



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Escudero Cueva, Thais Alejandra

DIRECTOR: Bustamante Granda, Byron Fernando, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Byron Fernando Bustamante Granda

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja, realizado por Escudero Cueva Thais Alejandra, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2016

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Thais Alejandra Escudero Cueva declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja, de la Titulación de Psicología, siendo Magister Byron Fernando Bustamante Granda director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajo científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico y/o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Escudero Cueva Thais Alejandra

1104932270

DEDICATORIA

A mis madres: Isabel, Beatriz y Susana; que con su apoyo incondicional, sus bendiciones y rezos han forjado en mí la persona que soy ahora; a mi padre Leonardo, que con sus fuertes brazos me ha sostenido y me ha impulsado tras cada dificultad; a mi hermana Dayanara cuyo ejemplo me ha guiado por el mejor camino; y a mis dos pequeños hermanos Amarantha y José Manuel, que aunque los tenga lejos, quisiera representar el mejor ejemplo para ellos. Ustedes, mi familia, mi vida, las personas que más amo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, por haberme dado la hermosa familia que tengo.

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad de estudiar en sus aulas, y forjar profesionales de calidad bajo el legado humanista.

A mi director de tesis Magister Byron Bustamante, por cada una de sus enseñanzas y paciencia a lo largo de la realización de este trabajo.

A mi tutor de Practicum 4.1 y 4.2, Magister Marco Jiménez, por habernos guiado y ayudado de la mejor manera.

A todos mis docentes de titulación, por su dedicación en cada una de las materias impartidas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
MARCO TEÓRICO	5
1. Envejecimiento.....	6
1.1. Conceptualizaciones.....	6
2. Tercera edad.....	7
3. Teorías explicativas sobre el envejecimiento.....	8
3.1. Teorías biológicas.....	8
3.2. Teorías psicológicas.....	11
3.3. Teorías sociales.....	12

4.	Características del adulto mayor de la tercera edad.	14
5.	Vulnerabilidad y dependencia.	22
5.1.	Conceptualizaciones.	22
6.	Envejecimiento exitoso.....	26
6.1.	Definición	26
6.2.	Características del envejecimiento exitoso.....	28
7.	Envejecimiento anormal o patológico.....	29
7.1.	Tipos de problemas relacionados: Enfermedades crónicas y discapacidades 30	
CAPITULO II.....		33
METODOLOGÍA.....		33
2.1.	Objetivos de investigación	34
2.1.1.	General.....	34
2.1.2.	Específicos	34
2.1.3.	Preguntas de investigación.....	34
2.2.	Diseño de investigación.....	35
2.3.	Contexto.....	35
2.4.	Población y muestra.....	36
2.5.	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección.....	40

2.5.1. Métodos.....	40
2.5.2. Técnicas e instrumentos de recogida de información	41
2.5.3. Proceso de recolección de información	42
2.5.4. Proceso de análisis de datos.....	43
CAPITULO III.....	48
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	48
1. Antecedentes familiares	49
2. Antecedentes de salud personales.....	51
3. Antecedentes de salud familiares.....	59
4. Problemas cerebrovasculares	60
5. Necesidades de salud mental	64
5.1. Ánimo depresivo	64
5.2. Síntomas paranoides y psicóticos	73
5.3. Personalidad	75
5.4. Obnubilación y delirio	79
6. Problemas de sueño	80
7. Actividades cotidianas.....	85
8. Memoria y función mental general.....	88

8.1. Memoria.....	88
8.2. Funcionamiento mental general	92
9. Minimental.....	97
9.1. Orientación.....	97
9.2. Lenguaje	99
9.3. Memoria.....	100
9.4. Atención/concentración	101
9.5. Memoria/recuerdo	102
9.6. Lenguaje: lectura comprensiva.....	104
9.7. Praxis.....	105
CONCLUSIONES	109
RECOMENDACIONES.....	110
BIBLIOGRAFÍA.....	111
ANEXOS.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Teorías biológicas del envejecimiento.....	9
Tabla 2. Cambios en el proceso de envejecimiento	14
Tabla 3. Cambios en el proceso de envejecimiento	15
Tabla 4. Cambios biológicos.....	17
Tabla 5. Conceptos sobre vulnerabilidad “fragilidad”	23
Tabla 6. Necesidades de ayuda de las personas dependientes.....	26
Tabla 7. Características de envejecimiento exitoso	28
Tabla 8. Enfermedades asociadas al envejecimiento.....	30
Tabla 9. Barrios de la ciudad de Loja.....	35
Tabla 10. Distribución de adultos mayores por edad.....	37
Tabla 11. Distribución de adultos mayores de acuerdo al lugar de procedencia	37
Tabla 12. Distribución de adultos mayores por estado civil.....	38
Tabla 13. Distribución de adultos mayores por género	38
Tabla 14. Distribución de adultos de acuerdo a la ocupación.....	38
Tabla 15. Edad en que dejaron el colegio.....	39
Tabla 16. Años que asistió al colegio.....	39
Tabla 17. Otra formación	39

Tabla 18. Distribución del adulto de acuerdo a con quién vive actualmente.....	40
Tabla 19. Operacionalización de variables.....	44
Tabla 20. Hijos y hermanos	49
Tabla 21. Antecedentes familiares	50
Tabla 22. Bebedores.....	56
Tabla 23. Dependencia de fármacos y reacción por consumo por primera vez.....	57
Tabla 24. Nerviosismo, preocupación y ansiedad	58
Tabla 25. Antecedentes de salud familiares.....	59
Tabla 26. Alucinaciones.....	73
Tabla 27. Dificultades en actividades cotidianas	85
Tabla 28. Memoria reciente	89
Tabla 29. Orientación en tiempo	97
Tabla 30. Orientación en lugar	98
Tabla 31. Serie de palabras.....	100
Tabla 32. Resta	101
Tabla 33. Recuerdo: serie de palabras	102
Tabla 34. Secuencia de actividades.....	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Crisis cardíaca.....	51
Figura 2. Familiar con crisis cardíaca.....	51
Figura 3. Presión alta.....	52
Figura 4. Familiar con hipertensión.....	52
Figura 5. Apoplejía.....	53
Figura 6. Familiar con apoplejía.....	53
Figura 7. Crisis epiléptica.....	54
Figura 8. Golpes en la cabeza.....	54
Figura 9. Fumadores.....	55
Figura 10. Tratamiento por enfermedades mentales.....	59
Figura 11. Dolor de cabeza.....	60
Figura 12. Mareos.....	61
Figura 13. Mareo con debilidad.....	61
Figura 14. Caídas.....	62
Figura 15. Caídas (familiar).....	62
Figura 16. Pérdida repentina de fuerza, visión, etc.....	63
Figura 17. Número de apoplejías.....	64
Figura 18. Capacidad de decisión.....	65
Figura 19. Toma de decisiones.....	65
Figura 20. Aislamiento.....	66
Figura 21. Pérdida de energía.....	66
Figura 22. Desesperanza.....	67
Figura 23. Sentimientos negativos.....	67
Figura 24. Anhedonia.....	68
Figura 25. Sentimientos de tristeza.....	69
Figura 26. Deprimido.....	69
Figura 27. Sociabilidad.....	69

Figura 28. Auto-culpabilidad.....	70
Figura 29. Depresión intensa que afecta aspectos de su vida.....	71
Figura 30. Evolución de la depresión.....	71
Figura 31. Auto-conciencia de la depresión.....	72
Figura 32. Delirio de persecución.....	74
Figura 33. Delirio de persecución (quejas).....	74
Figura 34. Cambio en personalidad.....	75
Figura 35. Rasgos de carácter.....	75
Figura 36. Estado de ánimo.....	76
Figura 37. Irritabilidad.....	76
Figura 38. Conducta sexual.....	77
Figura 39. Terquedad o torpeza.....	78
Figura 40. Forma de producirse el problema de personalidad.....	78
Figura 41. Auto-conciencia del problema de personalidad.....	79
Figura 42. Dificultades para conciliar el sueño.....	80
Figura 43. Inquietud e insomnio.....	81
Figura 44. Patrón de sueño modificado.....	81
Figura 45. Deambulación nocturna.....	82
Figura 46. Despertar precoz.....	83
Figura 47. Hipersomnia.....	83
Figura 48. Aparición y desarrollo del problema de sueño.....	84
Figura 49. Causas físicas (según entrevistador).....	87
Figura 50. Desarrollo de las dificultades en actividades cotidianas.....	87
Figura 51. Quejas subjetivas de memoria.....	88
Figura 52. Disnomia de nombres.....	90
Figura 53. Ecolalia (preguntas).....	90
Figura 54. Ecolalia (frases).....	90
Figura 55. Evolución del problema de memoria.....	91

Figura 56. Forma de aparición del problema de memoria.....	91
Figura 57. Auto-conciencia de las dificultades de memoria.....	92
Figura 58. Alusiones del pasado.....	92
Figura 59. Alusiones del pasado.....	92
Figura 60. Disnomia de palabras.....	93
Figura 61. Declive global del funcionamiento mental.....	93
Figura 62. Dificultad para planificar el futuro.....	94
Figura 63. Dificultad para concentrarse.....	94
Figura 64. Pérdida de habilidades.....	95
Figura 65. Pensamiento confuso.....	96
Figura 66. Desarrollo de la dificultad en el funcionamiento mental general por etapas.....	96
Figura 67. Auto-conciencia de las dificultades del funcionamiento mental general.....	97
Figura 68. Orientación en tiempo y lugar.....	99
Figura 69. Repetición de frase.....	99
Figura 70. Lenguaje.....	100
Figura 71. Memoria.....	101
Figura 72. Atención/concentración.....	102
Figura 73. Memoria/ recuerdo.....	103
Figura 74. Lectura comprensiva.....	104
Figura 75. Lenguaje: lectura comprensiva.....	104
Figura 76. Copiar pentágono.....	105
Figura 77. Escritura de frase.....	105
Figura 78. Práxis.....	106
Figura 79. MINIMENTAL.....	107

RESUMEN

El presente informe de investigación se centra en la identificación de las principales necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja. La metodología empleada es de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo. La muestra fue de 204 adultos mayores en edades comprendidas entre 65-79 años, para lo cual se utilizó como instrumento de recolección una encuesta estandarizada llamada CAMDEX-R, en el que se analizan 9 parámetros generales: características socio-familiares, antecedentes de salud personal, antecedente de salud familiar, problemas cerebro vasculares, necesidades de salud mental, problemas de sueño, funcionalidad en actividades cotidianas, función mental general y memoria, estados cognitivos. Dentro de los principales resultados se obtuvo que la hipertensión es el problema de salud que más afecta a la población con un 47.06% y la pérdida de energía afectando a más del 50% de los evaluados. El análisis de estos resultados refleja las dificultades a las que se enfrenta el adulto mayor diariamente, cuya identificación permitirá el desarrollo de estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.

PALABRAS CLAVE: Necesidades, intervención, adultos mayores.

ABSTRACT

The present research report centres on the identification of the principal needs of intervention the older adults in third age of Loja's city. The methodology used is a descriptive type, transverse, quantitatively. The sample was of 204 older adults between the ages of 65-79 years old, for which was used as a tool for collecting a standardized survey called CAMDEX-R, In that 9 general parameters are analyzed; typical partner - relative, precedents of personal health, precedent of familiar health, problems brain vascular, needs of mental health, problems of dream, functionality in daily activities, mental general function and memory, cognitive conditions. In the main results were obtained that hypertension is the health problem that most affects the population with a 47.06% and the energy loss affecting more than 50% of the evaluated. The analysis of these results reflects the difficulties faced by the older adult daily, whose identification will allow for the development of intervention strategies that improve the quality of life of these people.

KEYWORDS: Needs, intervention, older adults.

INTRODUCCIÓN

La vida es finita. El envejecimiento es un proceso de deterioro progresivo, intrínseco, natural y universal que afecta a todos los seres vivos con el paso del tiempo. El deterioro de las funciones del cuerpo humano y la muerte son inevitables (Avellato & Gaviria, 2008). Esto genera retos en la sociedad que debe prepararse para enfrentar, a través de servicio y acciones que permitan la integración y valorización del adulto dentro de la comunidad.

De acuerdo al informe realizado por Palloni & Peláez (2004) de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se encontró que las limitaciones en las actividades de la vida diaria del adulto mayor van acorde a su edad, a excepción de lo encontrado en Montevideo en donde las limitaciones en personas mayores de 70 años excede el 20%. De igual manera se obtuvo que las enfermedades que prevalecen en ésta población son: la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, artritis y diabetes, en este orden. Mientras que en lo referente al estado de salud mental se describe que en todas las ciudades en donde se encuestó, el predominio del deterioro cognitivo es menor hasta los 75 años o más, después de esta edad aumenta rápidamente hasta un 20%.

El Ecuador se encuentra actualmente en la fase de transición demográfica, que puede explicarse como el proceso de quiebre en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta cierto momento (Cabrera, 2010), este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población (MIES, 2013).

El envejecimiento activo, según la OMS, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital (2002), es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Es decir, el adulto mayor mantiene una participación continua en los diferentes ámbitos sociales y mantienen una contribución activa tanto con sus familiares como con la comunidad en general, lo que lleva a mejorar su calidad de vida.

De acuerdo a Krzeimen (como se citó en Vera, 2007), sostiene que: la calidad de vida del adulto mayor se da en la "medida en que él logre reconocimiento a partir de

relaciones sociales significativas... de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”. (p. 285)

Esta investigación tiene como objetivo la identificación de las principales necesidades de los adultos mayores de la ciudad de Loja, que interfieren con su desempeño en las actividades cotidianas y les dificulta mantener una buena calidad de vida, para lo cual se emplea una metodología de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se determinan las necesidades de los ancianos en un momento determinado en el tiempo, a través del análisis de frecuencias y porcentajes.

La investigación efectuada permite conocer las dificultades que enfrentan los adultos mayores al llegar a determinada edad, las mismas que pueden ser propias del envejecimiento o representar la presencia de una patología subsecuente, cuya identificación permite la elaboración de estrategias de intervención tanto para personal especializado como familiares y cuidadores, ofreciéndoles una mejor calidad de vida.

El incremento de la población anciana, y al ser Loja la provincia con la mayor esperanza de vida del país; se genera la necesidad y oportunidad de ahondar en la problemática que afecta a esta población, con la finalidad de generar una mejor calidad de vida para estas personas, ya que representan parte fundamental de la sociedad y de la vida de muchas personas.

En el primer capítulo se analiza los conceptos básicos sobre envejecimiento, tercera edad y sus diferentes teorías y enfoques; en el segundo capítulo se expone una breve descripción de las características de la población objetiva, así como los métodos e instrumentos empleados en la recolección de datos; en el tercer capítulo se realiza el análisis y discusión de los datos encontrados, los mismos que permiten cumplir con los objetivos planteados.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1. Envejecimiento.

1.1.1. Conceptualizaciones.

La conceptualización sobre el envejecimiento es muy variada, debido a los distintos enfoques a los que está sujeta, que pueden ir desde lo biológica a la social.

Rodríguez (2011) define el envejecimiento como:

Un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta para “crecer y continuar aprendiendo”. (p.15)

Para Castanedo (como se citó en Rodríguez, 2011) el envejecimiento es: “el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (p.15).

Por lo tanto, en base a estos conceptos, se puede definir al envejecimiento como un proceso que inicia con el nacimiento y termina con la muerte del individuo, caracterizado por una serie de cambios degenerativos de tipo biológico, físico, psicológico y funcional.

Existe una clara distinción entre envejecimiento y vejez, términos que no deben confundirse, por ejemplo: Costa (como se citó en Rodríguez, 2011) define la vejez como: “la etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortaleza en relación con otros más jóvenes quienes fallecieron y quedaron en el camino” (p.10-11).

Zetina (1999) por su parte explica que:

A la vejez se la percibe como edad de deterioro y no de crecimiento y desarrollo. Todo su entorno y su medio ambiente parece querer enfatizar esta apreciación: el viejo es un ser, por definición común, decadente. La misma aceptación de

sentirse acabado genera, sin duda, un proceso que destruye las capacidades de un desarrollo psicosocial propio en varios sentidos. (p. 25)

De igual manera es importante conocer la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. Para Guijarro (como se citó en Caballero, 2013) señala que: “el envejecimiento normal es compatible con el estado de salud en la medida que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. El envejecimiento patológico es sinónimo de enfermedad, el apellido patológico es contundente”. El adulto mayor se encuentra más vulnerable a la afección de enfermedades, debido a que su organismo se encuentra envejecido y por lo tanto no cuenta con las defensas suficientes para mantenerse sano.

Si bien es cierto, la vejez es la última etapa de la vida antes de la muerte, a la cual solo algunos pueden llegar luego de pasar por todas las adversidades que conlleva el paso de los años; no podemos dejar de lado el hecho de que al haberse deteriorado la mayoría de las habilidades a nivel cognitivo y motor de estos individuos, también se genera un deterioro en sus relaciones sociales al tener en muchos casos, que depender de un cuidador.

2. Tercera edad.

Existe una gran diversidad de opiniones sobre el envejecimiento que datan desde la antigüedad; como por ejemplo, en Grecia y Roma la vejez era considerada como una desdicha, y morir joven era considerado como una bendición, mientras que en los países orientales los ancianos forman parte fundamental de su cultura, siendo considerados como personas sabias (Rodriguez, 2011a).

Algunos autores han clasificado el proceso de envejecimiento de acuerdo a las edades cronológicas de los mismos, por lo que Rodriguez (2011b) hace una recopilación de estos autores, es así que Brocklehursts (1974), divide la vejez en tres etapas: senil (60-74 años), ancianidad (75-89 años) y longevidad (90 y más años); De Nicola (1979), por su parte la divide en cuatro etapas, presenil (45-50 años), senectud gradual (50-72 años), vejez declarada (72-89 años) y grandes viejos (90 y más años); la Sociedad de Geriátría y Gerontología de México la divide en, prevejez (45-59 años), senectud (60-79 años), ancianidad (80 y más); Stieglitz (1964), la diferencia como, madurez avanzada (40-60 años), senectud (61-75 años) y senil (76 y más).

