divisa los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano, por lo que puede describir, explicar, comprender y modificar las actitudes del sujeto que envejece.

- Gerontología clínica o geriatría: Se presenta con la finalidad de prevenir y diagnosticar las enfermedades de la vejez, la curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en el ambiente habitual.

Lo cual conlleva a resaltar, que este trabajo investigativo se enfoca en la Geronto – Psicología, teniendo en cuenta que, desde la Psicología, la vejez es vista como una etapa de cambios y aparentemente, es donde se genera una estabilidad vital, ya que puede ser afectada por la transición emocional por pérdidas de amigos o familiares de la misma generación, de igual forma, se tienen en cuenta las enfermedades físicas y psicológicas que abordan la senectud de la esta etapa (Soto, 2019).

Sin embargo, hay objetivos de la psicogerontología que se direccionan a la práctica de esta especialidad, por ejemplo, el aprender herramientas teórico – prácticas para la intervención en el ámbito social para mejorar la calidad de vida, junto a la revisión de normativas y enfoques de derechos como un requerimiento para llevar a cabo un sistema de protección social para los mismos (Queralt, 2018).

## Marco Contextual

El Hogar San Antonio de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados fue fundado el 5 de mayo de 1901 a solicitud de la madre superiora de Pamplona, el clero de la Provincia de García Rovira, Consejo Municipal de la ciudad de Málaga y demás personas de la localidad, mediante acuerdo del pueblo malagueño a la exaltación del párroco presbítero José de Jesús Peralta, inicialmente siendo hospital y asilo de indigentes de esta ciudad y en recuerdo del señor obispo Doctor Ignacio Antonio Parra de la diócesis de la Nueva Pamplona.

Después de tres días de camino, párrocos e ilustras de la provincia de García Rovira, norte y Gutiérrez; les da la bienvenida la sociedad malagueña y en la casa parroquial la congregación de las hijas María, recibiendo la primera caridad del pueblo y limosnas para los desamparados, días más tarde el asilo fue trasladado de la casa parroquial hasta donde funciona actualmente.

El 20 de marzo de 1902 ingresa la primera postulante malagueña Emilia Moreno para dirigir la institución. En 1903 el Padre Laviña compro el terreno para su construcción, en 1931 la congregación de las hermanitas de los Ancianos Desamparados se instaló y se empezó a construir la capilla que fue bendecida en 1954.

Desde su fundación, ha llegado a albergar más de 150 adultos mayores dependiendo de la caridad del pueblo y la provincia. Actualmente, se encuentran 125 adultos mayores de distintas edades y razones por las que llegan a ser institucionalizados.

## Marco Legal

A continuación, se describen textualmente las leyes, artículos y decretos que avalan la práctica en promoción y prevención en salud mental de los adultos mayores, así como de la intervención psicológica en los mismos.

### Ley 1251 de 2008

El congreso de la república junto al ministerio de salud y protección social, determinan la ley 1251 de 2008 para dictar normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

**Artículo 7.** objetivos de la política nacional de envejecimiento vejez. <título artículo modificado por el artículo 8 de la ley 1850 de 2017> el estado, en cumplimiento de los fines sociales, es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo integral del adulto mayor, para lo cual deberá elaborar la política nacional de envejecimiento y vejez, teniendo en cuenta los siguientes objetivos (pág. 6):

1. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como miembros de la sociedad, de manera preferente la de aquellos más pobres y vulnerables.
2. A través de enfoques multidisciplinarios, integrales e integradores, incorporar los problemas del envejecimiento como factores del desarrollo nacional, haciendo partícipe en este propósito a los adultos mayores.
3. Construir y desarrollar instrumentos culturales que valoren el aporte de los adultos mayores y faciliten la transmisión de sus habilidades y experiencias a las nuevas generaciones.

4. Alcanzar la plena integración y participación de los adultos mayores en el desarrollo económico, social, político y cultural de la nación, reconociendo el trabajo intergeneracional que cumplen en la sociedad.

**Artículo 12. participación.** En la elaboración de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, se tendrá en cuenta la participación de (pág. 13):

1. Organizaciones públicas y privadas que presten servicios al adulto mayor.
2. Entidades públicas del nivel nacional, departamental, distrital, municipal y local y las entidades descentralizadas que atiendan y adelanten proyectos relacionados con el adulto mayor.
3. La sociedad civil organizada.
4. La academia.
5. Los adultos mayores.
6. Redes sociales de apoyo.

**Artículo 17. áreas de intervención.** en la elaboración del plan nacional se tendrán en cuenta las siguientes áreas de intervención (pág. 16):

1. Se denota la protección a la salud y bienestar social. los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad (pág. 17).
2. Entorno físico y social favorable. Corresponde al Estado, a través de sus entidades del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal de conformidad con el ámbito de sus competencias, a las instituciones públicas y privadas, garantizar a los adultos mayores condiciones óptimas para que el entorno físico sea acorde con sus necesidades. Para ello se determinarán acciones tendientes y deberán: Desarrollar acciones tendientes a generar espacios urbanos con características físico-espaciales que generen

un entorno seguro y accesible acordes a las necesidades de los adultos mayores (pág. 18).

**Artículo 20.** Requisitos esenciales. Para su funcionamiento, las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor deberán acreditar lo siguiente (pág. 24):

1. Talento Humano: Definir estándares y perfiles personales, profesionales, técnicos y auxiliares, de acuerdo a los cargos y funciones y al número de usuarios que se proyecte atender en la institución, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.
2. Área Ocupacional: Implementación de diversas actividades de productividad y sostenibilidad social y/o económica que busquen mantener, recuperar y/o habilitar la funcionalidad física y mental, así como el reconocimiento individual de los adultos mayores como miembros activos de la sociedad con base en las capacidades, habilidades, intereses y condiciones de cada uno de ellos.
3. Salud mental: Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.

**Artículo 21.** Integración psicosocial familiar. Las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor promoverán e impulsarán la vinculación y participación de su grupo familiar y de la sociedad en el cuidado y desarrollo integral de este grupo poblacional, así como en la defensa y garantía de sus Derechos Humanos (pág. 25):

**Ley 1090 de 2006**

El congreso de Colombia decreta la ley 1090 de 2006 con la que se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, al dictar el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones en la edición no. 46383:

**Artículo 2º.** De los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales (pág. 2):

1. Investigación con participantes humanos: La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos; sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.
2. Evaluación de técnicas: En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente, se evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación y el respetar el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones.
3. Responsabilidad: Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

4. Competencia: El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo.
5. Estándares morales y legales: Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos.
6. Confidencialidad: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.
7. Bienestar del usuario: Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

**Artículo 27.** Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se le requieran al psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, cuando no sean estrictamente necesarios (pág. 12).

**Artículo 28.** De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el profesional servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado (pág. 13).

**Artículo 29.** La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito (pág. 13).

**Artículo 30.** Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos (pág. 13).

**Artículo 31.** Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del usuario (pág. 13).

**Artículo 39.** El trabajo colectivo no excluye la responsabilidad profesional individual de sus actos y en ambos casos se aplicarán los mismos preceptos éticos contemplados en esta ley. Del mismo modo se abstendrá de emitir conceptos profesionales sobre dominios respecto de los cuales no tiene conocimiento fundamentado (pág. 16).

## **Metodología**

La metodología propuesta para dar cumplimiento a los objetivos y pregunta investigativa de este proyecto se lleva cabo mediante un diseño investigativo de tipo mixto, un tipo de investigación transversal descriptivo, cuatro con variables y cuatro categorías de análisis, por lo que se emplean dos instrumentos estandarizados (test de MoCA y test de PFEIFFER) junto a un cuestionario basado en la técnica relato de vida.

### **Diseño de investigación**

El diseño de investigación presentado en este trabajo de grado, es de enfoque mixto, el cual ha sido definido por Sampieri (2014), como un conjunto de procesos críticos, empíricos y sistemáticos que recopilan y analizan datos tanto cualitativos como cuantitativos, conservando las estructuras y procedimientos originales de cada uno, con lo que se busca implementar datos números, verbales, visuales, textuales y simbólicos para comprender el planteamiento del problema en relación con las variables de este proyecto, conllevando a que se dé un entendimiento en la aproximación de los efectos que genera el deterioro cognitivo en la autoestima y autoeficacia del adulto mayor.

Eventualmente, el diseño es DEXPLIS (Explicativo Secuencial), ya que la primera etapa deriva del análisis de datos cuantitativos seguida de una recolección y evaluación de datos cualitativos. En primer lugar, se aplicará el test de MOCA, con el que los resultados influyen en la recolección de la información del “Relato de Vida” el cual es de enfoque cualitativo, finalmente los resultados expuestos por ambos instrumentos, describirán la interpretación y elaboración en el reporte final de esta investigación.

## **Tipo de investigación**

El tipo de investigación implementada consiste en un estudio transversal descriptiva, teniendo en cuenta que Sampieri (2014), indica que una investigación transversal es aquella en la que se recolectan datos en un solo momento y tiempo único, así mismo, el estudio descriptivo es considerado como aquel que tiene como objetivo indagar en la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, en donde se organizan en un solo grupo todas las variables para realizar su descripción y desglose de hipótesis.

### **Población.**

La Casa Asilo San Antonio de Málaga - Santander, cuenta con una población de 125 adultos mayores institucionalizados, donde religiosas y personal del puesto de salud velan por su seguridad y cuidado en las necesidades básicas. Esta población oscila entre los 50 años en adelante.

### **Variables.**

Entre las variables implementadas en esta investigación se encuentran:

**Adulto Mayor:** Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables ya que al vivir en situaciones de riesgo, determinadas por los recursos personales, económicos, entorno ambiental, familiar, comunitario y de acceso a los servicios de salud, los elementos que describen esta etapa están asociados a las capacidades físicas y mentales junto al funcionamiento cognitivo y corporal de la vejez, donde se hallan numerosas transformaciones fisiológicas, con un notable incremento en el riesgo de patologías crónicas, por las discapacidades presentadas por la pérdida de las facultades sensoriales como la audición, visión, gusto y desplazamiento, relacionado con la edad y las enfermedades no transmisibles, como las del

corazón, los accidentes cerebrovasculares, problemas respiratorios, el cáncer y las demencias (OMS, 2015). Lo anterior permite entender que el envejecimiento conlleva a que algunas personas sean dependientes de otras, sean institucionalizados o apoyados por organizaciones que buscan salvaguardar su integridad y necesidades básicas.

**Procesos Cognoscitivos:** Los procesos cognoscitivos incluyen la percepción, atención, memoria, lenguaje y pensamiento, sin embargo, la vejez tiende a presentar un declive en el procesamiento de los procesos cognoscitivos como es una reserva cognitiva como la pérdida de memoria, así como se puede presentar un olvido involuntario, independencia básica (como alimentarse, ir al baño o asearse), para mantener el hilo de una conversación, incapacidad para afrontar situaciones inesperadas y dar solución a problemas, así como planificar proyectos, lo que también desglosa un estado emocional inestable tanto para la persona misma como para quienes lo rodean (Ceril, 2018).

**Estado de ánimo:** De acuerdo a Sanitas (2019) la pérdida de autoestima es una circunstancia que se da frecuentemente en las personas mayores, unas ya no tienen las mismas capacidades físicas y mentales y tienen grandes limitaciones para hacer tareas sencillas y cotidianas, por lo que necesitan la ayuda de sus familiares, incluso algunos viven en casa de uno de sus hijos o peregrinan entre la de varios. Sin embargo, los motivos que dominan la autoestima de algunos mayores pueden ser muy diversos, pero poco a poco pueden llevarlos a un proceso depresivo y al aislamiento importante, por tanto, que los familiares como los cuidadores mantengan una actitud y un comportamiento que faciliten mantener y potenciar su autoestima.

**Institucionalización:** Son diversas las razones por las que un adulto mayor llega a ser institucionalizado, entre ellas, abandono familiar, bajos recursos económicos, privación de los derechos básicos o declive neurológico, de hecho, para algunos la institucionalización por voluntad propia los ha llevado a realizar un nuevo estilo de vida donde les permite interactuar con otras personas y donde velan por su salud física (FIAPAM, 2016).

### **Categorías de análisis.**

***Deterioro cognitivo:*** En primer lugar, la categoría de análisis esta direccionada al deterioro cognitivo, teniendo en cuenta que este es considerado como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores, al avanzar la edad, todos los tipos de memoria (a corto, medio y largo plazo), deben permanecer con pocos cambios respecto al adulto joven, a excepción quizás de la memoria inmediata, que es la que más se resiente con el envejecimiento, de igual modo, la capacidad verbal, el vocabulario, la comprensión y las capacidades de manejo se mantienen casi intactos con la edad (Queralt, 2016).

***Autoestima:*** Seguidamente, la autoestima conforma la segunda categoría de análisis ya que esta manifiesta de forma cambiante debido a las situaciones vitales y circunstancias que se van modificando a lo largo de la vida de cada sujeto, lo que conlleva a que esta sea la base para la salud psicológica; si la autoestima es adecuada, se puede interactuar con el mundo de forma sana, pudiendo afirmar en cualquier situación y defender los derechos sin alteración, por eso, con una autoestima sana se es inmunes o poco vulnerables a los ataques emocionales del entorno y para actuar con tranquilidad en cualquier situación, aceptando incondicionalmente, lo que hará que se esté satisfechos de las reacciones y conductas de sí mismos (Escudero, 2018).

***Autoeficacia:*** En tercer lugar, la autoeficacia conforma la correlación con la autoestima, debido a que es descrita como la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones, de este modo, se puede desempeñar un papel importante no sólo en cómo se sienten el individuo mismo, sino en las actitudes y posibilidades para alcanzar con éxito los objetivos y metas propuestas (Rodríguez, 2020).

***Bienestar psicosocial:*** Lo anterior conlleva a la cuarta categoría, la cual consiste en el bienestar psicosocial, concluyendo que este depende de la forma en como el adulto mayor se sienta

consigo mismo, ya que es una temática que no se puede generalizar debido a la correlación que este tiene entre la personalidad de una persona y su proceso de vida. Desde el ámbito social, el bienestar se relaciona con el tipo de relación interpersonal que el sujeto presente con otros, así como el funcionamiento y dinámica grupal, ya que genera espacios de satisfacción personal, protección y valoración (Paredes, 2012).

## **Instrumentos**

Los instrumentos estandarizados que serán implementados en este plan de trabajo consisten en dos test de enfoque cuantitativo que han sido pasados al español, conllevando a que sean validados para su uso a nivel internacional, así mismo se presenta una entrevista semiestructurada direccionada en el enfoque cualitativo, por un relato de vida.

### **Instrumento I.**

Primeramente, se realiza el cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), el cual permitirá analizar si la muestra poblacional está en la capacidad de responder y completar las dos pruebas siguientes (Test de MoCA y Relato de Vida) ya que esta será aplicada antes de cada encuentro de aplicación (Apéndice O).

Según Herrero (2015), la adaptación de este cuestionario se ha implementado para la detección de posible deterioro cognitivo en personas de más de 65 años, a su vez, explora áreas como memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, convirtiéndolo en un cuestionario que es útil para pacientes institucionalizados como para población en general.

De hecho, la manera de presentar los resultados consiste en los errores que obtenga la persona, es decir, si tiene de 0 a 2 errores, la persona está en un estado normal, de 3 a 4 errores, se considera deterioro leve, de 5 a 7 errores es un deterioro moderado y de 8 a 10 errores es un deterioro grave (CIBER, 2015).

### ***Ficha técnica.***

La siguiente imagen ha sido tomada de la página de CIBER (2015):

| SPMSQ           | Versión adaptada                                                                                                                                                                                 | Original                                                                                                                                                 |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre          | Cuestionario de Pfeiffer.                                                                                                                                                                        | Short Portable Mental Status Questionnaire                                                                                                               |
| Autor           | Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R.                                                                                                                        | Pfeiffer E.                                                                                                                                              |
| Referencia      | Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117:129-134. | A short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients (SPMSQ). J Am Geriatr Soc 1975; 23:433-441. |
| Correspondencia | Dr. J. Martínez de la Iglesia. Centro de Salud Azahara. Del Campo, 13. 14005 Córdoba.<br>med015678@saludalia.com                                                                                 |                                                                                                                                                          |

### **Instrumento II.**

Seguidamente al cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), se aplicará el Test de MoCa, el cual es considerado como un instrumento breve de tamizaje específico, utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, con puntos de corte que varían según la población estudiada (Pedraza, 2016) (Apéndice P).

### ***Ficha técnica.***

La imagen presentada a continuación ha sido tomada de la página de Asín (2017):

| Nombre                 | Evaluación Cognitiva Montreal ( MOCA )<br>El Montreal Cognitive Assessment                                                                   |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor                  | Prof. Ziad Nasreddine, Quebec .                                                                                                              |
| Versión/Año de edición | Creado en 1996//<br>Versión en español 2016 mismo autor.                                                                                     |
| Constructo de medición | 1.Memoria<br>2.Capacidad viso espacial<br>3.Función Ejecutiva<br>4.Atención/concentración/ memoria de trabajo<br>5.Lenguaje<br>6.Orientación |
| Rango de edad          | Siete años en adelante                                                                                                                       |
| Tiempo de aplicación   | 10 _ 15 minutos (Nasreddine, 2004).                                                                                                          |
| Material del test      | Instructivo y la ficha de llenado                                                                                                            |
| Editorial              | 2004 Institutos de Investigación en Salud de Canadá y las Sociedades de la DTA<br><a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a>     |

### **Técnica de recolección de información cualitativa.**

Se hará aplicación de la técnica “Relato de Vida”, mediante una entrevista semiestructurada según las categorías de esta investigación (Apéndice Q).

Según Fernández (2014), el origen de esta tecnica se remonta para el año 1972 con la obra de Thomas y Znaniecki, *The Polish Peasant*, donde aparece por primera vez el término Historias de Vida. De hecho, la historia de vida implementa un método bibliográfico, así como una técnica de investigación cualitativa, la cual ha sido diseñada para el análisis que un investigador realiza sobre la vida de una persona o un momento en específico, esta técnica también permite adquirir información de otras fuentes, como de terceras personas que comenten sobre la vida del sujeto al que se está evaluando.

Entre las características de esta técnica se encuentra recoger la experiencia bibliográfica del sujeto desde la infancia hacia el presente, identificar y analizar los cambios de opiniones o dudas, reflejar el autoconcepto que tiene la persona sobre si misma y sobre los demás y como ha tomado los éxitos y los fracasos (Fernández, 2014).

Para la validación de esta entrevista se le solicitaron a tres Docentes de la Universidad de Pamplona ser jueces expertos. En primer lugar, se ha hecho entrega de una carta donde se solicita al docente ser jurado evaluador de la entrevista, diseñada por la Psicóloga en Formación a cargo de este trabajo de grado (Apéndices XI, VI Y VIII). Seguidamente se envía el documento con el esquema donde se expone las categorías y preguntas realizadas para las mismas, adjuntando las opciones de respuesta: pertinente, no pertinente y pertinente con correcciones (Apéndices V, VII y IX), donde cada Docente responde de acuerdo a lo que considera adecuado, adjuntando recomendaciones y observaciones en relación de las preguntas y las técnicas de evaluar la población.

### ***Esquema de Cuestionario.***

| <b>Categorías</b>          | <b>Preguntas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deterioro Cognitivo</b> | ¿En dónde nació?<br>¿Ha tenido hermanos?<br>¿Cuántos hermanos ha tenido?<br>¿Cómo era la relación con sus padres?<br>¿Cómo era de niño (a)?<br>¿Le gustaba jugar?<br>¿Qué era lo que más jugaba?<br>En la adolescencia ¿Qué era lo que más le gustaba realizar en su tiempo libre?<br>¿Hasta qué nivel escolar curso? |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <p>¿A qué hora se acuesta a dormir?</p> <p>¿Qué hace antes de dormir?</p> <p>¿Qué piensa antes de dormir?</p> <p>¿Qué siente antes de dormir?</p> <p>¿A qué hora se levanta?</p> <p>¿Qué hace antes de levantarse?</p> <p>¿Qué es lo primero que piensa al levantarse?</p> <p>¿Qué siente antes al levantarse?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Autoestima</b>   | <p>Cuando era niño, ¿Qué quería ser cuando fuera grande?</p> <p>¿Cuánto tiempo ha vivido en el asilo?</p> <p>¿Cómo se ha sentido al vivir en el asilo?</p> <p>¿Qué hace cuando vienen a visitarlo?</p> <p>¿Cómo cree que lo ven sus visitantes o cuidadores?</p> <p>¿Con quien comparte más tiempo en la institución?</p> <p>¿Cómo es su relación con esa persona?</p> <p>¿Cree que ha logrado todo lo que quería?</p> <p>Si tuviera la posibilidad ¿Cambiaría alguna (as) cosas de su vida?</p> <p>¿Le gustaría haber hecho más cosas?</p> <p>¿Cómo se siente consigo mismo o al verse en un espejo?</p> <p>¿Siente que lo que ha hecho en la vida ha sido bueno?</p> <p>¿Se siente orgulloso de sí mismo?</p> <p>¿Qué cosas o acciones lo han hecho sentirse orgulloso?</p> <p>¿Alguna vez se ha sentido inseguro?</p> |
| <b>Autoeficacia</b> | <p>¿Cuál es su color favorito?</p> <p>¿Qué actividades le gusta hacer?</p> <p>¿Cómo hace esas actividades?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | <p>¿Cree qué puede hacer las cosas al igual que las hacen los demás?</p> <p>¿Qué manualidades le gusta hacer?</p> <p>¿Puede abrocharse la chaqueta?</p> <p>¿Se ha sentido aburrido?</p> <p>¿Qué considera que lo lleva a sentirse aburrido?</p> <p>¿Qué piensa u opina de la vida?</p> |
| <b>Bienestar Psicosocial</b> | <p>¿Cuánto tiempo ha estado en el asilo?</p> <p>¿Qué actividades hace en la institución? (física, recreativa)</p> <p>¿Cómo es su relación con los demás compañeros (as)?</p> <p>¿Cómo es su relación con las religiosas?</p> <p>¿Qué lugar le gusta más de la institución?</p>         |

## Resultados

### Análisis de Resultados Fase I

#### Instrumento I: Test de PFEIFFER

Iniciando el proceso de investigación se implementa el test de PFEIFFER el cual, según Herrero (2015), explora áreas como memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, convirtiéndolo en un cuestionario que es útil para pacientes institucionalizados como para población en general, ya que el análisis de resultados permite comprender si hay o no presencia de deterioro cognitivo en la población, así como el nivel de afectación del mismo (leve, moderado, avanzado o grave).

Al considerar los criterios de inclusión para la investigación, se aplica el test de PFEIFFER a los adultos mayores que tengan las áreas de lenguaje y escucha en un factor normal o con afectación leve para dar respuesta a los ítems que se incluyen en el documento.

#### Género

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mujer          | 38         | 62,3       | 62,3              | 62,3                 |
| Válidos Hombre | 23         | 37,7       | 37,7              | 100,0                |
| Total          | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |

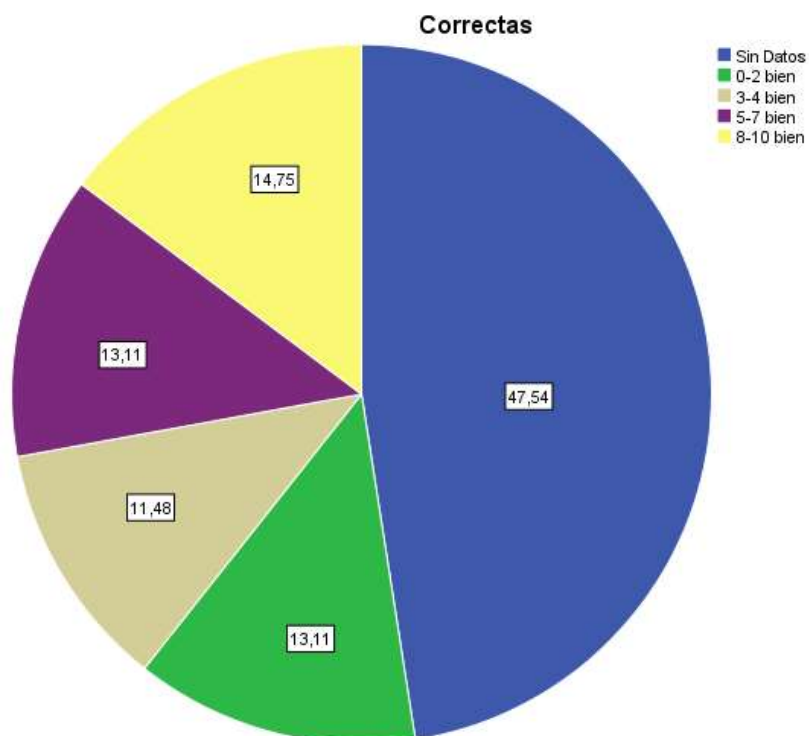
Por consiguiente, son 61 los adultos mayores entre edades de 46 a 85 años de edad, los que participan en la aplicación del primer instrumento. Con los resultados obtenidos, se puede identificar la presencia de deterioro cognitivo y el nivel del mismo, por lo que se analiza que el

60,66% de la población presenta deterioro cognitivo grave, 13,11% deterioro cognitivo moderado y 11,48% deterioro cognitivo leve.

De hecho, lo mencionado anteriormente se evidencia y explica en las gráficas que se muestran a continuación, las cuales se diseñaron de acuerdo a la forma de evaluación de las respuestas dadas en el test (correctas, incorrectas, sin respuesta) permitiendo, de igual forma, identificar si hay o no deterioro cognitivo:

### Correctas

|           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Sin Datos | 29         | 47,5       | 47,5              | 47,5                 |
| 0-2 bien  | 8          | 13,1       | 13,1              | 60,7                 |
| 3-4 bien  | 7          | 11,5       | 11,5              | 72,1                 |
| 5-7 bien  | 8          | 13,1       | 13,1              | 85,2                 |
| 8-10 bien | 9          | 14,8       | 14,8              | 100,0                |
| Total     | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |

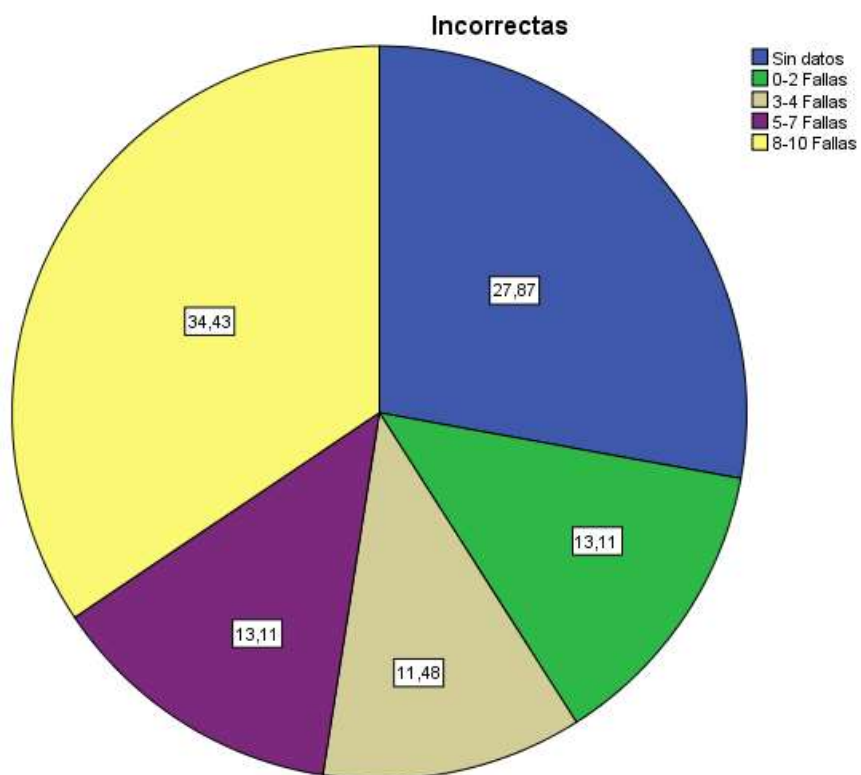
**Gráfica 1.**

De acuerdo con Herrero (2015), el tipo de respuesta dada por el participante difiere en si es correcto o incorrecto ya que, al evaluar áreas de orientación, memoria, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, el sujeto debe saber responder de acuerdo a su criterio y forma de percibir el mundo. Por consiguiente, a nivel porcentual se identifica que un 47,54% que demuestra como “sin datos” refleja el cambio de respuesta o temática comentada por el adulto mayor sin tener relación alguna con lo que se le preguntaba.