Sin embargo, debido a la presencia de características, necesidades y problemáticas diferentes, se ha realizado una clara distinción de dos subgrupos etarios: el grupo de 65-79 años o tercera edad y el grupo de 80 y más años o cuarta edad. Cabe destacar que será esta división de edades la que se tomará como parámetro para la presente investigación (Vera P. S., 1996)

Según Herrera, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez & Mesa (2003):

La definición y uso del término tercera edad connota dos circunstancias: una es la jubilación, el término del trabajo socialmente remunerado; otra es la existencia o al menos la exigencia social de un sistema de pensiones, seguridad social y Servicios Sociales que tratan de proteger a personas mayores y especialmente vulnerables y necesitadas de apoyo. (p.171)

Para Limón (1992):

La Tercera Edad es una etapa, la más avanzada, de la evolución y desarrollo personal, que por sus características especiales merece ser tratada con la mayor atención y cuidado, pero que para muchos de sus componentes, se convierte con frecuencia en una etapa de marginación y abandono. (p. 167)

Bajo estas aportaciones, se concluye que la Tercera Edad es la etapa en la que el individuo se acerca a la esperanza máxima de vida, enfrentándose a varias situaciones como la jubilación, pérdida de sus empleos, marginación y abandono, convirtiéndose en personas socialmente vulnerables, desembocando en una dependencia de cuidado continuo y finalizando con la muerte.

3. Teorías explicativas sobre el envejecimiento.

3.1. Teorías biológicas.

La mayoría de las teorías biológicas acepta que el ser humano cuenta con ciertos mecanismos como la capacidad de reproducción y la capacidad para extraer energía del medio, las mismas que tienen una estrecha relación con los sistemas de codificación de las proteínas, quienes son las responsables del proceso de envejecer. Existen dos interpretaciones a esta aportación:

Para algunos autores, el problema del envejecimiento estaría en el deterioro de la síntesis proteica; para otros, sería la acción continuada de un programa que comienza en el desarrollo embrionario, se conserva en forma de crecimiento y diferenciación y termina con el envejecimiento (Martínez, 2005).

Sharma (1997), realiza una clasificación sobre las principales teorías del envejecimiento a nivel biológico, es decir, explica las causas que provocan el envejecimiento, en donde se destacan las causas externas, internas, celulares y moleculares, así como también las teorías de regulación genética y los sistemas del envejecimiento:

Tabla 1. Teorías biológicas del envejecimiento

Principales teorías sobre el envejecimiento	
Envejecimiento por causas externas	Alimentos/toxinas, bacterias/virus, radiación, contaminantes.
Envejecimiento por causas internas	La duración de la vida limitada determinada genéticamente; expresión genética modulada a través de programas específicos que conducen a: teoría neuroendocrinológica, teoría inmunológica.
Envejecimiento por causas celulares y moleculares	Tanto las causas internas como externas pueden actuar a uno o más niveles celulares, para producir moléculas específicas en membrana, citoplasma y núcleo.
Teorías moleculares del envejecimiento	
Restricción del codón	La fidelidad/ajuste del mensaje de traducción del ARNm se altera en el envejecimiento debido a la incapacidad de la célula para descodificar los tripletes de bases o codones en las moléculas de ARNm.
Mutación somática	La exposición a la radiación acorta la vida, debido a la elevada probabilidad de mutaciones y a la pérdida de genes funcionales.
Teoría del error	Errores en la transferencia de la información, debidos a alteraciones en la polimerasa del ARNm y el ARNt sintetasa que puede aumentar con la edad exponencialmente, y producir un aumento de proteínas anormales.

Tabla 1. Continuación...

Teoría de la regulación genética	Cambios en la expresión de genes que regulan el desarrollo y el envejecimiento.
Pleiotropía antagónica, desdiferenciación e hipótesis del soma disponible	
Pleiotropía antagónica	Genes beneficiosos en el desarrollo y defectuosos en los últimos períodos de la vida.
Desdiferenciación	Acumulación gradual de lesiones moleculares al azar que altera la regulación de la expresión genética.
Hipótesis del soma desechable	Distribución preferencial de las fuentes de energía para las células reproductoras, en detrimento del mantenimiento y supervivencia de las células somáticas.
Teorías celulares sobre el envejecimiento	
Deterioro o desgaste	Intrínseco (procesos oxidativos) y extrínseco (temperatura ambiental) influyen en la duración de la vida.
Cúmulo de radicales libres	Radicales libres formados por un cúmulo de reacciones oxidativas y lesiones en membranas, en citoplasma y en el núcleo.
Pigmentos de la edad	Cúmulos de lipofuscina (pigmento de la vejez fluorescente) que produce varias complicaciones fisiopatológicas y está inversamente relacionado con la vejez.
Teoría del entrecruzamiento	Los entrecruzamientos moleculares se desarrollan en el envejecimiento y alteran las propiedades químico-físicas de las moléculas celulares.
Teorías en los sistemas del envejecimiento	
Teoría del control neuroendocrino	El control homeostático por señales nerviosas y endocrinas se desorganiza con el envejecimiento. Las funciones fisiológicas declinan, mientras que las respuestas patológicas al estrés aumentan en número y gravedad.
Relaciones endocrinoinmunológicas	El sistema inmunológico reduce sus defensas contra los antígenos y pierde la capacidad para reconocer los propios, dando como resultado una incidencia elevada de infecciones y enfermedades autoinmunes.

Fuente: Adaptado de Sharma, (1997)

De acuerdo a las diferentes teorías biológicas analizadas, el envejecimiento ocurre tanto por una combinación de factores internos como externos que afectan a nivel celular y molecular, como por un desgaste en los sistemas internos del organismo, así como un desajuste en la transferencia y traducción de información a nivel genético.

3.2. Teorías psicológicas.

La búsqueda de una definición adecuada para el proceso de envejecimiento, ha motivado la evolución de distintas teorías. Es así que Martínez (2005), propone que: “el enfoque psicológico se apoya en alguna parte entre la biología y otras en las ciencias sociales, basándose en que los individuos crecen y envejecen como consecuencia de su herencia y su entorno”.

Papalia, Wendkos & Duskin (2001), se refieren a la teoría de Erik Erikson:

Integridad del yo frente a desesperanza. El logro mayor de la vejez es el sentido de integridad del sí mismo o integridad del yo, logro basado en la reflexión sobre la propia vida. En esta etapa de la vida, los ancianos necesitan evaluar, adicionar y aceptar sus vidas para aceptar la proximidad de la muerte.

Cisneros (2012), por su parte menciona:

- **Teoría de la actividad.** Havinghurst & Abrecht (1953), considera que las personas mayores han perdido gran parte de la función que tradicionalmente cumplían en la sociedad y en la familia. El envejecimiento óptimo va a depender del esfuerzo en mantener un estilo de vida activo y en compensar las pérdidas sociales. Se produce una afirmación de la identidad, adaptándola a la nueva situación vital.
- **Teoría de la continuidad.** U. Lehr (1980), explica que las estructuras de ideas y de funcionamiento por el que se rigen las personas se mantienen estables y consistentes a lo largo de la vida. En la vejez, esa permanencia facilita a las personas orientar su actuación en función de las circunstancias más o menos cambiantes que experimente.
- **Teoría de Gould.** Gould (1972), determina el desarrollo del individuo en transformaciones, las cuales no están atadas a la edad cronológica, sino más bien, a la experiencia de cada individuo y el ambiente en el que se ha desarrollado. Así, tenemos que en la vejez, la vida se concibe en valores, necesidades y propósitos, hay más comprensión con el pasado y el presente, aumentan los afectos hacia la familia, se asume que la vida es finita.

De igual manera Staab & Hodges (1998), propone:

- **Teoría de las necesidades humanas.** Esta teoría recalca el concepto de motivación y necesidades humanas. La más famosa es la teoría de las necesidades humanas de Maslow (1943). El anciano debe ser una persona totalmente madura que tiene autonomía, creatividad, independencia y una relación positiva con la familia y la sociedad.

En conclusión, las teorías psicológicas proponen que el envejecimiento es una combinación entre el estado biológico del individuo y el contexto en el que se desarrolla, es así que para llegar a una vejez óptima, el adulto mayor debe aceptar su nueva condición y desde esa aceptación formar parte activa en su contexto social y familiar.

3.3. Teorías sociales.

El enfoque social lleva a un mejor entendimiento del envejecimiento como tal, apoyándose en los roles sociales que desempeña el individuo.

Desde el enfoque psicosocial el envejecimiento se define como la transformación del organismo humano tras la edad de madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles sociales. Birren (como se citó en Martínez, 2005)

Siguiendo esta definición, a continuación se cita una variación de teorías que ayudan a entender el desarrollo del adulto mayor desde el aspecto social. Es así que Stassen & Thompson (2001), describen las siguientes:

- **Teorías acerca del “yo”.** Marshall (1996) propone que los adultos toman decisiones, se enfrentan a problemas e interpretan la realidad de una manera tal que puedan definir su propia identidad, llegar a ser ellos mismo y expresarse con la máxima plenitud posible.
- **Teorías de la estratificación social.** Weber (1990) plantea que las fuerzas sociales limitan la elección personal y condicionan todas las etapas de la vida, en particular la vejez, cuando la capacidad de la persona para ser funcional depende en gran medida del estrato social al que pertenece.

- **Teoría del ciclo vital dinámico.** Burton y cols. (1991) indican que la vida de cada persona es un proceso activo, en constante cambio, impulsado en gran medida por uno mismo, que se desarrolla en contextos sociales específicos que también cambian sin cesar.

Existen así mismo otras teorías sociales como las mencionadas por Cisneros (2012), que explican la participación del adulto mayor en la sociedad:

- **Teoría de la desvinculación.** Cumming & Henry (1961), exponen que: lo natural es la desvinculación del entorno. El envejecimiento es satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.
- **Teoría de la actividad.** Tartler (1962) explica que: a mayor actividad mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad del individuo en la vejez, un ejemplo de esto es la jubilación.
- **Teoría de la continuidad.** Atcheley (1971) señala: continuidad en los estilos de vida de las otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. El requisito para un envejecimiento satisfactorio es permitir esa continuidad.

Martínez (2005), revela otras teorías como:

- **Teoría del vacío de roles.** Rosow (1967) plantea que con la vejez el individuo pierde la mayor parte de sus roles más importantes y, en consecuencia, pierde también las normas asociadas a esos roles, las normas que le permitían saber lo correcto y lo incorrecto de su actuación social.
- **Teoría de la dependencia estructurada.** Tiene como base el enfoque de la gerontología crítica, que entiende que la vejez no es una realidad biológica, sino una posición, un estatus socialmente construido, producto de la división del trabajo y de la estructura de la desigualdad.

Las teorías sociales se enfocan en el rol que desempeña el adulto mayor dentro de la sociedad, así como también en la aceptación y el lugar que le da la sociedad a estos individuos. Estas teorías señalan una continuidad en ciertos aspectos de la vida del adulto que le permite vivir en plenitud, de igual manera responsabilizan a la sociedad

de la inactividad a la que se enfrentan a causa de la jubilación. Llegada a esta etapa el adulto es más consciente de sí mismo y de su realidad, la aceptación de estos cambios le permiten alcanzar un envejecimiento satisfactorio.

4. Características del adulto mayor de la tercera edad.

En el adulto mayor se evidencia una gran cantidad de transformaciones que se producen como consecuencia del envejecimiento. Por lo tanto, según García (2008),

Los cambios que se producen en los diversos órganos y sistemas del organismo de la persona que envejece, pueden, en no pocas ocasiones, confundirse con los síntomas de una enfermedad y es que la enfermedad en los mayores posee unas peculiaridades que no permiten resaltar nítidamente sus perfiles. Puede ser difícil distinguir, en ocasiones, la enfermedad del envejecimiento normal.

A continuación se expone de manera general algunas de las modificaciones producto del envejecimiento que se dan en los sistemas del organismo:

Tabla 2. Cambios en el proceso de envejecimiento

Función/sistema afectado	Cambio observado
Masa muscular	Descenso 5% por década, a partir de los 40 años
Agua corporal	Descenso 46-60%
Masa grasa	Aumento 25% a los 25 años, a 41% a los 75 años
Perfusión renal	Reducción 10% por década
Peso total renal	De 250 grs a los 20 años a 180 grs a los 70 años
Glomérulos escleróticos	Del 1-2% a los 30-50 años hasta 12% en >70 años
Filtración glomerular	1 ml/año u 8 ml/por década
Flujo cerebral	Reducción 20%
Peso cerebral	Disminución 5-10% de los 20 a los 90 años
Contenido óseo	Disminución 25-30 % (mujeres)
Luz sobre retina	Reducción 70%
Capacidad vital	Descenso 20-25% ml/año, a partir de 30 años
Volumen Expiratorio Máximo por Segundo [VEMS]	Descenso 25-30% ml-año, a partir de 30 años
VEMS/CV [capacidad vital]	Descenso 2% por década
Sentido del gusto	Reducción 70%

Tabla 2. Continuación...

Metabolismo basal	Disminución 1-2% por década
Consumo miocárdico máximo de oxígeno	Disminución 5-15% por década, desde los 25 años
Espacios PQ, QRS, QT (cardiología, ondas P, Q, R, S, T)	Alargamiento
Complejos QRS	Disminución del tamaño
Onda T	Disminución del voltaje
Eje ventricular	Tendencia a la desviación izquierda
Nivel de glucemia ayunas	Elevación 6-14 mg/dl. Por década, desde los 50 años
Volumen hepático	Disminución 17-28% entre los 40-60 años de edad
Flujo sanguíneo hepático	Disminución 35% entre los 40-65 años de edad

Fuente: Adaptado de García, (2008)

De acuerdo a lo expuesto, el cuerpo humano, con el envejecimiento experimenta una disminución significativa en la funcionalidad de algunos sistemas, la misma que se hace más evidente en ciertas edades; es importante mencionar que dichos cambios no sólo se producen en la edad avanzada, sino que vienen produciéndose a lo largo de toda la vida.

A continuación se exponen los cambios que se originan en el adulto mayor a nivel vascular, respiratorio y en la funcionalidad del sistema nervioso central:

Tabla 3. Cambios del sistema vascular en el proceso de envejecimiento

<p>Cambios morfológicos a nivel vascular: Irregularidad en la morfología de las células endoteliales; fragmentación de la elastina en la lámina elástica interna y la media; calcificación de la media; aumento del diámetro y la rigidez de las grandes arterias; aumento del depósito y el entrecruzamiento del colágeno; incremento en el depósito de calcio y lípidos.</p>
<p>Cambios morfológicos respiratorios en relación con el envejecimiento:</p>
<p>-En las vías aéreas extra-pulmonares: Aumento de la rigidez traqueal por calcificación de sus cartílagos; aumento de luz traqueal; disminución de la cuantía de cilios y enlentecimiento de su actividad; aumento del tamaño de las glándulas mucosas bronquiales.</p>
<p>-En el parénquima pulmonar: Aumento de la longitud de reposo de los tejidos; menor capacidad de retracción tisular; cambios en la localización y orientación de las fibras elásticas en torno a la boca de los alveolos; reorganización de la arquitectura alveolar; cambios en la composición y propiedades del colágeno pulmonar.</p>

Tabla 3. Continuación...

Principales cambios funcionales del sistema nervioso central
A nivel somatosensorial: menor sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil; se mantiene la sensibilidad posicional.
A nivel motor existen pérdidas en: capacidad de coordinación motora; tono muscular; a nivel cognitivo; pérdida de memoria reciente; dificultad de aprendizaje; a nivel de comportamiento; pérdida de adaptabilidad; enlentecimiento general.
Cambios en el olfato ligados al envejecimiento: Disminución de la capacidad olfativa a partir de los 50 años; mayores pérdidas en los hombres que en las mujeres; mayores pérdidas entre los fumadores; entre los 65 y 80 años, el 50% de las personas presenta trastornos importantes; más del 75% de los mayores de 80 años tiene trastornos olfatorios; disminución paulatina en el número de receptores olfativos y cambios cualitativos a partir de los 30 años; influencia de las patologías sobreañadidas y de los factores ambientales y culturales.
Cambios que produce el envejecimiento en la piel: Adelgazamiento de la superficie cutánea, en un 15% a partir de los 60 años; la dermis pierde un 20% de su espesor; disminución de la elasticidad y flexibilidad; disminución de la producción de sebo y aumento de la permeabilidad; se pierden 10-20% de melanocitos por década; menor número de glándulas sudoríparas; deterioro de la respuesta inmune relativa de la célula; alteración de la percepción sensorial; disminución del tejido adiposo; disminución del espesor y de la velocidad de crecimiento de las uñas; alteración de los vasos sanguíneos y disminución de su número; alteraciones del pelo.

Fuente: Adaptado de García, (2008)

Existe una gran variedad de cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento, como: los cambios morfológicos a nivel vascular que aparecen en el individuo afectan a la elasticidad y diámetro de venas y arterias; los cambios a nivel respiratorio por su parte afectan la funcionalidad de las vías respiratorias así como al tejido pulmonar. En lo referente al sistema nervioso central, los cambios que se producen en el individuo afecta a la sensibilidad y motricidad del adulto mayor lo que dificulta la realización de sus actividades diarias y en muchos casos cuando se convierte en patológico puede impedir la realización de estas actividades. En la presente investigación, se analiza los cambios a nivel motriz que afectan el diario vivir de los adultos mayores.

4.1. Características físicas.

Según Padilla Toledano (como se citó en Belando, 2000), establece ciertas características físicas como: piel arrugada, pelo cano, presbicia (vista cansada), picores, piernas cansadas, disminución de estatura, postura encorvada, contextura muscular disminuida, distribución de la grasa muscular disminuida, distribución de la grasa subcutánea alterada (cara, antebrazos y mamas), deformaciones posturales, la piel se

vuelve más delgada y pálida, aparición de manchas coloreadas, pérdida del vello, pérdida del cabello (mayoritariamente en hombres), desgaste y pérdida dentaria.

La memoria también sufre cambios muy significativos en la edad adulta. Según el NewYork-Presbyterian (2004), a partir de los 20 años empieza una pérdida gradual de células cerebrales, de igual manera disminuye la cantidad de sustancias necesarias para el funcionamiento de éstas células; estos cambios intervienen con la manera en que el cerebro almacena la memoria reciente, ocasionando pérdida de memoria que sería normal en una persona adulta mayor.

El adulto mayor presenta un andar característico, según Leyva (2008), los factores que intervienen en la modificación de la marcha en el adulto mayor han sido relacionados con el sistema central y periférico. Entre los principales cambios que se observan tenemos: disminución de la velocidad y de la longitud del paso, reducción de la rotación pélvica, menor rotación de la cadera y rodilla, pérdida de balanceo de los brazos, entre otros.

Según Belando (2000), al existir una disminución de la masa muscular, éstas se sustituyen por grasa, provocando una disminución de la fuerza física considerablemente, lo que a su vez provoca cansancio y deformaciones posturales ya que el adulto mayor debe hacer un mayor esfuerzo para mantener su posición erguida, puesto que el grupo de músculos que antes se encargaba de eso empieza a fallar.

Por otra parte, están los cambios biológicos que se experimentan a lo largo de la vida y que resulta más notorio durante la vejez. Es así que McGraw-Hill Interamericana de España (2015), destaca los siguientes cambios:

Tabla 4. Cambios biológicos

Sistema sensorial	
Visión	Disminuye el tamaño de la pupila; disminución de la agudeza visual; dificultad para discriminar colores.
Audición	Menor agudeza para frecuencias altas; deterioro de la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales.
Gusto y olfato	Disminuye la sensibilidad para discriminar sabores; deterioro de las papilas gustativas; pérdida de la capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

Tabla 4. Continuación...

Tacto	Disminuye la producción de colágeno; pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.
Sistemas orgánicos	
Estructura muscular	Pérdida de masa muscular; atrofia de las fibras musculares; disminución de peso, número y diámetro.
Sistema esquelético	Huesos más porosos y quebradizos; huesos más frágiles, vulnerables a la fractura.
Articulaciones	Reducción de la flexibilidad; mayor rigidez articular; degeneración de los cartílagos, tendones y ligamentos; dolor.
Sistema cardiovascular	El corazón: endurecimiento de las fibras musculares y pérdida de la capacidad de contracción; los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad; las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles.
Sistema respiratorio	Debilitamiento de los músculos intercostales; cambios esqueléticos; deterioro del tejido pulmonar.
Sistema excretor	Riñón: menor capacidad para eliminar los productos de desecho.
Sistema digestivo	Pérdida de piezas dentales, originando problemas en la digestión; disminución de los movimientos esofágicos (facilitar la deglución); reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas; disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino (estreñimiento); vesícula e hígado: mayor incidencia de cálculos biliares y menor tamaño y eficacia del hígado.

Fuente: Adaptado de McGraw-Hill Interamericana de España, (2015a)

El adulto mayor experimenta diversos cambios a nivel biológico que afectan a los diferentes sistemas que lo componen; es así que en el sistema sensorial, los órganos de los sentidos disminuyen su funcionalidad causando dificultades de visión, menor agudeza auditiva, menor capacidad de discriminar olores y sabores y pérdida de masa muscular disminuyendo la capacidad de tacto; en los sistemas orgánicos, se observa una disminución de peso; en el sistema esquelético, los huesos se vuelven más frágiles y quebradizos y las articulaciones pierden flexibilidad; en el sistema cardiovascular, el corazón es el que se ve más afectado debido a una disminución de la capacidad de contracción; el sistema respiratorio experimenta una disminución del tejido pulmonar ocasionando dificultades para la respiración; en el sistema excretor se observa una disminución de la capacidad de eliminación de desechos y finalmente en el sistema digestivo se observa una disminución en la capacidad para secretar encimas y para la deglución, así como estreñimientos frecuentes, entre otros problemas.

4.2. Características socioemocionales.

En lo que se refiere a las características socioemocionales, McGraw-Hill Interamericana de España (2015b), concluye que con el paso de los años se da una disminución paulatina de la actividad social del individuo, de esto deriva que los adultos mayores valoricen mucho más sus amistades y dediquen más tiempo para mantenerlas, motivo por el cual resulta más significativo la calidad de la interacción que tenga con sus amistades que la cantidad de tiempo que emplee para interactuar. De acuerdo a esto, el entorno social adquiere una gran importancia para el adulto mayor, que está estrechamente relacionado con el apoyo recibido. Sin embargo, cabe destacar que según aportaciones del mismo autor, el número de interacciones que mantenga el adulto no está ligado a la percepción subjetiva de apoyo que pueda tener el individuo. McGraw-Hill Interamericana de España (2015c) distingue varios tipos de apoyo:

- **Apoyo instrumental:** bienes y servicios que ayudan a la solución de problemas prácticos.
- **Apoyo emocional:** información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.
- **Apoyo de estima:** disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios.
- **Apoyo informativo:** facilitar información necesaria para resolver un determinado problema.
- **Compañía social:** actividad social, sobre todo de carácter lúdico.

Urrutia & Villarraga (2010), por su parte hace la siguiente aportación:

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

...Otro aspecto, es la representación de la muerte como evento próximo, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan solo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

De ésta manera se entiende que el adulto mayor al llegar a la tercera edad, experimenta una serie de cambios sociales; enfrentándose a la jubilación, a la disminución de sus relaciones sociales, debido a la muerte de amigos o al propio aislamiento del individuo, entre otros factores; a la inminencia de su propia muerte, a la pérdida de autonomía; provocando un gran malestar a nivel socio-emocional. La superación de estos factores está relacionada con el apoyo o la percepción de apoyo que éstos reciban.

4.3. Características psicológicas

Desde el punto de vista psicológico, en la tercera edad se presentan cambios significativos en distintas esferas del individuo: se aprecia un declive y deterioro cognitivo, una disminución de las funciones psicológicas básicas, cambios en su personalidad, entre otros.

Dentro de las capacidades cognitivas que experimentan cambios, según Castanedo & Sarabia (2014), son:

- **Procesamiento de información.** Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativamente al procesamiento de la información: estados de ánimo negativo, ansiedad, preocupación ante las pérdidas incrementan la ansiedad.
- **Inteligencia.** Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

- **Inteligencia cristalizada.** Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.
- **Inteligencia fluida.** Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo
- **Memoria.** La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria operativa la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.
- **Lenguaje.** La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.
- **Afectividad emocional.** La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.

Para Spar & La Rue (como se citó en Cisneros, 2012), existen otros cambios a nivel psicológico que caracterizan al adulto mayor, estos son:

- **Atención.** Dificultad para alternar la atención y filtrar interferencias. La atención selectiva se mantiene estable, mientras que la atención dividida presenta deterioro leve.
- **Capacidades visuoespaciales.** Reconocimiento de cara se mantiene conservado, la copia de imágenes puede ser variable y la orientación topográfica se encuentra deteriorada. Todo esto se vuelve más evidente en situaciones poco familiares.
- **Pensamiento abstracto.** Se encuentra deteriorado. Existe un déficit en la formación de conceptos, capacidad de establecer categorías y completar series.
- **Razonamiento.** El razonamiento práctico se encuentra variable de individuo a individuo, mientras que, la capacidad de resolución de problemas se encuentra deteriorado.

- **Funciones ejecutivas.** Se puede encontrar un deterioro leve. Menor eficacia en la planificación de situaciones complejas.
- **Personalidad.** Se presentan cambios en algunas características. Los cambios se dan de acuerdo a la experiencia y adaptaciones de cada individuo ante estas, pero los rasgos principales se mantienen estables, menciona Schulz (como se citó en Cisneros, 2012).
- **Motivación.** Se evidencia una pérdida de interés. Falta de implicación espontánea en procesos de tareas cognitivas, señala Agüeda (como se citó en Cisneros, 2012).
- **Sueño.** Encontramos que las fases de sueño profundo son menores. El adulto mayor se despierta con mayor frecuencia. El tiempo total del sueño se reduce ligeramente con respecto de las personas más jóvenes, concluye Agüeda (como se citó en Cisneros, 2012).

Los cambios que se presentan en el adulto mayor desde la perspectiva psicológica, abarcan las capacidades cognitivas del individuo como el procesamiento de información, inteligencia, memoria, lenguaje y actividades emocionales; en donde se observa un enlentecimiento en la funcionalidad de estas, siendo la memoria operativa la que se ve más afectada ya que el individuo presenta mayor dificultad para recordar acontecimientos recientes. De igual manera se encuentra un deterioro en la atención dividida, así como en la orientación topográfica, la capacidad de resolución de problemas y planificación de situaciones complejas; pérdida de interés y modificación en sus patrones de sueño; sin embargo, en cuanto a la personalidad, sus rasgos principales se mantienen intactos.

5. Vulnerabilidad y dependencia.

5.1. Conceptualizaciones.

5.1.1. Vulnerabilidad.

Se ha podido encontrar que muchos autores consideran que lo que delimita o formaliza la fragilidad es la existencia de algunos procesos clínicos, sin embargo existen otras aportaciones en las que se considera que es la dependencia en la realización de las actividades diarias o el hecho de necesitar cuidadores institucionales los que determinan un estado de fragilidad en el adulto mayor. De esta misma manera este

término ha sido relacionado con un declive funcional, impedimento inestable y discapacidad. (Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco & Oliva, 2007)

Según Gutiérrez (1999):

El término fragilidad se emplea comúnmente para denominar al anciano, cuya reducción en la reserva homeostática se asocia con una mayor susceptibilidad al desarrollo de incapacidades. La mayor parte de los ancianos con deterioro funcional encajan en la categoría. Esta definición es consistente con la noción de que la fragilidad es un estado de vulnerabilidad o carencia de adaptabilidad.

Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva (2007), realizan una recopilación de algunos autores sobre la definición que le dan al término de vulnerabilidad “fragilidad”:

Tabla 5. Conceptos sobre vulnerabilidad “fragilidad”

Buchner 1992	El estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, la pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad.
Brocklehurst 1985	Equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte.
Campbell y Buchner 1997 y 1992	Sinónimo de estabilidad, de mayor probabilidad o riesgo de cambiar de estatus, de caer en dependencia o de incrementar la pre-existencia.
Fried 1999	Considera a los ancianos frágiles como un subgrupo de alto riesgo, susceptible de un control sociosanitario riguroso sobre los que instaurar políticas curativas y preventivas específicas.

Tabla 5. Continuación...

Batzán y otros 2000	La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo (homeostenosis) que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos (individuales) y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales.
Brown y otros 1995	La disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria.
OPS 2003	Adultos mayores frágiles aquellos que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "Gigantes de la Geriatria" o las cinco I: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia.
Maestro Casteblanque y Albert Cuñat 2002	Mayor necesidad y riesgo de utilizar recursos sociales y sanitarios, institucionalización, deterioro de la calidad de vida y muerte.

Fuente: Adaptado de Galbán, Sansó , Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2007

De acuerdo a lo expuesto por diversos autores, la vulnerabilidad "fragilidad", es considerada como un estado en el que el individuo se encuentra en riesgo de un deterioro en su calidad de vida y la propensión a la dependencia, de igual manera se menciona una disminución en la capacidad de adaptación y estabilidad social de su vida diaria.

5.1.2. Dependencia.

Existen ciertas características que definen la dependencia como por ejemplo; las limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales, la incapacidad de realizar las actividades cotidianas y la necesidad de contar con la ayuda de terceros.

Lorenzo, Maseda, & Millan (2008), consideran que:

En personas mayores de 65 años, a la dependencia hay que considerarla a partir de barreras económicas, sociales, culturales u otras, dependiendo del tipo de entorno en el que se desenvuelve. Se toma en consideración que, El Consejo de Europa (como se citó en Lorenzo, Maseda & Millan, 2008), define la dependencia como: “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Así mismo, para Toronjo & Rojas (2008), la dependencia se entiende como:

Resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una alteración en el estado de salud, un accidente o un cambio asociado a la edad... las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

Toronjo & Rojas (2008), describe múltiples dimensiones como predisponentes para ingresar a la categoría de dependencia:

- Psicológica (autopercepción)
- Social (percepción por los demás o como consecuencia de la falta de recursos sociales económicos, personales, de infraestructura)
- Física (valoración clínica y funcional)

Por otra parte Casado (como se citó en Olivares-Tirado, Ibáñez, España, Miranda & Gillmore, 2008), considera la dependencia como:

Un atributo que poseen las personas que consiste en tener la necesidad de una asistencia o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Entre las razones por las cuales una persona puede poseer el atributo de dependencia se cuentan la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual.

En relación a lo mencionado, el mismo autor describe algunas necesidades de ayuda de las personas dependientes, en dos grupos, según tipo de actividad:

Tabla 6. Necesidades de ayuda de las personas dependientes

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Vestirse	Utilizar el teléfono
Bañarse	Comprar
Comer	Cocinar
Asearse	Limpieza del hogar
Levantarse de la cama y acostarse	Lavar ropa
Deambular (moverse dentro del hogar)	Utilizar medios de transporte
	Gestionar la medicación
	Llevar las cuentas

Fuente: Adaptado de Olivares-Tirado, Ibáñez, España, Miranda & Gillmore (2008)

Las actividades de la vida diaria mencionadas, delimitan el estado de dependencia de un individuo, el adulto mayor va perdiendo ciertas habilidades conforme avanza su edad, pero muchos de ellos no llegan a un estado de dependencia marcado.

6. Envejecimiento exitoso

6.1. Definición

A continuación se expondrán algunas definiciones sobre “Envejecimiento Exitoso” propuestas por diferentes autores.

Para Arias, Morales, Nouvilas, & Martínez (2012), el bienestar subjetivo al ser una de las principales facetas para la identidad de las personas, está compuesta por dos dimensiones: “una dimensión afectiva o evaluativa (alta frecuencia y calidad de afectos positivos y baja de los negativos) y una dimensión cognitiva que evalúa los aspectos concretos de la vida que son relevantes”.

Rowe & Kahn (como se citó en Gutiérrez, 1999), hablan de envejecimiento exitoso: “refiriéndose a los sujetos en quienes se observa sólo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento y donde ni la enfermedad ni los factores ambientales o factores adversos en el estilo de vida complican o acrecientan el deterioro”.

Carstensen (como se citó en Arias, Morales, Nouvilas & Martínez, 2012) plantea que para un envejecimiento exitoso:

En la vejez las personas seleccionan activamente sus amistades... más que invertir tiempo en extraños, que pueden ser fuente de experiencias negativas, las personas prefieren pasar el limitado tiempo que les queda con la familia y con los amigos próximos. Con estos mecanismos de selección los adultos de mayor edad optimizan las ocasiones de experimentar emociones positivas y minimizan el riesgo de las negativas. (p.299)

Para Triadó & Villar (2006), el envejecimiento exitoso o “envejecimiento satisfactorio”, es un concepto que nace de la diferenciación de los patrones de envejecimiento patológicos en cuyo caso se caracterizan por una patología grave y por la dependencia en algún nivel o grado; y, un patrón de envejecimiento normativo, en el que, al contrario del anterior no hay enfermedad grave y ningún estado de dependencia.

Sarabia (2009), por su parte define el envejecimiento exitoso como:

“El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida”.

El término “envejecimiento exitoso” según Sarabia (2009), es demasiado impreciso y puede ser mal interpretada, a pesar de contar con criterios objetivos como: “las expectativas de vida que la persona adulta no siempre experimenta de manera positiva”.

Por lo tanto el envejecimiento exitoso, se relaciona con el grado de satisfacción y la capacidad de adaptación que el individuo llega a tener en la última etapa de su vida, dejando de lado las enfermedades y dependencia; utilizan la experiencia como un

mecanismo para una mejor selección de las personas que estarán a su lado en sus últimos años, disfrutando más de sus relaciones interpersonales.

6.2. Características del envejecimiento exitoso

Rowe & Kahn (como se citó en Triadó & Villar, 2006), quienes son los investigadores que propusieron el concepto de envejecimiento satisfactorio señalan tres elementos que están implícitos en envejecer satisfactoriamente: 1) baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas; 2) capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo; y, 3) implicación activa con la vida.

Domingo (2008), por su parte expone dos grupos de características del envejecimiento exitoso:

Tabla 7. Características de envejecimiento exitoso

Características generales	Características adicionales
Expectativas de la vida	Realizaciones
Satisfacción de vida y bienestar	Disfrute de dieta
Salud mental y psicosocial, función cognitiva	Seguridad financiera
Crecimiento personal, aprender nuevas cosas	Vecindad
Salud física y funcionalidad, independencia funcional	Apariencia física
Características y recursos psicológicos, incluyendo autonomía, control, independencia, adaptabilidad, entereza, autoestima, perspectiva positiva, objetivos, sentido del ser.	Productividad y contribuciones para la vida
Actividades sociales, comunitarias, de ocio, integración y participación, actividades.	Sentido del humor
	Sentido de propósito (propositividad)
	Espiritualidad

Fuente: Adaptado de Domingo (2008)

El envejecimiento exitoso se caracteriza por una satisfacción general en los diferentes ámbitos de la vida del adulto mayor, salud física y mental, y el nivel de inclusión social que tengan. Además de las realizaciones que tengan a lo largo de su

vida, de una dieta sana, y las relaciones sociales que mantenga, la combinación de éstos y otros factores aseguran una mejor calidad de vida para adulto mayor.

7. Envejecimiento anormal o patológico.

El envejecimiento es un estado universal con múltiples características, por lo que es importante hacer la distinción entre envejecimiento normal y envejecimiento anormal o patológico, puesto que ciertas características pueden confundirse con gran facilidad.

Es así que Barraza & Castillo (2006), hacen la siguiente distinción: el envejecimiento normal o primario, referidos a los cambios derivados del propio paso del tiempo y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de la enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

En el envejecimiento se pueden distinguir ciertos elementos que intervienen en el envejecimiento patológico como: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno; “la tendencia a enfermar es una de los rasgos característicos del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada.” (García, 2008), según este mismo autor las notas que caracterizan el envejecer son:

- **Deterioro de los sistemas y las funciones:** originados por el desgaste de los años vividos.
- **Menor adaptabilidad:** por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.
- **Mayor morbilidad:** favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.
- **Disminución del valimiento personal:** causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.
- **Tendencia al aislamiento:** al no disponer de suficiente recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.
- **Sensación de acabamiento:** sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

7.1. Tipos de problemas relacionados: Enfermedades crónicas y discapacidades

De acuerdo a una investigación realizada por Durán, Valderrama, Uribe, Gonzalez, & Molina (2009), en los diferentes Centros de Atención de Tercera Edad en Cali, Colombia, se identificaron las siguientes enfermedades como las más frecuentes: hipertensión, artritis, diabetes, asma, gastritis, cáncer, catarata, colesterol, tiroides, enfermedades cardíacas, enfermedades renales, arteroesclerosis y enfermedades relacionadas con el sistema nervioso.