Seguidamente, se clasifican las respuestas correctas de acuerdo al grupo en el que, según el autor del instrumento, se refleja el efecto del deterioro del mismo. Por ende, el 13,11% refleja la cantidad de los que han tenido de 0 – 2 respuestas correctas lo que se analiza como normal. El 11,48% representa lo comentado de 3 – 4 correctamente, un 13,11% que va de 5 – respuestas correctas y un 14,75% de 8 – 10 respuestas correctas, por lo que, con los dos últimos resultados no se refleja ningún tipo de fallo cognitivo.

**Incorrectas**

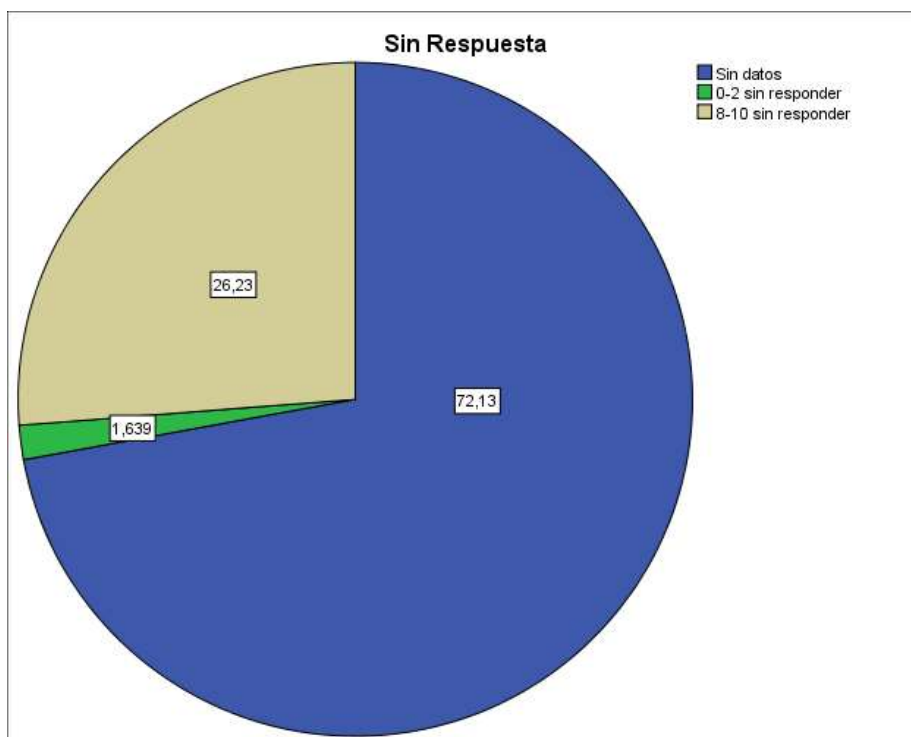
|             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|-------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Sin datos   | 17         | 27,9       | 27,9                 | 27,9                    |
| 0-2 Fallas  | 8          | 13,1       | 13,1                 | 41,0                    |
| 3-4 Fallas  | 7          | 11,5       | 11,5                 | 52,5                    |
| 5-7 Fallas  | 8          | 13,1       | 13,1                 | 65,6                    |
| 8-10 Fallas | 21         | 34,4       | 34,4                 | 100,0                   |
| Total       | 61         | 100,0      | 100,0                |                         |

**Gráfica 2.**

Seguidamente, con el tipo de repuesta incorrecta es donde se comienzan a identificar los fallos en el área cognitiva de la persona de acuerdo a la cantidad de respuestas que se den. Por tanto, el 13,11% refleja los que han dado de 0 – 2 respuestas incorrectas dadas por los participantes, por lo que, no se presenta ninguna falla a nivel cognitivo, un 11,48% de 3 – 4 fallas donde se refleja un fallo para detectar deterioro cognitivo leve, un 13,11% de 5 – 7 fallos para detectar deterioro cognitivo moderado y un 34, 43% para detectar deterioro cognitivo grave.

### Sin Respuesta

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Sin datos          | 44         | 72,1       | 72,1              | 72,1                 |
| 0-2 sin responder  | 1          | 1,6        | 1,6               | 73,8                 |
| 8-10 sin responder | 16         | 26,2       | 26,2              | 100,0                |
| Total              | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |



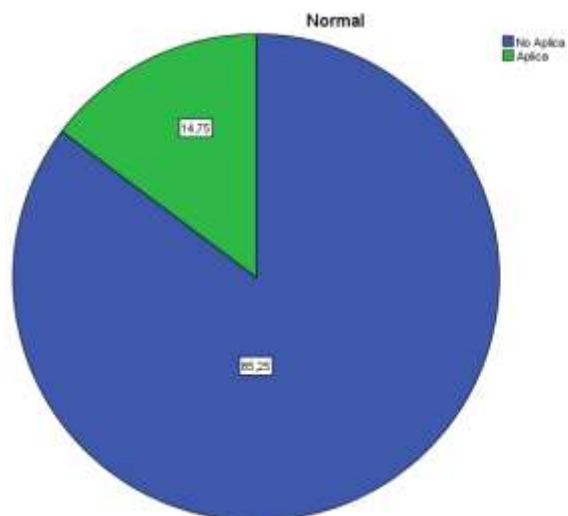
**Gráfica 3.**

En el caso de las respuestas consideradas “sin respuesta”, de acuerdo con la teoría, estas representan un tipo de error, por lo que se toman como un fallo cognitivo por parte de los participantes, así mismo, se considera que el silencio, cambio de tema y el tiempo que se demora la persona en dar respuesta son factores que inducen a un factor de deterioro o momento de lucidez tras las preguntas y el tipo de respuesta o comentario que dice el sujeto.

Teniendo en cuenta el tipo y porcentaje en las respuestas que se han mencionado anteriormente, se procede a presentar las gráficas que evidencian la presencia y nivel de afectación del deterioro cognitivo en los adultos mayores respecto a que si el tipo de deterioro aplica o no respecto a la cantidad de errores obtenidos en el instrumento:

**Normal**

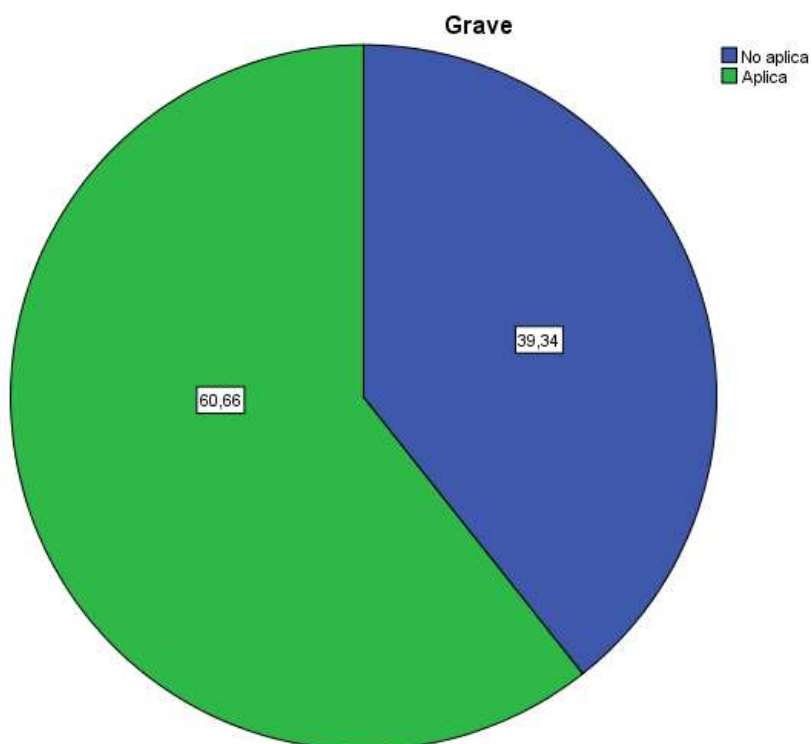
|           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No Aplica | 52         | 85,2       | 85,2              | 85,2                 |
| Aplica    | 9          | 14,8       | 14,8              | 100,0                |
| Total     | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Gráfica 4.**

En primer lugar, se identifica que 9 de los 61 participantes representan el 14,75% de la población que no presenta algún tipo de fallo o afectación en el área cognitiva.

**Grave**

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| No aplica      | 24         | 39,3       | 39,3                 | 39,3                    |
| Válidos Aplica | 37         | 60,7       | 60,7                 | 100,0                   |
| Total          | 61         | 100,0      | 100,0                |                         |

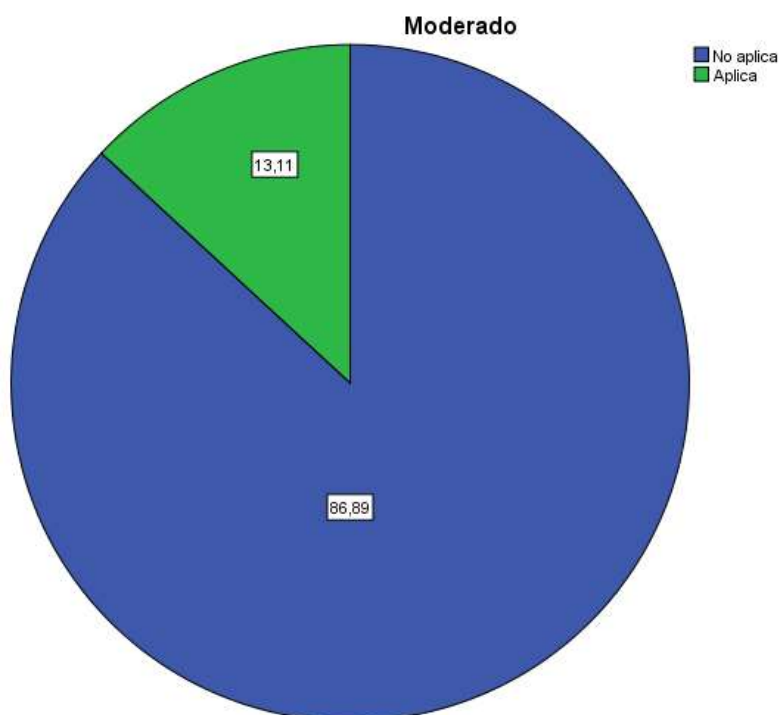


**Gráfica 5.**

De acuerdo a esta gráfica se identifica que el 60,66% de la población aplica para el deterioro cognitivo grave (37 adultos mayores), según Queralt (2016), en la mayoría de las veces el deterioro cognitivo grave hace que sea imposible comunicarse con el paciente, no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido, hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo, el paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria

### Moderado

|           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No aplica | 53         | 86,9       | 86,9              | 86,9                 |
| Aplica    | 8          | 13,1       | 13,1              | 100,0                |
| Total     | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |



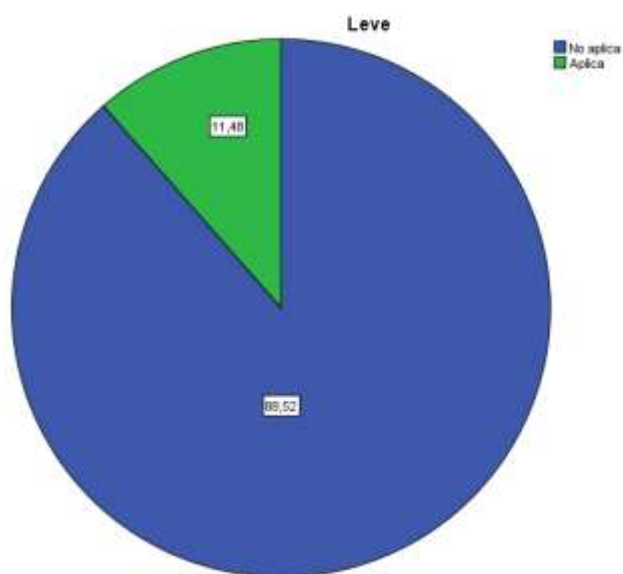
**Gráfica 6.**

En la presenta grafica se evidencia que un 13,11% de la población entrevistada presente deterioro cognitivo moderado (8 adultos mayores), el cual se considera como un afectador de

diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo espacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión (Queralt, 2016).

### Leve

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No aplica      | 54         | 88,5       | 88,5              | 88,5                 |
| Válidos Aplica | 7          | 11,5       | 11,5              | 100,0                |
| Total          | 61         | 100,0      | 100,0             |                      |



### Gráfica

7.

Seguidamente, se refleja que un 11,48% de la población participante presenta deterioro cognitivo leve (7 adultos mayores), con el que se evidencia una disminución de la memoria y funciones cognitivas superiores, esto a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente (Queralt, 2016).

### Instrumento II: Test de MoCA

Teniendo en cuenta el análisis de resultados del test de PFEIIFER, se implementan los 17 adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo leve y moderado para dar continuidad a la aplicación del segundo instrumento direccionado a identificar la presencia de un trastorno cognitivo en los participantes.

#### Género

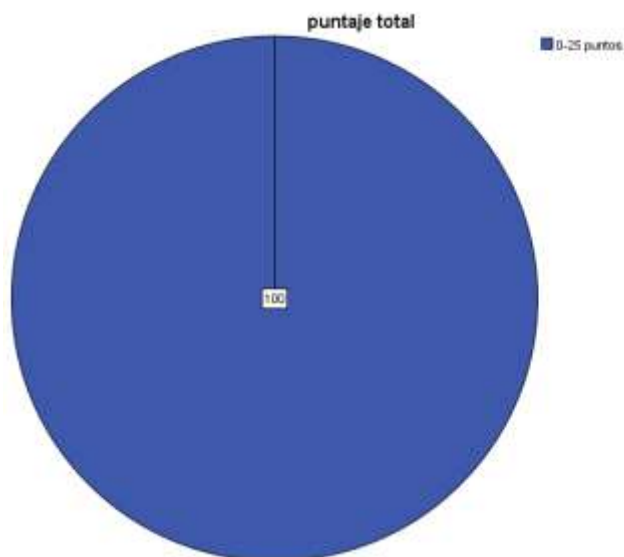
|               | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos mujer | 5          | 29,4       | 29,4              | 29,4                 |
| hombre        | 12         | 70,6       | 70,6              | 100,0                |
| Total         | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

De hecho, la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), está diseñada para evaluar la función ejecutiva y visoespacial, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo y orientación, con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos, en versiones traducidas a más de 10 idiomas. La especificidad de este test para excluir controles normales fue de: 87%, por lo que se ha estimado la sensibilidad de la MoCA como excelente (90%) para detectar deterioro cognitivo leve y es considerablemente más sensible que el MMSE (Rodríguez, Saracco, Escamilla, & Fresán, 2014).

Así mismo, el tener un puntaje final de 26 a 30 puntos se considera como normal, pero, de 0 a 25 puntos indica un probable trastorno cognitivo, por consiguiente, a continuación, se presenta la gráfica con el resultado total del instrumento en la fase 1:

### Resultado total del Test de MoCA

|                     | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|---------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos 0-25 puntos | 17         | 100,0      | 100,0                | 100,0                   |



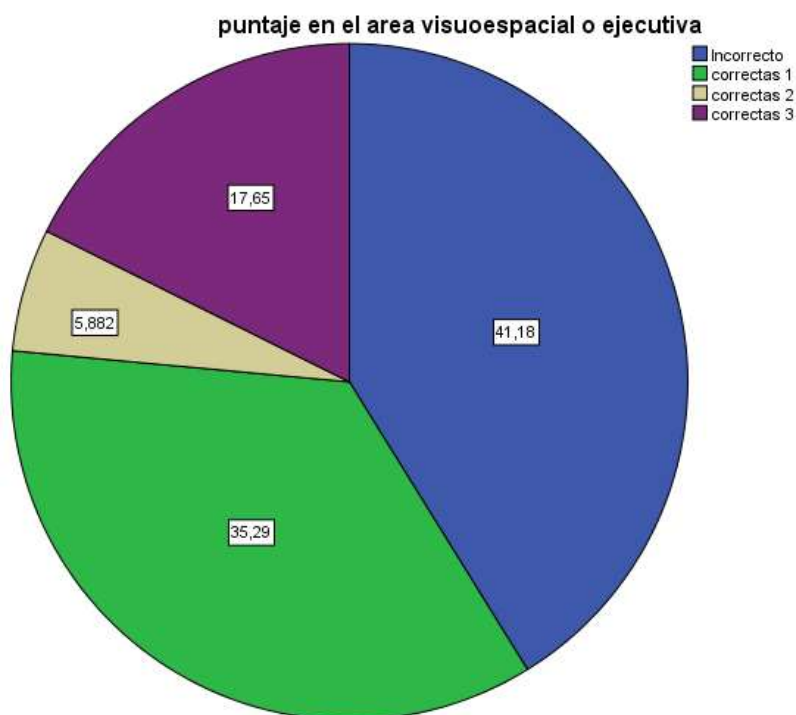
**Gráfica 8.**

Al realizar la aplicación del instrumento se corroboran los resultados obtenidos en el primer instrumento, test de PFEIFFER, donde los 17 participantes presentan un probable trastorno cognitivo, el cual tiende a generar demencia así como afectar la memoria al tener olvidos recurrentes, perder el hilo del pensamiento, toma de decisiones, planificar los pasos para realizar una tarea, problemas para orientarse en entornos familiares, conductas impulsivas, menos capacidad de razonamiento, lo que a su vez fomenta la depresión, agresión, irritabilidad y apatía (MFMER, 2021).

Por consiguiente, se presentan las gráficas de cada área que evalúa este instrumento, ya que el análisis de resultados se realiza al tener en cuenta la cantidad de respuestas correctas (puntos) en cada área:

### Puntaje en el área visuoespacial o ejecutiva

|                     | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Incorrecto          | 7          | 41,2       | 41,2              | 41,2                 |
| correctas 1         | 6          | 35,3       | 35,3              | 76,5                 |
| Válidos correctas 2 | 1          | 5,9        | 5,9               | 82,4                 |
| correctas 3         | 3          | 17,6       | 17,6              | 100,0                |
| Total               | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica 9.**

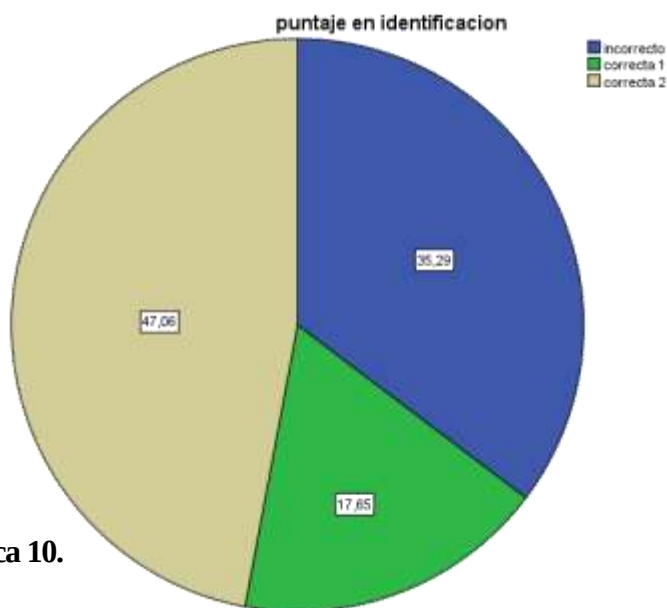
Kelly (2021), señala que el procesamiento visoespacial es la capacidad de decir dónde y a qué distancia están los objetos en el espacio, incluyendo las partes del cuerpo y personas del rededor. En la gráfica se demuestra que esta ha sido el área donde mayormente aparecen errores ya que ninguno de los participantes logro realizar el primer ejercicio (unir la secuencia de los

números y letras) de esta área correctamente. Por ende, el puntaje se denomina al localizar cinco puntos, donde los dos primeros equivalen a un punto y el tercera o tres al considerar el contorno, número y manecillas.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se evidencia que un 41,18% respondieron incorrectamente los tres ejercicios, 35,29% obtuvieron uno de los tres ejercicios correcto, 5,88% dos puntos y 17,65% de 3 a 4 puntos.

#### Puntaje en identificación y nominación

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecto | 6          | 35,3       | 35,3              | 35,3                 |
| correcta 1 | 3          | 17,6       | 17,6              | 52,9                 |
| correcta 2 | 8          | 47,1       | 47,1              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica 10.**

El área de identificación o denominación es considerada como la capacidad de referir un objeto, persona, lugar, concepto o entidad por su nombre, utilizando el nivel léxico que tiene almacenado el cerebro de la persona, con el objetivo de identificar la palabra concreta que se busca (Cognifit, 2020).

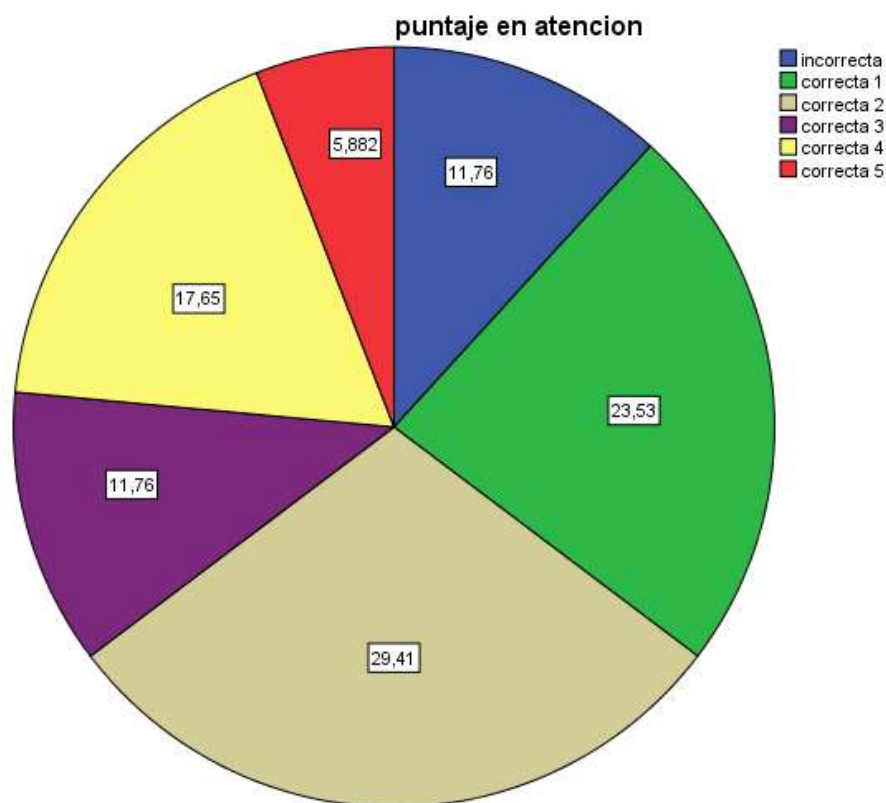
Sin embargo, al tener una capacidad de denominación deficiente, se generan consecuencias en la voluntad, juicio, planificación de hechos y pensamientos de la persona ya que, al ser parte de las habilidades cognitivas, juegan un papel complejo en el comportamiento humano, donde al tener habilidades deficientes, se pierde la autonomía, capacidad funcional, hasta la capacidad de dar un consentimiento informado, por lo que se recomienda, al detectar deterioro cognitivo (RevistaCúpula, 2017).

Por tanto, en esta área se recolecta un total de 3 puntos, asignando 1 a cada respuesta correcta: camello o dromedario, león y rinoceronte. Como se observa en la gráfica, un 35,3% no realiza correctamente el ejercicio, 17,6% obtuvieron 1 respuesta correcta y un 47,1% con 2 respuestas correctas, diferenciando que ningún participante logro responder el ejercicio correctamente en su totalidad.

**Puntaje en atención, memoria y concentración**

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecta         | 2          | 11,8       | 11,8              | 11,8                 |
| correcta 1         | 4          | 23,5       | 23,5              | 35,3                 |
| Válidos correcta 2 | 5          | 29,4       | 29,4              | 64,7                 |
| correcta 3         | 2          | 11,8       | 11,8              | 76,5                 |
| correcta 4         | 3          | 17,6       | 17,6              | 94,1                 |

|            |    |       |       |       |
|------------|----|-------|-------|-------|
| correcta 5 | 1  | 5,9   | 5,9   | 100,0 |
| Total      | 17 | 100,0 | 100,0 |       |



**Gráfica 11.**

De acuerdo con Fernández (2020), el termino de memoria, es empleado para diferir la capacidad del cerebro para retener información y el poder recuperarla voluntariamente, es decir, que es el proceso que permite recordar hechos, ideas, sensaciones, relaciones entre conceptos y todo tipo de estímulos que ocurrieron en el pasado de la persona. De igual forma, al relacionarse con la capacidad de atención, se fomenta el seleccionar y concentrar los estímulos relevantes del entorno y de cada situación para responder en consecuencia, se implementa un entrenamiento cognitivo junto a la memoria con la finalidad de generar un bienestar psicosocial propicio en el adulto mayor, ya que se considera que este tipo de población tiende a presentar decrementos

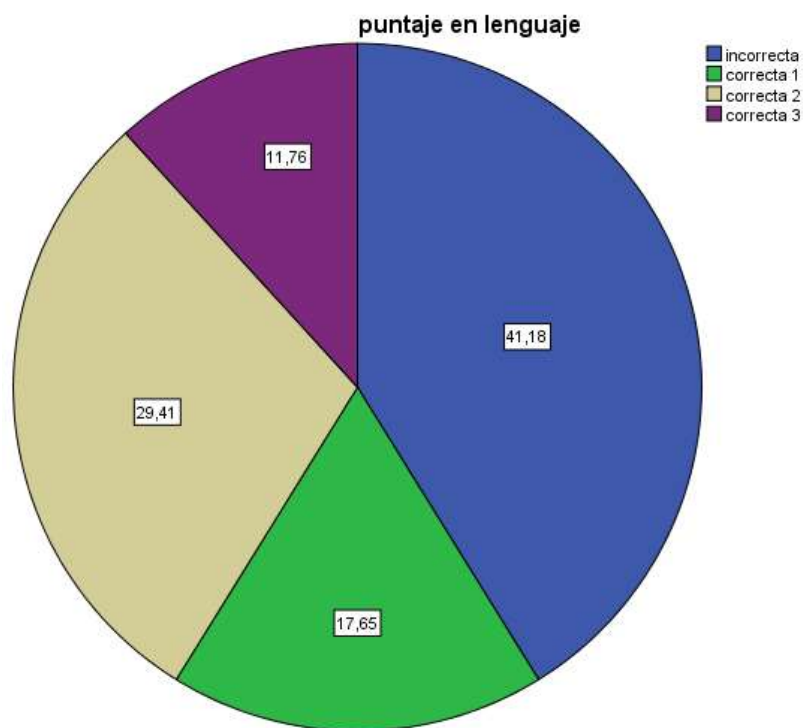
significativos en la memoria de recuerdo, tanto cuando se mide con tareas de recuerdo libre como de recuerdo con claves, lo que pone de manifiesto una cierta incapacidad de los adultos mayores para reconstruir el contexto original en el que se produjo el evento que se quiere recordar (Cognifit, 2020).

Por consiguiente, en esta área se obtiene un total de 6 puntos, asignando 1 punto por cada secuencia que se repite correctamente, 1 punto si no se obtiene más de un error en los golpes al mencionar la letra A, y puntos que se suman de acuerdo a la cantidad de respuestas correctas obtenidas en la resta.

Por tanto, en la gráfica se evidencia que un 11,8% no responde correctamente ningún ejercicio, 23,5% solo tiene una respuesta correcta, 29,4% dos respuestas correctas 11,7% con tres respuestas correctas, 17,6% con cuatro respuestas correctas y un 5,8% con cinco respuestas correctas. Evidenciando que ningún participante logra obtener el puntaje total requerido de 6 puntos.

#### **Puntaje en lenguaje**

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecta         | 7          | 41,2       | 41,2              | 41,2                 |
| correcta 1         | 3          | 17,6       | 17,6              | 58,8                 |
| Válidos correcta 2 | 5          | 29,4       | 29,4              | 88,2                 |
| correcta 3         | 2          | 11,8       | 11,8              | 100,0                |
| Total              | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Gráfica 12.**

En la vejez son más frecuentes las patologías que afectan de forma específica al lenguaje, como son las afasias y las demencias, de hecho, se produce un deterioro causado no solo por deterioros perceptivo-motrices que incluyen la pérdida de audición, sino por alteraciones que tienen efectos sobre los procesos propiamente lingüísticos, que tiene lugar en diferentes culturas y lenguas (Rabadán, 2020).