Existen numerosas enfermedades que son asociadas al envejecimiento, entre las más comunes según Kail & Cavanaugh (2006), tenemos:

Tabla 8. Enfermedades asociadas al envejecimiento

Enfermedad	Descripción
Enfermedades cardiovasculares	En los ancianos las paredes arteriales se encuentran recubiertas de mayor cantidad de colágeno ocasionando una disminución en la flexibilidad arterial, mientras que el corazón presenta un aumento en la masa miocárdica reduciendo la reserva cardíaca.
Accidente cerebrovascular	La probabilidad de que ocurra un ACV aumenta con la edad. “Se debe a la interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro al bloquearse una arteria o al producirse una hemorragia”.
Trastornos de ansiedad	Aunque esta clase de problemas afectan a adultos de todas las edades, son especialmente frecuentes en los adultos mayores debido a la pérdida de la salud, al estrés por reubicación, al aislamiento, al miedo a perder la independencia y a muchas otras causas.

Tabla 8. Continuación...

<p>Memoria</p>	<p>Los adultos mayores tienden a dar un rendimiento más bajo que los más jóvenes en pruebas sobre el recuerdo de la memoria episódica: omiten más información, incluyen más digresiones y repiten más cosas recordadas antes.</p>
<p>Trastornos emocionales</p>	<p>Los cambios que ocurren en el cuerpo al envejecer, puede afectar la forma en como ven la vida los adultos mayores y la perspectiva que tengan de los años venideros, lo que podría convertirse en angustia, depresión entre otros trastornos emocionales.</p>
<p>Enfermedad de Parkinson</p>	<p>Se conoce sobre todo por sus síntomas motores típicos: marcha demasiado lenta, dificultad para subir y bajar escaleras, ligero temblor de las manos.</p>
<p>Cáncer</p>	<p>Los estilos de vida poco sanos (fumar y una dieta pobre), los factores genéticos y la exposición a sustancias carcinógenas son importantes sin duda, aunque no explican en forma satisfactoria el aumento de riesgo.</p>
<p>Depresión</p>	<p>La depresión en la senectud se diagnostica a partir de dos grupos de síntomas: sentimientos como; tristeza o inquietud; el segundo grupo incluye inapetencia, insomnio y disnea.</p>
<p>Delirios</p>	<p>Los delirios pueden presentarse en cualquier grupo de edad, sin embargo son mucho más frecuentes en edades jóvenes, están caracterizados por la pérdida de contacto con la realidad, alucinaciones tanto visuales como auditivas.</p>

Tabla 8. Continuación...

<p>Sueño</p>	<p>Los adultos mayores sufren de más problemas de insomnio que los jóvenes. Estos problemas pueden alterar el ritmo circadiano, esto es, el ciclo de sueño-vigilia. Las alteraciones causan a veces problemas de atención y de retención.</p>
<p>Deterioro cognitivo</p>	<p>En el envejecimiento la disfunción mnésica es la alteración cognitiva más común, esta alteración ocasiona problemas en todos los aspectos de la vida del individuo ya que la memoria es uno de los requisitos principales para el desarrollo de las actividades diarias.</p>
<p>Demencia</p>	<p>La demencia se traduce como una pérdida irreversible de las capacidades cognitivas, comunicación y organización de la vida cotidiana, conduciendo a una dependencia total del individuo.</p>
<p>Enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Los síntomas son: deterioro gradual de la memoria, del aprendizaje, de la atención y del juicio; confusión del tiempo y del lugar; problemas para comunicarse y encontrar las palabras adecuadas, descuido de la higiene personal y de las habilidades relativas al cuidado de sí mismo; conducta social inapropiada y cambios de personalidad. En etapas avanzadas se registra incontinencia e inmovilidad total.</p>

Fuente: Adaptado de Kail & Cavanaugh, (2006); Casanova, Casanova & Casanova (2004); Carro, Bastiaenen & Kaski (2012); Rodriguez (s.f); Angulo, Umaña & Arguedas (2008).

CAPITULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos de investigación

2.1.1. General

- Identificar las principales necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja.

2.1.2. Específicos

- Determinar necesidades de intervención del adulto mayor a través instrumentos estandarizados diseñados para cuidadores de adultos mayores y adultos mayores.
- Jerarquizar las necesidades de intervención en la población de adultos mayores de tercera edad del cantón Loja.

2.1.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de la tercera edad del cantón Loja?
- ¿Cuántos adultos mayores de tercera edad presentan deterioro cognitivo o demencia?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades biológicas que padecen los adultos mayores de tercera edad del cantón Loja?
- ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental que enfrentan los adultos mayores de tercera edad del cantón Loja?
- ¿Cuántos adultos mayores de tercera edad presentan problemas al momento de desempeñar sus actividades cotidianas?
- ¿Qué tipos de servicios necesitarían los adultos mayores de la tercera edad del cantón Loja?

2.2. Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, en el cual, mediante la utilización de una entrevista estandarizada para la identificación de las diferentes necesidades existentes en un grupo adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja. La información recolectada, se divide en 9 parámetros: antecedentes familiares, antecedentes de salud personal, antecedente de salud familiar, problemas cerebro vasculares, necesidades de salud mental, problemas de sueño, actividades cotidianas, función mental general y memoria, deterioro cognitivo (MMSE).

2.3. Contexto

En la provincia de Loja, se encuentra un aproximado de 45.556 adultos mayores, según proyecciones realizadas por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010), dentro del cantón Loja, que fue el lugar de donde se tomó la muestra para la presente investigación, según Censo de Población y Vivienda 2010, Loja cuenta con un total de 11.165 de adultos mayores de la tercera edad (65 a 80 años). (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

Pese a los datos mencionados, no se cuenta con información precisa sobre cuántos adultos mayores viven en los barrios de la ciudad de Loja, la misma que cuenta con un total de 19 parroquias de las cuales 6 son urbanas y 13 rurales. Los barrios seleccionados fueron los siguientes:

Tabla 9. Barrios de la ciudad de Loja

Los Ahorcados	Rincón 3	Pedestal
Menfis	Obrapía	Los Faiques
Santo Domingo	Belén	Virgen Morena
Quebrada de Borja	Pradera	El churo
Centro de la ciudad	Bolonia	Zamora Huaico
Nueva Granada	La Pradera	Plateado
Los Rosales	Las Pitás	San José
Jipiro	Julio Ordoñez	La tebaida

Tabla 9. Continuación...

Turunuma	San Cayetano	Sauces Norte
Catedral	La Paz	La Dolorosa
La Banda	Tejar de Jericó	Unión Lojana
Daniel Álvarez	Santa Teresita	Clodoveo
El Panesillo	San Pedro	San Francisco
Las Peñas	Cuarto Centenario	San Vicente
Celi Roman	Argelia	San José

Elaborado por: Autora

2.4. Población y muestra

Para el desarrollo de ésta tesis se tomó como población a los adultos mayores de tercera edad (65-79 años) de la ciudad de Loja.

Para delimitar la muestra en esta investigación, se tomó como base las 6 parroquias existentes en la ciudad de Loja, de acuerdo a la cercanía y seguridad se seleccionaron de entre 5 a 6 barrios por parroquia, sin embargo al no tener datos ciertos sobre la cantidad de adultos mayores por cada barrio se utilizó una muestra accidental.

Se encuestó a 214 adultos mayores de tercera edad distribuidos en 45 barrios de la ciudad de Loja, de estas encuestas aplicadas se descartaron 30 por información incompleta, quedando un total de 184 encuestas; a las cuales se añadieron 20 encuestas más que se aplicaron en los diferentes barrios de la ciudad de Loja. Finalmente se trabajó con 204 adultos mayores.

En esta investigación se utilizó los siguientes criterios de inclusión:

- Edad (65-79 años)
- Lugar de residencia actual (ciudad de Loja)
- Viviendas particulares
- Disponibilidad y compromiso para colaborar con la investigación

De la misma manera se utilizó los siguientes criterios de exclusión:

- Edad (< de 65 años y > de 79 años)
- Lugar de residencia actual (fuera de la ciudad de Loja)
- Vivienda (población cautiva en residencias asistenciales y hospitales)
- Falta de disponibilidad y compromiso para colaborar con la investigación

A continuación se mostrará algunas características de la población y muestra.

Tabla 10. Distribución de adultos mayores por edad

Edad	Total	Porcentaje
65-69	92	45.1%
70-74	66	32.4%
75-79	46	22.5%

Elaborado por: Autora

La población objetiva de la presente investigación, estuvo conformada por un grupo de adulto mayores de los cuales el 45.1% correspondían a las edades de 65-69 años, el 32.4% correspondían a los de 70-74 años, y un 22.5% representaban a los de 75-79 años.

Tabla 11. Distribución de adultos mayores de acuerdo al lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Total	Porcentaje
Loja	121	59.3%
Provincia de Loja	72	35.3%
Resto del país	9	4.4%
Extranjeros	2	1.0%

Elaborado por: Autora

El 59,3% de la población objetiva pertenecía a la ciudad de Loja, el 35,3% pertenecía a los diferentes cantones de la provincia de Loja, un bajo porcentaje pertenecía al resto del país (4.4%), y tan solo un 1% eran extranjeros.

Tabla 12. Distribución de adultos mayores por estado civil

Estado civil	Total	Porcentaje
Casado	130	63.7%
Soltero	21	10.3%
Viudo	33	16.2%
Separado	20	9.8%

Elaborado por: Autora

La población objetiva, de acuerdo a su estado civil se dividía en: el 63.7% casados, el 10.3% solteros, una mayor proporción a la anterior (16.2%) representaban a los viudos, mientras que el 9.8% eran separados.

Tabla 13. Distribución de adultos mayores por género

Género	Total	Porcentaje
Femenino	139	68.1%
Masculino	65	31.9%

Elaborado por: Autora

En la población objetiva se encontró que el 68.1% de los adultos mayores eran mujeres, mientras que tan solo el 31.9% eran varones.

Tabla 14. Distribución de adultos de acuerdo a la ocupación

Ocupación	Total	Porcentaje
Manual	127	62.3%
Intelectual	75	36.8%

Elaborado por: Autora

En la población objetiva se encontró que el 62.3% tenía un ocupación manual o la desempeñó durante toda su vida, mientras que el 36.8% tenía una ocupación intelectual.

Tabla 15. Edad en que dejaron el colegio

Edades en que dejaron el colegio	Total	Porcentaje
7-10	20	13.8%
11-14	68	47%
15-18	49	33.8%
19-20	8	5.4%

Elaborado por: Autora

En relación a la escolaridad y a la edad en que dejaron de estudiar, se encontró que el 13.8% dejó el colegio entre los 7 o 10 años, el 47% lo dejó entre los 11 y 14 años, el 33.8% entre los 15 y 18 años y un 5.4% dejaron el colegio entre los 19 o 20 años.

Tabla 16. Años que asistió al colegio

Años de asistencia al colegio	Total	Porcentaje
1-4	30	20.4%
5-8	75	51%
9-12	39	26.5%
13-14	3	2.1%

Elaborado por: Autora

De la población objetiva, el 20.4% de los adultos mayores asistieron al colegio de 1 a 4 años, un poco más de la mitad (51%) asistió de 5 a 8 años, el 26,5% asistió de 9 a 12 años, mientras que tan sólo un 2.1% asistió de 13 a 14 años.

Tabla 17. Otra formación

Años de otra formación	Total	Porcentaje
0	144	70.6%
1	10	4.9%
2	11	5.4%
3	19	9.3%

Tabla 17. Continuación...

4	6	2.9%
5	5	2.5%
6	9	4.4%

Elaborado por: Autora

De la población entrevistada, la gran mayoría (70.6%) no accedió a otra formación, mientras que el 4.9% accedieron a otra formación con la duración de 1 año, el 5.4% tuvo otra formación con una duración de 2 años, el 9.3% tuvo otra formación de 3 años, el 2.9% de 4 años, una proporción similar (2.5%) accedió a otra formación de 5 años, mientras que el 4.4% tuvo una formación de 6 años.

Tabla 18. Distribución del adulto de acuerdo a con quién vive actualmente

¿Con quién vive?	Total	Porcentaje
Con el cónyuge	91	49.2%
Familiares o amigos	28	15.1%
Con los hijos	41	22.2%
Solo	25	13.5%

Elaborado por: Autora

En relación a con quién viven actualmente, se encontró que el 49.2% de los adultos encuestados viven con el cónyuge, el 15.1% vive con familiares o amigos, una proporción mayor (22.2%) representa a los que viven con los hijos, mientras que un 13.5% vive solo.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección

2.5.1. Métodos

El diseño de esta investigación fue de tipo descriptivo-transversal-cuantitativa.

- Según Salkind (como se citó en Bernal, 2006), se considera como investigación descriptiva aquella en que, se reseñan las características o rasgos de la situación fenómeno objeto de estudio.
- Investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014)
- El enfoque cuantitativo o método tradicional se basa en la medida de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema en cuestión, una serie de proposiciones que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados (Bernal, 2006)

Por lo tanto, se realizó un análisis descriptivo de las necesidades del adulto mayor en un momento determinado en el tiempo, esta investigación se complementó una metodología cuantitativa a través del análisis de frecuencias y porcentajes de las respuestas en relación con las necesidades de cada individuo evaluado, para de ésta manera jerarquizar las necesidades de intervención de la población; la información determinó diferentes factores como son: escolaridad, vivienda, enfermedades, actividades cotidianas, problemas de sueño, memoria, personalidad, antecedentes familiares de salud, entre otros.

2.5.2. Técnicas e instrumentos de recogida de información

El instrumento que se utilizó en esta investigación es el CAMDEX-R, es una entrevista estandarizada y estructurada diseñada para el diagnóstico de las enfermedades mentales, y especialmente de las demencias, propias de la edad avanzada. (Roth, Huppert, Mountjoy, & Tym, 1986)

El CAMDEX-R posibilita evaluar el estado actual, físico y mental, antecedentes personales y familiares, dando un método de observación para medir datos importantes para el diagnóstico y la progresión de la demencia, diferenciándola tanto de otros trastornos mentales como del proceso normal de envejecimiento (Roth, Huppert, Mountjoy, & Tym, 2016).

Se realizó una adaptación en la que quedaron los siguientes apartados:

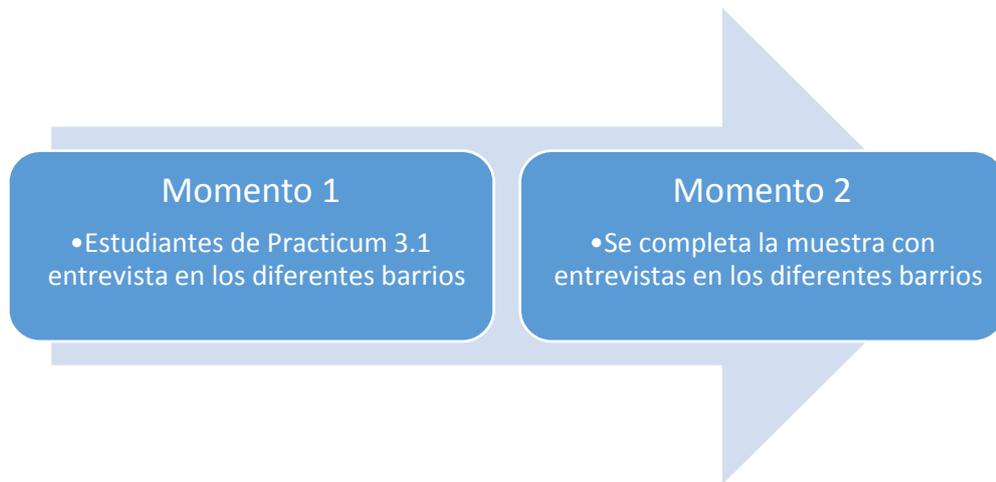
- Información general
- Entrevista con el sujeto
 - Examen del estado actual
 - Antecedentes familiares
 - Antecedentes personales
 - Examen cognitivo (CAMCOG)
 - Medicación
 - Observaciones del entrevistador
- Entrevista con el informante (familiar, cuidador)
 - Cambios de personalidad, comportamiento y cognición
 - Actividades de la vida diaria
 - Antecedentes personales y familiares
- Escalas incorporadas
 - Escala de demencia
 - Escala de isquemia
 - Mini-Mental State Examination
 - Examen Cognitivo Mini-mental
 - Abbreviated Mental Test

El CAMDEX-R es un instrumento de aplicación individual, con una duración aproximada de 1h20 minutos, sin embargo este tiempo puede variar dependiendo de la práctica del entrevistador y la colaboración del entrevistado. Cabe destacar que es un instrumento para ser aplicado a adultos mayores de 65 años en adelante. Al concluir la entrevista, se establece un diagnóstico basándose en los criterios del manual.

2.5.3. Proceso de recolección de información

Para ésta investigación la información se recogió mediante una encuesta censal y visitas domiciliarias. Las entrevistas se realizaron al adulto mayor y a sus cuidadores tanto del sector rural como del sector urbano.

La recolección se la realizó en 2 momentos:



Momento 1.

Se contó con la ayuda de 23 estudiantes del componente Practicum 3.1 de la Universidad Técnica Particular de Loja de la carrera de Psicología, los estudiantes contaron con una capacitación previa sobre la correcta aplicación del instrumento a utilizar. Se asignó 2 barrios por cada estudiante, dando un total de 214 encuestas realizadas a los adultos mayores de la ciudad de Loja, de los barrios antes mencionados.

Momento 2

Al finalizar la primera recolección, se descartaron 30 encuestas por información incompleta. Se realizó una nueva recolección de datos por parte de la tesista. Se aplicó 20 encuestas adicionales en los diferentes barrios de la ciudad de Loja. Dando un total de 204 encuestas.

2.5.4. Proceso de análisis de datos

Se realizó el ingreso de los datos al programa de Excel en donde se tabuló y organizó, para luego transferirlos al programa SPSS con el que se trabajó el análisis, en el SPSS se calcularon frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, esto dependía de la pregunta y de lo que se necesitaba saber para cumplir con los objetivos de la presente investigación. Finalmente se realizó el análisis de los resultados en donde se utilizaron tablas, gráficos de pastel e histogramas, teniendo en cuenta que la investigación es descriptiva se realizó la redacción y discusión de lo obtenido.

La investigación tiene como finalidad la identificación de las necesidades de intervención que presentan los adultos mayores en la ciudad de Loja, para lo cual se procede a identificar las siguientes variables:

Variables independientes

- Antecedentes familiares
- Antecedentes de salud personal
- Antecedentes de salud familiar
- Problemas cerebrovasculares
- Necesidades de salud mental
- Problemas de sueño
- Función mental general y memoria
- Mini-Mental State Examination (MMSE)

Variable dependiente

- Necesidades de intervención

Tabla 19. Operacionalización de variables

Variables independientes				
	Variable	Indicador	Fuente	Observación
1	Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de hijos y hermanos • Edad del padre o la madre • CAMDEX-R Preguntas 86-90 	Adulto mayor y familiar	Se utilizó esta variable para conocer sobre el estado familiar del adulto mayor

Tabla 19. Continuación...

2	Antecedentes de salud personal	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de enfermedades • Hábitos de consumo de alcohol, tabaco y fármacos • CAMDEX-R Preguntas 69-85 	Adulto mayor y familiar	Esta variable se utilizó para categorizar las enfermedades que han sido diagnosticadas en los adultos mayores evaluados.
3	Antecedentes de salud familiar:	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de memoria • Ataque al corazón • Apoplejía • Presión alta • Diabetes • Parkinson • Síndrome de Down • Leucemia • Cáncer • Trastornos emocionales • CAMDEX-R Preguntas 96-120 	Adulto mayor y familiar	Con esta variable se categorizó las enfermedades que han afectado a los familiares directos del adulto mayor.
4	Problemas cerebrovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Mareos • Caídas • CAMDEX-R Preguntas 16-19 	Adulto mayor y familiar	Esta variable se utilizó para averiguar la presencia y frecuencia de síntomas relacionados con problemas cerebrovasculares.

Tabla 19. Continuación...

5	Necesidades de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Preocupación y ansiedad • Síntomas paranoides y psicóticos • Personalidad • Obnubilación y delirio • CAMDEX-R Preguntas 23-36, 55-68, 168-178, 212-226, 234-238 	Adulto mayor y familiar	Identificar la presencia de síntomas de las diferentes afecciones mentales que pueden padecer los adultos mayores con problemas cognitivos o afectivos.
6	Problemas de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio temprano • Insomnio • Patrón de sueño modificado • Deambulación nocturna • Despertar precoz • Hipersomnia • CAMDEX-R Preguntas 20-22, 227-233 	Adulto mayor y familiar	Identificar el problema de sueño más común que padecen los adultos mayores evaluados.
7	Actividades cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de motricidad • Dificultades para realizar las actividades cotidianas • Dificultades para comer y vestirse • CAMDEX-R Preguntas 37-44, 203-211 	Adulto mayor y familiar	Identificar el tipo de problemas que le impiden al adulto mayor desempeñarse en sus actividades cotidianas.

Tabla 19. Continuación...

8	Función mental general	<ul style="list-style-type: none"> • Declive de la función mental general • Quejas subjetivas de memoria • Memoria reciente • Memoria a largo plazo • Desorientación topográfica • CAMDEX-R Preguntas 52-54, 188-202 	Adulto mayor y familiar	Identificación de síntomas que causen problema en la función mental general del adulto mayor
9	Mini-Mental State Examination (MMSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Lenguaje • Memoria • Atención/concentración • Memoria/recuerdo • Lenguaje: lectura comprensiva • Praxis • CAMDEX-R Preguntas 221-139 	Adulto mayor y familiar	Puntaje de 0 a 30 para identificar deterioro cognitivo.
Variable dependiente				
	Variable	Indicador	Fuente	Observación
1	Necesidades de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • CAMDEX-R 	Adulto mayor y familiar	Se evaluaron 9 parámetros para identificar y categorizar las necesidades manifestadas

Elaborado por: Autora

CAPITULO III
ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se analizará los resultados obtenidos en la investigación, constará de 9 apartados, como son: (1) antecedentes familiares, (2) antecedentes de salud personal, (3) antecedente de salud familiar, (4) problemas cerebro vasculares, (5) necesidades de salud mental, (6) problemas de sueño, (7) actividades cotidianas, (8) función mental general y memoria, (9) deterioro cognitivo (MMSE).

1. Antecedentes familiares

Tabla 20. Hijos y hermanos

	No (%)	Si (%)
Hijos varones	13,24	86,76
Hijas mujeres	11,27	88,73
Hermanos varones	11,76	88,24
Hermanas mujeres	11,76	88,24

Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos, la población entrevistada ha procreado en su mayoría mujeres que difiere en un 1,97% de los varones. Lo que significa que la natalidad de mujeres es mayor a la de varones en las décadas de edad reproductiva de la muestra estudiada, y que esto, es ligeramente diferente a la natalidad actual; según resultados del INEC (2010); en la ciudad de Loja existe un 48.15% de varones y el 51.84% de mujeres, dando una diferencia del 3.69%, sin embargo se mantiene la tendencia de que el sexo femenino prevalezca sobre el masculino, aunque ahora se ha disminuido el número de hijos por familia. Según Gómez (2001), en el año 1950 el número de hijos por familia era de 6.9; mientras que, para el 2010 la tasa global de fecundidad se redujo a 2.79 hijos por familia, (Matute & Jarrín , 2016); sin embargo se puede evidenciar, que en el año de 1930, la realidad era diferente, pues no se registra una variación en la natalidad de los hermanos y hermanas de las personas objeto de investigación.

Tabla 21. Antecedentes familiares

	Lugar entre los hermanos	Edad de la madre si vive	Edad de la madre al morir	Edad del sujeto al morir madre	Edad del padre si vive	Edad del padre al morir
Media	3,30	90,11	72,88	46,67	92,58	68,78
Desviación estándar	2,343	4,902	19,431	17,568	4,033	19,676
Mínimo	1	84	22	1	87	20
Máximo	13	102	110	77	100	110

Elaborado por: Autora.

De la población entrevistada, según el lugar que ocupaban los participantes en relación a sus hermanos, el promedio es de el tercer lugar, lo que significa que la población obtetiva por debajo del 50% se encontró en esta posición, la misma que varia según los datos obtenidos entre la quinta y la primera posición (desviación estándar 2.34). Como ya se mencionó en el apartado anterior, según Gómez (2001), para 1950 el número de hijos por familia era de 6.9, por lo tanto, esta información se corresponde con los resultados obtenidos, en donde se puede ver que aproximadamente más del 50% de la población superaba los 5 hijos por familia.

Por otra parte, en relación a los datos obtenidos la edad promedio de las madres que permanecen vivas de la población encuestada es de 90 años, dato que oscila entre 84 años y 102 años, mientras que, la edad promedio de los padres que permanecen vivos es de 92.58 años, lo que significa que, a pesar de ser muy pocos (padres 12, madres 27); han logrado llegar a esa edad, probablemente debido a las mejores condiciones de vida que existen actualmente y a sus factores biológicos y de estilo de vida propios. En comparación a las estimaciones de población del INEC, (2010); Loja contó con una esperanza de vida para el 2015 de 81.1 años en mujeres; y de 76.6 años en hombres, siendo Loja la provincia con mayor esperanza de vida del país. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2015), señala que el aumento de la

esperanza de vida en comparación a años anteriores, se debe a los avances tecnológicos en medicina, nutrición e infraestructura sanitaria, y a la mejora de la calidad de los servicios básicos. Por lo tanto, se entiende que la calidad de vida en los últimos años ha mejorado, lo que se relaciona con el hecho de que algunos de los padres de los adultos encuestados permanezcan vivos.

2. Antecedentes de salud personales

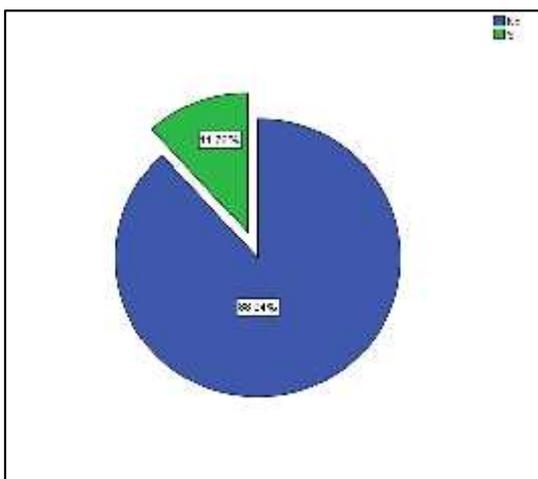


Figura 1. Crisis cardiaca
Elaborado por: Autora.

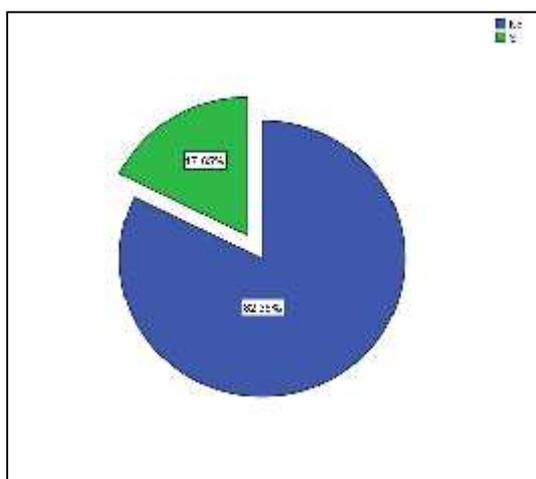


Figura 2. Familiar con crisis cardiaca
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, 24 de las 204 personas entrevistadas fueron diagnosticadas con crisis cardiaca o han tenido algún problema cardiaco; lo que quiere decir que aproximadamente 3 de cada 25 personas tienen algún padecimiento similar en relación a la muestra objetiva, mientras que 36 de las 204 entrevistados manifestaron tener familiares con este tipo de padecimientos; es así que, según la información recolectada por el INEC (2010), muestra que la tasa de mortalidad por enfermedades cardiacas o paro cardiaco es de 17 por cada 100.000 habitantes. De la misma manera, el Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Organización Panamericana de la Salud (2011), señala que para las personas mayores de 65 años, la insuficiencia cardiaca representa el 4.2% de mortalidad a nivel nacional, es decir que 1.5 de cada 1000 habitantes fallecen por esta afección, las enfermedades cardiacas hipertensivas, por su parte, representan el 3.4% de mortalidad; 1.2 personas por cada 1000 habitantes. De acuerdo a la OMSa (2016) las causas principales de cardiopatía es la alimentación inadecuada, falta de ejercicio, el consumo de tabaco y alcohol. Dada la gran importancia de esta enfermedad al no ser controlada, se consideraría como una de las necesidades que deben ser atendidas.

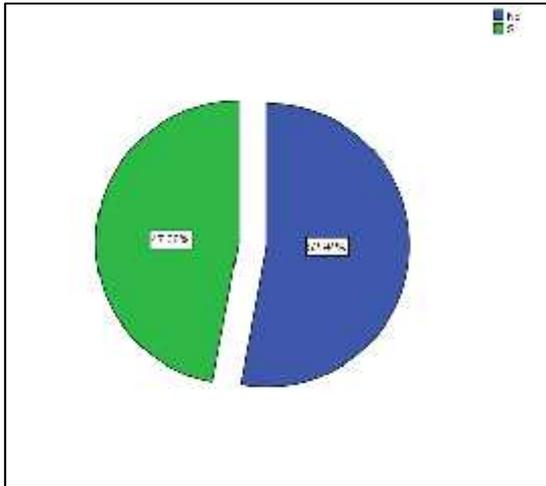


Figura 3. Presión alta
Elaborado por: Autora.

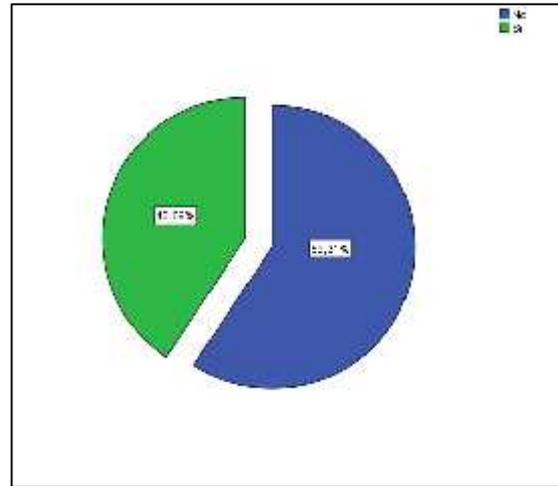


Figura 4. Familiar con hipertensión
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, aproximadamente 1 de cada 2 de las personas encuestadas han sido diagnosticadas con presión alta también conocida como hipertensión arterial (HTA); y aproximadamente 2 de cada 5 manifiestan tener familiares con este padecimiento, lo que significa que la incidencia de HTA es muy elevada; esto se corresponde con información de Naranjo (2011); que dice que en Ecuador 3 de cada 10 personas son hipertensas; de esta manera, según los indicadores de salud propuestos por el Ministerio de Salud Pública, y cols. (2011), una de las principales causas de muerte en el Ecuador es debido a enfermedades hipertensivas con un 7% es decir 29.8 de cada 100.000 habitantes. Sin embargo según la misma fuente, en personas adultas mayores (65 años en adelante) la hipertensión esencial representa 4.9% dentro de las causas de mortalidad, es decir que 1.7 personas de cada 1.000 habitantes mueren por esta afección. En vista de los resultados mencionados, se hace evidente que la hipertensión es una necesidad que debe ser atendida; según la OMS (2013); indica que la prevalencia de la hipertensión se atribuye a una dieta malsana, el uso nocivo de alcohol y tabaco, falta de ejercicio, el sobrepeso o un estrés excesivo. La HTA, al ser relacionada con el consumo excesivo de alcohol y tabaco, se encontró que en la población entrevistada el 10,78% manifestó haber sido o seguir siendo fumador activo, y, el 26.96% ser o haber sido bebedor.

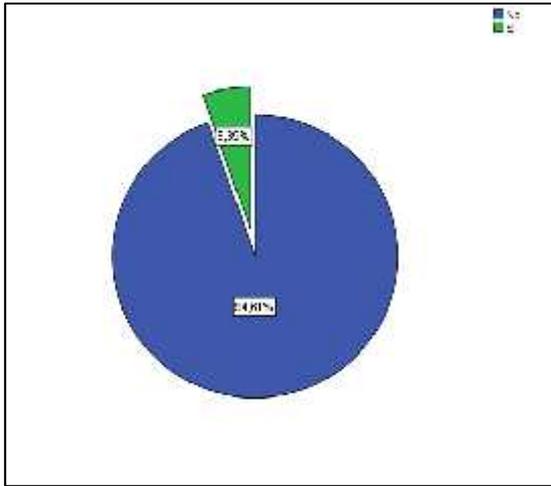


Figura 5. Apoplejía
Elaborado por: Autora.

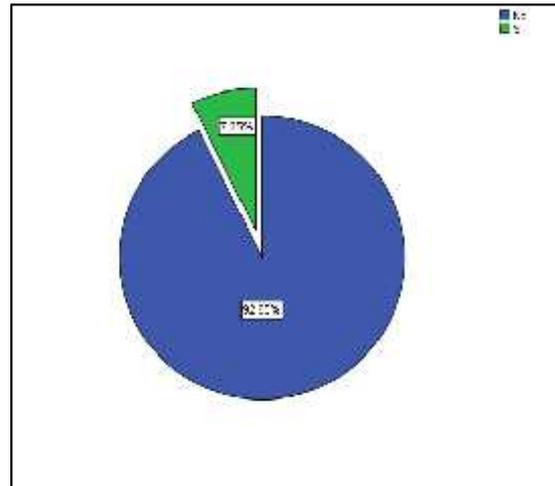


Figura 6. Familiar con apoplejía
Elaborado por: Autora.

Existe un bajo porcentaje entre las personas entrevistadas que han sufrido apoplejía, aproximadamente 3 de cada 50 personas, mientras que 15 personas refirieron tener algún familiar que haya tenido esta enfermedad, lo que significa que la prevalencia de esta enfermedad es mucho menor en comparación a la HTA (figura 3) y crisis cardíaca (figura 1) antes mencionadas. Sin embargo según información recolectada por Ministerio de Salud Pública, y cols. (2011), indica que las enfermedades cerebrovasculares se encuentran entre las principales causas de mortalidad general para el año 2010, es decir 22.6 de cada 100.000 habitantes que representa el 5.3% de la población censada. De acuerdo a National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NIH] (2013), algunos de los factores de riesgo que influyen para sufrir de un ataque cerebral son el padecimiento de HTA, consumo de cigarrillos, enfermedades cardíacas, deabetes, desequilibrio de colesterol, inactividad física y obesidad. Considerando la elevada incidencia de personas con padecimientos de HTA y enfermedades cardíacas en la muestra objetiva, existe una probabilidad mayor de que las personas que aún no han sufrido algún ECV (Enfermedad Cerebrovascular) lo padezcan, y más aún considerando la edad de las personas objetivas.

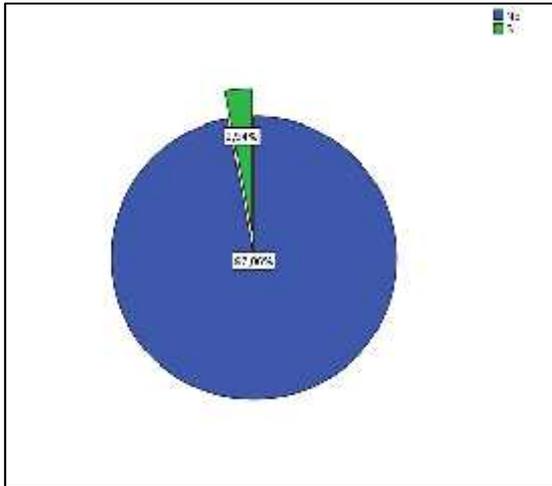


Figura 7. Crisis epiléptica
Elaborado por: Autora.

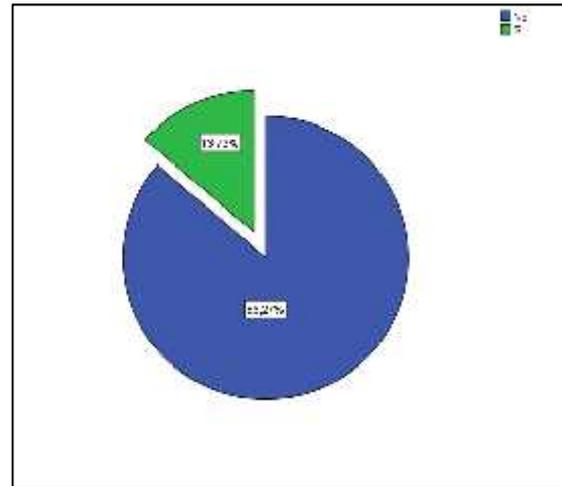


Figura 8. Golpes en la cabeza
Elaborado por: Autora.