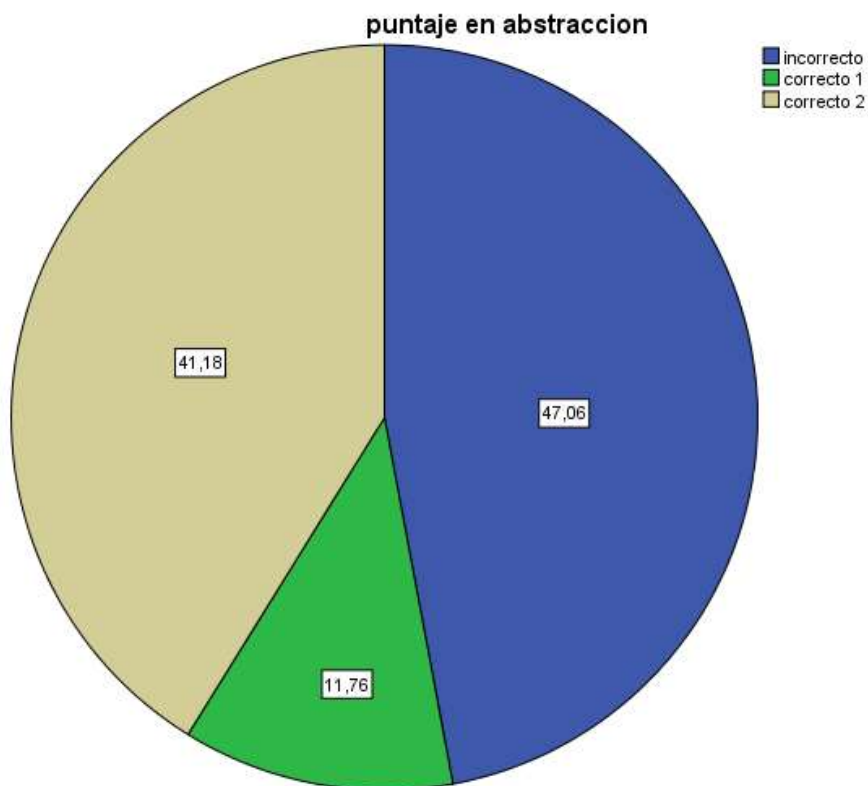
Sin embargo, se suele hablar de la arquitectura funcional del lenguaje para hacer referencia, al conjunto de niveles que se encargan del procesamiento como son, el ortográfico, fonológico, de comprensión, léxico, procesamiento sintáctico, semántico de las oraciones y a nivel del discurso, ya que son distintas y numéricas las operaciones atinentes para cada función particular.

Por lo que los resultados se obtienen al asignar 1 punto si la frase es repetida correctamente y 1 punto si se dicen mínimo 11 palabras que empiecen por la letra P, para obtener un total de 3

puntos máximos. Por ende, en la gráfica se observa que un 41,2% de los participantes no respondieron correctamente ningún ejercicio, 17,6% obtuvieron una respuesta correcta, un 29,4% con dos respuestas correctas y un 11,8% representando a 2 participantes que obtuvieron el total de los 3 puntos requeridos en esta área.

**Puntaje en abstracción**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecto | 8          | 47,1       | 47,1              | 47,1                 |
| correcto 1 | 2          | 11,8       | 11,8              | 58,8                 |
| correcto 2 | 7          | 41,2       | 41,2              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica**

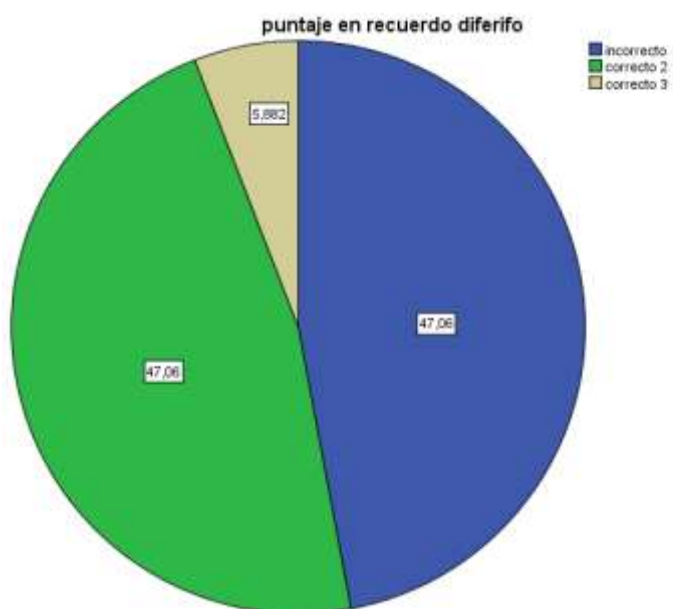
13.

La abstracción consiste en una operación mental para aislar conceptualmente una propiedad o función concreta de un objeto, y pensar qué es, ignorando otras propiedades del objeto en cuestión. Por ende, esta área se evalúa con un total de 2 puntos, asignando un punto por cada una de las relaciones de pareja contestadas correctamente.

En la gráfica se observa que un 47,0% presenta incorrectas todas las respuestas, un 11,76% con una respuesta correcta y un 41,18% logra responder correctamente los dos ejercicios para obtener la puntuación de dos puntos.

**Puntaje en recuerdo diferido**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecto | 8          | 47,1       | 47,1              | 47,1                 |
| correcto 2 | 8          | 47,1       | 47,1              | 94,1                 |
| correcto 3 | 1          | 5,9        | 5,9               | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica 14.**

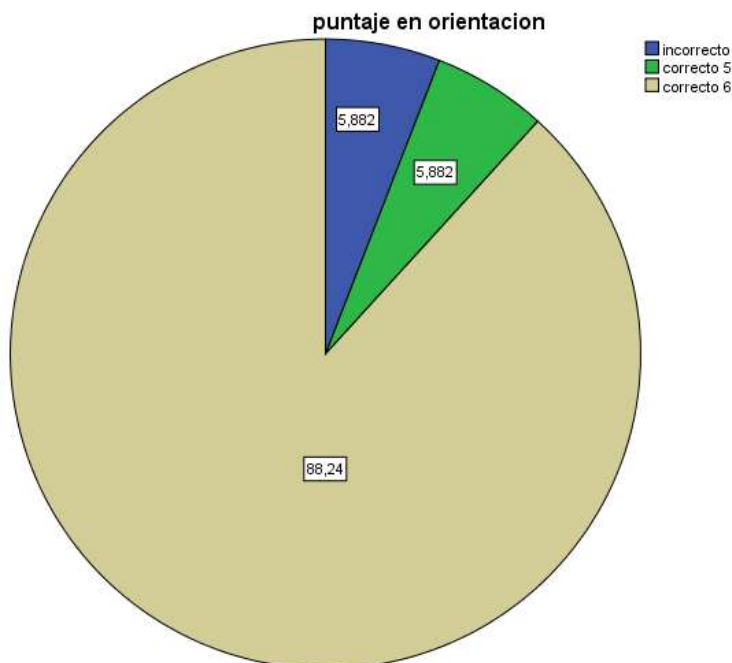
El recuerdo diferido hace referencia a la capacidad de fijar los recuerdos y evocarlos tras el plazo de un tiempo, es decir, que se tenga la habilidad de comentar un suceso o vivencia del pasado tras realizar otras acciones que hagan que la mente se distraiga y la persona pueda evocar esos recuerdos sin dificultad o sobresaltar algún detalle, lo cual se evidencia en el tipo de ejercicio realizado en este test.

Los resultados se obtienen a través de los 5 puntos que se obtienen como valor máximo ya que se asigna 1 punto por cada palabra recordada espontáneamente y sin pistas.

En la gráfica se observa que un 47,1 % (8 participantes) no logran evocar las palabras mencionadas durante la aplicación del test, 47,1% evoca dos palabras y un 5,9% menciona tres de las cinco palabras. De hecho, las palabras que más lograban recordar eran iglesia, rojo y clavel, por lo que se les presentaba dificultad en recordar las palabras rostro y seda.

#### **Puntaje en orientación**

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecto         | 1          | 5,9        | 5,9               | 5,9                  |
| correcto 5         | 1          | 5,9        | 5,9               | 11,8                 |
| Válidos correcto 6 | 15         | 88,2       | 88,2              | 100,0                |
| Total              | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Gráfica 15.**

El proceso de Orientación se lleva a cabo en la medida en que se confrontan las capacidades individuales con las oportunidades de desarrollo que ofrece el medio, esto, para que el individuo pueda desarrollarse en un proceso continuo de crecimiento, así mismo, implica la capacidad de identificar el día de la semana, fecha, lugar y localidad donde está la persona para observar su sentido de orientación en la actualidad.

Por consiguiente, la puntuación se desarrolla al asignar un punto por cada respuesta correcta por parte del participante con la finalidad de obtener los 6 puntos máximos de esta última área del test.

En la gráfica se denota que un 5,8% de los participantes no dan ninguna respuesta correcta, 5,8% logran un puntaje de 5 puntos y un 88,2% responden correctamente los 6 ejercicios para obtener el puntaje máximo.

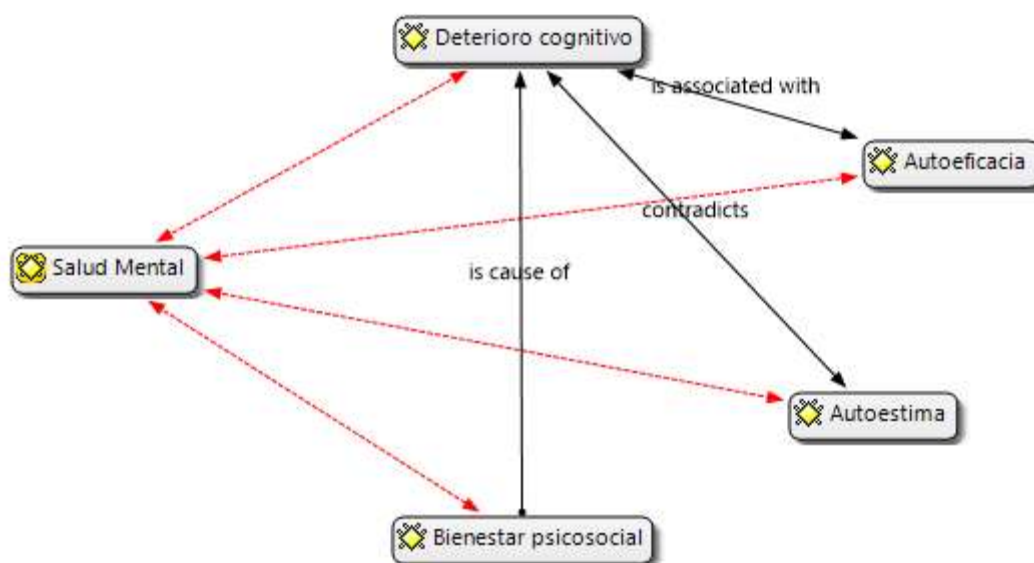
Al finalizar la aplicación del test se debe tener en cuenta el sumar un punto si la persona tiene menos de 12 años de estudios, por lo que, a todos los participantes se les agrega un punto ya que los 17 refieren haber cursado los estudios en básica primaria, algunos hasta cuarto grado y otros solo el primero.

### **Instrumento III: Técnica de Recolección de información Cualitativa**

#### **Cuestionario: “Relato de Vida”**

La categorización y relación de la información obtenida con la aplicación de la técnica relato de vida, implementada en un cuestionario conformado por 46 ítems de pregunta abierta, se ha realizado por medio del software de análisis cualitativo Atlas Ti.

Donde el conjunto de categorías de autoestima, deterioro cognitivo, autoeficacia y bienestar psicosocial, se ha denominado como salud mental, considerando que, para la Organización mundial de la salud (2020), es comprendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no refiere solamente la ausencia de afecciones o enfermedades si no que involucra todo pensamiento, sentimiento y actuar que tiene un sujeto en la forma de experimentar la vida.

**Figura 1.**

**Categoría 1:** Teniendo en cuenta que el deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas que se produce por cambios en el proceso fisiológico del envejecimiento y otros factores externos, ha conllevando a que sea diferenciado en tres niveles: leve, moderado y avanzado o, mayormente conocido como, demencia, donde se presenta una alteración cognitiva en las actividades diarias.

En el análisis de resultados, este apartado queda representado en las preguntas de:

- ¿En dónde nació?
- ¿Ha tenido hermanos?
- ¿Cuántos hermanos ha tenido?
- ¿Cómo era la relación con sus padres?
- ¿Cómo era de niño (a)?
- ¿Le gustaba jugar?
- ¿Qué era lo que más jugaba?
- En la adolescencia ¿Qué era lo que más le gustaba realizar en su tiempo libre?

- ¿Hasta qué nivel escolar curso?
- ¿A qué hora se acuesta a dormir?
- ¿Qué hace antes de dormir?
- ¿Qué piensa antes de dormir?
- ¿Qué siente antes de dormir?
- ¿A qué hora se levanta?
- ¿Qué hace antes de levantarse?
- ¿Qué es lo primero que piensa al levantarse?
- ¿Qué siente antes al levantarse?

A lo que los participantes responden y enfatizan en frases como:

- “Desaplicado para el estudio, pelea constante con los compañeros”
- “Peleas entre amigos”
- “Solo trabajo en los potreros”
- “Ocho y media y nueve”
- “Ponerse a hablar con los compañeros y rezar”
- “El que hacer al otro día, por si hay que hacer”
- “Un poco de estrés por ver que en todo el día es solo una rutina”
- “Se siente más cansado por dificultades en el sueño, para dormir le dan pastillas”
- “Tener menos carga en el trabajo del campo y tener mayor cantidad de animales”

Donde los 17 participantes demoran alrededor de cinco minutos para dar respuesta a cada interrogante ya que, así se pronuncie una respuesta direccionada a la actualidad, utilizan cada espacio para expresar lo que sienten y piensan tanto de sucesos del pasado y la actualidad, donde en mayor medida, expresan el inconformismo, sentimiento de tristeza y aburrimiento al no tener actividades para hacer en el día, por lo que solo hablan entre los o se quedan sentados esperando las horas de comida.

Por otro lado, se evidencia que, al mencionar preguntas direccionadas a la etapa de niñez y adolescencia, los participantes quedan en silencio antes de dar una respuesta, dentro de los rasgos que se denotan al dar respuesta por parte de los adultos mayores, se identifica tristeza, llanto, enojo y frustración ya sea por no evocar los recuerdos para dar respuesta, haber olvidado o el recordar sucesos que les generan distintas emociones tanto positivas como negativas.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente y considerando que los 17 participantes de la aplicación del test de MoCA son los mismos quienes participan en la aplicación de este cuestionario, se evidencia la presencia de deterioro cognitivo leve y moderado en los momentos de no recordar los nombres de personas, objetos y familiares, problemas para resolver problemas que antes eran sencillos como los ejercicios del test al dibujar, identificar animales y recordar en corto tiempo unas palabras.

**Categoría 2:** La segunda categoría es la autoeficacia, considerada como la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones, de este modo, se puede desempeñar un papel importante no sólo en cómo se sienten el individuo mismo, sino en las actitudes y posibilidades para alcanzar con éxito los objetivos y metas propuestas (Rodríguez, 2020).

En el análisis de resultados, este apartado queda representado en las preguntas de:

- ¿Cuál es su color favorito?
- ¿Qué actividades le gusta hacer?
- ¿Cómo hace esas actividades?
- ¿Cree qué puede hacer las cosas al igual que las hacen los demás?
- ¿Qué manualidades le gusta hacer?
- ¿Puede abrocharse la chaqueta?
- ¿Se ha sentido aburrido?

- ¿Qué considera que lo lleva a sentirse aburrido?
- ¿Qué piensa u opina de la vida?

A lo que los participantes responden y enfatizan en frases como:

- “Es muy triste el tener que pedir ayuda hasta para cambiarse”
- “Aburrido por lo que siente en su cuerpo”
- “Hay varias cosas que le llaman la atención, pero no puedo hacerlas por la distrofia muscular”
- “No se la lleva bien con todo, ya que no les caen bien (circunstancias de la vida, no desea contar)”
- “Con la mayoría se la lleva bien sin embargo hay algunas jodidas”
- “En el lugar de estadía para los abuelos, ya que es lugar fresco y hay pocas personas”

Las cuales permiten inducir la relación efecto – acción donde dependiendo del estado físico y cognitivo de la persona afecta su motivación y forma de llevar tareas a cabo, de hecho, en varios participantes se evidencia la iniciativa de querer realizar los ejercicios del test de MoCA pero llegaban a expresar tristeza, molestia e incomodidad por no poder realizarlas correctamente, ya sea por temblor en alguna parte del cuerpo, no comprender rápidamente las indicaciones y pedir que le vuelvan a explicar, que los trazos quedaran curvos o con arcos cuando debían ser rectos, olvidar rápidamente como hacer lo que se le indica o el no utilizar los materiales correctamente por inmovilidad o atrofia muscular.

**Categoría 3:** La autoestima se puede definir como el resultado emocional que surge si se acepta y gusta el autoconcepto, por eso, contrariamente al pensamiento popular, la autoestima no surge de una evaluación positiva personal realizada en cada situación, sino del observarse con objetividad y sobre todo de estimar y aceptarse tal cual, configurándose la autoestima como más que un concepto fijo y estable, pues esta se manifiesta de forma cambiante en función de

situaciones vitales y circunstancias y se va modificando a lo largo de la vida de cada sujeto (Escudero, 2018).

En el análisis de resultados, este apartado queda representado en las preguntas de:

- Cuando era niño, ¿Qué quería ser cuando fuera grande?
- ¿Cuánto tiempo ha vivido en el asilo?
- ¿Cómo se ha sentido al vivir en el asilo?
- ¿Qué hace cuando vienen a visitarlo?
- ¿Cómo cree que lo ven sus visitantes o cuidadores?
- ¿Con quien comparte más tiempo en la institución?
- ¿Cómo es su relación con esa persona?
- ¿Cree que ha logrado todo lo que quería?
- Si tuviera la posibilidad ¿Cambiaría alguna (as) cosas de su vida?
- ¿Le gustaría haber hecho más cosas?
- ¿Cómo se siente consigo mismo o al verse en un espejo?
- ¿Siente que lo que ha hecho en la vida ha sido bueno?
- ¿Se siente orgulloso de sí mismo?
- ¿Qué cosas o acciones lo han hecho sentirse orgulloso?
- ¿Alguna vez se ha sentido inseguro?

A lo que los participantes responden y enfatizan en frases como:

- “No, mi vida es del campo no el estar encerrado”
- “Cuando los doctores le traen materiales”
- “Hacer formas con la arena”
- “A veces me aburre porque me quedo solo en el patio”
- “Es triste porque no puede hacer nada, no tienes fuerzas para caminar”

- “Me gusta pintar, aunque no hay materiales”
- “Me siento más en una cárcel que en un hogar”
- “Hay peleas todos los días, por momentos se golpean o tratan muy mal”
- “Me siento decepcionado, si hubiera pensado más en mi salud no estaría pasando por esto”
- “Mal, yo no quería venir, pero me obligaron”
- “No tenía a donde más ir”
- “Por momentos se me olvidan las cosas y es molesto”
- “Quisiera hacer las cosas y dibujar, pero me tiemblan las manos y me da pena que vena los malos dibujos por no hacerlos bien”
- “Si tuviera cosas que hacer o que me distrajeran me sentiría mejor”
- “Al participar en actividades me siento bien conmigo mismo y me gusta”
- “Aunque nos cuidan muy bien hay cosas que me gustaría hacer, pero no se puede porque no hay quien nos guie como de dibujar, hablar o hasta jugar a las cartas”

Las cuales permiten evidenciar la relación ambiente-acción, es decir que dependiendo el tipo de ambiente al que está expuesto o se desarrolla la persona tiende a afectar la forma en que se percibe a sí mismo, de hacer las cosas y más la perspectiva que tiene el sujeto ante el hecho de llevarlas a cabo y como se sentirá al hacerlo.

De igual forma, varios adultos mayores refieren que así tengan algún problema de salud que involucre la dificultad o imposibilidad de mover alguna parte de su cuerpo, o el olvidar las cosas con rapidez, pueden demostrar que aún pueden hacer varias cosas así se demoren un poco más de tiempo, estén en sillas de ruedas o estén encerrados, esto es más referente a personas cercanas y mismos miembros de la institución ya que mencionan que entre los mismos adultos mayores se critican y juzgan sin pudor en las palabras. Así mismo, el bienestar psicosocial de la población afecta su autoestima ya sea por presenciar discusiones y gritos a diario o no tener una vida social activa, como se evidencia en la institución.

**Categoría 4:** Las personas que poseen un bienestar psicosocial estable están mejor preparadas para afrontar y resolver de distinta forma las situaciones y desafíos de la vida diaria, y que de hecho experimentan alegría de vivir pese a los problemas que enfrentan, además tienen la capacidad de tener mejores relaciones interpersonales y formas de afrontar sus emociones de manera positiva y tranquila asegurando un proceso de supervivencia estable y duradero.

En el análisis de resultados, este apartado queda representado en las preguntas de:

- ¿Cuánto tiempo ha estado en el asilo?
- ¿Qué actividades hace en la institución? (física, recreativa)
- ¿Cómo es su relación con los demás compañeros (as)?
- ¿Cómo es su relación con las religiosas?
- ¿Qué lugar le gusta más de la institución?

A lo que los participantes responden y enfatizan en frases como:

- “A veces se siente aburrido porque algunos abuelos no sirven para anda, y como él se aplica a las cosas lo tratan de lambón e injustamente”
- “Actividad física en ayudar a llevar cosas”
- “Todo el tiempo me la paso en la cocina”
- “Solo hablo con los que pelamos papa y eso es todo el día”
- “Me la paso solo, observo a los demás y solo espero a las horas de comida”
- “La mayor parte del tiempo es solo ya que algunos lo tratan mal por ayudar de más en la institución”
- “Muy bien, las quiere bastante, llora cuando ellas se van y no vuelven y cuando ese las lleva de este mundo (salen lagrimas)”

- “Donde hay cultivos”
- Donde hay plantas, ahí me gusta ir

Donde se refleja la relación ambiente – emoción, confirmando que de acuerdo al tipo de ambiente en el que esta la persona tiende a afecta directa e indirectamente su bienestar al igual que el reconocimiento y afrontamiento emocional en cada sujeto tanto en su entorno social como en el ámbito personal, es decir, que la autoestima se ve afectada por como este el bienestar de la persona.

### **Relación de los Resultados de Acuerdo a las Categorías**

En la figura número 1 donde se identifican las categorías, se ha implementado flechas de color negro para describir la causa, relación y contradicción entre las mismas.

En primer lugar y considerando lo mencionado anteriormente en la descripción de las categorías, se orienta que de acuerdo al tipo de ambiente psicosocial al que está expuesto o que vive el adulto mayor, tiende a generar o avanzar el nivel de deterioro cognitivo ya que, según Contreras, Macias & Parra (2018), hay factores intrínsecos y extrínsecos que afectan las funciones cognitivas como son la edad, sexo, nivel educativo, carga genética y la presencia de trastornos depresivos, relaciones interpersonales, apoyo social

Con lo que se confirma que, si se mantiene un bienestar estable y saludable, así se desarrolló el deterioro cognitivo, este puede quedar en un nivel leve que sea sobre llevadero para el adulto mayor donde puede recibir acompañamiento y estrategias para manejar los efectos del mismo. Pero, al ser el caso contrario, la persona tiende a tener sentimientos de desesperanza por lo que la depresión y la falta de motivación externa conllevaran a que el deterioro se presente y desarrolle en mayor medida y velocidad.

En segundo lugar, se presenta una contradicción de acuerdo a lo expuesto en varias investigaciones, como en la de por Chiriboga, Terranova & Velis (2018), donde enfatizan que hay una fuerte relación entre el deterioro cognitivo y la autoestima ya que, a mayor deterioro menor es el nivel de autoestima en el adulto mayor. Sin embargo, es esta investigación y de acuerdo a los resultados se identifica que, aunque esta relación si está vigente (deterioro y autoestima) se presenta en un nivel leve (por la incapacidad o dificultad en recordar y hacer actividades del diario) ya que se evidencia que la autoestima tiene más relación y efecto con el bienestar psicosocial que con el deterioro cognitivo, por lo que este último tiende a tener más efecto sobre la autoeficacia de los participantes.

En tercer lugar y como se menciona en el párrafo anterior, se identifica una causa – efecto entre la autoeficacia y el deterioro cognitivo ya que, al considerar el nivel de deterioro cognitivo por el que pase la persona, su compromiso y perseverancia para hacer las cosas se ve influenciado ya sea por la forma de realizarlos, comprensión de indicaciones, el recordar hacerlas y el manejo del tiempo, son los factores que infieren en que el nivel de autoeficacia se ve influenciado por el estado físico del cuerpo humano (movilidad, resistencia) así como de la salud mental (estado de ánimo, memoria, atención, orientación) los cuales se ven afectados por las causas y síntomas que conllevan la presencia del deterioro cognitivo.

De hecho, esto es refutado por Schade, Ramírez, Nazar & Rehbein, (2018), los cuales confirman que la autoeficacia afecta el rendimiento en tareas de memoria, es decir, que la autoeficacia tiende a disminuir de acuerdo a los resultados que tenga el adulto mayor en su rendimiento tras realizar una actividad en la que toma la iniciativa de comenzar ya que, si realiza actos de su agrado, la confianza en sí mismo se va a fortalecer, pero, si son de su agrado y no logra llevarlas a cabo, comenzara con un proceso de desvalorización al dudar de sus capacidades y el sentimiento de superioridad y rendimiento comenzara a disminuir, generando depresión, baja autoestima, baja autoconfianza, con lo que se desarrolla a mayor velocidad el deterioro cognitivo.

### Análisis de Resultados Fase II

Al transcurrir seis semanas de la aplicación del instrumento de PFEIFFER en la fase I y la intervención con el plan de intervención psico gerontológico, se procesos a hacer la aplicación de los tres instrumentos en la población que se mantuvo activa y participativa durante el programa.

#### Género

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mujer          | 5          | 29,4       | 29,4              | 29,4                 |
| Válidos Hombre | 12         | 70,6       | 70,6              | 100,0                |
| Total          | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

Por consiguiente, son 17 los adultos mayores quienes participaron las cinco semanas del programa, de los cuales, se identifica que en la primera fase hay 4 con deterioro cognitivo grave, 8 con deterioro cognitivo moderado y 5 con deterioro cognitivo leve.