En relación a los resultados obtenidos en esta investigación, la morbilidad de epilepsia es muy bajo, aproximadamente 3 de cada 100 personas (204 personas encuestadas). Sin embargo, según Cuesta (2014), en Ecuador de 17 a 22 personas por 1000 habitantes sufren de epilepsia, cabe destacar que se han encontrado cifras diversas dependiendo de la región estudiada; y para Carpio, Placencia, Roman, Aguirre, Lisanti & Pesantes (2001), existe una prevalencia de 9 por cada 1.000 habitantes. De esta manera la OMS (2016), ha destacado algunas de las causas conocidas para la epilepsia: daño cerebral, malformación congénita, traumatismo craneoencefálico grave, ACV, infecciones cerebrales, síndromes genéticos y tumores cerebrales. Considerando esto, se puede notar una clara relación con golpes en la cabeza sufridos a lo largo de la vida; de la muestra objetiva, aproximadamente 1 de cada 7 personas han tenido caídas con pérdida de conocimiento, es decir 28 de las 204 personas encuestadas han tenido caídas de este tipo. De acuerdo a MedlinePlus (2015), en una pequeña cantidad de personas los síntomas de una conmoción cerebral permanecen, y existe un mayor riesgo de cambios prolongados en el cerebro cuando existe más de 1 conmoción cerebral. Los síntomas que pueden aparecer son: retrimiento, dificultades en memoria y concentración, dolores de cabeza, intolerancia al ruido, cansancio, mareos y visión borrosa. Lo que puede llevar a los pacientes a ingerir medicinas anticonvulsivas por algún tiempo. Sin embargo, en la muestra objetiva no existe una proporción muy significativa.

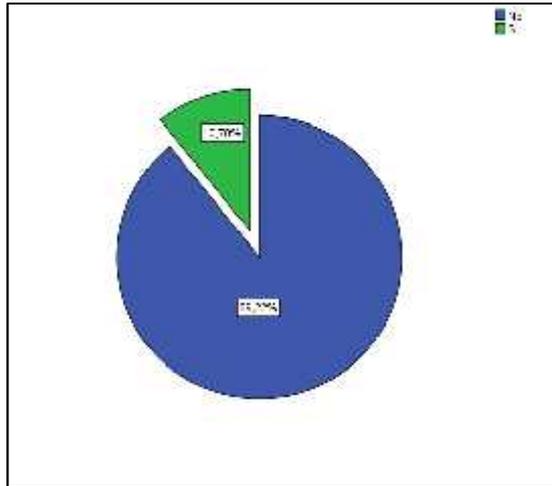


Figura 9. Fumadores
Elaborado por: Autora.

Aproximadamente 1 de cada 10 personas en relación a la muestra objetiva son fumadores, en la provincia de Loja, existe una prevalencia promedio anual de consumo de 14,63% (Secretaría Técnica de Drogas [SETED], 2016); al igual que el consumo de alcohol, el consumo de cigarrillo es el segundo dato más alarmante a nivel provincial. El consumo de cigarrillo es responsable de un gran número de enfermedades que van más allá del cáncer pulmonar; dentro de las principales complicaciones se encuentran las enfermedades cardiovasculares, trastornos psicológicos por dependencia, vulnerabilidad mental, disminución sexual, enfermedades cerebrovasculares, entre otras (Falconi, 2011). Así como otros hábitos de comportamiento, fumar es una conducta aprendida que se convierte en hábito debido a la práctica, a la asociación con otras actividades y al refuerzo (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2014).

Tabla 22. Bebedores

	Si (%)	No (%)
Bebedor (+10 unidades)	26,96	73,04
Ha pensado que bebía en exceso	13,73	86,27
Problemas por la bebida	8,33	91,67

Elaborado por: Autora.

Aproximadamente 3 de cada 10 personas son o han sido bebedores, a pesar de que la proporción muestral no es mayor, el porcentaje de bebedores en la muestra objetiva es considerablemente bajo en comparación a la prevalencia promedio anual de consumo registrado para la provincia de Loja que es de 29.27% (Secretaría Técnica de Drogas, 2016). El consumo se registra mayormente en la población masculina que en la femenina; de acuerdo a (Guerra de Andrade & Garcia de Oliveira, 2011); del 5 al 7% de las personas que no consumen alcohol o que lo hacen de forma ocasional, pueden llegar a tener problemas de alcohol; es así que de acuerdo a los resultados obtenidos en la población objetiva, aproximadamente 1 de cada 7 personas respondieron haber pensado que bebían en exceso, debido a que no experimentaron problemas serios a nivel familiar, laboral o personal, es decir 2 de cada 25 personas refirieron haber experimentado problemas por el consumo de alcohol; y sólo el 8,33% respondieron haber tenido problemas con el consumo de alcohol. De acuerdo a esta misma fuente, el alcohol se consume de manera simultánea a otras sustancias psicotrópicas, principalmente el cigarrillo y la marihuana; de igual manera señala que el consumo excesivo y prolongado de alcohol puede contribuir a la aparición y mantenimiento de las siguientes enfermedades: miocardio, hipertensión, arritmia, accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca, entre otras.

Tabla 23. Dependencia de fármacos y reacción por consumo por primera vez

	Si (%)	No (%)
Dependencia de fármacos	7,35	92,65
Reacción a fármacos	4,90	95,10
Reacción a fármacos con pérdida de conocimiento	1,96	98,04
Reacción a fármacos con confusión	1,96	98,04
Reacción a fármacos con fiebre	2,45	97,65
Reacción a fármacos con hospitalización	2,45	97,55

Elaborado por: Autora.

En relación a la dependencia de algún fármaco, 15 de los 204 entrevistados afirmaron haber tenido algún tipo de dependencia al consumo de fármacos; es decir aproximadamente 3 de cada 50 personas han manifestado este tipo de dependencia. La medicación o fármacos bajo prescripción médica son controlados por los doctores y existe una escasa probabilidad de desarrollar dependencia; sin embargo la automedicación inicia cuando el individuo pretende tratar síntomas o agravios a la salud auto-reconocidos (Torres, 2015). Esto significa que con el afán de aminorar malestares los individuos se vuelven dependientes a ciertos fármacos que luego les cuesta mucho trabajo dejar. Sería tarea de los farmacéutas evitar un consumo inapropiado de fármacos con controles de recetas médicas y con la información oportuna de las consecuencias de ciertos medicamentos. Según Izquierdo, y otros (2010), las principales causas de automedicación son: deficiencia económica, espera para consulta médica, síntomas leves, conocimientos en el área, remedios naturales, atención médica incorrecta, vergüenza e ignorancia; de la misma indica que entre las consecuencias de la automedicación se encuentra fomento de fármaco dependencia, intoxicación y muerte; por lo tanto en relación a nuestra población entrevistada encontramos que 10 de los 204 entrevistados, tuvieron alguna reacción negativa o intoxicación por fármacos que habían sido administrados por primera vez, de los cuales 5 manifestaron haber tenido una reacción con perdido el conocimiento, 4 con confusión mental, 6 con fiebre y 5 tuvieron que ser ingresados a un hospital para su recuperación, algunos fueron síntomas aislados o sólo padecieron una de las reacciones antes mencionadas.

Tabla 24. Nerviosismo, preocupación y ansiedad

	Si (%)	No (%)
Se considera usted una persona nerviosa	26,47	73,53
Más tenso por cosas insignificantes	38,78	61,22
Irritable al límite	30,10	69,90
Muy ansioso o atemorizado	31,12	68,88
Ansioso y con malestar físico	22,96	77,04
Situaciones provocadoras de ansiedad	17,86	82,14
Ataques de miedo o pánico	7,65	92,35

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada, se encontró que 54 de las personas entrevistadas (204) se consideran como personas nerviosas, 76 manifestaron encontrarse más tensos por cosas insignificantes, 59 se han sentido mucho más irritable (irritable al límite); mientras que 69 manifestaron haberse sentido muy ansiosos o atemorizados de los cuales 45 han experimentado ansiedad con algún malestar físico, como: sudoraciones, temblores, etc., y tan sólo 35 revelaron tener alguna situación específica provocadora de ansiedad, entre las situaciones más comunes estaban: cuando los hijos se iban de casa y cuando empezaban a sentirse solos; sin embargo tan sólo el 7,65% de los entrevistados ha tenido algún ataque de miedo o pánico; de acuerdo a Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters (como se citó en Guerrón, 2015) indica que las emociones presentes en un trastorno de ansiedad van desde el simple nerviosismo hasta los ataques de terror o pánico. La OMS (2016), los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población adulta mayor, existe una dificultad significativa para saber qué específicamente causa la ansiedad ya que varía de persona a persona, sin embargo, para Báez (2002), la ansiedad puede deberse a: tendencia a reaccionar de manera exagerada ante las dificultades, como consecuencia a un acontecimiento completamente desagradable, acumulación de pequeños problemas, entre otros.

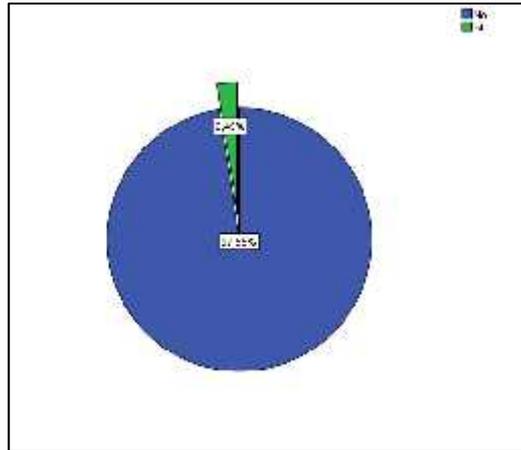


Figura 10. Tratamiento por enfermedades mentales
Elaborado por: Autora.

De la población entrevistada, 5 personas revelaron haber recibido algún tratamiento debido a alguna enfermedad mental, sin embargo no existe una especificación de las enfermedades mentales padecidas por los encuestados, lo que limita una comparación apropiada.

3. Antecedentes de salud familiares

Tabla 25. Antecedentes de salud familiares

	Familiares		Adulto Mayor	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Problemas de memoria	7,84	92,16	NC	NC
Trastorno emocional	1,47	98,53	NC	NC
Diabetes	28,43	71,57	6,37	93,63
Síndrome de Down	3,92	96,08	0	100
Parkinson	4,90	95,10	0	100
Cáncer	27,45	72,55	1,47	98,53
Leucemia	2,45	97,55	0	100

NC: No corresponde
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que las enfermedades biológicas más frecuentes en las familias de los entrevistados: los antecedentes familiares de diabetes representan un 28,43%; sin embargo la incidencia en el adulto mayor evaluado está en el 6,37%; una tendencia similar se ve en el cáncer, los antecedentes corresponden al 27,45%, y la presencia de la enfermedad afecta al 1,47% de los adultos mayores evaluados; en el resto de enfermedades evaluadas no se encontraron pacientes actuales aunque si algunos casos como antecedentes familiares. Estos datos de poca prevalencia de enfermedades relacionadas a un posible factor hereditario, se podría deber a que los adultos aún están en la tercera edad, y que se suelen presentar mayores prevalencias a partir de los 80 años (cuarta edad). Sin embargo es importante tener en cuenta que existe un factor de riesgo relacionado con la diabetes mellitus, pues esta enfermedad es la primera causa de mortalidad en Ecuador, seguida por las enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares y demencia (INEC, 2011). Por otra parte, el cáncer maligno afecta al 81% de personas mayores de 65 años en Ecuador, según datos del INEC (2011); siendo los tumores malignos en órganos respiratorios e intratorácicos los que más afectan a los hombres (4,7%), y los tumores en glándulas tiroideas y otras glándulas endócrinas lo que más afecta a las mujeres (3,8%), los sujetos de nuestra investigación están muy por debajo de esta estadística.

4. Problemas cerebrovasculares

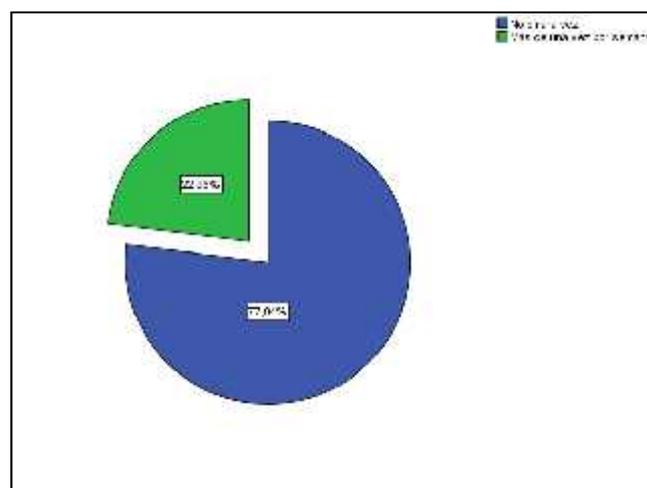


Figura 11. Dolor de cabeza
Elaborado por: Autora.

La figura 11 representa el dolor de cabeza (cefaleas), que se analizó en base a la frecuencia del padecimiento; el 22,96% de las personas entrevistadas refirieron

padecer cefaleas con gran frecuencia (más de una vez por semana). De acuerdo a la OMS (2016); se ha calculado que la prevalencia mundial de cefaleas es del 50%. El dolor de cabeza que se presenta cada 15 días afecta al 4% de la población adulta sin distinción. Por lo tanto, se puede deducir que la población objetiva, pertenecen a este porcentaje de la población mundial con este padecimiento. De acuerdo a la misma fuente, en todo el mundo, sólo la minoría de las personas que sufren cefalea reciben un diagnóstico adecuado.

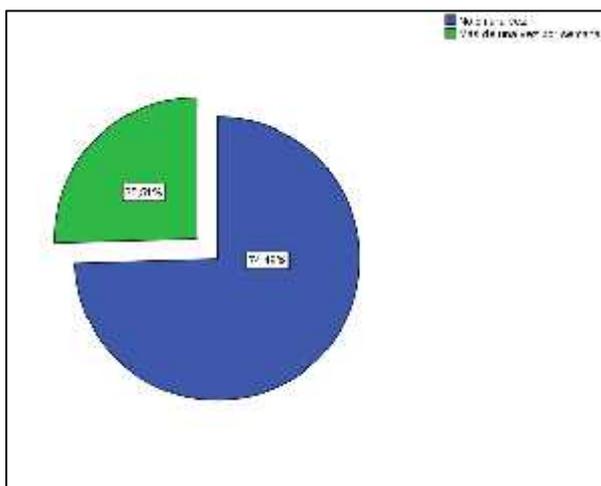


Figura 12. Mareos
Elaborado por: Autora.

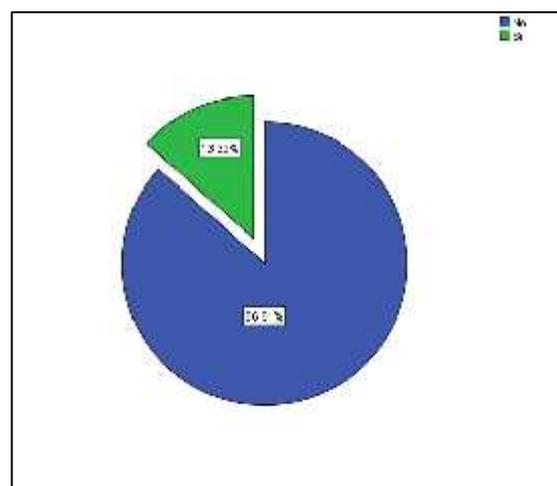


Figura 13. Mareo con debilidad
Elaborado por: Autora.

En la figura 12 se indica la existencia de mareos, tomando en cuenta la frecuencia de mareos que tenga la persona durante la semana, es así que el 25,51% es decir la cuarta parte de la población objetiva manifestó tener más de un mareo por semana. Esta misma información se la verificó con familiares o cuidadores (figura 13), en donde el 13,39% confirmó la presencia de mareos que a su vez provocaban debilidad en las personas objeto de estudio.

El mareo es una de las causas de consulta más frecuentes en las personas mayores de 60 años. Según Sloane (como se citó en Altamar, Curcio, Rosso, Osorio, & Gómez 2008), el mareo como síntoma se refiere a varias sensaciones anormales relacionadas con la percepción de la relación existente entre el cuerpo y el espacio. Es así que Drachman y Hart clasificaron 4 tipos de mareo: vértigo, sensación de cabeza hueca que incluye mareo presincopeal, desequilibrio o inestabilidad y otros mareos. De acuerdo a Vega & Villalobos (s.f); existen mareos que el adulto mayor no puede describir con claridad, se encuentra presente en los estados psicológicos como ansiedad o

depresión, de igual manera puede ser ocasionado por el estrés, la hiperventilación causada por la ansiedad, también es un gran desencadenante de mareos, y suele estar acompañado por un hormigueo en manos y boca.

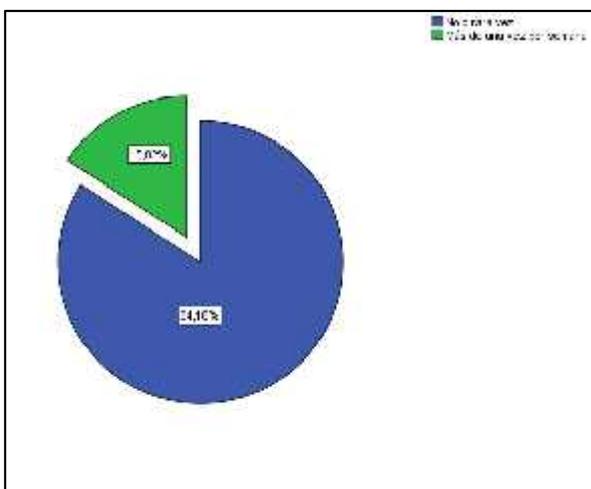


Figura 14. Caídas
Elaborado por: Autora.

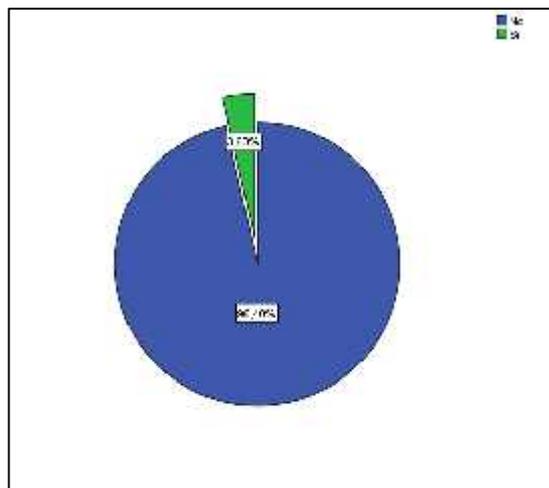


Figura 15. Caídas (familiar)
Elaborado por: Autora.

En la figura 14 se observa que el 15,82% han sufrido caídas, más de una vez por semana; en las personas de tercera edad es mayor la frecuencia de caídas con forme va avanzando la edad, sin embargo sólo el 3,60% (figura 15) corroboraron esta información, lo que podría significar que durante el tiempo que pasan solos ocurren la mayor parte de éstas caídas.

De acuerdo a Vega & Villalobos (s.f.) las caídas y traumatismos por accidentes son frecuentes en el adulto mayor y se ven asociados a una gran proporción de mortalidad e incluso pueden ocasionar pérdida de la autonomía funcional. Existen muchos factores que pueden ocasionar las caídas, los mismos que van desde lo biológico a lo ambiental. Según una investigación realizada por Silva, y otros (2012a), las caídas pueden ocasionar: síndrome del miedo de caer nuevamente, dificultad para caminar, ansiedad, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, pérdida de la capacidad de decisión. La prevalencia de caídas que se encontró en esta investigación es mucho menor (15,82%) a la encontrada en otras investigaciones en donde sobrepasa el 30% (Silva, y otros, 2012b). Esto indica que las caídas en los adultos mayores de la ciudad de Loja no es una necesidad que deba ser atendida.

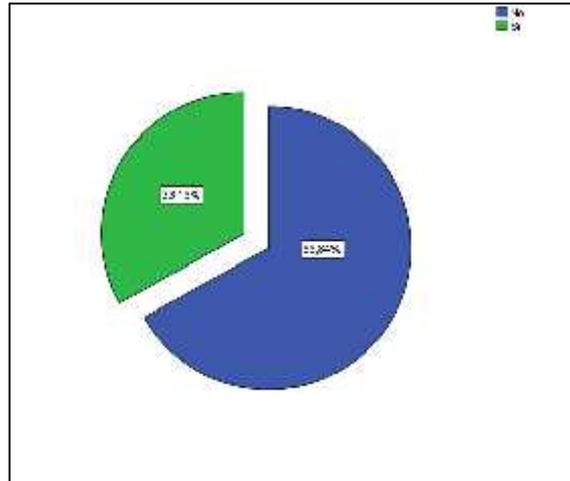


Figura 16. Pérdida repentina de fuerza, visión, etc.
Elaborado por: Autora.

En la figura 16 se analiza la pérdida repentina de fuerza, visión o habla que luego se haya recuperado, el 33,16% indicó haber tenido este padecimiento. La manifestación de estos síntomas, pueden indicar la presencia de un Accidente Cerebrovascular (ACV), según Sociedad Argentina de Cardiología [SAC] (2011), los síntomas de un ACV son: la imposibilidad de mover la mitad del cuerpo, dificultades para hablar, dificultades de visión, inestabilidad o falta de equilibrio, mareos, dolores de cabeza y mala coordinación. De acuerdo a la misma fuente, los factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad son: edad, antecedentes familiares y sexo masculino, HTA, diabetes, colesterol y enfermedades cardíacas, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y una dieta no saludable. Por otra parte el Ministerio de Salud Pública, y cols. (2011), señala que las enfermedades cerebrovasculares representan una de las principales causas de muerte en el país, es decir 22.6 de cada 100.000 habitantes que representa el 5.3% de la población censada.

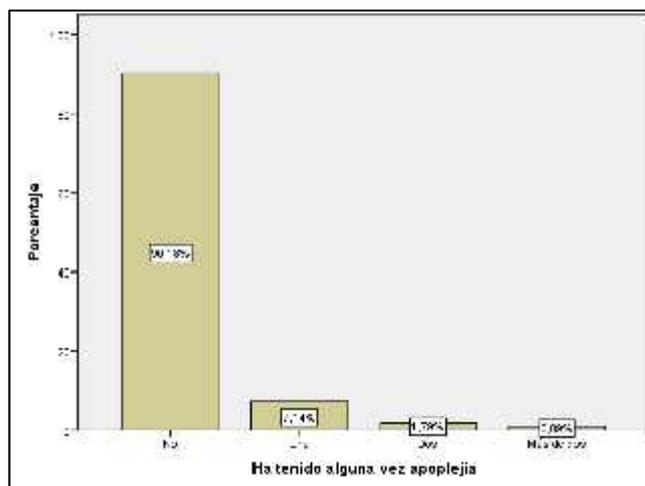


Figura 17. Número de apoplejías
Elaborado por: Autora.

En la figura 17 se analiza el número de apoplejías sufridas por el adulto mayor, se encontró que el 7,14% de la población que manifestó haber tenido alguna sido diagnosticado con apoplejía en la figura 5, ha tenido como máximo una crisis, mientras que el 1,79% indicó que se han producido dos apoplejías y tan sólo el 0,89% ha padecido más de dos. La relación de apoplejía con la literatura ya se analizó en la figura 5 y 6.

5. Necesidades de salud mental

5.1. Ánimo depresivo

Según Luzuriaga (2016), la depresión se presenta con mayor frecuencia en la vejez. En centros de salud, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas depresivos. De acuerdo al Sistema Nacional de Salud (2011), los síntomas van desde ánimo depresivo hasta pensamientos mórbidos de muerte, además de una variedad de síntomas como: disminución de la iniciativa, aislamiento social, pérdida de energía, entre otras; en la población encuestada el síntoma más significativo fue la pérdida de energía con una prevalencia de más del 50%, pero sólo el 6,31% de los sujetos tuvieron una depresión tan intensa que llegó a afectar a todos los aspectos de su vida (familia, trabajo, amigos). De acuerdo a Rinaldi, y cols, citados por Riu Subirana, Bosch, Barceló, & González (s.f); los síntomas depresivos son más prevalentes que la depresión mayor; lo que explicaría el porqué de los porcentajes elevados obtenidos en esta investigación. Los factores predisponentes para el inicio o el mantenimiento de la depresión en el adulto mayor son; mala salud general, bajo apoyo

social, menor confianza, percepción negativa de los cambios vitales, pobre capacidad funcional, entre otras (Riu Subirana, Bosch, Barceló, & González, s.f). De acuerdo a un estudio realizado por García & Ferrer (2001), existen algunas variables que predisponen al individuo a sufrir un trastorno de ánimo como son: edad (> 75) años, dependencia para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, antecedentes personales previos de depresión, toma de fármacos diariamente > 3 y aislamiento social.

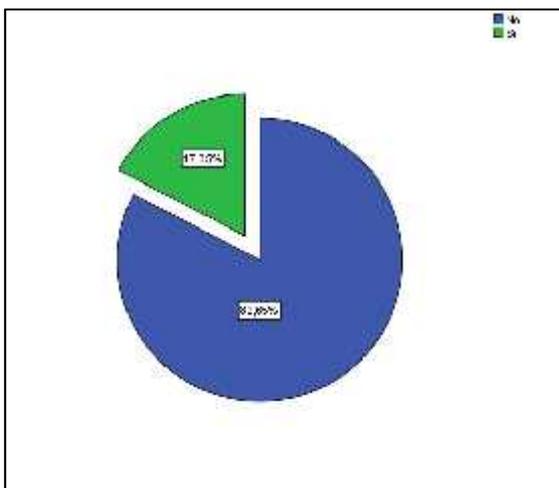


Figura 18. Capacidad de decisión
Elaborado por: Autora.

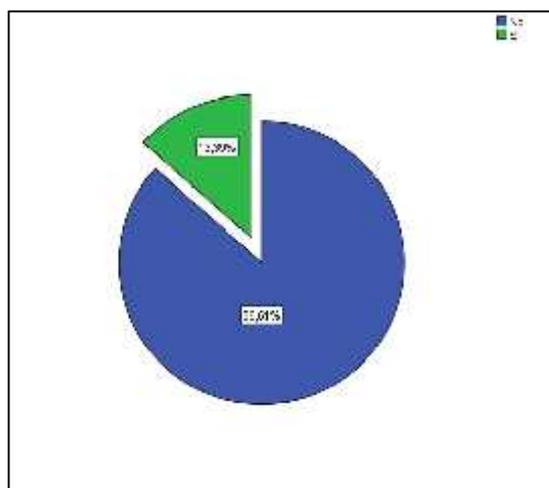


Figura 19. Toma de decisiones
Elaborado por: Autora.

En cuanto a la capacidad para tomar decisiones en las actividades cotidianas, se encontró que el 17,35% de los entrevistados presentan dificultades, una proporción un poco menor se ve en lo manifestado por el familiar (13,39%), lo que indica que la mayoría de las personas entrevistadas no tiene ninguna dificultad al momento de tomar decisiones y aún conservan su independencia. De acuerdo al Sistema Nacional de Salud (2011), la dificultad en la toma de decisiones en la vida diaria no es un criterio diagnóstico para la depresión contemplado en el DSM4-R, sin embargo es una alternativa en la presentación de la depresión en el adulto mayor. De igual manera Calderón (1999), señala que pese a que se ha realizado tradicionalmente un cuadro clínico de la depresión en edad avanzada, no siempre se cumplirá este patrón clínico, sin embargo los estudios señalan que los síntomas presentes en el adulto mayor son similares a los encontrados en poblaciones más jóvenes con una pequeña diferencia en la gravedad de la sintomatología en personas mayores de 60 años.

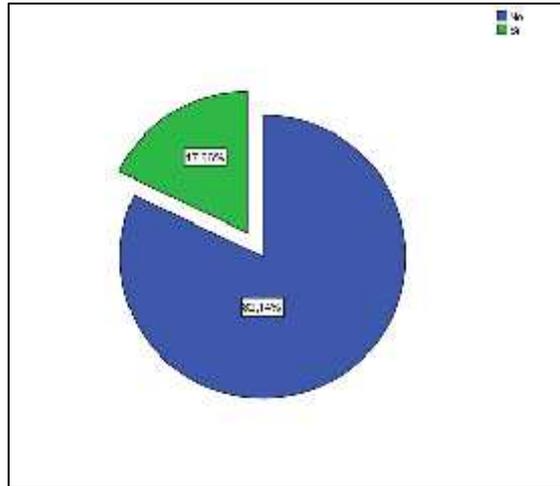


Figura 20. Aislamiento.
Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos, el 17,86% de personas manifestaron su preferencia por la soledad. Según la Dirección General de Mayores (2007), existen distintas situaciones que pueden predisponer al adulto mayor a la soledad, como: la jubilación, el fallecimiento de personas allegadas, la partida de los hijos, la percepción de hostilidad en el medio, etc. El aislamiento en esta etapa de la vida puede desarrollar un deterioro tanto físico como funcional. Es importante mencionar que el aislamiento social es uno de los principales elementos para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor (Sistema Nacional de Salud, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, 2011).

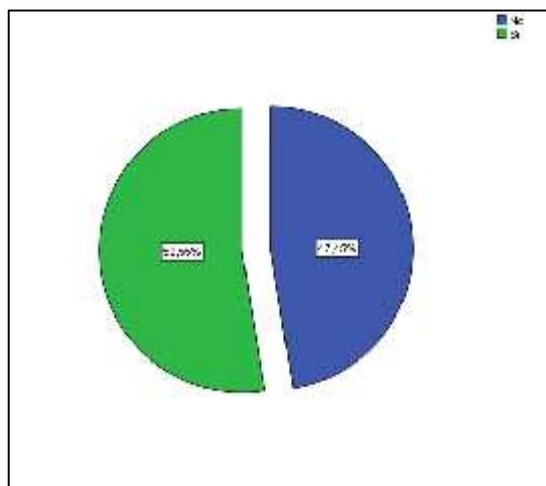


Figura 21. Pérdida de energía.
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, la pérdida de energía es el síntoma más común, el 52,55% de la población manifestó encontrarse con menos energía que antes y les cuesta mucho más trabajo hacer sus actividades cotidianas. Según la Asociación Panamericana de Salud (s.f); la pérdida de energía puede deberse a muchas causas orgánicas, sin embargo la depresión es responsable de por lo menos el 50% de los casos, correspondiéndose con los resultados de esta investigación. Por otra parte, según la misma fuente, señala que en la mayoría de las ocasiones se la considera como parte del envejecimiento normal, sin tomar en cuenta que puede ser causa de otros trastornos subsecuentes, es por esto que un adecuado diagnóstico es primordial para prevenir eventos adversos.

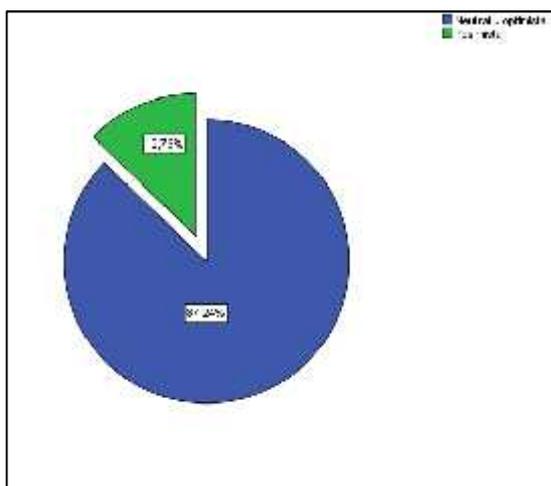


Figura 22. Desesperanza
Elaborado por: Autora.

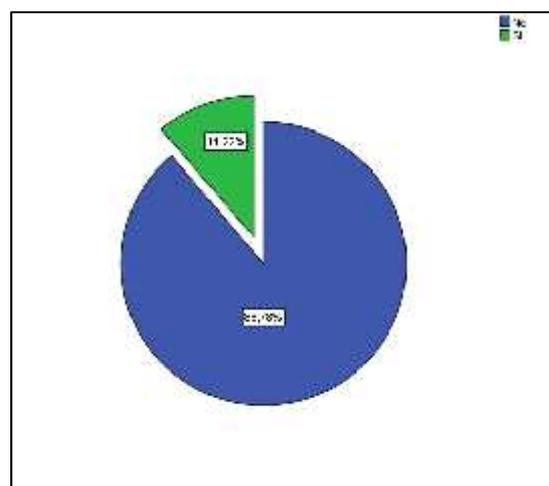


Figura 23. Sentimientos negativos
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, el 12,76% de la población manifestó tener pensamientos pesimistas con relación al futuro, mientras que la mayor parte de la población objetiva (87,24%) ven el futuro de una forma optimista o simplemente no piensan en el futuro. Una proporción similar (11,22%) se observa en personas que han llegado a pensar que la vida no merece la pena lo que puede llevar a un pensamiento suicida. Esta información se relaciona con la figura 21 en dónde casi la misma cantidad de personas manifiestan no tener una idea optimista del futuro. Según Kane, Ouslander, & Abrass (1997), un pensamiento desesperanzador es el primer paso al suicidio, y debido a los diversos factores que predisponen a un adulto mayor a la depresión, es sorprendente que la prevalencia de este trastorno no sea mayor. La prevalencia de suicidios es mucho mayor en pacientes geriátricos, principalmente en personas de sexo masculino, mayores de 80 años; existen muchos factores relacionados con el suicidio en el adulto mayor como son: la viudez, jubilación, salud deficiente, soledad, una personalidad dependiente, entre otras. Es importante recalcar que la población objetiva no cuenta con

la mayoría de estas características, sin embargo no está exenta a que en un futuro pueda llegar a un trastorno de depresión aguda, por lo que es importante tener un adecuado cuidado y control preventivo.

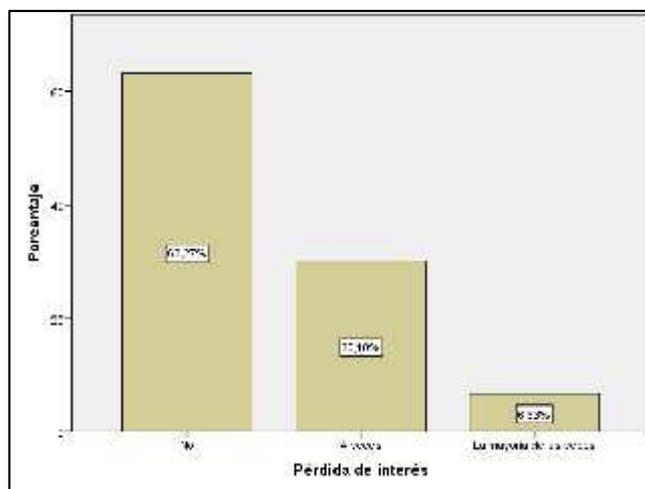


Figura 24. Anhedonia.
Elaborado por: Autora.

En la figura 24 se analiza la pérdida de interés por las actividades o cosas; se encontró que la mayoría de adultos mayores (63,27%) no han mostrado cambios, sin embargo un poco más de la cuarta parte (30,10%) de las personas indicaron que a veces si han llegado a perder el interés y 6,63% manifestó que esto le ocurre la mayoría de las veces. Según Ribot (como se citó en Gastó, 2000), indica que la pérdida de interés o pérdida de la capacidad para experimentar placer (anhedonia) fue el síntoma sugerido por Klein (1972), como característica de condiciones biológicas u orgánicas. Se han realizado extensas investigaciones sobre éste síntoma e incluso se elaboró una escala para su medición, sin embargo su valoración resultó muy complicada e inespecífica, por otra parte Wilner como lo citó el mismo autor, menciona que la anhedonia estaría asociada a una alteración en los mecanismos de recompensa, y que puede empeorar bajo ciertas circunstancias provocadoras de estrés. Por otra parte la anhedonia sigue estando asociada a la depresión como uno de los principales criterios clínicos de diagnóstico, por lo que dadas las características de la población objetiva, se la puede considerar como un indicio de esta enfermedad.

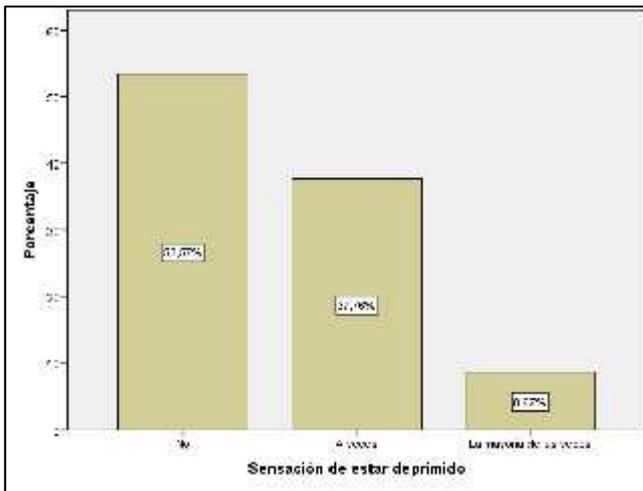


Figura 25. Sentimientos de tristeza
Elaborado por: Autora.