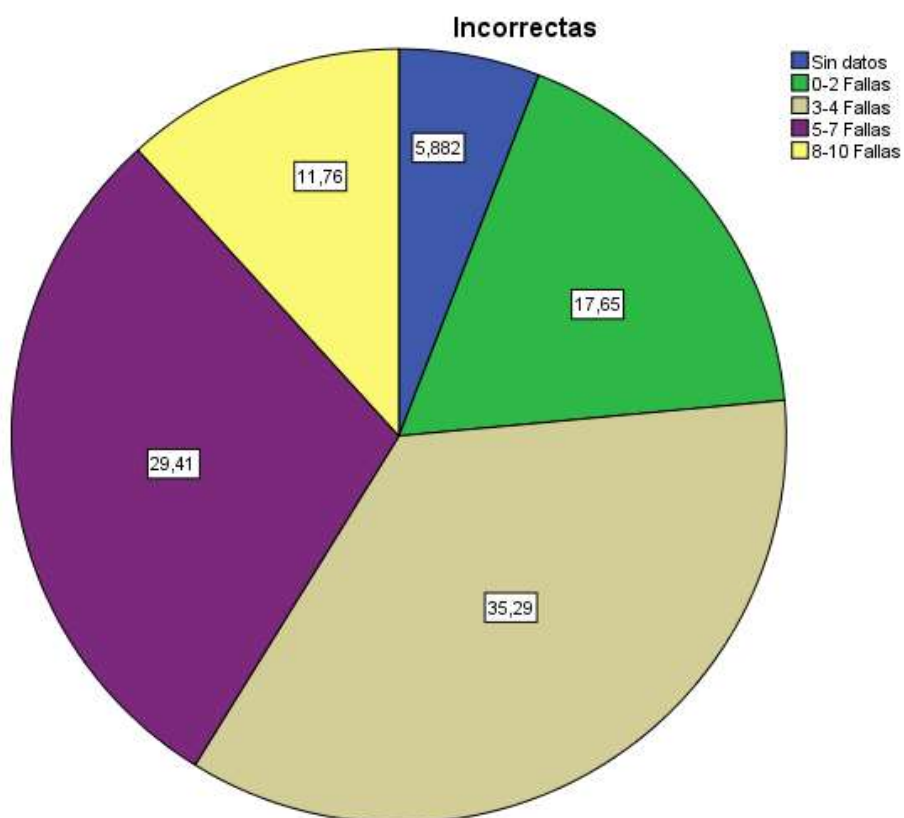
#### Estadísticos

|           | Correctas | Incorrectas | Sin Respuesta | Leve | Moderado | Grave |
|-----------|-----------|-------------|---------------|------|----------|-------|
| N Válidos | 17        | 17          | 17            | 17   | 17       | 17    |
| Perdidos  | 0         | 0           | 0             | 0    | 0        | 0     |

### Instrumento I: Test de PFEIFFER

## Incorrectas

|             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|-------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Sin datos   | 1          | 5,9        | 5,9                  | 5,9                     |
| 0-2 Fallas  | 3          | 17,6       | 17,6                 | 23,5                    |
| 3-4 Fallas  | 6          | 35,3       | 35,3                 | 58,8                    |
| 5-7 Fallas  | 5          | 29,4       | 29,4                 | 88,2                    |
| 8-10 Fallas | 2          | 11,8       | 11,8                 | 100,0                   |
| Total       | 17         | 100,0      | 100,0                |                         |



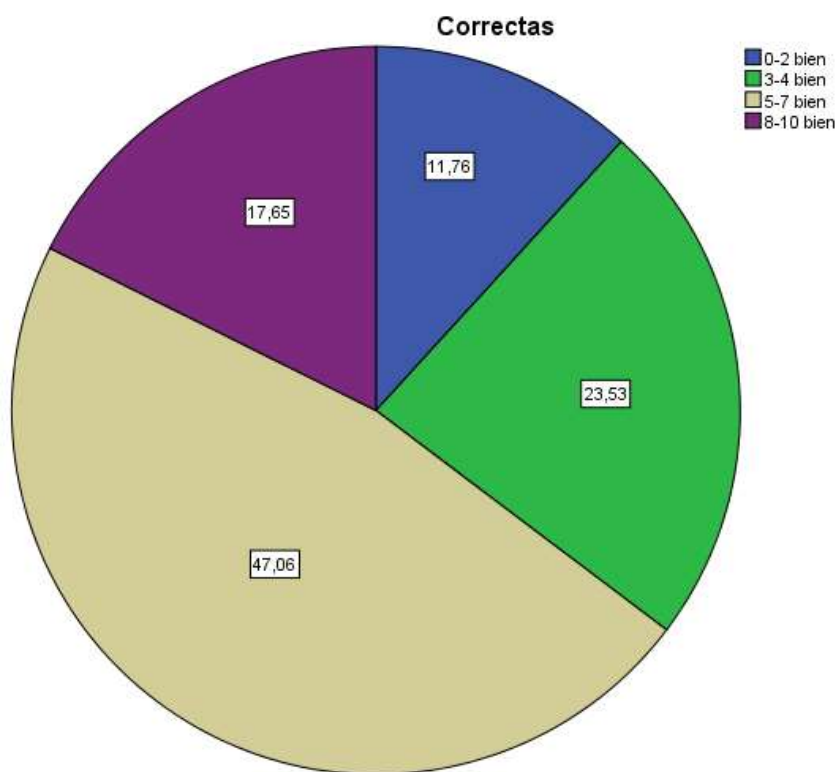
**Gráfica**  
**16.**

Teniendo en cuenta lo descrito en la fase I sobre este instrumento, se identifica que 17,6% de los participantes (3) obtuvieron de 0 a 2 fallas, 35,3% referente a 6 participantes obtuvieron de 3 a 4 fallas y, un 29,4% de 5 a 7 fallas, donde se identifican los fallos en el área cognitiva.

#### Correctas

|                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 0-2 bien         | 2          | 11,8       | 11,8              | 11,8                 |
| 3-4 bien         | 4          | 23,5       | 23,5              | 35,3                 |
| Válidos 5-7 bien | 8          | 47,1       | 47,1              | 82,4                 |
| 8-10 bien        | 3          | 17,6       | 17,6              | 100,0                |
| Total            | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

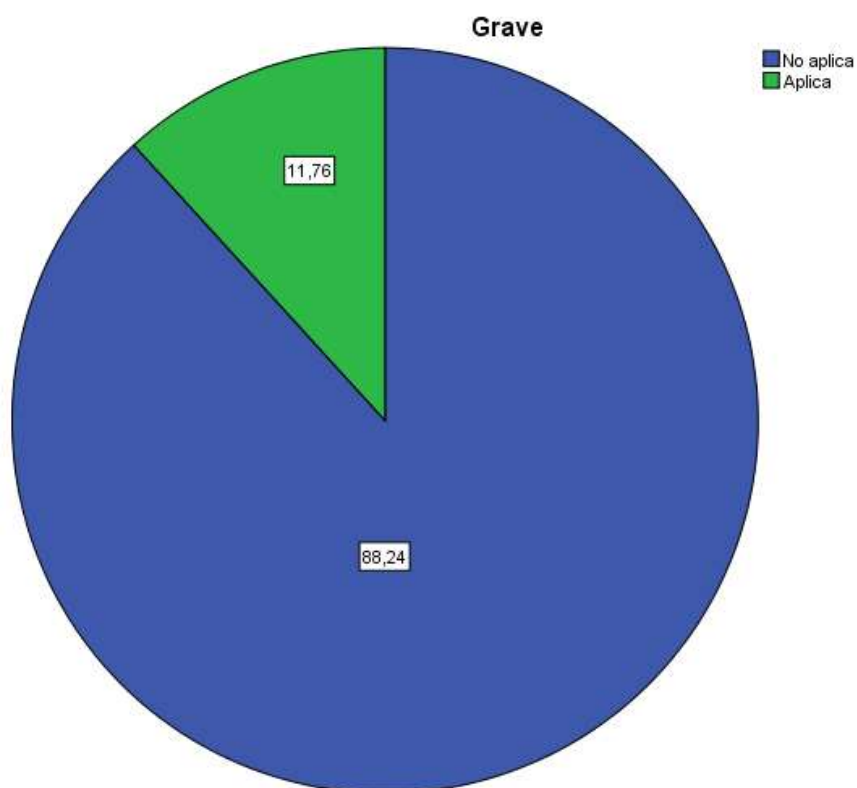
Gráfica 17.



Dentro de las respuestas contestadas correctamente se obtiene que un 17,6% de los participantes respondes 8 a 10 ítem bien, 47,1% de 5 a 7 bien, 23,5% de 3 a 4 bien y 11,8% de 0 a 2 bien.

Grave

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No aplica      | 15         | 88,2       | 88,2              | 88,2                 |
| Válidos Aplica | 2          | 11,8       | 11,8              | 100,0                |
| Total          | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

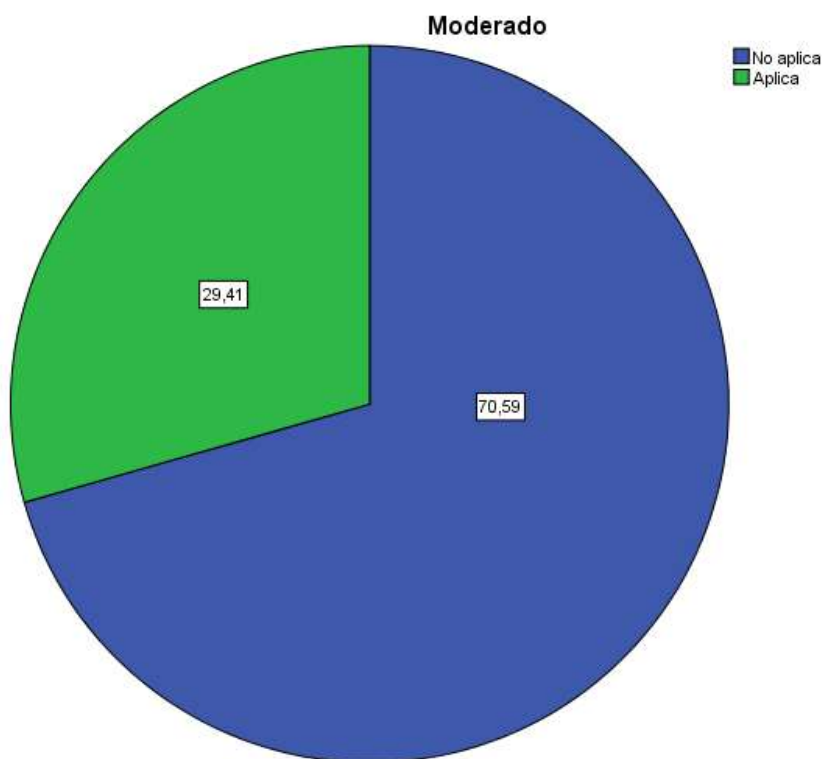


Gráfica 18.

Considerando las respuestas incorrectas obtenidas en este instrumento, se infiere que de los 4 que inicialmente se les identifico deterioro cognitivo grave, 2 aplican para este grado de deterioro.

**Moderado**

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No aplica      | 12         | 70,6       | 70,6              | 70,6                 |
| Válidos Aplica | 5          | 29,4       | 29,4              | 100,0                |
| Total          | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica 19.**

De los 8 que inicialmente tenían deterioro cognitivo moderado, se identifica que 5 de los participantes presentan este nivel de deterioro después de asistir al programa. Por lo que, del 29,4%, 2 pertenecían a los que en la fase 1 presentaban deterioro cognitivo grave y ahora, 5 que

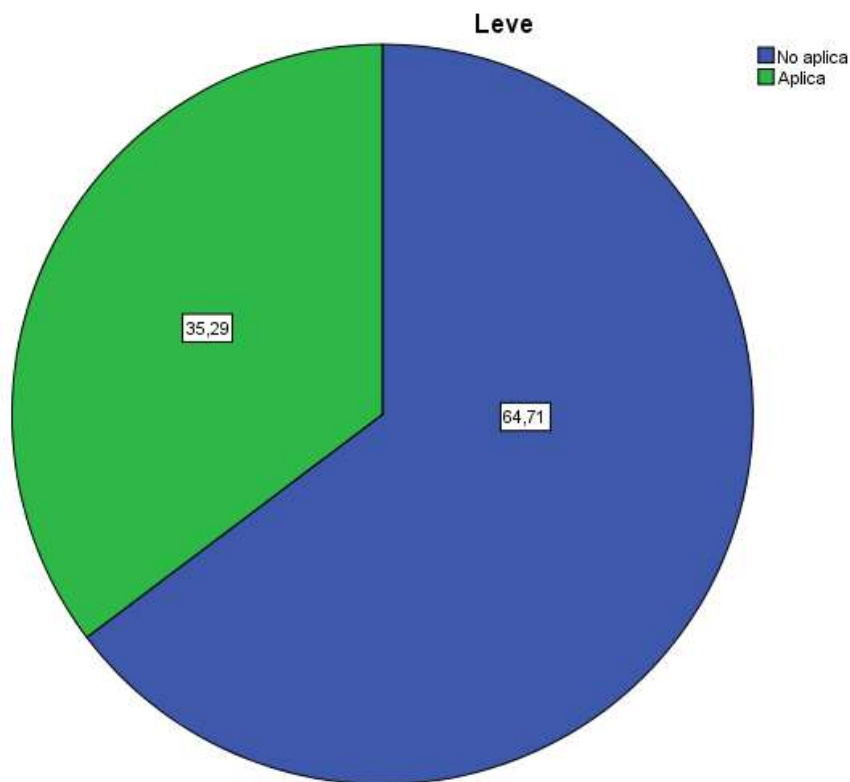
presentaban deterioro cognitivo moderado en la primera fase pasaron a deterioro cognitivo leve después de asistir al programa.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que los participantes que han cambiado de nivel de deterioro cognitivo, en la primera fase habían obtenido el siguiente nivel alto por diferencia de 2 o 3 puntos que los conlleva a estar en el rango de grave y moderado en la primera fase.

Ahora, en la segunda fase, estos mismos participantes reflejan un cambio positivo en su forma de pensamiento y de realizar las actividades diarias, así como en su bienestar psicosocial en la institución al mejorar sus relaciones personales, generar empatía e incentivar al dialogo y la escucha activa.

#### Leve

|                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| No aplica      | 11         | 64,7       | 64,7                 | 64,7                    |
| Válidos Aplica | 6          | 35,3       | 35,3                 | 100,0                   |
| Total          | 17         | 100,0      | 100,0                |                         |



**Gráfica 20.**

Por consiguiente, el 35,3% evidencia que 10 de los 17 participantes están presentando deterioro cognitivo leve tras asistir a los 16 encuentros del programa y ser entre los más participativos en las actividades.

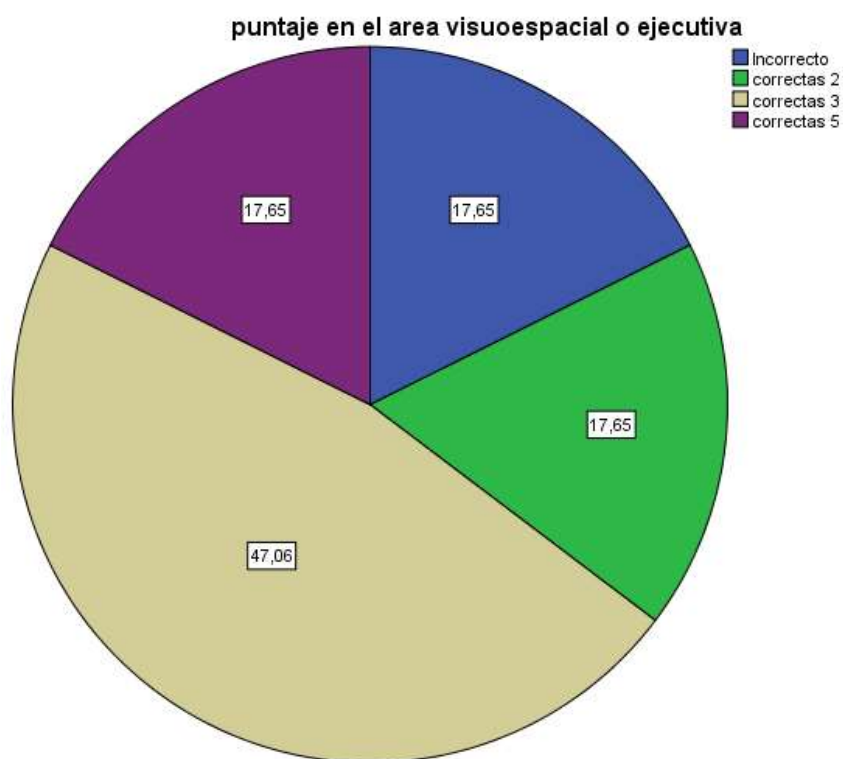
### **Instrumento II: Test de MoCA**

Considerando las definiciones y descripciones dadas en la fase I referente al instrumento y las áreas que evalúa, se procede a señalar el análisis del mismo de acuerdo a la información brindada por los participantes y el análisis observacional que realiza la Psicóloga en formación:

#### **Puntaje en el área visuoespacial o ejecutiva**

|  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
|  |            |            |                   |                      |

|         |             |    |       |       |       |
|---------|-------------|----|-------|-------|-------|
|         | Incorrecto  | 3  | 17,6  | 17,6  | 17,6  |
|         | correctas 2 | 3  | 17,6  | 17,6  | 35,3  |
| Válidos | correctas 3 | 8  | 47,1  | 47,1  | 82,4  |
|         | correctas 5 | 3  | 17,6  | 17,6  | 100,0 |
|         | Total       | 17 | 100,0 | 100,0 |       |

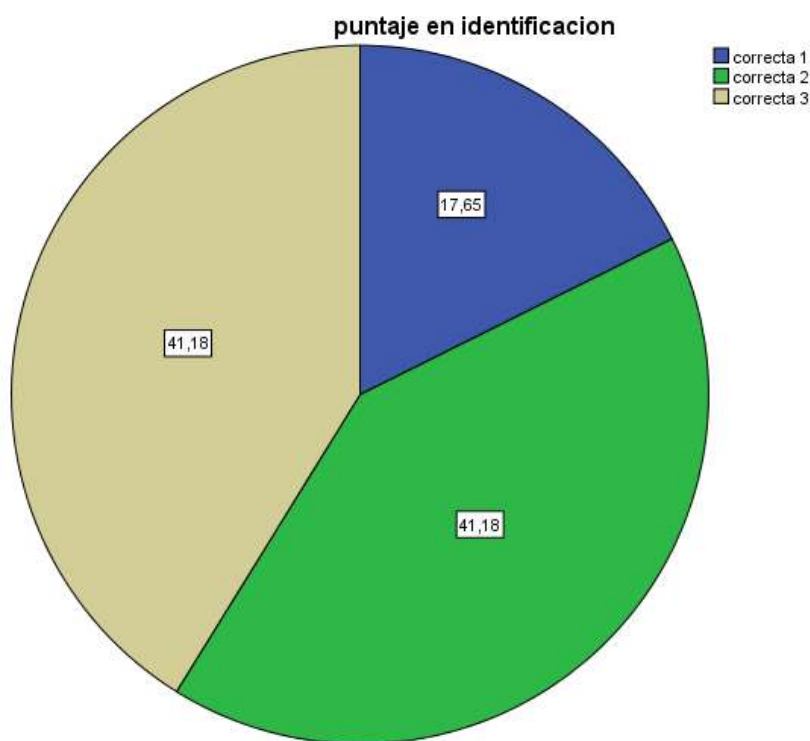
**Gráfica 21.**

En la gráfica se identifica que un 17,6% obtienen los 5 puntos máximos que se obtienen en esta área, 47,1% obtiene 3 puntos, 17,6% contiene 2 puntos y un 17,6% no da respuesta a los mismos. Sin embargo, se identifica que, a diferencia de la aplicación en la primera fase, los participantes intentan y comprenden el mejorar y dar solución a los tres ejercicios que se plantean en el instrumento, con esto se infiere que procesamiento visoespacial de los participantes, tras recibir estrategias y realizar actividades que fortalezcan este proceso, se puede inferir que la

capacidad de decir dónde y a qué distancia están los objetos en el espacio, incluyendo las partes del cuerpo y personas del rededor en los adultos mayores ha mejorado.

### Puntaje en identificación

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| correcta 1 | 3          | 17,6       | 17,6              | 17,6                 |
| correcta 2 | 7          | 41,2       | 41,2              | 58,8                 |
| correcta 3 | 7          | 41,2       | 41,2              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



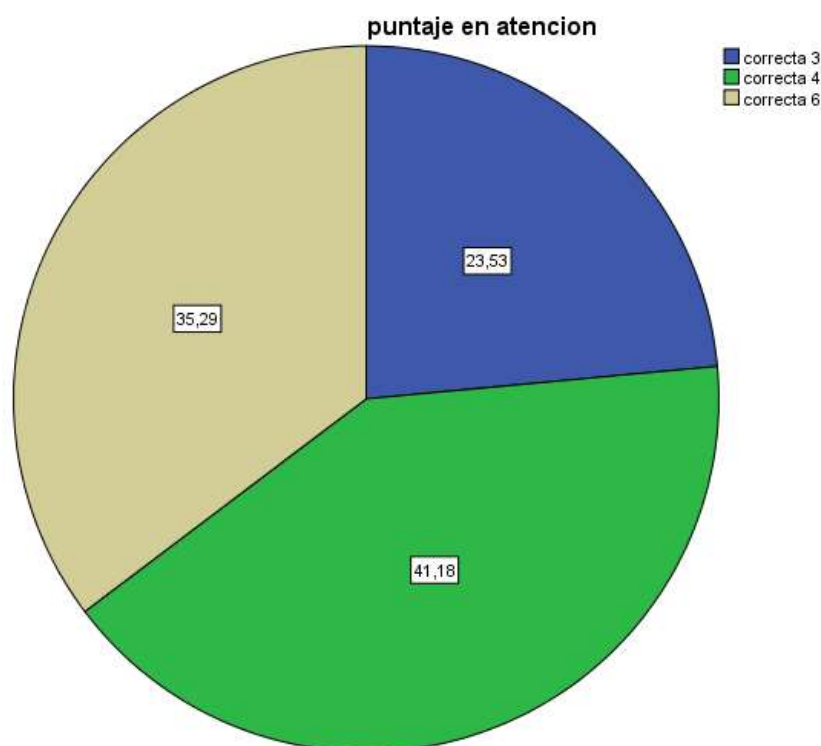
**Gráfica 22.**

En el área de identificación y denominación se señala que la capacidad de referir un objeto, persona, lugar, concepto o entidad por su nombre, utilizando el nivel léxico que tiene almacenado el cerebro de los adultos mayores en la institución ha mejorado tras implementar técnicas de relación espacio-tiempo es decir, que al relacionar las cosas que deben recordar con objetivos,

palabras, colores o hechos les facilita el relacionarse con otros compañeros y rendir en las actividades que deben cumplir tanto en el cuidado personal y el bienestar comunitario.

**Puntaje en atención**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| correcta 3 | 4          | 23,5       | 23,5              | 23,5                 |
| correcta 4 | 7          | 41,2       | 41,2              | 64,7                 |
| correcta 6 | 6          | 35,3       | 35,3              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



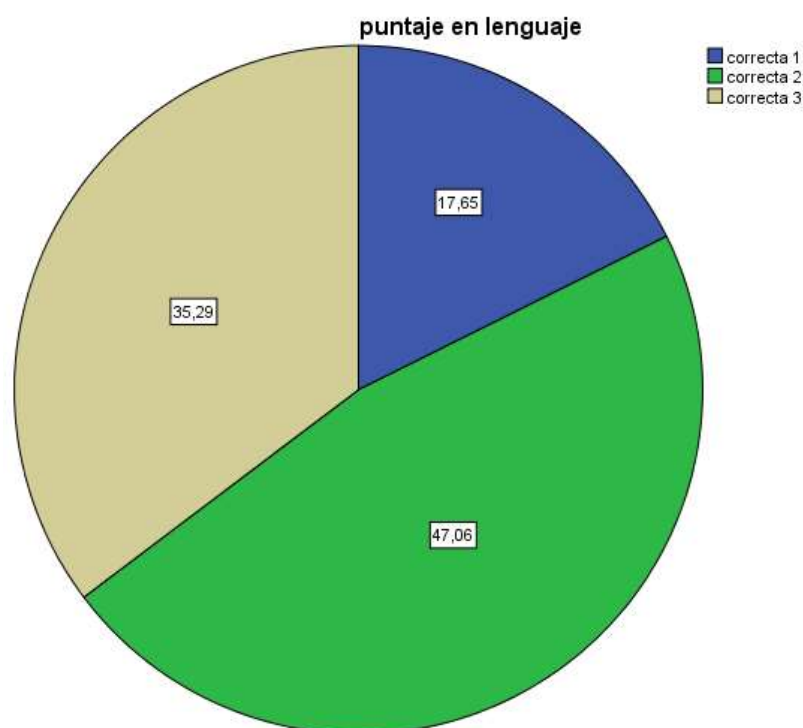
**Gráfica 23.**

De acuerdo al área de atención, se identifica que un 35,3% responden correctamente los tres ejercicios, 41,2% obtienen cuatro puntos y un 23,5% obtiene 3 puntos, por lo que se analiza, que el recuperar información y recuerdos voluntariamente, fomentar el seleccionar y concentrar

los estímulos relevantes del entorno y de cada situación, permiten que los adultos mayores puedan responder en consecuencia, de hecho, las estrategias de evocar recuerdos y memoria fotográfica permiten que las capacidades de atención, memoria y concentración vayan mejorando y permitan asegurar un mejor bienestar psicosocial en los participantes.

**Puntaje en lenguaje**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| correcta 1 | 3          | 17,6       | 17,6              | 17,6                 |
| correcta 2 | 8          | 47,1       | 47,1              | 64,7                 |
| correcta 3 | 6          | 35,3       | 35,3              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



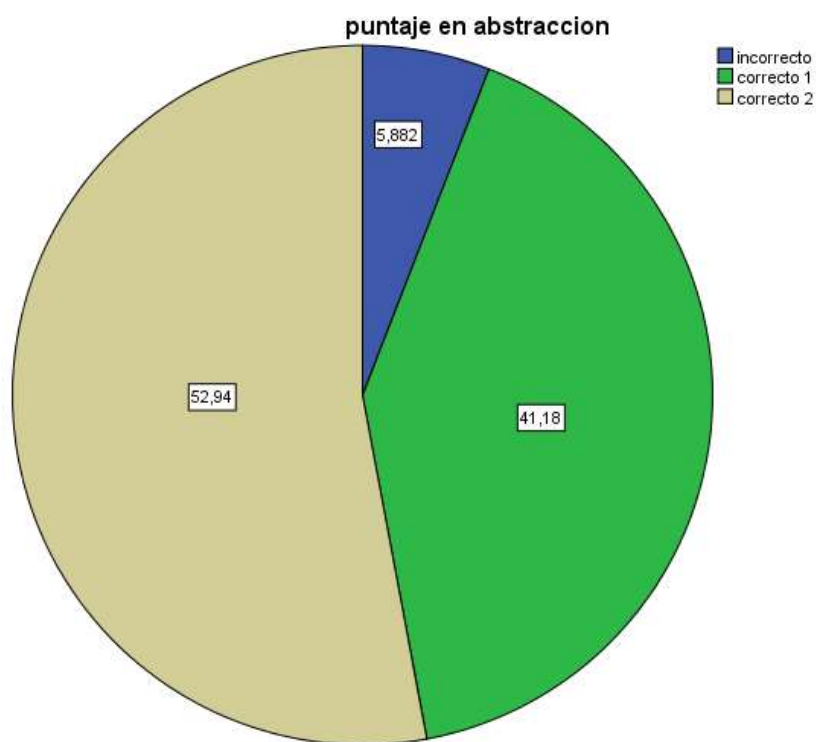
**Gráfica 24.**

En la gráfica se identifica que el 35,3% de los participantes logra obtener los 3 puntos requeridos en el área del lenguaje por lo que se percibe que así los adultos presenten afasias o

trastornos del lenguaje, pueden implementar otras estrategias para comunicarse entre ellos y expresar lo que sienten o piensan, de igual forma, para los ejercicios expuestos en esta parte del test, los participantes implementan estrategias de observar a su alrededor y evocar recuerdos para dar solución a los mismos.

**Puntaje en abstracción**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| incorrecto | 1          | 5,9        | 5,9               | 5,9                  |
| correcto 1 | 7          | 41,2       | 41,2              | 47,1                 |
| correcto 2 | 9          | 52,9       | 52,9              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

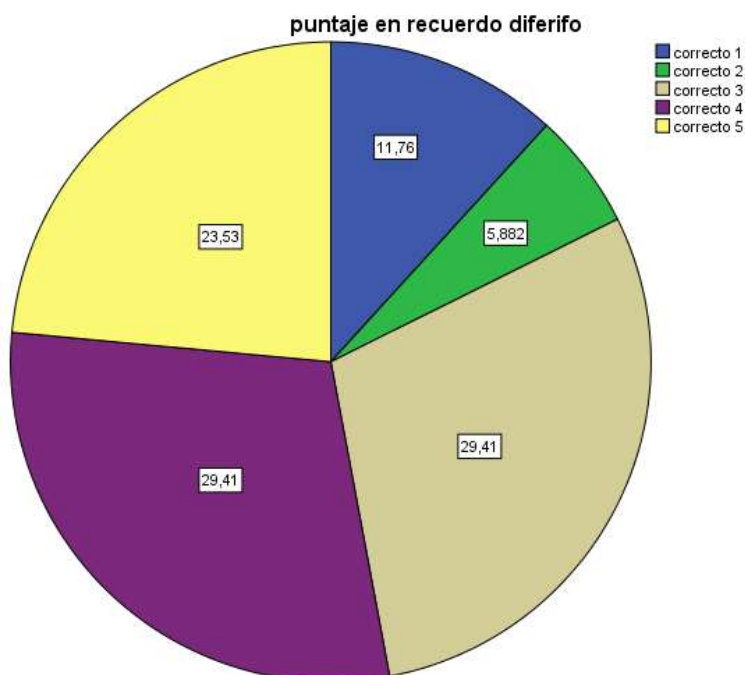


**Gráfica 25.**

De acuerdo al área de abstracción, se señala que un 52,9% de los participantes obtienen los dos puntos máximos en los ejercicios, 41,1% obtienen un punto y 1 participante no da respuesta en el mismo, sin embargo, se identifica que la operación mental para aislar conceptualmente una propiedad o función concreta de un objeto se puede evocar tras inferir en un recuerdo el objeto, observarlo, recordar los momentos que se han utilizado o visto y el señalar sus funciones.

**Puntaje en recuerdo diferido**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| correcto 1 | 2          | 11,8       | 11,8              | 11,8                 |
| correcto 2 | 1          | 5,9        | 5,9               | 17,6                 |
| correcto 3 | 5          | 29,4       | 29,4              | 47,1                 |
| correcto 4 | 5          | 29,4       | 29,4              | 76,5                 |
| correcto 5 | 4          | 23,5       | 23,5              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |

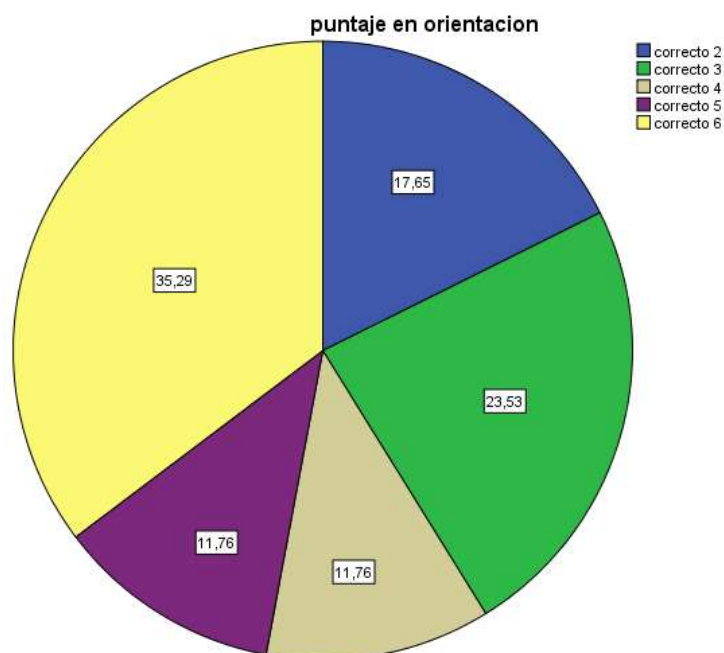


**Gráfica 26.**

En la gráfica se identifica que el 29,4% hace referencia a los participantes que han tenido de 3 a 4 puntos respecto a las respuestas dadas, ya que solo dos participantes representan el 11,8% de los que han obtenido un solo punto, es decir, que el área de recuerdo diferido sigue presentando los mismos errores de la fase I donde a los participantes se les dificulta evocar las palabras de rostro y seda ya que dan sustantivos o palabras relacionadas mas no las que requiere el test.

**Puntaje en orientación**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| correcto 2 | 3          | 17,6       | 17,6              | 17,6                 |
| correcto 3 | 4          | 23,5       | 23,5              | 41,2                 |
| correcto 4 | 2          | 11,8       | 11,8              | 52,9                 |
| correcto 5 | 2          | 11,8       | 11,8              | 64,7                 |
| correcto 6 | 6          | 35,3       | 35,3              | 100,0                |
| Total      | 17         | 100,0      | 100,0             |                      |



**Gráfica 27.**

En la última área de este instrumento, se identifica que un 35,3% de los participantes logra responder correctamente todas las preguntas referentes a su sentido de orientación, 11,8% obtiene 5 puntos y solo un 17,6% obtiene dos puntos, lo que permite señalar que, al incentivar a los adultos mayores a mantenerse informado sobre temas de la actualidad, llevar cuenta de la fecha en que esta y la exploración del espacio donde vive permite obtener mejores resultados en esta área.

### **Instrumento III: Técnica de Recolección de información Cualitativa**

#### **Cuestionario: “Relato de Vida”**

Teniendo en cuenta las categorías y descripciones dadas en el análisis de los resultados de este instrumento en la fase I, se procede a realizar un análisis general de la aplicación del instrumento ya que se refuta la información dada en el análisis de resultados de la fase I.

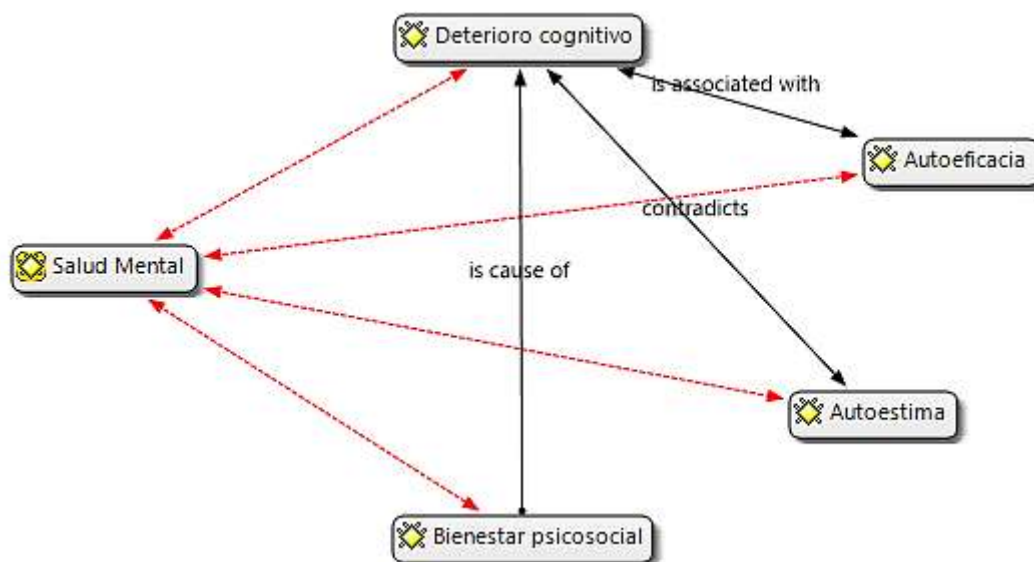


**Figura 2.**

Donde las respuestas relacionadas con la etapa de niñez y adolescencia no presentan cambios, pero las referentes a la actualidad cambian en el sentido de como los participantes perciben el entorno institucional, la mejora en las relaciones interpersonales, dialogo y escucha activa, y el fomentar el cuidado mutuo para un mayor bienestar comunitario y personal.

Permitiendo afirmar que el deterioro cognitivo presenta una relación causa – efecto con la autoeficacia, evidenciado en las respuestas que dan los participantes referentes a:

- “Me gustan las actividades que se hicieron con la doctora, hace tiempo que no pintaba por lo que seguiré practicando más seguido”
- “Ahora me tomo el tiempo de pensar antes de hablar para no ser grosero”
- “Prefiero seguir pasando el tiempo solo así no me critican ni se forman problemas”
- “Se que son un malgeniado, pero estoy intentando estar calmado”
- “Hare lo que me dijo de no dejar de hacer las cosas que me gustan así este en silla de ruedas, entonces comenzare a cuidar de las plantas del jardín”
- “Intentare escribirles cartas a mis familiares para expresar lo que siento y que vean que puedo hacer muchas cosas”
- “Estoy intentando controlar”

Así mismo la relación ambiente – emoción entre la autoestima y el bienestar psicosocial, ya que los participantes refieren que:

- “Confío en mis capacidades, de pronto al estar encerrado y ver los mismos lugares todos los días durante años me hayan hecho volverme aburrido y olvidar lo que me gusta hacer”
- “Si me hubiera gustado hacer más cosas en mi vida, pero ahora veo que puedo ayudar en varias cosas del aquí, por lo que distraeré la mente al menos un rato”
- “Cuando nos unimos para las actividades no se discute ni se escuchan gritos, si todos están calmados se disfruta más el momento”

- “Son varios los que estén discutiendo a cada momento, pero poco a poco se van calmando cuando uno les comenta lo que ha dicho la doctora en las tardes”

Y entre el bienestar psicosocial y el deterioro cognitivo con la relación de causa – efecto, donde los participantes refieren que:

- “Durante todo el tiempo que he estado aquí no había pensado en enseñarle a los demás lo que se hacer ni les he prestado cuidado para aprender de ellos”
- “Antes de levantarme todos los días, veo las tarjetas que hicimos como tarea de esa tarde, las puse al lado de mi cama para acordarme de decirme lo importante que soy y el cuidar de mi salud, al ir al baño, bañarme, cepillarme”
- “He dejado de intentar de estar molesto por cosas que hacen los demás abuelos y ver porque lo hacen, ya vi que el que más me molestaba lo hace porque no puede evitar que su cuerpo este temblando y arrojar los alimentos sobre la mesa”
- “Tomo tiempo para respirar bien e intentar recordar las cosas que he olvidado o que estoy haciendo sin que se me olviden esas pendejadas y molestarme por ser tan torpe”
- “A veces se me olvidan mi familia o que hago o porque estoy en algún lugar entonces tengo el perrito que sumerce me dijo hacer para intentar acordarme sin asustarme”

Con lo que se corrobora la información del análisis de la fase I al no tener cambios en el esquema de las categorías y estas últimas siguen siendo las mismas: deterioro cognitivo, autoestima, autoeficacia y bienestar psicosocial.

## **Discusión de Resultados**

Respecto al primer objetivo específico direccionado a “Evaluar el nivel de deterioro cognitivo por medio de aplicación del test de PFEIFFER y test de MoCA, obteniendo la información para realizar la correlación de la información”, se determina que, en la primera aplicación del test de PFEIFFER, se confirma la presencia de deterioro cognitivo, con mayor puntuación en deterioro cognitivo grave en un 60,66% representando a 37 de los 61 participantes, seguidamente, 8 participantes puntúan para deterioro cognitivo moderado y 7 puntúan para deterioro cognitivo leve, dejando así a 8 participantes que no dieron respuestas correctas e incorrectas ya que al mencionar las preguntas del instrumento, comenzar a hablar de otros temas, como situaciones familiares, su relación con otros adultos mayores, como se sentía al estar en el ansianato tanto a nivel social como emocional, por tanto no era posible realizar la calificación del instrumento ni su correcto análisis.

Por consiguiente, al aplicar el test de MoCA a los 17 participantes que se han categorizado para deterioro cognitivo moderado y leve en el test de PFEIFFER, se identifica y confirma la presencia de una anomalía en sus funciones cognitivas puntuando a tener un trastorno cognitivo.

En el segundo objetivo específico para Identificar el nivel de autoestima y autoeficacia, por medio del diseño y aplicación de una entrevista semiestructurada, conlleva a que se plantee y valide con jueces expertos un cuestionario con 46 ítems y pregunta abierta, realizando una subdivisión de los mismos a partir de las cuatro categorías de este proyecto investigativo: 17 para deterioro cognitivo, 15 para autoestima, 9 para autoeficacia y 5 en dirección al bienestar psicosocial.

Sin embargo, en el momento del análisis de resultados por medio de la aplicación Atlas Ti para la debida categorización, se tienen en cuenta las respuestas dadas por los participantes para seleccionar cada respuesta de acuerdo a la categoría que corresponde ya que, en un solo ítem, se llegaron a encontrar más de dos categorías, es decir, que hay preguntas que conllevaban a los

participantes a mencionar sucesos, recuerdos y emociones que se pueden catalogar como factores que afectan su bienestar psicosocial, autoestima y/o autoeficacia, hasta en algunos, se denota la afectación que ha tenido el deterioro cognitivo en sus vidas y entorno biosocial, por lo que estas respuestas se clasifican en una o más categorías así sea la misma frase.

Tras la aplicación de este cuestionario, se denota que, en primer lugar, los 17 participantes demoran alrededor de cinco minutos para dar respuesta a cada interrogante ya que, así se pronuncie una respuesta direccionada a la actualidad, utilizan cada espacio para expresar lo que sienten y piensan tanto de sucesos del pasado y la actualidad, donde en mayor medida, expresan el inconformismo, sentimiento de tristeza y aburrimiento al no tener actividades para hacer en el día, por lo que solo hablan entre ellos o se quedan sentados esperando las horas de comida, conllevando a que, como mínimo, se empleen 40 minutos con cada adulto mayor.

De hecho, se evidencia que, al mencionar preguntas direccionadas a la etapa de niñez y adolescencia, los participantes quedan en silencio antes de dar una respuesta, dentro de los rasgos que se denotan al dar respuesta por parte de los adultos mayores, se identifica tristeza, llanto, enojo y frustración ya sea por no evocar los recuerdos para dar respuesta, haber olvidado o el recordar sucesos que les generan distintas emociones tanto positivas como negativas.

Por tanto, y considerando que los 17 participantes de la aplicación del test de MoCA son los mismos quienes participan en la aplicación de este cuestionario, se evidencia la presencia de deterioro cognitivo leve y moderado en los momentos de no recordar los nombres de personas, objetos y familiares, problemas para resolver problemas que antes eran sencillos como los ejercicios del test al dibujar, identificar animales y recordar en corto tiempo unas palabras.

En segundo lugar, se identifican y describen las relaciones entre: efecto – acción (categoría 2 de autoeficacia), donde dependiendo del estado físico y cognitivo de la persona, se ve afecta su motivación y forma de llevar tareas a cabo, de hecho, en varios participantes se evidencia la iniciativa de querer realizar los ejercicios del test de MoCA pero llegaban a expresar tristeza, molestia e incomodidad por no poder realizarlas correctamente, ya sea por temblor en alguna parte del cuerpo, no comprender rápidamente las indicaciones y pedir que le vuelvan a explicar, que los trazos quedaran curvos o con arcos cuando debían ser rectos, olvidar rápidamente como hacer lo que se le indica o el no utilizar los materiales correctamente por inmovilidad o atrofia muscular.

La relación ambiente-acción (categoría 3 de autoestima), por lo que dependiendo del tipo de ambiente al que está expuesto o se desarrolla la persona tiende a afectar la forma en que se percibe a sí mismo, de hacer las cosas y más la perspectiva que tiene el sujeto ante el hecho de llevarlas a cabo y como se sentirá al hacerlo. De hecho, varios adultos mayores refieren que así tengan algún problema de salud que involucre la dificultad o imposibilidad de mover alguna parte de su cuerpo, o el olvidar las cosas con rapidez, pueden demostrar que aún pueden hacer varias cosas así se demoren un poco más de tiempo, estén en sillas de ruedas o estén encerrados, esto es más referente a personas cercanas y mismos miembros de la institución ya que mencionan que entre los mismos adultos mayores se critican y juzgan sin pudor en las palabras. Así mismo, el bienestar psicosocial de la población afecta su autoestima ya sea por presenciar discusiones y gritos a diario o no tener una vida social activa, como se evidencia en la institución.

Y la relación ambiente – emoción, con lo que se confirma lo mencionado anteriormente, es decir, que de acuerdo al tipo de ambiente en el que esta la persona tiende a afectar directa e indirectamente su bienestar al igual que el reconocimiento y afrontamiento emocional en cada sujeto tanto en su entorno social como en el ámbito personal, es decir, que la autoestima se ve afectada por como este el bienestar de la persona.

De hecho, a partir de los resultados obtenidos en el Test de Moca y el cuestionario de relato de vida, se diseña el plan de intervención psicogeronte, agendando 16 encuentros a 5 semanas, donde se exponen, explican e implementan por medio de actividades, juegos, rondas, escritos, dibujo, baile y música, las 8 áreas que evalúa el test de MoCA: visuoespacial / ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación, involucrando y en cada encuentro, situaciones problema que se identificaron durante la aplicación de los instrumentos y el dialogo de los adultos mayores (discusiones entre los mismos, maltrato físico y verbal entre los mismos adultos, desconocimiento en el reconocimiento y afrontamiento de emociones, falta de comunicación y escucha activa, uso de tonos de voz fuertes y malas palabras o mal implementadas, entre otros.) por lo que se incluyen, durante el programa, encuentros para trabajar el bienestar comunitario, bienestar personal, inteligencia emocional y resolución de conflictos.

Seguidamente, respecto al tercer objetivo específico direccionado a describir la relación que tiene la afectación del nivel de deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio del análisis de los datos recolectados en los test psicológicos, se identifica que el deterioro cognitivo tiende afectar no solo las funciones del ser humano, sino también su estado físico por lo que, debido a la falta de motivación intrínseca y extrínseca otras enfermedades se van haciendo presentan con el tiempo, donde la pérdida de memoria, no reconocer el entorno, problemas para realizar tareas y la pérdida de interés, generan que el deterioro cognitivo se desarrolle a mayor velocidad. Con lo que se acaba de mencionar, se denota una fuerte relación entre la afectación que tiene el deterioro cognitivo con la autoeficacia en el adulto mayor, ya que, a mayor deterioro, menor es la confianza, iniciativa y compromiso que tiene la persona sobre su capacidad y perspectiva en llevar tareas a cabo, así tengan la iniciativa y motivación para solucionarlas.

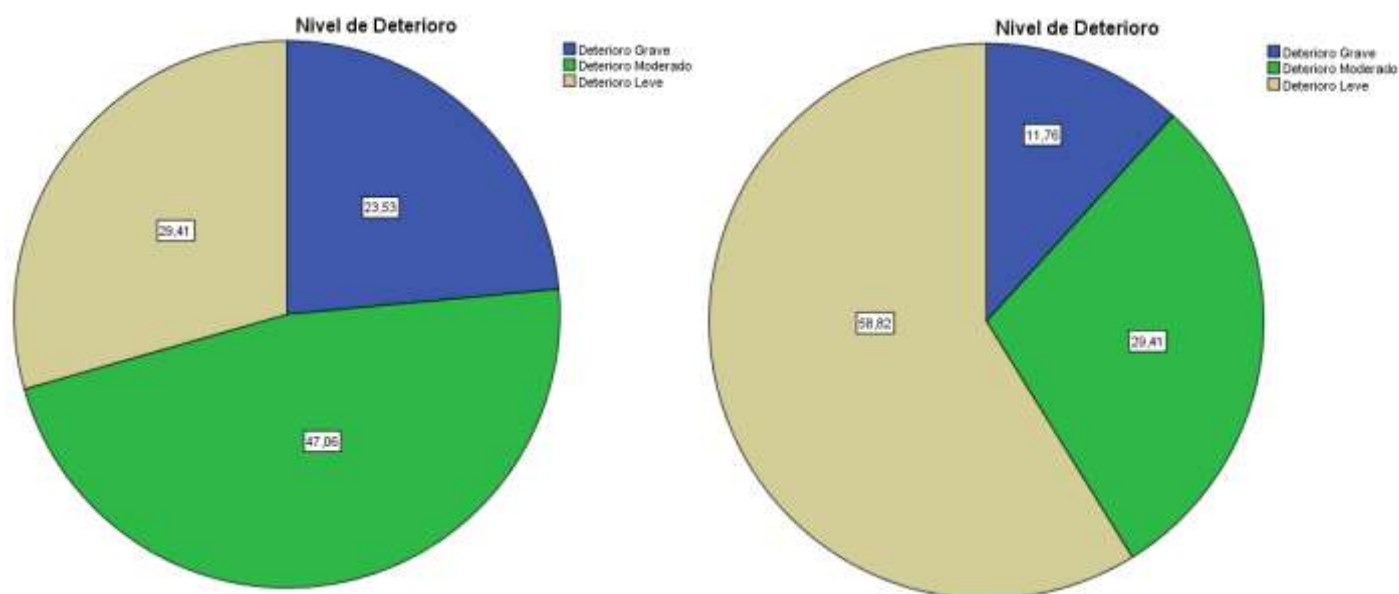
Lo cual queda reflejado en las expresiones dadas por los participantes: “me punta pintar, pero me da pena que vean lo mal que queda por la tembladera de las manos”, “estoy haciendo las cosas y de un momento a otro, pum, se me olvida donde estoy y que hago por lo que dejo las cosas tiradas y me voy sin más”, entre otros, reflejando que los procesos de atención, memoria y concentración afecta la percepción en autoeficacia, y que, dependiendo del tipo de ambiente en el que se desenvuelva el sujeto su autoestima tiende a afectar su autoestima.

Permitiendo concluir que, si el ambiente social de los adultos mayores demuestra apoyo emocional, en salud física y mental, y motivación se seguir adelante para afrontar los cambios, la afectación del deterioro cognitivo tiende a disminuir para que se fortalezca la autoeficacia, y si el entorno es estable con una vida social activa, la autoestima tiende a fortalecerse.

Para dar veracidad a lo mencionado anteriormente, en el siguiente apartado se identifica y analiza la relación y diferencias encontradas en la aplicación de cada instrumento en la fase I y II, donde solo se implementará la información dada por los 17 adultos mayores que estuvieron asistiendo y participando constantemente al programa, con la finalidad de identificar si el plan de intervención dio efecto en los resultados obtenidos en los test de PFEIFFER y MoCA, considerando que en el apartado anterior, se evidencia que el esquema de las categorías es igual y solo hay cambio en las respuestas direccionadas a la convivencia actual de los adultos mayores dentro de la institución.

### **Instrumento I: Test de PFEIFFER**

Según Herrero (2015), este instrumento explora áreas como memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, convirtiéndolo en un cuestionario que es útil para pacientes institucionalizados como para población en general, ya que el análisis de resultados permite comprender si hay o no presencia de deterioro cognitivo en la población, así como el nivel de afectación del mismo (leve, moderado, avanzado o grave).



**Gráfica 28.**

Por consiguiente, y considerando los puntajes obtenidos en la fase I de este proyecto investigativo donde se evidencia que, de los 17 participantes, 4 se presentan con deterioro cognitivo grave, 8 con deterioro cognitivo moderado y 5 con deterioro cognitivo leve, se denota que, después de la asistencia y el poner en práctica lo explicado en los 14 encuentros, se evidencia que 2 de los 4 adultos mayores que presentaban deterioro cognitivo grave en la fase I procedieron a puntuar para deterioro cognitivo moderado, de los 8 que presentaban deterioro cognitivo moderado en la fase I, 5 procedieron a puntuar a deterioro cognitivo leve.

Con lo que se refleja un cambio significativo al implementar estrategias que permitan la comunicación entre miembros del establecimiento así la persona presente un trastorno del lenguaje, presente más comprensión a lo que se le dice, tener la capacidad de realizar trazos rectos y circulares, intentar cuidar de sí mismo o el tener la confianza de comentarle a los demás miembros de la institución si requiere ayuda sin necesidades de sentirse o ser juzgados por los

mismos y el fortalecimiento de la memoria remota así como en el área de orientación y conocimiento de temas de la actualidad.

### **Instrumento II: Test de MoCA**

El Test de MoCa, el cual es considerado como un instrumento breve de tamizaje específico, utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, con puntos de corte que varían según la población estudiada (Pedraza, 2016), por lo que evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación, con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos, en versiones traducidas a más de 10 idiomas.

Por consiguiente, en las gráficas que se mostraran a continuación se establece la relación entre los resultados que los 17 participantes activos del programa obtuvieron en la fase I y el cambio que se refleja en la fase II.

#### **Fase I**

##### **Puntaje Total**

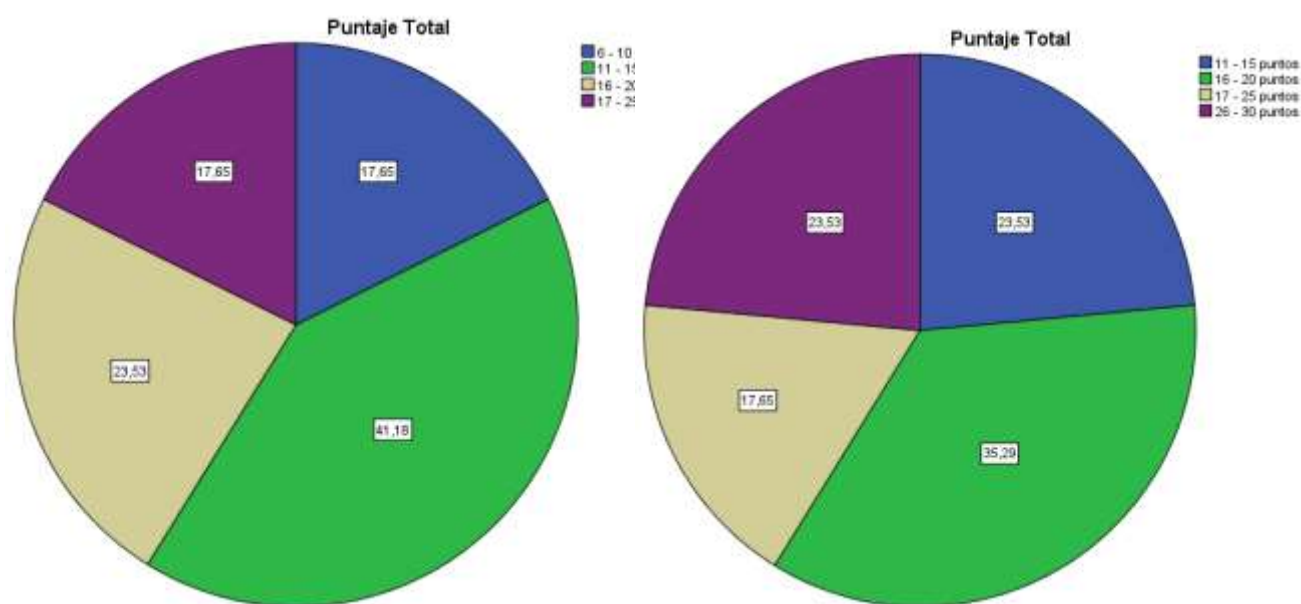
|                        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| 6 - 10 puntos          | 3          | 17,6       | 17,6                 | 17,6                    |
| 11 - 15 puntos         | 7          | 41,2       | 41,2                 | 58,8                    |
| Válidos 16 - 20 puntos | 4          | 23,5       | 23,5                 | 82,4                    |
| 17 - 25 puntos         | 3          | 17,6       | 17,6                 | 100,0                   |
| Total                  | 17         | 100,0      | 100,0                |                         |

#### **Fase II**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

**Puntaje Total**

|                        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| 11 - 15 puntos         | 4          | 23,5       | 23,5                 | 23,5                    |
| 16 - 20 puntos         | 6          | 35,3       | 35,3                 | 58,8                    |
| Válidos 17 - 25 puntos | 3          | 17,6       | 17,6                 | 76,5                    |
| 26 - 30 puntos         | 4          | 23,5       | 23,5                 | 100,0                   |
| Total                  | 17         | 100,0      | 100,0                |                         |

**Gráfica 29.**

De acuerdo a la información expuestas en las gráficas se identifica que, en la fase I ninguno de los 17 participantes puntuó más de 23 grupos en la aplicación del test de MoCA por lo que se refiere que presentan un trastorno cognitivo, por el contrario, para los que presentan puntuación menos a 15 puntos, se refiere que presentan anomalías en sus funciones cognitivas en grado

moderado a grave, afectando su bienestar psicosocial hasta el punto de no percibir ningún apoyo y motivación externa, con una vida social poco activa.

Sin embargo, tras la asistencia y aplicación de los conocimientos adquiridos durante el programa, se evidencia que 4 de los participantes logran obtener un puntador mayor e igual a 26 puntos para, de acuerdo al autor del instrumento, considerarse normal, es decir, que, aunque presente alguna anomalía en sus funciones cognitivas, estas no afectan en mayor medida su bienestar físico y emocional.

De igual forma, se evidencia un cambio en los puntajes por lo que no se evidenciaron respuestas en blanco como se había observado en la fase I y más referente a los ejercicios del área visuoespacial y ejecutiva, ya que, en la segunda fase, los participantes refieren confiar en sus capacidades y la iniciativa a realizar los tres ejercicios plasmados. Seguidamente, el cambio que se evidencia en la forma de responder en el área de recuerdo diferido, ya que los participantes no se quedaron viendo a un punto fijo para recordar las palabras como en la fase I, sino que, a medida que se le mencionaban las palabras iban observando su entorno para saber con qué relacionarlas y acordarse de las mismas.

Por consiguiente y respecto al último objetivo específico direccionado a diseñar un plan de intervención psico gerontológico basado en actitudes que fortalezcan las tres categorías de esta investigación, mejorando el bienestar psicosocial de la población. Se da veracidad del efecto positivo que ha tenido el plan de intervención en la población tanto a nivel personal, social, familiar e institucional, mejorando progresivamente su bienestar psicosocial y estabilidad emocional respecto a las relaciones interpersonales con los demás compañeros institucionalizados.

## Conclusiones

En primer lugar, se identifica una anomalía en las funciones cognitivas de los adultos mayores del Hogar San Antonio de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Málaga, donde la presencia de deterioro cognitivo grave se hace presencia en mayor medida, seguido por el deterioro cognitivo moderado, por lo que se evidencia la afectación que la sintomatología representa en el bienestar psicosocial de los mismos ya sea intrínseca o extrínsecamente tras percibir sentimientos de soledad, abandono, rechazo, desvalorización y desmotivación, desencadenados por parte la percepción que tienen los adultos mayores sobre si mismos y el apoyo por parte de su entorno social.

En segundo lugar, se identifica que el deterioro cognitivo tiende a desarrollarse en mayor medida respecto al tipo de bienestar psicosocial en el que este el adulto mayor, es decir que, aunque se presente el deterioro cognitivo este se puede sobrellevar si se tiene un apoyo social que incentive a afrontar los cambios y el practicar estrategias que permitan continuar con la vida diaria.

En relación al objetivo específico de describir la relación que tiene la afectación del nivel de deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio del análisis de los datos recolectados en los test psicológicos, después del análisis de resultados, se establece una relación efecto – acción entre el deterioro cognitivo y la autoeficacia, ya que dependiendo del estado físico y cognitivo de la persona tiende a afectar su motivación y forma de llevar tareas a cabo, así como en actitudes y posibilidades para alcanzar con éxito los objetivos y metas de los adultos mayores.

Por consiguiente, respecto a la relación entre deterioro cognitivo y autoestima, se proyecta una contradicción ya que, de acuerdo a la revisión documental a mayor deterioro cognitivo, menor es el nivel de autoestima en el adulto mayor, sin embargo, es esta investigación y de acuerdo a los resultados se identifica que, aunque esta relación si está vigente (deterioro y autoestima) se presenta en un nivel leve (por la incapacidad o dificultad en recordar y hacer actividades del diario) por lo que se evidencia que la autoestima tiene más relación y efecto con el bienestar psicosocial que con el deterioro cognitivo.

En quinto lugar, se da veracidad y confiabilidad del efecto positivo que ha tenido el plan de intervención psico gerontológico en la población tanto a nivel personal, social, familiar e institucional, mejorando progresivamente su bienestar psicosocial y estabilidad emocional respecto a las relaciones interpersonales con los demás compañeros institucionalizados, lo cual queda evidenciado en los resultados obtenidos en la fase II.

Al emplear planes de intervención con encuentros grupales e individuales se provee un cambio en el bienestar psicosocial de la población y todo paciente que presente deterioro en cualquier nivel de afectación, ya que, aunque no se puede “quitar” o “solucionar” como si fuera una enfermedad física, se pueden implementar tratamientos y estrategias que disminuyan sus efectos así como permitir que el adulto mayor se adapte a los cambios y sepa sobrellevar la sintomatología sin que afecte su bienestar y ciclo social.

## Recomendaciones

En primera instancia y considerando el nombre colocado al conjunto de categorías investigativa, se considera que la salud mental en los adultos mayores tiende a ser afectada no solo por el bienestar social de la población, si no por el nivel de autoestima y autoeficacia que se presenta en los mismos tanto al confiar en sus capacidades, así como en la habilidad de relacionar con otros adultos mayores, sin embargo, estas áreas llegan a ser influenciadas negativamente por los prejuicios y estigmas que la sociedad proyecta sobre las personas de la tercera edad al minimizar sus habilidades y salud física, es decir, que con el hecho de pasar de los 60 años las personas tienden a excluir a los adultos mayores de encuentros sociales, dinámicos y hasta de encuentros familiares por la idea de que deben tener más cuidado con su salud al ser frágiles o correr mayor riesgo en su seguridad personal. Por consiguiente, se recomienda psico educar a las comunidades sobre los cambios sociales y emocionales que pueden llegar a tener los adultos mayores, como perciben los cambios físicos, la perspectiva a los familiares y los cuidados que se deben tener sin necesidad de ser alejados o excluidos de la sociedad, con el objetivo de que sean considerados como parte activa y educativa entre las comunidades y los propios hogares.

Seguidamente, al tratar el factor de la primera categoría, deterioro cognitivo, aunque se identifica mayor presencia en deterioro cognitivo grave, seguido por el moderado, los efectos de la sintomatología que conlleva esta anomalía en las funciones cognitivas, se pueden minimizar tras implementar estrategias junto a encuentros psicoeducativos que permitan que los adultos mayores, cuidadores, familiares y entes institucionales acepten y comprendan los cambios que genera el deterioro cognitivo con la finalidad implementar técnicas diarias que disminuyan los efectos del mismo y permitan que el adulto mayor tenga un bienestar psicosocial estable.

De igual forma, se recomienda el incentivar y fomentar espacios de redes de apoyo donde los adultos mayores institucionalizados perciban el apoyo social que se les puede brindar junto a una vida social activa tanto con la planta administrativa de los establecimientos, practicantes, médicos, entre otros y los mismos adultos mayores, con lo que se fortalezca la autoestima y autoeficacia al proyectar metas y motivación que les permitan afrontar de forma positiva el ambiente institucionalizados, cambios y cuidados físicos por enfermedades y las anomalías en las funciones cognitivas.

De hecho, en la segunda categoría de autoeficacia, se recomienda incentivar la práctica de actividades manuales, cuidado personal con lo que los adultos mayores perciban el deber y responsabilidad de cumplir con las tareas asignadas. Permitiendo, que a diario, el adulto mayor implemente sus habilidades de razonamiento, memoria, atención y sentido de orientación al tener la mente ocupada en distintos asuntos por solucionar y que no le permitan sentir aburrimiento, inutilidad y soledad, ya que, al no tener nada que hacer, la vida de ellos adultos mayores tiende a convertirse en una monotonía, donde el levantarse, dormir, consumir medicamento y esperar las horas de comida se vuelve una rutina diaria, generando que el deterioro cognitivo y otras enfermedades se desarrollen a mayor velocidad y con afectaciones más fuertes en la sintomatología.

En la tercera categoría, se puede evidenciar que la autoestima tiende a ser influenciada por el tipo de ambiente donde se establece la persona, se recomienda el incentivar y generar espacios de diálogo, escucha activa, y solución a inquietudes y situaciones problema que presente los adultos mayores dentro de la institución periódicamente, con el objetivo de orientar estrategias de afrontamiento y prevención a problemáticas donde se emplee violencia física y verbal entre los mismos adultos mayores.

Así mismo, espacios de exploración emocional, formulación de proyecto de vida y afrontamiento a situaciones inesperadas, se provee el fortaleciendo de la autoestima y autoeficacia de los adultos mayores, ya que se pueden emplear estrategias educativas donde los adultos mayores expresen y expliquen sus conocimientos, habilidades y talentos que posean a los demás adultos en forma de obtener conocimiento mutuo y que sean empleados como forma de ser activo en la sociedad.

Por tanto, el realizar actividades psicoeducativas, reflexivas, recreativas y de ocio en los adultos mayores, se fomenta la confianza en las propias habilidades, aceptación y comprensión de cambios en el ciclo de la vejez y proyecciones positivas hacia la vida y lo que involucra estar institucionalizado.

Por otro lado, el fomentar espacios de interacción y diálogo entre familiares, seres queridos o personas cercanas de los adultos mayores fortalecen su sentido de utilidad, así como de la creencia en el papel importante que juegan dentro de la sociedad. En caso de que los adultos mayores refieran no tener familiares cerca, no tener diálogo con ellos o que hayan fallecido, esta área se puede incorporar y manejar desde el ente institucional con los demás adultos mayores, cuidadores, enfermeros, practicantes y, en este caso, incluyendo las religiosas ya que ellas representan la parte legar y directiva de la institución, por lo que representa una parte esencial en la vida social y personal de cada adulto mayor.

De hecho, el implementar planes de intervención individual y grupal, así como de la asignación de tareas, deberes o actividades a realizar a diario tan pronto como el adulto mayor ingresa a instituciones como es el Hogar San Antonio, permiten que se pueda preveer el desarrollo

de deterioro cognitivo o disminuir la afectación de la sintomatología en cada de que ya lo presente, de igual forma, generara una vida social activa, fortalecimiento en su autoeficacia y sentimiento de utilidad y compromiso al llevar dichas tareas a cabo.

Igualmente, recibir atención psicológica al ingresar con el objetivo de tener un concepto psicológico de cómo llega la persona a la institución y sesiones periódicamente para identificar ya analizar la evolución o cambios que haya tenido en los ámbitos humanísticos del ser humano, social, personal, familiar, ambiental, económico e institucional. Lo cual permitiría, en primer lugar, que los adultos mayores perciban y conlleven la vejez como un cambio positivo y fructífero, por lo que, en segundo lugar, permitiría que el entorno institucional conlleve un ambiente agradable y estable para la salud mental y física de los que allí residen.

Para finalizar, se recomienda continuar con la investigación y aplicación del plan psico gerontológico en la institución donde este proyecto investigativo se ha llevado a cabo, así como en otros escenarios de adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, con la finalidad de abordar aspectos cable del deterioro cognitivo, su afectación en la sociedad y preveer distintas estrategias que prevengan su desarrollo y disminución en la sintomatología, así como de proyectar el rol del adulto mayor como un ser activo en la sociedad.

Por tanto, a continuación, se presenta el plan de intervención psico gerontológico realizado para este proyecto investigativo:

## Encuentro N° 1

### Área Visuoespacial / Ejecutiva

#### Objetivo

Fortalecer las habilidades visuoespaciales en el adulto mayor institucionalizado por medio de actividades de manejo motriz y capacidad imaginativa, mejorando el bienestar psicosocial.

#### Referente conceptual

Las habilidades visuo espaciales representan la capacidad de la persona para analizar, manipular y representar objetos mentalmente, es decir, que se maneja la visualización y relación de objetos o escritos que la persona pueda definir con una forma o definición (Neuronup, 2018).

De hecho, por medio de esta habilidad se determina la distancia entre dos objetos, el imaginar un sitio o dirección cuando se habla, así como de acomodar un objeto antes de colocarlo en algún lugar.

Sin embargo, Noreña (2016), describe que por un daño cerebral lo visoespacial y viso perceptivo se ve afectado, ya sea por condiciones neurológicas que afecten la visión, dar significado a lo que se ve y la percepción del entorno, o por un desgaste en los hemisferios cerebrales, donde se ve afectado el análisis categorial y semántico de los objetos percibidos, por lo que la persona no puede percibir detalles novedosos.

#### Metodología

- ❖ *Población:* Adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*

- *Materiales:* figuras geométricas en 3D hechas con cartón paja, pegante y vinilos. Tangram original con copias realizadas con cartón paja y marcadores.
- *Humanos:* Psicóloga en formación, 4 auxiliares de enfermería que están realizando sus prácticas y Religiosas de la institución.

## **Procedimiento**

### **Encuadre o Presentación**

Inicialmente se realiza una oración para comenzar el encuentro, dando lugar a la bienvenida del programa explicando en que consiste y porque es benéfico para los participantes.

### **Construcción Inicial**

Seguidamente se procede a incluir a la población en la fonomímica de la canción “Jesús está pasando por aquí”, con la finalidad de que, a medida que se va cantando, los participantes realizan las acciones que se van mencionando en la letra de la misma (Apéndice A).

### **Escenario**

Para dar la explicación del tema sobre las habilidades visuoespaciales, se implementarán figuras geométricas, con las que, se forman distintas imágenes para que la persona identifique e imagine que forma podrían tener si se mueven algunos de los cubos a otra posición (Apéndice A1).

Posteriormente se da explicación sobre la importancia de ejercitar estas habilidades diariamente, considerando que, al deteriorarse las habilidades visuoespaciales se dificulta realizar actividades del diario, coordinar la información y el análisis visual.

Por consiguiente, se implementará un Tangram para complementar el cuadrado con las figuras geométricas que allí se presentan al dividir la población por grupos de a cuatro personas para que todos participen, de igual manera, se pedirá realizar tres figuras distintas con las mismas figuras geométricas (Apéndice A2).

### **Cierre**

Al realizar el ejercicio de “Veo con mi pequeño ojo” se busca que las personas puedan encontrar, desde donde están, ciertos objetos que se encuentran a su alrededor tras decirles ciertas características de los mismos (forma, color, tamaño), en que caso de que el sujeto participante demore más de un minuto para identificar el objeto se le dirán otros objetos con los que se pueden identificar la figura u objeto principal.

Dando finalidad al encuentro se realizará la dinámica “había un sapo” donde se realizará la fonomímica de la canción para, consecutivamente, dar refrigerio a los participantes (Apéndice A3).

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice A4).

## **Encuentro N° 2**

### **Conciencia y Fortalecimiento Emocional**

#### **Objetivo**

Disminuir manifestaciones de impulsividad, miedo y evasión en el adulto mayor por medio de herramientas cognitivas, fortaleciendo la conciencia emocional.

#### **Referente conceptual**

Las emociones son consideradas como la respuesta que da el cuerpo humano ante estímulos externos como el huir de algo o de una situación, sentir placer o calmarse. Sin embargo, varios artículos resaltan la importancia y efecto de seis emociones principales que se perciben en las personas, las cuales son, felicidad, miedo, tristeza, sorpresa, disgusto y enfado; por lo que, a medida que se conoce de la composición química del cerebro, más consciente es el sujeto de los efectos que traen dichas respuestas en el cuerpo (Prieto, 2021).

Por el contrario, en una investigación realizada en la Universidad de California, Estados Unidos, se describe que realmente, el ser humano llega a sentir hasta 27 emociones las cuales se direccionan en aburrimiento, admiración, alegría, angustia, ansiedad, apreciación estética, asombro, calma, confusión, disgusto, diversión, deseo carnal, dolor empático, enfado, envidia, horror, éxtasis, interés, miedo, nostalgia, satisfacción, empatía, tristeza, triunfo y vergüenza (Prieto, 2021)

Sin embargo, generan cierto efecto físico en el cuerpo humano cuando no son manejadas correctamente o se presentan con frecuencia; entre algunas de las consecuencias son, dolor de cabeza, espalda, hombros, pánico, estrés emocional e impulsos de ira (Yesica, 2021).

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 18 Adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* Dado de las emociones, diseñado con cartón paja, pegante y marcadores. Hojas blancas de blog y crayolas.
  - *Humamos:* Psicóloga en formación, 4 practicantes de “Auxiliar de Enfermería” y Religiosas de la institución.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Para dar inicio al encuentro, se da la bienvenida a la población participante y se realiza la oración. Seguidamente se comenta la temática a tratar (conciencia y fortalecimiento emocional), preguntando sobre ¿Qué creen que son las emociones? ¿Por qué creen que se generan esas sensaciones? ¿Cómo serán las personas sin emociones?, con la finalidad de generar exploración

en los pensamientos de los sujetos al indagar en lo que se siente a diario y que, en mayor medida, son ignorados.

### **Construcción Inicial**

En segundo lugar, se procede a realizar la fonomímica de la canción “Súbete al tren de la alegría” donde se exploran las emociones básicas, con lo que, posteriormente se explica la importancia de expresarlas (Apéndice B).

### **Escenario**

Seguidamente, se organiza a la población en estilo de una ronda, se implementará el “dado de las emociones” para que cada participante arroje el dado al centro del círculo y comente en qué momento de la vida cree haber experimentado la emoción que allí se menciona (Apéndice B1).

Por consiguiente, se le dará a cada persona una hoja blanca de blog y un color o crayolas para que, en uno de los lados se dibuje a sí mismo y en el otro, dibuje a una persona con la que allá tenida discusión o mal atendido en el ansianatos, en caso contrario de expresar no haber tenido ninguno, se dirá que recuerde alguna discusión con un familiar o amigo cercano durante su vida.

A continuación, se le pide a la población arrugar la hoja tanto como puedan sin romperla para después, intentar dejarla como estaba inicialmente, con la finalidad de analizar e indagar el efecto de las palabras y acciones tanto en los demás como en uno mismo.

### **Cierre**

Finalizando se explicarán y practicarán técnicas de fortalecimiento emocional, que han sido descritas por Gallardo (2019):

- ❖ Respiración profunda
- ❖ Detención de pensamiento

- ❖ Relajación muscular
- ❖ Distracción
- ❖ Meditación

Cerrando el encuentro se dará entrega del refrigerio.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice B2).

### **Encuentro N° 3 Identificación y Nominación**

#### **Objetivo:**

Fortalecer la capacidad de denominación en el adulto mayor, aumentando la capacidad de relación espacial y léxico por medio de estimulación cognitiva.

#### **Referente conceptual**

El área de identificación o denominación es una de las fases que se evalúan en el Test de MoCA, la cual es considerada como la capacidad de referir un objeto, persona, lugar, concepto o entidad por su nombre, implicando utilizar el nivel léxico que tiene almacenado el cerebro de la persona, con el objetivo de identificar la palabra concreta que se busca (Cognifit, 2020).

De hecho, esto se lleva a cabo en tres fases que dependen de tres sistemas distintos (Abascal, 2018):

- Fase 1, sistema semántico: Se recupera la información conocida de aquello que se quiere nombrar. Por ejemplo, recordar situación, forma, color, del momento donde se escuchó o vio el objeto.
- Fase 2, sistema léxico fonológico: Al tener en cuenta la palabra que mejor expresa el significado, se da el proceso clave de la Denominación.

- Fase 3, almacén de fonemas: recordar cada uno de los fonemas que componen la palabra elegida. Por ejemplo: “/c/, /a/, /m/, /e/, /l/, /l/, /o/”.

Sin embargo, al tener una capacidad de denominación deficiente, se generan consecuencias en la voluntad, juicio, planificación de hechos y pensamientos de la persona ya que, al ser parte de las habilidades cognitivas, juegan un papel complejo en el comportamiento humano, donde al tener habilidades deficientes, se pierde la autonomía, capacidad funcional, hasta la capacidad de dar un consentimiento informado, por lo que se recomienda, al detectar deterioro cognitivo, implementar pruebas neuropsicológicas sobre esta área (RevistaCúpula, 2017).

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 15 Adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* cartulina blanca y marcadores. Cuadrados de cartón paja con imágenes de objetivos y acciones, palabras escritas sobre cartón paja.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación, 4 practicantes de “Auxiliar de Enfermería” y Religiosas de la institución.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Iniciando el encuentro se da la bienvenida a la población, pidiendo un voluntario para realizar la oración y así dar continuidad a las actividades.

#### **Construcción Inicial**

Para comenzar, se efectúa la fonomímica de la canción “Soy una taza” con el objetivo de incentivar la participación y actividad física en la población (Apéndice C).

## **Escenario**

En tercer lugar, se le pide a la población recordar el momento en que la Psicóloga en formación estaba realizando la aplicación de los test, para ubicar los recuerdos en la parte donde se pide identificar los animales que aparecen en la hoja (Apéndice C1).

Posteriormente, en un pliego de cartulina se encontrarán las mismas imágenes que en el test para ir agregando características (visuales y auditivas) que la población resalte en ellos (ambiente, forma, sonido, alimentación) a medida que las van diciendo, serán dibujadas alrededor del mismo con el fin de dar explicación sobre la importancia de relacionar los objetos que se necesitan identificar, con otras cosas o características parecidas que se hallan visto u escuchado en el pasado.

Para dar continuidad a la explicación, se realizará la dinámica “encuentra las parejas”, con la que se busca estimular la cognición por medio del razonamiento, trabajo con el vocabulario, memoria semántica y creatividad (Apéndice C2).

Los materiales para el ejercicio serán separados en dos grupos, al lado derecho se organizarán las tarjetas que tienen imágenes y a la izquierda, los nombres que las definen. Estos estarán volteados y en distinto orden que los nombres, ya que los participantes deben ir escogiendo y girando el material para encontrar las parejas. Por ende, la población será dividida en cuatro grupos para asegurar la participación de todos, así mismo, cada uno tendrá tres intentos para concernir la imagen con la palabra y proceder a explicarle al grupo porqué cree que se relacionan.

## **Cierre**

Finalizando el encuentro, se plantea la dinámica de “Había un sapo” (Apéndice A3), junto a la entrega de refrigerio.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice C3).

#### **Encuentro N° 4**

#### **Memoria y Atención**

#### **Objetivo:**

Fortalecer los procesos de memoria y atención en el adulto mayor, implementando un entrenamiento cognitivo, relacionado con la memoria espacial, primaria y procedimental.

#### **Referente conceptual**

El termino memoria es empleado para diferir la capacidad del cerebro para retener información y el poder recuperarla voluntariamente, es decir, que es el proceso que permite recordar hechos, ideas, sensaciones, relaciones entre conceptos y todo tipo de estímulos que ocurrieron en el pasado de la persona (Fernandez, 2020).

De hecho, esta capacidad es una de las funciones cognitivas más afectadas con la edad, por lo que puede ser entrenada mediante estimulación cognitiva y diversos tipos de juegos mentales para disminuir su deterioro con el paso del tiempo.

De igual forma, al relacionarse con la capacidad de atención, se fomenta el seleccionar y concentrar los estímulos relevantes del entorno y de cada situación para responder en consecuencia, se implementa un entrenamiento cognitivo junto a la memoria con la finalidad de generar un bienestar psicosocial propicio en el adulto mayor, ya que se considera que este tipo de población tiende a presentar decrementos significativos en la memoria de recuerdo, tanto cuando se mide con tareas de recuerdo libre como de recuerdo con claves, lo que pone de manifiesto una cierta incapacidad de los adultos mayores para reconstruir el contexto original en el que se produjo el evento que se quiere recordar (Cognifit, 2020).

Así mismo, los déficits son bien visibles en las tareas de memoria prospectiva (por ejemplo: recordar realizar una acción en un futuro cercano) y, sobre todo, en tareas de memoria operativa (como mantener a corto plazo información en la mente mientras se opera con ella o se llevan a cabo operaciones cognitivas). Por el contrario, la memoria de reconocimiento y memoria primaria reflejan las destrezas motrices y cognitivas (memoria procedimental), así como del conocimiento semántico, procesamiento emocional de los eventos y la memoria autobiográfica (especialmente, la remota) se mantienen relativamente estables (Ruiz-Vargas, 2018).

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 17 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* peluche de oso, cartulina, marcadores.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación, 2 practicantes de “Auxiliar de Enfermería”.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Para dar inicio al encuentro, se organiza la población en mesa redonda para realizar la oración de bienvenida y agradecimiento por el encuentro.

#### **Construcción Inicial**

Seguidamente se procede a realizar la dinámica de “tingo - tango” con la canción de “familia del tiburón” donde se van mencionando distintos miembros del núcleo familiar (Apéndice D). Al cantar la primera parte de la canción los participantes estarán aplaudiendo y cantando, sin embargo, cuando se comience la segunda parte, se rotará un peluche entre las personas en sentido de las manecillas del reloj con lo que analiza y fomenta la capacidad de atención ante situaciones inesperadas y al haber recibido indicaciones.

Ya que la canción es dividida, al comenzar la tercera parte, que es donde se dice “a comer”, el peluche debe parar en el participante que lo iba pasando. Esta dinámica se repite varias veces para que la mayor cantidad de personas participen y cada vez que se detenga la ronda se harán una serie de preguntas relacionadas con asuntos del pasado y presente como son:

- Que canción escuchaba más en su adolescencia
- Que evento importante recuerda de su niñez
- Relato una historia o rima
- Que juego le gustaba en su niñez
- Que suceso importante recuerda de su adolescencia

Posteriormente se realiza la dinámica de “Soy una taza” implementada en el encuentro numero 3 (Apéndice C), con el objetivo de indagar en la memoria operativa junto al sentido de orientación y atención en los procesos de corto plazo.

### **Escenario**

Para el tercer ejercicio se implementa la actividad planteada en la fase cinco del Test de MoCA llamada “atención”, enfatizando en la parte tres del mismo donde la persona debe aplaudir al escuchar la letra A considerando que las letras se le dicen en desorden para medir su capacidad de atención (Apéndice D1).

Por consiguiente, se le pide a cada auxiliar de enfermería el ubicarse en una mesa para ayudar y motivar a los adultos mayores a realizar el ejercicio sin necesidad de sentir confusión o desanimo por no comprender y realizar correctamente le mismo.

### **Cierre**

Finalizando el encuentro se da una retroalimentación de los objetivos de cada actividad realizada en el encuentro, con el fin de que las temáticas sean puestas en práctica diaria por cada persona y así mejorar su bienestar psicosocial.

### **Evidencia Fotográfica (Apéndice D2).**

## Encuentro N° 5 Bienestar Comunitario

### Objetivo:

Generar un bienestar optimo en la población adulta mayor de la institución por medio de técnicas direccionadas al manejo emocional y resolución de conflictos.

### Referente conceptual

El termino bienestar comunitario hace referencia a las acciones de una comunidad por mejorar su calidad de vida, que van más allá de las corresponsabilidades y compromisos, por ende, se incentiva con el objeto lograr una mejor y mayor participación de la población en asuntos institucionales pero que no solo sean de ámbito organización o local, si no que involucren la empatía entre todos los miembros así como de la resolución y prevención de conflictos a nivel social (Basurto, 2016).

Por consiguiente, en primera instancia se busca un cambio en actitud para fomentar esfuerzos comunitarios ya sea en las relaciones interpersonales y el bienestar de cada partcipe de la institución, de hecho, las actividades que se realizan son en pro de satisfacer las necesidades fundamentales comunitarias relacionados a la experiencia y desarrollo de la misma, tales como el aprecio, compañerismo, aceptación y pertenencia ya que, por ejemplo, el recibir afecto, amistad y tener una participación valorada dentro de un grupo social fortalecen la autoestima de la persona, así como la motivación en realizar actividades de ocio y participación que le permitan tener un mejor bienestar psicosocial (Donostia, 2018).

### Metodología

- ❖ *Población:* 43 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* Mesa, vaso plástico, agua, papel higiénico, hojas blancas, crayolas.

- *Humanos:* Psicóloga en formación y practicante de auxiliar de enfermería

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

El presente encuentro se realiza en dos momentos debido a que por el clima no es posible trasladar la población al lugar de los encuentros por lo que, en primer lugar, se trabaja en el patio de los hombres y posteriormente la Psicóloga en formación se traslada a la zona de las mujeres para realizar la actividad con ellas y así todos queden con la información dada en el encuentro.

Al iniciar cada encuentro se realiza la oración de bienvenida y agradecimiento por el encuentro.

#### **Construcción Inicial**

En segunda instancia se realiza un dialogo cooperativo y participativo con la población donde se comentan las problemáticas de convivencia que tienen entre sí, la razón por la que hay discusiones y por qué algunos de los adultos son agresivos y presentan mal vocabulario hacia los demás.

Al identificar las problemáticas la Psicóloga en formación procede a explicar las técnicas de resolución de conflictos relacionados con:

- Cambio de pensamiento
- Dirigirse a un lugar distinto a donde sucedió el problema para tranquilizarse
- Dialogo
- Escucha activa
- Dialogar con otros compañeros sobre la problemática para buscar solución

Y técnicas de manejo emocional como:

- Relajación muscular
- Escribir o dibujar las emociones negativas

- Ejercicio de respiración

Con el objetivo de disminuir situaciones problema y de agresión entre los adultos mayores de la institución, así como el incentivar el dialogo y compañerismo entre los mismos.

### **Escenario**

Para explicar la temática de bienestar comunitario de manera práctica, se expone la actividad “No derramar las acciones”, la cual consiste en que, sobre la mesa, estará un rollo de papel higiénico estirado de externo a extremo de la mima, donde un vaso plástico lleno de agua, se encuentra al otro extremo de donde está el cono del papel (Apéndice E).

Antes de comenzar la actividad se divide la población en dos files para denominarlos grupo uno y grupo 2 para dar la explicación de las reglas y significado del ejercicio:

- El papel representa el camino de la vida donde involucra las decisiones que se han tomado y las metas que se han cumplido hasta donde cada uno está actualmente
- El vaso con agua refleja el tipo de relación que se ha tenido con las personas que se han conocido en el transcurso de la vida.
- El objetivo es enrollar nuevamente el papel higiénico trayendo el vaso de agua que esta sobre el papel hasta el otro externo sin dejar que se riegue el agua ya que, al mojarse el papel, este se rompe.
- Cuando se realice nuevamente el ejercicio con los segundos participantes, se llenará el vaso de agua totalmente, para dar a entender que en ese momento el agua representa el tipo de convivencia que se ha tenido en la institución, el dialogo y apoyo entre los mismos adultos mayores.

Durante el ejercicio cada participante va reflexionando a cerca del significado d ellos objetos que están sobre la mesa ya que, al considerar que varias veces se rompe el papel, la rasgadura representa el daño emocional que se la causado a otras personas ya sea por malas palabras, malos tratos o el alejarlos por su discapacidad física o cognitiva.

Lo que se ha mencionado anteriormente es explicado por la Psicóloga en formación durante la actividad, donde se enfoca que, en algunos momentos, el pedir perdón o disculpas no es suficiente para el efecto que pueden tener las acciones sobre la otra persona si no hay cambio sobre la conducta y la manera de relacionarse.

### **Cierre**

Para cerrar el encuentro se ubican los participantes alrededor de las mesas para que, en las hojas blancas se dibujen a ellos mismos como una forma de compromiso para mejorar el bienestar de todas con lo explicado en el encuentro y, posteriormente, dar entrega del refrigerio.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice E1).

## **Encuentro N° 6 Lenguaje y Orientación**

### **Objetivo:**

Inferir técnicas de orientación espacial relacionadas con festividades y expresiones orales, por medio de actividades recreativas que se implementen a diario con la finalidad de mejorar la calidad de vida y sentido de ubicación en el adulto mayor.

### **Referente conceptual**

En la vejez son más frecuentes las patologías que afectan de forma específica al lenguaje, como son las afasias y las demencias, de hecho, se produce un deterioro causado no solo por deterioros perceptivo-motrices que incluyen la pérdida de audición, sino por alteraciones que tienen efectos sobre los procesos propiamente lingüísticos, que tiene lugar en diferentes culturas y lenguas (Rabadán, 2020).

Sin embargo, se suele hablar de la arquitectura funcional del lenguaje para hacer referencia, al conjunto de niveles que se encargan del procesamiento como son, el ortográfico, fonológico, de comprensión, léxico, procesamiento sintáctico, semántico de las oraciones y a nivel del discurso, ya que son distintas y numéricas las operaciones atinentes para cada función particular.

Por consiguiente, varias investigaciones estipulan que, en el envejecimiento, la memoria operativa, que es entendida como un sistema que almacena recursos limitados que influyen en la capacidad para almacenar y manipular información, llega a experimentar una disminución en el proceso de trabajo, lo que conlleva a que se impongan limitaciones en la habilidad que tienen las personas mayores para comprender o producir oraciones semánticas o sintácticamente complejas.

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 30 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* Hojas blancas con los días de la semana y plastilina.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

El presente encuentro se realiza en dos momentos debido a que por el clima no es posible trasladar la población al lugar de los encuentros por lo que, en primer lugar, se trabaja en el patio de los hombres y posteriormente la Psicóloga en formación se traslada a la zona de las mujeres para realizar la actividad con ellas y así todos queden con la información dada en el encuentro.

Iniciando el encuentro, se da la bienvenida a la población y se procede a realizar la oración.

### **Construcción Inicial**

En primer lugar, se hacen preguntas estipuladas en el Test de PFEIFFER y en la fase 8 del Test de MoCA denominada “orientación” como son:

- ¿Qué día es hoy?
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Dónde estamos ahora?
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Considerando el análisis de los resultados obtenidos en la fase uno del plan del trabajo con la aplicación de los instrumentos se demostró que un porcentaje considerable de la población presentada deterioro cognitivo moderado, se procede a preguntar a la población sobre festividades importantes que se realizan en cada mes del año como, por ejemplo:

- Diciembre – navidad
- Enero – fiestas y carnavales
- Mayo – mes de la virgen y de la madre
- Abril – celebración del día del hombre
- Octubre – mes de disfraces, entre otros.

Con lo que se incentiva a la población a recordar momentos gratos que hayan tenido en cada celebración, así como su sentido de memoria y orientación de los mismos.

### **Escenario**

Posteriormente se realiza la misma dinámica mencionada anteriormente, con la diferencia se relacionar los días de la semana con actividades o acontecimientos diferentes.

Con lo que se puede intuir que se realizan las mismas actividades a diario como en los deberes de la cocina, con la ropa, animales o solos en los patios conllevando a que se vuelva monótono el horario diario.

Por ende, se hace entrega a cada persona de un rollo de plastilina con lo fin de que formen figuras respecto a actividades que les gustaría hacer en el día y después de terminar sus deberes (Apéndice F).

Después de que cada participante exprese lo que significa su diseño, se procede a entregar una hoja blanca donde están escritos los días de la semana para que, cada participante diseñe la imagen de una actividad distinta que realice cada día, con el objetivo de implementar esta actividad como estrategia de sentido de orientación en cada adulto mayor ya que, al relacionar la actividad con el día se fomenta el sentido de ubicación respecto al mes y día en que se está (Apéndice F1).

### **Cierre**

Finalizando los diseños, se piden voluntarios para expresar lo que plasmaron para la semana para posteriormente dar entrega de los refrigerios.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice F2).

## **Encuentro N° 7** **Desarrollo Personal**

### **Objetivo:**

Incentivar el desarrollo personal basado en la autoconfianza y autoeficacia, por medio de actividades recreativas que le permitan a los adultos mayores tener una exploración emocional y resolución de conflictos.

### **Referente conceptual**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

El desarrollo personal se entiende por un crecimiento cognitivo personal y en cuanto a destrezas, que es observado a través de los comportamientos, donde se implica la forma de hablar, la forma de manejarse en las reuniones, la forma de encarar una problemática, entre otros.

De hecho, entre las áreas de vida relacionadas con el desarrollo personal se encuentra la administración del tiempo, autoconocimiento, comunicación interpersonal, liderazgo, motivaciones, productividad y calidad de vida, las cuales se implementan, proyectan y demuestran de acuerdo a como este la salud mental de cada persona.

Sin embargo, a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas, además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo, afectando a su vez su desarrollo y bienestar personal si no percibe un apoyo social que lo motive a seguir, así como de quien le brinde cuidado y protección cuando lo necesite.

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 40 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* Hojas blancas con los días de la semana y plastilina.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Al iniciar el encuentro se da la bienvenida a la población por medio de una oración en agradecimiento por la vida, las capacidades y el realizar el encuentro en este día.

Seguidamente se procede a realizar la dinámica de la canción “Jesús está pasando por aquí” donde se incentiva a realizar la fonomímica que va mencionando la letra.

### **Construcción Inicial**

Seguidamente, para comenzar con la temática de desarrollo personal, se comienza una ronda de preguntas basada en la técnica “mi historia de vida” con la que los participantes deben responder respecto a recuerdos, vivencias, gustos y emociones identificadas en el momento, lo que, a su vez, permitirá que los adultos mayores comprendan y enfatizan en la importancia de cerrar ciclos durante la vida tanto con sucesos como con personas con las que se han relacionado. En distintas etapas de la vida (Apéndice H).

### **Escenario**

En tercer lugar, se explican y practican ejercicios de estiramiento y una rumba terapia con las canciones y fonomímicas que se han realizado en los encuentros anteriores.

Posteriormente, se reparten hojas de colores y vinilos para que los participantes expresen, por medio de un dibujo, las situaciones, acciones o momentos en los que se sintieran orgullosos de sí mismos para seguidamente, expresar ante todos porque expreso esa emoción en ese momento.

Tras terminar de explicar lo que representa en dibujo de cada uno, se procede a entregar hojas blancas recortadas en forma de rombo, donde, en cada una de las esquenas, los adultos mayores deben expresar ya sea con un dibujo o palabras:

- Que lo hace sentirse bien consigo mismo.
- Que actividades le gusta hacer y si las siguen practicando.
- Que habilidades cree tener
- Porque ha dejado de practicar lo que le gusta hacer

Con la finalidad de que cada participante identifique las causas por las que ha dejado de confiar en sus habilidades o, por el contrario, porque no ha recordado el practicarlas.

### **Cierre**

Finalizando el encuentro se le pide a cada participante que, por el respaldo de la hoja, comiencen a hacer trazos mientras piensan en esos momentos que les ha causado desilusión, enojo, tristeza, frustración consigo mismos, como un medio de exploración emocional, donde los participantes comiencen a sanar heridas emocionales que tengan por el pasado, de hecho, antes de terminar con el ejercicio, se enfatiza en la importancia de realizar actividades recreativas que sean del agrado de los presentes así como del confían en si mismos y expresar lo que sienten sin necesidad de sentirse juzgados por otros.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice H1).

## **Encuentro N° 8**

### **Abstracción**

**Objetivo:**

Fomentar la capacidad de crear ideas y definiciones en el adulto mayor, por medio del dialogo, narración de historia y análisis observacional.

**Referente conceptual**

La abstracción consiste en una operación mental para aislar conceptualmente una propiedad o función concreta de un objeto, y pensar qué es, ignorando otras propiedades del objeto en cuestión, es otras palabras, es la capacidad de crear ideas a partir de otras, imaginar sucesos, narrar historias, modelar procesos, leer e interpretar problemas, planificar soluciones, proyectarse al futuro y soñar.

Lo cual la convierte en una operación básica del pensamiento humano, indispensable para el desarrollo de altos niveles intelectuales y científicos ya que, posibilita la realización de resúmenes, comparaciones, clasificar objetos, procesos y generar nuevas ideas para resolver problemas.

De hecho, esta área se puede fomentar y practicar al sumergirse en el recuerdo, en una especie de viaje mental en el tiempo para recordar acontecimientos pasados, provechosos o no, para imaginar el futuro, así como para tener concentración y representar en la mente los textos, dibujos, tablas y fórmulas tras leer un libro.

**Metodología**

❖ *Población: 40 adultos mayores*

- ❖ *Tiempo*: 24 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales*: objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
  - *Humanos*: Psicóloga en formación.

## **Procedimiento**

### **Encuadre o Presentación**

Iniciando el encuentro se da la bienvenida a los participantes para pedir un voluntario en realizar la oración del encuentro.

### **Construcción Inicial**

Dando continuidad a la temática, se emplea la dinámica “Me voy de viaje”, el cual consiste en ir narrando una historia donde todos los adultos mayores son parte. Inicialmente se les comenta que se van de viaje a una isla y en la maleta deben empacar solo tres cosas, después de cada uno comente que es lo que llevaría, se prosigue con el relato donde se explica que el barco donde presenta algunos daños y deben saltar para sobre vivir, después de nadar cada uno llega a una isla distinta donde deben intentar sobrevivir por dos días con lo que tienen en la maleta sin agregar más objetos, y considerando que la isla está totalmente deshabitada y solo hay arena.

Seguidamente cada participante expresa que es lo que haría y como implementaría cada objetivo, de igual forma, que en esos momentos a que personas recordaría o que eventos evocaría de su memoria.

### **Escenario**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

Teniendo en cuenta el ítem del área de abstracción del test de MoCA, se muestra a la población las figuras de los mismos (manzana – naranja, tren – bicicleta, reloj – rueda), con el objetivo de que se describan las funciones, utilidad que les da el ser humano, partes y momentos en los que los adultos mayores los han visto, tocado, comido o montado, para proceder a explicar la importancia del proceso de abstracción y que se ha mencionado en el apartado de referente teórico.

### **Cierre**

Para dar por finalizado el encuentro, se emplea la dinámica “veo veo con mi pequeño ojo” donde los adultos mayores deben encontrar el objeto que se les está describiendo, así como comentar para que sirve y como lo utilizarían.

### **Evidencia Fotográfica (Apéndice I).**

## **Encuentro N° 9 Percepción de las Capacidades**

### **Objetivo**

Incentivar la percepción positiva del proceso del envejecimiento, por medio de actividades lúdicas que fomenten la autoconfianza en las habilidades de los adultos mayores.

### **Referente conceptual**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido adaptado a la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas de salud (Kear, 2000). De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997; citado por Medina C. & Medica U., 2017).

Dentro de las características particulares de las personas adultas mayores y en busca de lograr la meta de éxito y satisfacción personal, se debe considerar una crisis de autonomía cuando a la persona se le limita o coarta la capacidad de disponer libremente de sí mismo y su derecho como individuo para delimitar las reglas a las que se somete. Independientemente de la edad, más aún en la adultez mayor, la persona autónoma es capaz de tomar decisiones y asumir la responsabilidad de las mismas. Si bien es cierto, la pérdida de las capacidades físicas y funcionales llevan a la dependencia y, por ende, a la pérdida de la autonomía; no puede considerarse estrictamente la autonomía en función de las capacidades fisiológicas (Aguilar A. & Vargas M., 2012).

Envejecer en esta sociedad puede significar alcanzar un intercambio de nuevos roles para poder involucrarse activamente por medio del desempeño de estos. La lucha social debe orientarse en el esfuerzo de hacer sentir al adulto mayor que no ha perdido posición social y que puede encontrar nuevos sentidos, retos y experiencias de vida como ser humano que es, motivándolo en la participación y desarrollo de nuevas actividades que contribuyan a su bienestar personal, social y una mejor calidad de vida. Desde una perspectiva teórico-sociológica se puede destacar, de acuerdo con Sánchez (2000), que las interacciones sociales de las personas adultas mayores (familia, ambiente, relaciones interpersonales, entre otros) son el fundamento para poder visualizar a esta población como personas activas y creadoras de su propio proceso de envejecimiento

Considerar el proceso del envejecimiento como un fenómeno social permite describir el rol del adulto mayor en su ambiente de desarrollo, y analizar la capacidad que la persona tenga para enfrentarse y vivir con éxito su vida a nivel social: sus formas, posición, adaptación e interacción.

En el individuo, esta pérdida de funciones sociales puede representar un estado o condición vulnerable, en el que recibe mensajes negativos de su ambiente social, los interioriza y le afectan el autoconcepto. Hidalgo describe que la competencia social se refiere a las aptitudes que un individuo debe tener para poder interactuar satisfactoriamente con su entorno social; la pérdida de esas aptitudes tiene como efecto negativo el resquebrajamiento social. Ante esta situación, también se propone la “reconstrucción social” para romper con el proceso negativo del resquebrajamiento o fracaso social; para ello es fundamental crear servicios sociales orientados a responder a las necesidades de los adultos mayores, dentro de los cuales destacan la autonomía y la participación por medio de una acción social dirigida a cambios en los sistemas generales, mayor oportunidad de actuar dentro del ambiente, aumento de la capacidad adaptativa de la persona mayor y proporción variada en los servicios sociales brindados, entre otros.

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 20 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* Hojas blancas con los días de la semana y plastilina.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

Se da la bienvenida a la población comenzando con la oración por parte de uno de los adultos mayores para proseguir con la dinámica “tengo un dedito saltarín” (Apéndice J).

### **Construcción Inicial**

Para comenzar con la temática, se les explica a los participantes la diferencia entre estigma y prejuicio, con el objetivo de, entre todos los presentes, expresar aquellas frases, comentarios o insinuaciones respecto a la perspectiva que tiene la sociedad frente a los adultos mayores.

Seguidamente, se procede a entregar una hoja y crayola a cada adulto mayor para que cada uno exprese por medio de un dibujo, trazo o palabras los comentarios que hay recibido por parte de personas cercanas, cuidadores y/o familiares que los hayan hecho sentirse mal o desvalorizado a sí mismos.

### **Escenario**

En tercer lugar, se le pide a cada participante expresar como ha afrontado o que ha hecho tras recibir comentarios hirientes o que haya escuchado que le digan a alguien más.

Posteriormente, se les pide cerrar los ojos y reflexionar sobre el mensaje de las siguientes frases:

- “Las personas mayores muchas veces se sienten invisibles para la familia” (Shoshan)
- "Los años arrugan la piel, pero renunciar al entusiasmo arruga el alma” (Albert Selmeitzer)

- “No me importa que la edad tiña mi pelo de blanco y arrugue mi piel, mi espíritu es el que me importa y yo me encargo de mantenerlo joven”
- “La vejez existe cuando se empieza a decir: nunca me he sentido tan joven” (Jules Renard).

Seguidamente, se les pide expresar que es lo que sienten, piensan o creen respecto a al contenido de cada frase.

### **Cierre**

Finalizando el encuentro se le pide a cada participante proyectar en la hoja de papel las emociones negativas que ha sentido al recibir críticas o comentarios al ser adulto mayor, tras dar unos minutos, se les pide romper el papel en la mayor cantidad de parte posibles, para, posteriormente arrojarlos en una bolsa que, al dar la explicación, representa “el lugar del olvido y el comenzar a decir: si confió en mí”.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice J1).

## **Encuentro N° 10**

### **Solución de Problemas**

#### **Objetivo:**

Establecer estrategias en resolución de conflictos que fomenten un bienestar psicosocial estable en la institución, por medio de actividades reflexivas y dinámicas que promuevan la participación activa en los adultos mayores.

#### **Referente conceptual**

La convivencia es el transcurso que tiene la persona al convivir con diferentes personas, ya que por sus diferencias se implica el respeto y la tolerancia por los demás, esto hace que se genere una coexistencia en paz. En este caso es importante que las personas manejen el deseo de compartir y generar un buen ambiente para que la interacción entre ellos no sea negativa pues la mayoría de las veces no es fácil por las grandes diferencias sociales, culturales entre otras.

Por otro lado, es importante que las personas establezcan el sentido de pertenencia del lugar donde están, según Pedroza (2017), define el sentido de pertenencia como sentirse parte de un grupo, una sociedad o de una institución, esto tiene su origen en la familia, ya que es el primer grupo al que se pertenece, al igual que otros autores como (Gonzales O. , 2017), refiere que “la resolución de conflictos es un sentimiento de vinculación o dependencia que percibe un integrante de una sociedad o lugar. Se manifiesta por un interés y una inclinación bilateral entre los individuos que integran una comunidad se da como una necesidad de estar bien con los demás miembros para que no haya problemas en las actividades que se vayan a realizar” según lo anterior se puede decir que ayuda de manera satisfactoria al considerarse integro en un grupo que se encuentre alrededor; influyendo de manera directa en el comportamiento de cada uno, es por ello que tienden a seguir las normas o reglas donde se encuentren ya que esto les permite desarrollar y mejorar su resolución de conflictos.

De hecho, la educación en resolución de conflictos permite enseñar, una variedad de procesos, prácticas y habilidades diseñadas para afrontar los conflictos individuales, interpersonales, e institucionales con la finalidad de crear un entorno receptivo y seguro. Estas habilidades, conceptos y valores ayudan a los individuos a entender la dinámica del conflicto, posibilitando el uso de la comunicación y el pensamiento creativo para construir relaciones saludables y manejar y resolver los conflictos de forma justa y no violenta. De hecho, los educadores en resolución de conflicto fomentan la práctica de forma responsable y civilizada de las interacciones y procesos de resolución de disputas.

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 15 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Al iniciar el encuentro, se realiza la oración y la fonomímica de la canción “En el cielo se oye” para darle la bienvenida a la población participe del encuentro.

#### **Construcción Inicial**

Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

Durante la primera actividad a realizar se expondrá la canción de que resalta una melodía en momentos de reflexión. La dinámica a llevar a cabo se denomina “Telaraña de vida” donde los participantes estarán organizados en un círculo, por lo que se ira pasando un cono de nada en distintas direcciones con el fin, de que en el centro, se forme la imagen de una telaraña, sin embargo, todos los hilos no están unidos, por lo que, a medida que estos van llegando a su fin, se unirá (con un nudo o adhesivo) con otro más largo donde, cada enmendadura reflejara las problemáticas que afectan el entorno social de la institución, como son: discusiones, maltrato físico y verbal, enojo, resentimiento, entre otros, que han sucedido entre los mismos adultos mayores.

Por consiguiente, se procede a la explicación de que, aunque se intente seguir haciendo la telaraña con más hijos, siempre se quedaran viendo los adhesivos o nudos que se hicieron para continuar, lo cual refleja la vida de cada participante, donde, al realizar acciones que llegan a incomodar o sentir mal a otras personas, así se pidan disculpas, las marcas y sentimientos de lo que ha pasado siempre seguirán ahí formando un capítulo de la vida que muchas veces siguen doliendo así se siga viviendo como si nada.

## **Escenario**

Posteriormente, se realiza la dinámica con la canción de “La familia del tiburón”, con la que se emplea un peluche para ir determinando quien va a hablar a medida que va pasando la canción.

El objetivo es que a medida que se van seleccionando los participantes, vayan comentando que les incomoda o molesta de los compañeros que han asistido al encuentro, con lo que se van dando soluciones a situaciones problema dentro del establecimiento.

## **Cierre**

Para el último momento se vuelve a reproducir la melodía colocada al inicio del encuentro para proseguir con la actividad de explicar técnicas de relajación que pueden ser implementadas ante situaciones problema o inesperadas.

- Respiración: tomar aire y mantener por cinco segundos mientras se tienen los ojos cerrados y cuerpo tranquilo y, se exhala lentamente.
- Relajación muscular: en conjunto con la técnica de respiración, al momento de inhalar el aire se mantienen los brazos estirados hacia abajo mientras que, con la mano en forma de puño, se va generando presión mientras se cuenta hasta cinco, para después soltar las manos a exhalar. El mismo ejercicio se practica con las manos y dedos del pie.
- Cambio de Pensamiento: distraer la mente con otras ideas o ver hacia otro lado para no actuar impulsivamente y pensar en distintas formas de soluciones.
- Cambio de ambiente: salir del lugar donde se presenta la situación incómoda o molesta.
- Solución comunitaria: el hablar con otros compañeros para buscar soluciones o recibir consejos positivos.

## **Evidencia Fotográfica (Apéndice K).**

## **Encuentro N° 11**

### **Recuerdo Diferido**

#### **Objetivo:**

Fortalecer la capacidad de generar un recuerdo tras emplear estrategias de causa – acción que emplean la memoria a corto y largo plazo.

#### **Referente conceptual**

El recuerdo diferido hace referencia a la capacidad de fijar los recuerdos y evocarlos tras el plazo de un tiempo, es decir, que se tenga la habilidad de comentar un suceso o vivencia del pasado tras realizar otras acciones que hagan que la mente se distraiga y la persona pueda evocar esos recuerdos sin dificultad o sobresaltar algún detalle, lo cual se evidencia en el tipo de ejercicio realizado en este test.

Sin embargo, hay una falta de fijación de nuevos recuerdos tras un periodo de tiempo (recuerdo diferido), por lo que hay un progresivo deterioro de la memoria semántica (conocimiento general, vocabulario, denominación de dibujos, emparejamiento de palabras con dibujos) y en la memoria retrograda ya que existe un ligero gradiente temporal de conservación, de forma que se conserva mejor los recuerdos de la infancia que los más recientes.

#### **Metodología**

- ❖ *Población:* 40 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.

❖ *Recursos*

- *Materiales:* objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
- *Humanos:* Psicóloga en formación.

## **Procedimiento**

### **Encuadre o Presentación**

Para dar inicio al encuentro, se da la bienvenida a la población para que un participante se encargará de decir la oración.

### **Construcción Inicial**

Teniendo en cuenta el ejercicio planteado en el test de MoCA respecto al área de recuerdo diferido, se emplean las cinco palabras (rostro, seda, clavel, rojo, iglesia) para que los participantes las relacionen con cosas que tengan a su alrededor o momentos en que los hayan visto o utilizado que les facilite el recordarlas más adelante. De igual forma, cada participante comentara con que las ha relacionado y porque cree que les ayudara a recordarla.

### **Escenario**

Posteriormente, se hace entrega de un rollo de plastilina a cada participante, con el objetivo de que plasmen objetos o imágenes de actividades que les gustaría hacer a diario esto con el objetivo de que al recordar el objeto se identifique que día de la semana es, como una forma de orientación espacial, de igual forma, se realiza

La actividad mencionada anteriormente relaciona la orientación con la memoria, ya que, el asociar los días y años con eventos importantes o significantes, fomentan estrategia para que el adulto mayor se mantenga lucido respecto a tiempo y espacio.

### **Cierre**

Finalizando el encuentro, se les pide a las personas recordar y mencionar las palabras dadas al comenzar el encuentro, así como enfatizar en la importancia de recordar las cosas ya se relacionándolo con algo que ven, un recuerdo, una emoción o con anotaciones.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice L).

## **Encuentro N° 12**

### **Bienestar Comunitario**

#### **Objetivo:**

Fortalecer el bienestar comunitario en los adultos mayores al generar sentimiento de logro y satisfacción por medio de actividades recreativas.

#### **Referente conceptual**

El término bienestar comunitario hace referencia a las acciones de una comunidad por mejorar su calidad de vida, que van más allá de las corresponsabilidades y compromisos, por ende, se incentiva con el objeto lograr una mejor y mayor participación de la población en asuntos institucionales pero que no solo sean de ámbito organización o local, si no que involucren la

empatía entre todos los miembros así como de la resolución y prevención de conflictos a nivel social (Basurto, 2016).

Por consiguiente, en primera instancia se busca un cambio en actitud para fomentar esfuerzos comunitarios ya sea en las relaciones interpersonales y el bienestar de cada participante de la institución, de hecho, las actividades que se realizan son en pro de satisfacer las necesidades fundamentales comunitarias relacionados a la experiencia y desarrollo de la misma, tales como el aprecio, compañerismo, aceptación y pertenencia ya que, por ejemplo, el recibir afecto, amistad y tener una participación valorada dentro de un grupo social fortalecen la autoestima de la persona, así como la motivación en realizar actividades de ocio y participación que le permitan tener un mejor bienestar psicosocial (Donostia, 2018).

### **Metodología**

- ❖ *Población:* 40 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

### **Procedimiento**

#### **Encuadre o Presentación**

Al dar inicio al encuentro se menciona la oración de bienvenida y agradecimiento. Seguidamente, se procede a realizar la dinámica de “Había un sapo” para realizar la fonomímica de la misma.

### **Construcción Inicial y Escenario**

Durante este encuentro se divide la población por grupos para dar el material a cada participante para diseñar aviones de papel, donde cada grupo a cargo de un auxiliar de enfermería deberá diseñar un logo y nombre que identifique al grupo, con lo que se propicia el trabajo el equipo, liderazgo y comunicación asertiva.

Posteriormente se elegirán representantes de cada grupo para tirar el avión, los aviones que más vuelen serán los ganadores, de igual forma, para ir obteniendo puntos los participantes deben responder preguntas respecto a las temáticas de cada encuentro, contar chistes, poemas, adivinanzas y canciones.

### **Cierre**

Para finalizar, cada participante dibujara o escribirá en el avión, a que se compromete con sus compañeros con el objetivo de identificar estrategias que promuevan un mejor bienestar psicosocial en los participantes.

.

**Evidencia Fotográfica** (Apéndice M).

## **Encuentro N° 13**

### **Habilidades Motrices**

#### **Objetivo**

Ejercitar las habilidades motrices de los adultos mayores por medio de manualidades que incentiven la comunicación asertiva entre los mismos.

#### **Referente conceptual**

Según B. Knapp (1936), una habilidad es “la capacidad, adquirida por el aprendizaje, de producir unos resultados previstos con el máximo acierto y frecuentemente con el mínimo coste en tiempo, energía o ambas cosas”, por otro lado Guthrie (1957), prácticamente coincide con la definición de Knapp concretando que la habilidad motriz es “la capacidad adquirida por aprendizaje para alcanzar resultados fijados previamente con un máximo de éxito y menudo un mínimo de tiempo, de energía o de los dos”.

Por consiguiente, hace referencia a las competencias adquiridas por un sujeto para llevar a cabo acciones que tiene una organización espacio-temporal concreta para conseguir un objetivo, es decir, el sujeto realiza el movimiento automatizado y coordinado (individualizado) que conserva los parámetros fundamentales y elementos genéricos del modelo técnico deportivo, para obtener la capacidad resultante de coordinar y subordinar entre sí, la acción de aspectos cualitativos del movimiento, en busca de una respuesta eficaz a los estímulos del medio

#### **Metodología**

- ❖ *Población:* 18 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

## **Procedimiento**

### **Encuadre o Presentación**

Inicialmente se realiza la dinámica de la canción “Súbete al tren de la alegría” con lo que se da la bienvenida a los participantes del encuentro.

### **Construcción Inicial y Escenario**

Durante este encuentro, se plantea el diseño de una manualidad, flores, realizados con materiales reciclables, con la finalidad de fomentar el diálogo activo entre los adultos mayores, ya que este tiempo de ocio y recreación lo pueden implementar al hablar entre ellos, contar anécdotas y chistes que generen un ambiente agradable entre los mismos.

### **Cierre**

Finalizando el encuentro se realiza la dinámica de “Había un sapo” y “Soy una taza” para el trabajo en equipo, memoria y atención entre los participantes.

### **Evidencia Fotográfica (Apéndice K).**

## **Encuentro N° 14**

### **Cierre del programa**

#### **Objetivo:**

Generar un encuentro reflexivo y evaluativo frente a las temáticas y encuentros realizados en la institución por parte de los adultos mayores, con la finalidad de dar el cierre al programa.

#### **Metodología**

- ❖ *Población:* 40 adultos mayores
- ❖ *Tiempo:* 20 minutos para organizar, 60 minutos para la aplicación de instructivo y 20 minutos para llevar a la población a los comedores.
- ❖ *Recursos*
  - *Materiales:* objetos o juguetes de naranja, manzana, tren, bicicleta, reloj y regla.
  - *Humanos:* Psicóloga en formación.

#### **Procedimiento**

##### **Encuadre o Presentación**

Al comenzar el encuentro se realiza la oración y bienvenida a los participantes, al emplear todas las dinámicas realizadas en los encuentros como forma de recreación deportiva.

##### **Construcción Inicial**

Dando paso a la exploración emocional, se les pide a los participantes evaluar el proceso realizado durante las cinco semanas del programa, así como de críticas constructivas del trabajo realizado.

### **Escenario y Cierre**

Seguidamente, se hace entrega de una hoja blanca y crayolas donde los participantes expresen si se ha obtenido algún cambio en sus perspectivas, manejo emocional, entorno social y a nivel institucional tras la aplicación de lo aprendido en los encuentros en su entorno.

Posteriormente, se dialoga con los participantes respecto a la importancia y efecto que tendrá el seguir aplicando lo aprendido a diario, así como el fomentar su autoconfianza y autoestima sin importante críticas o factores externos que aparezcan.

### **Evidencia Fotográfica (Apéndice K).**

### Referentes Bibliográficos

- Acero, Mendoza & Marroquin. (2016). *Calidad de Vida del Adulto Mayor en las Diferentes Regiones de Colombia bajo las Categorías: Personal, Social y Familiar*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2020, de [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14676/1/2016\\_calidad\\_vida\\_adulto.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14676/1/2016_calidad_vida_adulto.pdf)
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2016). Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. *Gerokoms*, Extraído de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000400003#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20experimentan%20una,im pacta%20en%20todas%20las%20dimensiones.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20experimentan%20una,im pacta%20en%20todas%20las%20dimensiones.)
- AMGG. (2019). La importancia de la autoestima en el Adulto Mayor. *Asociacion Mexicana de Gediatria y Gerontologia*, Extraído de: <https://www.amgg.com.mx/sobre-el-envejecimiento/la-importancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/#:~:text=Para%20algunos%20investigadores%2C%20la%20autoestima,e%20info rmaci%C3%B3n%20y%20cuando%20busca.>
- Apiquian, A. (2015). 5 factores, 6 estrategias para cultivar tu autoeficacia. *AltoNivel*, Reviado en: [https://www.altonivel.com.mx/empresas/43646-estrategias-de-autoeficacia-en-el-trabajo/.](https://www.altonivel.com.mx/empresas/43646-estrategias-de-autoeficacia-en-el-trabajo/)
- Abascal, R. V. (2018). *Disfunción ejecutiva. Síntomas y relevancia de su detección desde Atención Primaria*. Recuperado el 19 de Abril de 2021, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2012000300007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000300007)
- Aguilar A. & Vargas M. (2012). *La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4780996.pdf>

- Asín, A. L. (2017). *Pruebas Abreviadas de Evaluación Neuropsicológica*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <https://www.slideshare.net/abellino98/presentacion-upch>
- Bandura. (1997). *Autoeficacia y conductas de salud*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002)
- Basurto, C. A. (2016). *Características del desarrollo comunitario*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de [https://prezi.com/kgvaquxs\\_gb8/caracteristicas-del-desarrollo-comunitario/](https://prezi.com/kgvaquxs_gb8/caracteristicas-del-desarrollo-comunitario/)
- Camargo, H. (2017). *Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200163&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200163&script=sci_abstract&tlng=es)
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, Revisado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082016000300002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000300002).
- Castro, L., & Galvis, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia . *Revista de salud publica* , Revisado en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/979/1111>.
- Catch. (2016). *Test de MoCA*. Recuperado el 03 de Diciembre de 2020, de <http://catch-on.org/wp-content/uploads/2016/12/MoCA-Test-Spanish.pdf>
- Ceril. (2018). *Procesos cognitivos ¿Qué son? Despeja tus dudas de una vez*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <http://ceril.net/index.php/articulos?id=395#:~:text=Los%20procesos%20cognitivos%20son%20los,cosas%20tan%20cotidianas%20como%20ba%C3%B1arse>.
- CIBER. (2015). *Ficha técnica del instrumento*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=67>
- Cipagauta, D. V. (2019). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2020, de
- Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8451/1/2019\\_factores\\_calidad\\_vida.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8451/1/2019_factores_calidad_vida.pdf)

Cognifit. (2020). *¿Qué es la Atención?* Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/atencion#:~:text=Empezar%20Ahora-,%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20Atenci%C3%B3n%3F,procesarlos%20para%20responder%20en%20consecuencia>.

Cognifit. (2020). *¿Qué es la capacidad de denominación?* Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/denominacion>

Climent, T. (2014). *Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <http://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/5143-deteccion-del-deterioro-cognitivo-desde-la-oficina-de-farmacia#.X8k8RdhKjIU>

CNN. (2019). *Colombia está envejeciendo: ahora hay más ancianos y menos niños menores de 5 años*. Recuperado el 26 de Marzo de 2020, de <https://cnnespanol.cnn.com/2019/07/05/colombia-esta-envejeciendo-ahora-hay-mas-ancianos-y-menos-ninos-menores-de-5-anos/#0>

Cognifit. (2020). *¿Qué es la capacidad de denominación?* Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/denominacion>

Contreras.M,Macías.M,Parra.P. (2018). *Funciones Cognitivas Y Bienestar Psicosocial En Adultos Mayores*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2020, de <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3480/PDF.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Chiriboda F., Terranova B. & Velis L. (2018). *Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario*. Recuperado el 25 de Abril de 2021

Cognifit. (2020). *¿Qué es la capacidad de denominación?* Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/denominacion>

- Contreras A., Macias T., Parra M. (2018). *Funciones Cognitivas Y Bienestar Psicosocial En Adultos Mayores De Cincuenta Años De Cúcuta*. Recuperado el 22 de Abril de 2021, de <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3480/PDF.pdf?s>
- Cracknell, A. (2015). La autoestima en la sociedad. *Mi Autoestima*, Extraído de: <https://www.miautoestima.com/sociedad/#:~:text=La%20forma%20en%20la%20que,ser%20abierta%2C%20confiada%2C%20asertiva%E2%80%A6&text=La%20sociedad%20tambi%C3%A9n%20puede%20influir,dem%C3%A1s%20dan%20a%20nuestras%20acciones.>
- Depablos, A. C. (2019). *Deterioro Cognitivo del adulto Mayor Centro Día Doce de Octubre Los Patios*. Recuperado el 30 de Octubre de 2020, de <file:///C:/Users/PAOLA/AppData/Local/Temp/TESIS%20FINAL%20PDF.pdf>
- Donostia, S. (2018). *Necesidades sociales*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://enciclopediaeconomica.com/necesidades-sociales/>
- Donosco, M. L. (2017). *Bienestar Psicosocial y Calidad de Vida*. Recuperado el 21 de Abril de 2020, de <https://prezi.com/nibktyqdpfug/bienestar-psicosocial/>
- Durán, P. (2019). Funcionamiento del adulto. *Revista Psicologica de Antioquia*, Pg. 325.
- ECD. (2018). La autoestima en la tercera edad. *ECD*, Extraído de: [https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/cuidate/autoestima-tercera-edad-partamentos\\_Vitamagna-El\\_Blog\\_de\\_Uma/20180418154842089166.html](https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/cuidate/autoestima-tercera-edad-partamentos_Vitamagna-El_Blog_de_Uma/20180418154842089166.html).
- Enciclopedia. (2019). Etapas del desarrollo. *Enciclopedia de ejemplos*, Recuperado de: Etapas del desarrollo humano.
- Escudero, M. (2016). *Autoestima*. Recuperado el 21 de Abril de 2020, de <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/que-es-la-autoestima/>
- Escudero, M. (2018). *Autoestima. Centro Manuel Escudero*, <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/que-es-la-autoestima/>.

- Escudero, M. (2018). Autoestima. *Centro Manuel Escudero*, <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/que-es-la-autoestima/>.
- Fernandez, O. (2020). *¿Qué es la Memoria?* Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/memoria>
- Fernández, A. C. (2014). *Investigación, participación e historia de vida. Un mismo camino*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de [https://www.fpce.up.pt/iii/jornadashistoriasvida/pdf/2\\_Investigacion-participacion%20e%20Historias%20de%20vida.pdf](https://www.fpce.up.pt/iii/jornadashistoriasvida/pdf/2_Investigacion-participacion%20e%20Historias%20de%20vida.pdf)
- Fernandez, O. (2020). *¿Qué es la Memoria?* Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://www.cognifit.com/es/memoria>
- FIAPAM. (2016). *Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/>
- Gallardo, C. P. (2019). *12 Técnicas de Control Emocional*. Recuperado el 17 de Abril de 2021, de <https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html>
- Grover, S., Verma, M., Verma, T. & Nehra, R. (2020). *Screening for cognitive impairment among the elderly attending thenoncommunicable diseases clinics in a rural area of Punjab, North India*. Recuperado el 07 de 11 de 2020, de [https://pdf.sciencedirectassets.com/277359/1-s2.0-S1876201820X00037/1-s2.0-S187620182030112X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEPP%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIF%2FIslocE48cGAbe2p4pOirCt%2FoAJyHPnt9CqqplDiNdAiEAvrRZoMGj](https://pdf.sciencedirectassets.com/277359/1-s2.0-S1876201820X00037/1-s2.0-S187620182030112X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEPP%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIF%2FIslocE48cGAbe2p4pOirCt%2FoAJyHPnt9CqqplDiNdAiEAvrRZoMGj)
- Guerrero, N., & Yépez, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y salud*, Extraído de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>.
- Guzmán, S. K. (2017). *Deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2020, de
- Deterioro Cognitivo, Autoestima y Autoeficacia

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/11032/1/2017\\_deterioro\\_cognitivo\\_adultos.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/11032/1/2017_deterioro_cognitivo_adultos.pdf)

Herrerob, R. D. (2015). *Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404>

Isaza, C. A. (2018). *Prevención de Deterioro Cognitivo en adultos Mayores*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2020, de [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14015/1/VanegasCindy\\_2018\\_PreencionDeterioroCognitivo.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14015/1/VanegasCindy_2018_PreencionDeterioroCognitivo.pdf)

Kastenbaum. (1979). *El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el noreste de México*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/598/59825203.pdf>

Kelly, K. (2021). *Procesamiento visoespacial: Lo que necesita saber*. Recuperado el 23 de Abril de 2021, de <https://www.understood.org/es-mx/learning-thinking-differences/child-learning-disabilities/visual-processing-issues/visual-spatial-processing-what-you-need-to-know>

Magaña, O. (2018). *Estrategia formativa de la autoestima positiva en el adulto mayor institucionalizado*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2020, de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/130/178>

MayoClinic. (2020). Deterioro cognitivo leve. *Mayo Clinic*, <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>.

MFMER. (2021). *Trastornos cognitivos*. Recuperado el 23 de Abril de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>

MinSalud. (2015). Políticas colombianas de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. *MinSalud*, Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%A9tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>.

Minsalud. (2017). *Adulter y Envejecimiento*. Recuperado el 21 de Abril de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Minsalud. (2018). *Envejecimiento y Vejez*. Recuperado el 26 de Marzo de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Medina C. & Medica U. (2017). *Autoeficacia y conductas de salud*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002)

Neuronup. (2018). *Habilidades visoespaciales*. Recuperado el 08 de Abril de 2021, de <https://www.neuronup.com/es/areas/functions/visuospatial#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20habilidades%20visoespaciales,mentalmente%20objetos%20en%20dos%20dimensiones.>

NU, & MinSalud. (2020). *Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores*. CEPAL, <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>.

OMS. (2015). Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la salud. *Organizacion Mundial de la Salud*, Extraído de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1).

OMS. (2017). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado el 26 de Marzo de 2020, de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Paredes, A. (2012). *Bienestar Psicológico del Adulto Mayor*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/UPS-QT00269.pdf>

- Pedraza, O. L. (2016). *Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/v41n4a04.pdf>
- Pérez, M., & Fiorin, C. (2018). Envejecimiento activo. *Fomento de la salud en el adulto mayor*, Pg. 198-201.
- rieto, P. B. (2021). *Los 27 tipos de emociones: ¿cuáles son y en qué consisten?* Recuperado el 06 de Abril de 2021, de <https://medicoplus.com/psicologia/tipos-de-emociones>
- Queralt, M. (2016). Deterioro cognitivo, concepto y tipos. *Salud*, <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/#:~:text=concepto%20y%20tipos-,Deterioro%20cognitivo%2C%20concepto%20y%20tipos,o%20debido%20a%20otros%20factores.>
- Queralt, M. (2018). *Introducción a la gerontología*. Recuperado el 20 de Enero de 2021, de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/gerontologia/introduccion-a-la-gerontologia/>
- MFMER. (2021). *Trastornos cognitivos*. Recuperado el 23 de Abril de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>
- Rabadán, O. J. (2020). *Problemas del lenguaje en la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/61900273.pdf>
- Rangel&Ortiz. (2017). *Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor*. Recuperado el 30 de Octubre de 2020, de [https://www.researchgate.net/publication/321447097\\_Autoeficacia\\_Percepcion\\_de\\_salud\\_y\\_soledad\\_sobre\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_Adultos\\_Mayores](https://www.researchgate.net/publication/321447097_Autoeficacia_Percepcion_de_salud_y_soledad_sobre_la_calidad_de_vida_en_Adultos_Mayores)
- RevistaCúpula. (2017). *La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*. Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

- Robles&Garzón. (2017). *Progresión Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Los Centros Gerontológicos De La Ciudad De Cuenca*. Recuperado el 30 de Octubre de 2020, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28236/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N.pdf>
- Rodríguez, E. (2020). ¿Qué es la autoeficacia? *La mente es maravillosa*, Extraído de: <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-la-autoeficacia/>.
- Rabadán, O. J. (2020). *Problemas del lenguaje en la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/61900273.pdf>
- RevistaCúpula. (2017). *La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*. Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
- Rodríguez, L., Saracco, R., Escamilla, R., & Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Revista: Salud mental*, Extraído de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010).
- Rodríguez, L., Saracco, R., Escamilla, R., & Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Revista: Salud mental*, Extraído de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010).
- Rabadán, O. J. (2020). *Problemas del lenguaje en la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/61900273.pdf>
- RevistaCúpula. (2017). *La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*. Recuperado el 19 de Abril de 2021, de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

- Ruiz-Vargas, J. M. (2018). *Envejecimiento y memoria: ¿cómo y por qué se deteriora la memoria con la edad?* Recuperado el 25 de Abril de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-memoria-como-porque-S0211139X08735686>
- Soto, V. H. (2019). *Vejez*. Recuperado el 23 de Enero de 2021, de <https://psicologiyamente.com/tags/vejez>
- Sampieri, H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2020, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Sanitas. (2018). *Atención institucionalizada a las personas mayores*. Recuperado el 26 de Marzo de 2020, de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/atencion-institucionalizada.html>
- Sanitas. (2019). *Cómo potenciar la autoestima en las personas mayores*. *Sanitas*, Revisado de: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/potenciar-autoestima.html#:~:text=Ayudarles%20a%20mantenerse%20activos%3A%20un,soledad%20y%20el%20deterioro%20cognitivo.>
- Sosa, M. J. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez ¿Fenómeno normal?* Recuperado el 21 de Abril de 2020, de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_m.jose\\_sosa.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf)
- Soto, V. H. (2019). *Vejez*. Recuperado el 23 de Enero de 2021, de <https://psicologiyamente.com/tags/vejez>
- Schade N., Ramírez R., Nazar G. & Rehbein L. (2018). *Percepción de autoeficacia y rendimiento en tareas de memoria operativa*. Recuperado el 25 de Abril de 2021, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272018000400241](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000400241)

Yesica. (2021). *Porque es conveniente evitar miedos y emociones fuertes*. Recuperado el 06 de Abril de 2021, de [https://www.fuentesaludable.com/mejores-personas-1/porque-es-conveniente-evitar-miedos-y-emociones-fuertes/#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20emocional%20puede%20causar%20ceguera%](https://www.fuentesaludable.com/mejores-personas-1/porque-es-conveniente-evitar-miedos-y-emociones-fuertes/#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20emocional%20puede%20causar%20ceguera%20)

## Apéndices

### Apéndice A.

#### Letra de la canción “Jesús está pasando por aquí”:

Jesús está pasando por aquí,  
Y cuando el pasa todo se transforma,  
Se va la tristeza llega la alegría,  
Y cuando el pasa todo se transforma,  
Llega la alegría para ti y para mí.

En el libro de la vida del cordero,  
Mi nombre en letras de oro escrito esta,

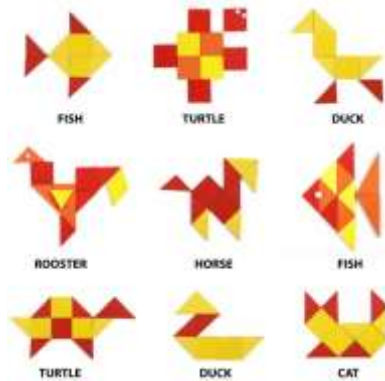
Y viviré con él y reinare con él por toda la  
eternidad,

Y síguele alabando así,  
Con mucha alegría sí.

Así, así, así, así, se alaba a Dios

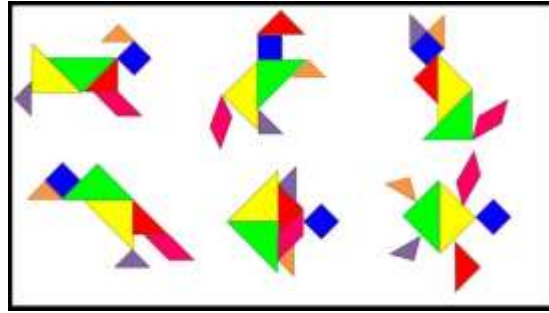
### Apéndice A1.

#### Figuras geométricas:



### Apéndice A2.

#### Tangram:



### **Apéndice A3.**

#### **Letra de la canción “había un sapo”**

Había un sapo, sapo, sapo  
 Que nadaba en el río, río, río  
 Con un traje verde, verde, verde.  
 Tiritaba de frío, frío, frío  
 La señora sapa, sapa, sapa  
 a mí me contó, me contó  
 Que un amigo, mío, mío, mío  
 Era profesor

Había un sapo, sapo, sapo  
 Que nadaba en el río, río, río  
 Con un traje verde, verde, verde.  
 Tiritaba de frío, frío, frío  
 La señora sapa, sapa, sapa  
 a mí me contó, me contó  
 Que un amigo, mío, mío, mío  
 Maneja un avión.

### **Apéndice B.**

#### **Letra de la canción “Súbete al tren de la alegría”**

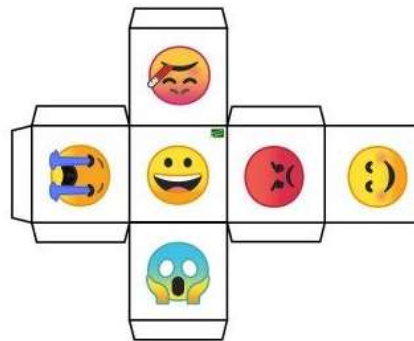
Súbete al caro de la risa  
 Súbete a la moto de la unión  
 Súbete al barco de la fantasía  
 Súbete al tren del amor  
 Con su chiqui, con su chaca

Con su chiqui, chiqui, chiqui chaca  
 Con su chaca  
 Con su chiqui, con su chaca, chaca, chaca,  
 chaca chiqui  
 Súbete al caro de la risa

Súbete a la moto de la unión  
 Súbete al barco de la fantasía  
 Súbete al tren del amor  
 Con su chiqui, con su chaca  
 Con su chiqui, chiqui, chiqui chaca  
 Con su chaca  
 Con su chiqui, con su chaca, chaca, chaca,  
 chaca chiqui  
 Súbete al caro de la risa  
 Súbete a la moto de la unión  
 Súbete al barco de la fantasía  
 Súbete al tren del amor  
 Con su chiqui, con su chaca

Con su chiqui, chiqui, chiqui chaca  
 Con su chaca  
 Con su chiqui, con su chaca, chaca, chaca,  
 chaca chiqui  
 Con su chiqui, con su chaca  
 Con su chiqui, chiqui, chiqui chaca  
 Con su chaca  
 Con su chiqui, con su chaca, chaca, chaca,  
 chaca chiqui  
 Con su chiqui, con su chaca  
 Con su chiqui, chiqui, chiqui chaca  
 Con su chaca

#### **Apéndice B1.** **Dado de las emociones**



#### **Apéndice C.** **Letra de la canción “Soy una taza”**

Taza, tetera, cuchara, cucharón  
plato hondo, plato llano, cuchillito, tenedor  
salero, azucarero, batidora, olla exprés

Soy un salero, azucarero  
la batidora y una olla exprés  
Chu chu

Taza, tetera, cuchara, cucharón  
plato hondo, plato llano, cuchillito, tenedor  
salero, azucarero, batidora, olla exprés

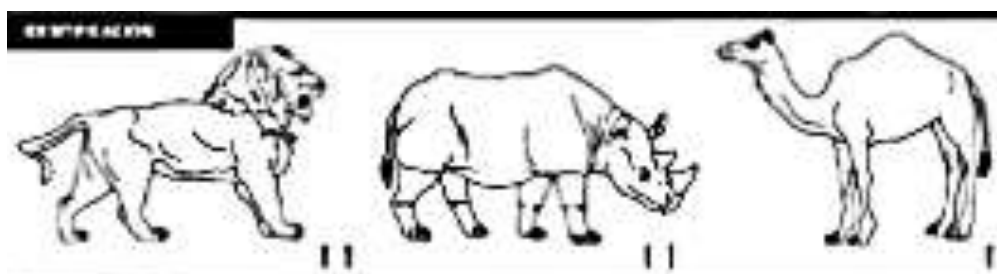
Taza, tetera, cuchara, cucharón  
plato hondo, plato llano, cuchillito, tenedor  
salero, azucarero, batidora, olla exprés

Soy una taza, una tetera  
una cuchara y un cucharón  
un plato hondo, un plato llano  
un cuchillito y un tenedor

Taza, tetera, cuchara, cucharón  
plato hondo, plato llano, cuchillito, tenedor  
salero, azucarero, batidora, olla exprés

### Apéndice C1.

#### Área de identificación del Test de MoCA



### Apéndice C2.

#### Encuentra las parejas



### Apéndice D.

#### Letra de la canción “En el cielo se oye”

En el cielo se oye, en la tierra se canta  
 En el cielo se oye, en la tierra se canta  
 Vamos todos a alabar al Señor  
 Con panderos y guitarras  
 Vamos todos a alabar al Señor  
 Con panderos y guitarras

Cristo me dijo  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Cristo me dijo  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez

Que no me desesperara  
 Sino que tuviera fe

Que no me desesperara  
 Sino que tuviera fe  
 Y yo, y yo  
 Y yo le estoy alabando  
 Y yo, y yo  
 Y yo le estoy alabando

Nosotros no, Señor  
 A ti es quien te toca  
 Nosotros no, Señor  
 A ti es quien te toca

Yo cantaré lo que pongas en mi boca  
 Yo cantaré lo que pongas en mi boca  
 Lo que pongas, lo que pongas  
 Lo que pongas en mi boca

## **Apéndice D1.**

### **Letra de la canción “En el cielo se oye”**

En el cielo se oye, en la tierra se canta  
 En el cielo se oye, en la tierra se canta  
 Vamos todos a alabar al Señor  
 Con panderos y guitarras  
 Vamos todos a alabar al Señor  
 Con panderos y guitarras

Cristo me dijo  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Cristo me dijo  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez  
 Que luchara otra vez

Que no me desesperara  
 Sino que tuviera fe

Que no me desesperara  
 Sino que tuviera fe  
 Y yo, y yo  
 Y yo le estoy alabando  
 Y yo, y yo  
 Y yo le estoy alabando

Nosotros no, Señor  
 A ti es quien te toca  
 Nosotros no, Señor  
 A ti es quien te toca

Yo cantaré lo que pongas en mi boca  
 Yo cantaré lo que pongas en mi boca  
 Lo que pongas, lo que pongas  
 Lo que pongas en mi boca  
 Así, así, así es que se alaba a Dios

**Apéndice F1.****Ejercicio: relación del día con el juego**

**Apéndice H.****Esquema “Mi Historia de Vida”**

| <b>MI HISTORIA</b>    |                             |                         |                         |                            |                                             |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Etapas de Vida</b> | <b>Datos Significativos</b> |                         |                         |                            |                                             |
|                       | <b>Personas Queridas</b>    | <b>Personas Odiadas</b> | <b>Recuerdos Gratos</b> | <b>Eventos traumáticos</b> | <b>¿Qué me gustaba hacer? ¿Aun lo hago?</b> |
| 0 a 5 años            |                             |                         |                         |                            |                                             |
| 6 a 12 años           |                             |                         |                         |                            |                                             |
| 13 a 17 años          |                             |                         |                         |                            |                                             |
| 18 a 30 años          |                             |                         |                         |                            |                                             |
| 30 a 50 años          |                             |                         |                         |                            |                                             |
| 50 años en adelante   |                             |                         |                         |                            |                                             |

**Apéndice H1.****Apéndice J.****Letra de la canción “Un dedito saltarín”**

Este dedito compró un huevito,  
 Este lo cocinó,  
 Este le echó la sal,  
 Este lo probó,  
 y este pícaro gordo, se lo comió

## Apéndice O.

### Test de PFFEIFFER

|                                                                                  | (+) | (-) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)                                      |     |     |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy?                                                 |     |     |
| 3. ¿Dónde estamos ahora?                                                         |     |     |
| 4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf) |     |     |
| 5. ¿Cuántos años tiene?                                                          |     |     |
| 6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)                          |     |     |
| 7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?                                   |     |     |
| 8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?                               |     |     |
| 9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?                                      |     |     |
| 10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0                              |     |     |
| Puntuación Total.....                                                            |     |     |

## Apéndice P.

### Test de MoCA

| Nombre:                                                                                                           | Español: | Sexo: | Edad de nacimiento: | Fecha: |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------------|--------|---------------------------------------------------|
| <b>ORIENTACIÓN / ESPACIO</b>  |          |       |                     |        | <b>Oriente un reloj (hora y día)</b><br>(1 punto) |
| <b>Memoria</b>                                                                                                    |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Atención</b>                                                                                                   |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Lenguaje</b>                                                                                                   |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Visión espacial</b>                                                                                            |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Fluidez verbal</b>                                                                                             |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Sumatoria</b>                                                                                                  |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Interpretación</b>                                                                                             |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Notas</b>                                                                                                      |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |
| <b>Observaciones</b>                                                                                              |          |       |                     |        | Puntaje: <input type="text"/>                     |

© 2004, Neuropsychology MO - Versión 1.0 - Noviembre 2004. Normal < 30 puntos. TOTAL: /30

Aplicación realizada por:  Edad:  años. Sexo: . Estado de conciencia:

## Apéndice Q.

### Técnica de recolección de información cualitativa.



**Universidad de Pamplona**  
**Facultad de Salud**  
**Psicología**  
**Modalidad Trabajo de Grado**



### ***“Relación del deterioro cognitivo con la autoestima y autoeficacia en el adulto mayor institucionalizado”***

La presente entrevista es diseñada como instrumento evaluativo para el trabajo de grado, realizado por Angie Paola Betancourth Ortiz, Psicóloga en formación de la Universidad de Pamplona, la cual tiene como objetivo Determinar la Relación del Deterioro Cognitivo con la autoestima y autoeficacia, por medio de la aplicación de Test psicológicos en el adulto mayor institucionalizado del Asilo San Jerónimo de Málaga, optimizando su bienestar psicosocial a futuro.

La información presentada por la población entrevista estará resguardada por la ley 1090 de 2006, con el manejo del código deontológico de la práctica de la profesión como Psicólogos, donde se establece la confidencialidad de la información, de la cual tendrá manejo la Docente asesora y la Psicóloga en formación.

1. ¿En dónde nació?
2. ¿Ha tenido hermanos?
3. ¿Cuántos hermanos ha tenido?
4. ¿Cómo era la relación con sus padres?
5. ¿Cómo era de niño (a)?
6. ¿Le gustaba jugar?
7. ¿Qué era lo que más jugaba?
8. En la adolescencia ¿Qué hacía en su tiempo libre?
9. ¿Hasta qué nivel escolar curso?

10. ¿A qué hora se acuesta a dormir?
11. ¿Qué hace antes de dormir?
12. ¿Qué piensa antes de dormir?
13. ¿Qué siente antes de dormir?
14. ¿A qué hora se levanta?
15. ¿Qué hace antes de levantarse?
16. ¿Qué piensa al levantarse?
17. ¿Qué siente antes al levantarse?
18. Cuando era niño, ¿Qué quería ser cuando fuera grande?
19. ¿Cuánto tiempo ha vivido en el asilo?
20. ¿Cómo se ha sentido al vivir en el asilo?
21. ¿Qué hace cuando vienen a visitarlo?
22. ¿Cómo cree que lo ven sus visitantes o cuidadores?
23. ¿Con quien comparte más tiempo en la institución?
24. ¿Cómo es su relación con esa persona?
25. ¿Cree que ha logrado todo lo que quería?
26. Si tuviera la posibilidad ¿Cambiaría alguna (as) cosas de su vida?
27. ¿Le gustaría haber hecho más cosas?
28. ¿Cómo se siente consigo mismo o al verse en un espejo?
29. ¿Siente que lo que ha hecho en la vida ha sido bueno?
30. ¿Se siente orgulloso de sí mismo?
31. ¿Qué cosas o acciones lo han hecho sentirse orgulloso?
32. ¿Alguna vez se ha sentido inseguro?
33. ¿Cuál es su color favorito?
34. ¿Qué actividades le gusta hacer?
35. ¿Cómo hace esas actividades?
36. ¿Cree qué puede hacer las cosas al igual que las hacen los demás?
37. ¿Qué manualidades le gusta hacer?
38. ¿Puede abrocharse la chaqueta?
39. ¿Se ha sentido aburrido?
40. ¿Qué considera que lo lleva a sentirse aburrido?

41. ¿Qué piensa u opina de la vida?
42. ¿Cuánto tiempo ha estado en el asilo?
43. ¿Qué actividades hace en la institución? (física, recreativa)
44. ¿Cómo es su relación con los demás compañeros (as)?
45. ¿Cómo es su relación con las religiosas?
46. ¿Qué lugar le gusta más de la institución?