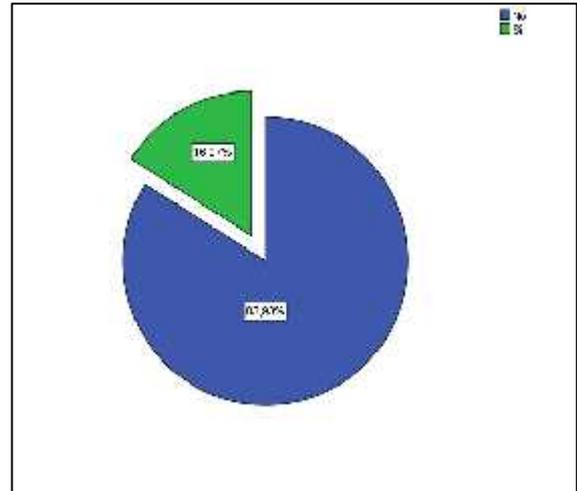


Figura 26. Deprimido
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, más de la cuarta parte (37,76%) de la población manifestó sentirse deprimido a veces, el 8,67% la mayoría de las veces; y la mayor parte de la población (53,57%) indicó no tener este sentimiento. Por otra parte, de acuerdo a los familiares, el 16,07% de los adultos mayores estaban deprimidos. El sentimiento de tristeza o sensación de estar deprimido, es uno de los principales síntomas para el diagnóstico de depresión, presentándose la mayor parte del tiempo. Estas consideraciones se las contempla en el manual diagnóstico DSM4, por lo que se hace indispensable la opinión de un profesional de salud mental para que bajo este parámetro se pueda hacer un adecuado diagnóstico.

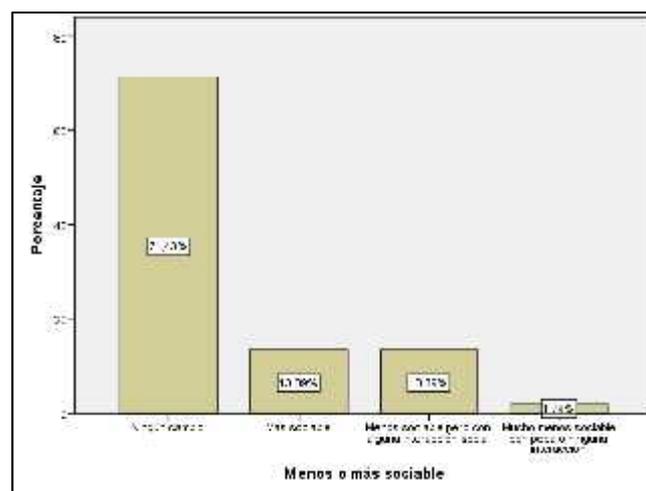


Figura 27. Sociabilidad
Elaborado por: Autora.

En la figura 27 se analiza la sociabilidad de los adultos mayores, según la percepción del familiar; la mayor parte de ellos no han presentado ningún cambio, sin embargo existe una proporción igual (13,39%) entre los adultos que se han vuelto más sociables y los que se han vuelto menos sociables pero que aún mantienen cierto grado de interacción, y tan sólo el 1,79% de los adultos son menos sociables con poca o ninguna interacción social. Lo que significa que a pesar de que sus vínculos sociales declinan con el tiempo la mayoría de ellos aún mantienen su interés por socializar. La teoría propuesta por Cumming y Henry (como se citó en Saez, Aleixandre, De Vicente, Melendez, & Villanueva, 1993), afirma que los individuos mayores son proclives a ciertas formas de aislamiento social, sin embargo, la población objetiva no tiene una tendencia significativa a este tipo de desvinculación.

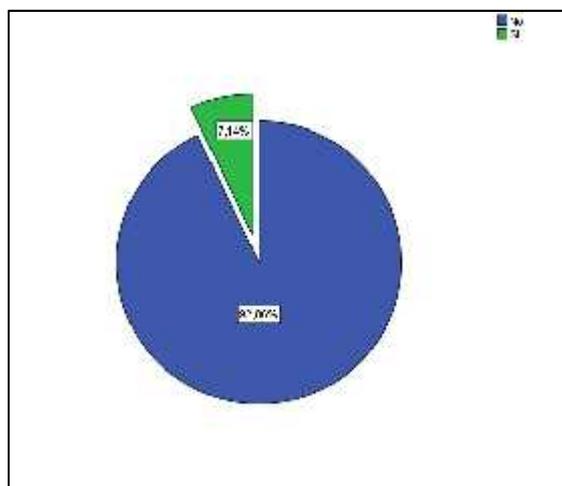


Figura 28. Auto-culpabilidad
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 7,14% de los encuestados indicaron haberse percatado de que el adulto mayor se avergüenza o se siente culpable sin ningún motivo aparente. La auto-culpabilidad es uno de los síntomas adicionales para el diagnóstico de depresión, no existe una distinción del síntoma entre las personas de edad avanzada o el resto de la población, ya que la depresión es un trastorno que puede afectar a individuos de todas las edades. Cuando la presencia de éste síntoma es recurrente (casi todos los días), se debe acudir a una revisión con el personal de salud adecuado para una apropiada valoración.

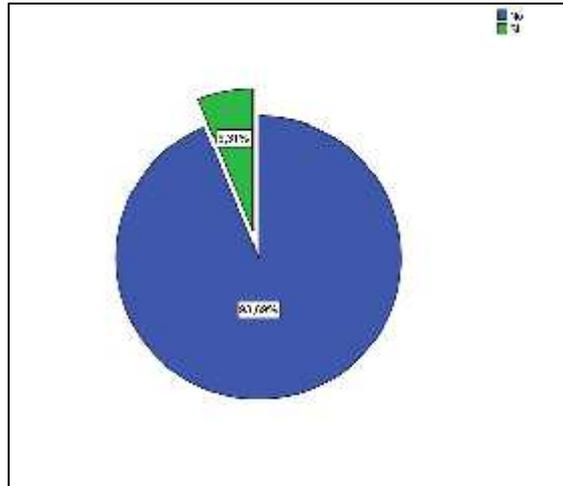


Figura 29. Depresión intensa que afecta aspectos de su vida
Elaborado por: Autora.

Según resultados, se encontró que el 6,31% de las personas entrevistadas indicaron que los adultos mayores mantienen una depresión muy intensa que llega a afectar todos los aspectos de su vida (familia, trabajo, amistades), siendo éste uno de los síntomas principales para el diagnóstico de depresión. De acuerdo a Aigaje (2015), uno de cada 3 pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión, mientras que en la población objetiva, aproximadamente 3 de cada 50 cumplen con los criterios clínicos para un diagnóstico del trastorno de depresión.

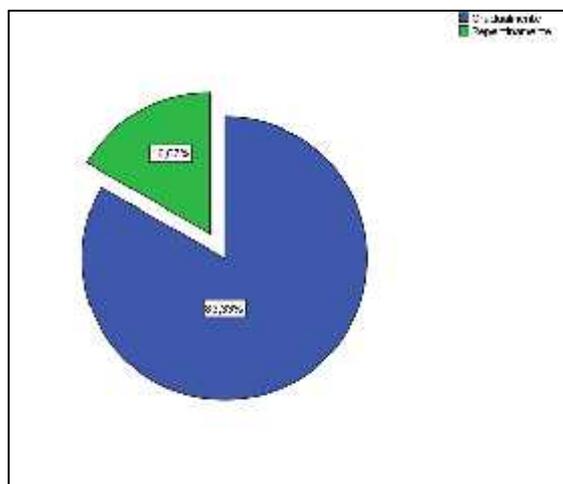


Figura 30. Evolución de la depresión
Elaborado por: Autora.

En la figura 30 se analiza la forma en cómo se fue produciendo el problema de depresión, se encontró que más de la mitad de los casos referidos (86,33%) se

produjeron gradualmente, es decir poco a poco, mientras que un poco porcentaje de los casos (16,67%) apareció de forma repentina, es decir de un momento a otro.

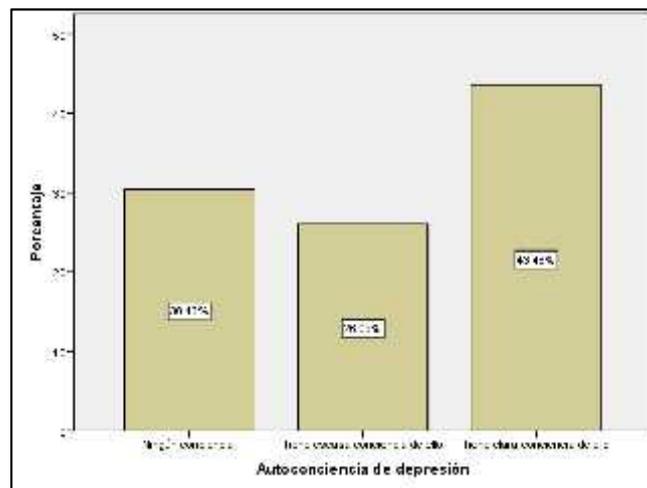


Figura 31. Auto-conciencia de la depresión
Elaborado por: Autora.

En la figura 31 se analiza la autoconciencia de la depresión, en donde el 43,48% de los individuos que tienen este padecimiento tienen clara conciencia de ello, mientras que un poco más de la cuarta parte (30,43%) no tiene ninguna conciencia o no se da cuenta de que padece esta afección; y la cuarta parte de la población entrevistada (26,09%) tiene escasa conciencia de ello.

5.2. Síntomas paranoides y psicóticos

Tabla 26. Alucinaciones

	Si (%)	No (%)
Alucinaciones auditivas	5,61	94,39
Alucinaciones visuales	3,57	96,43
Completamente despierto cuando sucedió	3,57	96,43
Creyó que era real	3,57	96,43

Elaborado por: Autora.

Según los resultados, la mayor parte de la población entrevistada no ha tenido ningún tipo de alucinaciones, pero el 5,61% indicaron haber tenido alucinaciones auditivas; mientras que tan solo el 3,57% de los entrevistados manifestaron haber tenido alucinaciones visuales. Por otra parte 3,57% de las personas que tuvieron alucinaciones, manifestaron haber estado completamente despiertos cuando sucedió y la misma cantidad aseguró que era real. De acuerdo a Herrera (2002), existen muchas causas para las alucinaciones, que van desde lo biológico hasta un deterioro cognitivo; siendo uno de los motivos más frecuentes la viudez, entre un 50% y 60% de las veces, en donde tienen la sensación de que el cónyuge permanece presente, y pueden verlo, escucharlo y hasta sentirlo, este tipo de situaciones se dan regularmente en matrimonios prolongados, y con mayor frecuencia cuando hubo una relación de pareja armoniosa. Por lo tanto, se puede suponer que las alucinaciones presentes en la población entrevistada se relacionan con la viudez, considerando que el 16,20% de los entrevistados son viudos.

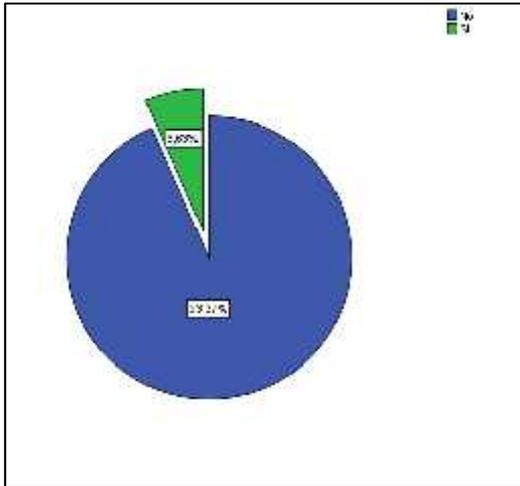


Figura 32. Delirio de persecución
Elaborado por: Autora.

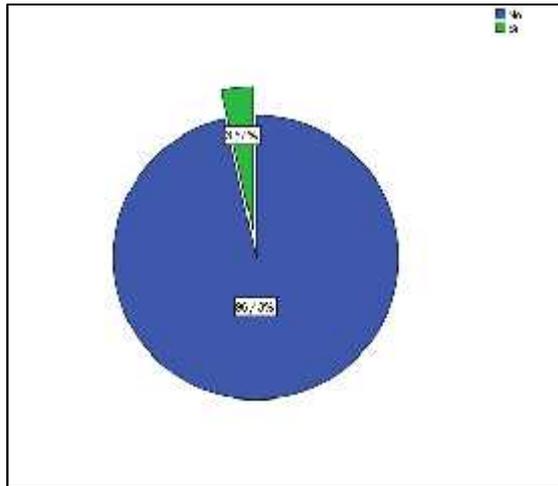


Figura 33. Delirio de persecución (quejas)
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los datos obtenidos, 13 de los entrevistados (6,63%) han tenido la sensación de ser observados o espiados, pero a tan sólo 4 de los familiares (3,57%) se les comunicó ésta preocupación. Según Chaudhary & Rabheru (2009), la aparición de síntomas paranoides en adultos mayores es muy común ya que están relacionados con el nivel de angustia personal tanto para el anciano como para el cuidador. Las ideas persecutorias y las ideas de vivir en un ambiente hostil son las más comunes ocasionando un incremento significativo del estrés y ansiedad. Esta información se relaciona con los datos obtenidos, ya que se puede evidenciar que el porcentaje de personas con delirios de persecución es mayor a las alucinaciones que pudieron presentar los individuos en cuestión.

5.3. Personalidad

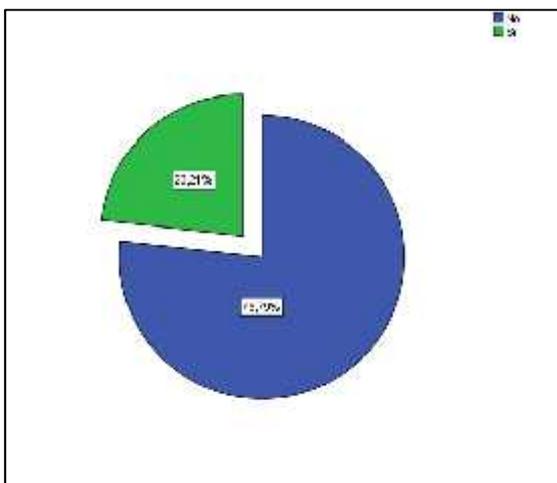


Figura 34. Cambio en personalidad
Elaborado por: Autora.

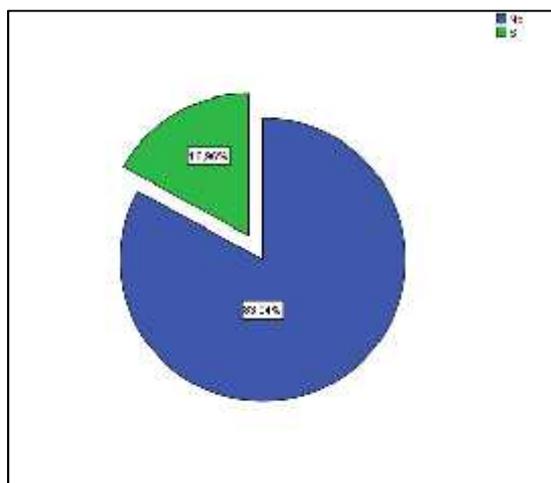


Figura 35. Rasgos de carácter
Elaborado por: Autora.

Según lo manifestado por los familiares, en el 23,21% de los adultos mayores se observaron cambios en su personalidad y 16,96 % de los adultos mayores presentan exageración en alguno de los rasgos su carácter. De acuerdo a la teoría de Erickson, al igual que otros teóricos, afirman que la personalidad mantiene un constante cambio y desarrollo a lo largo de la vida; por lo que Erickson establece el desarrollo de la personalidad como etapas psicosociales que van desde el nacimiento hasta la vejez. La etapa correspondiente a esta edad es la octava “integridad versus desesperanza”, en donde el anciano puede ser capaz de mirar en su pasado sin arrepentimiento ni deseos de que las cosas hubieran sido diferente (integridad), en ausencia de esto, ocurre la desesperanza (Cloninger, 2003). Por el contrario según Caprara & Steca (2004), indica que la personalidad tiende a mantenerse estable con el paso de los años y que los cambios que puedan ocurrir están relacionados con eventos sociales del entorno social. Por lo tanto, el cambio en la personalidad de los adultos mayores puede verse ligado a los cambios que ocurran en su vida y a su capacidad de adaptación.

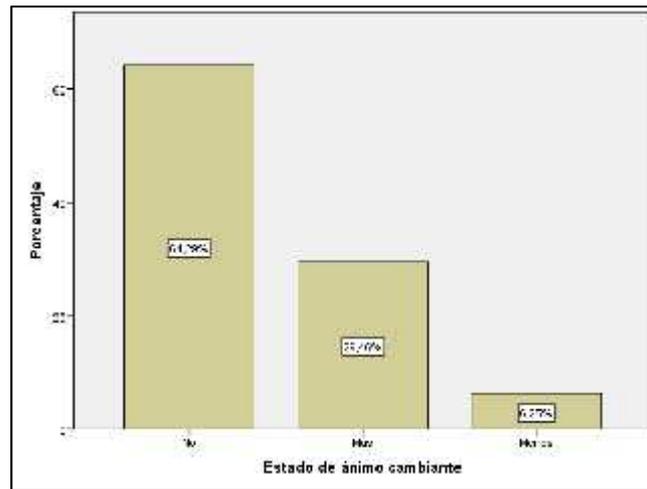


Figura 36. Estado de ánimo
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 29,46% de la población entrevistada ha mostrado un estado de ánimo más cambiante, y el 6,25% menos cambiante mientras que la mayor parte de la población no ha presentado ningún cambio en su estado de ánimo. Según Chirinos, y cols., (como se citó en Sandoval & Mancheno, 2012), los estados de ánimo definen las conductas desde las cuales realizamos nuestras acciones, existe una estrecha relación entre emociones y estados de ánimo, ya que cuando una emoción se vuelve permanente se convierte en un estado de ánimo. En la población objetiva, la jubilación, la partida de los hijos, la disminución de su red social, entre otros, pueden ser los responsables de los cambios en su estado de ánimo.

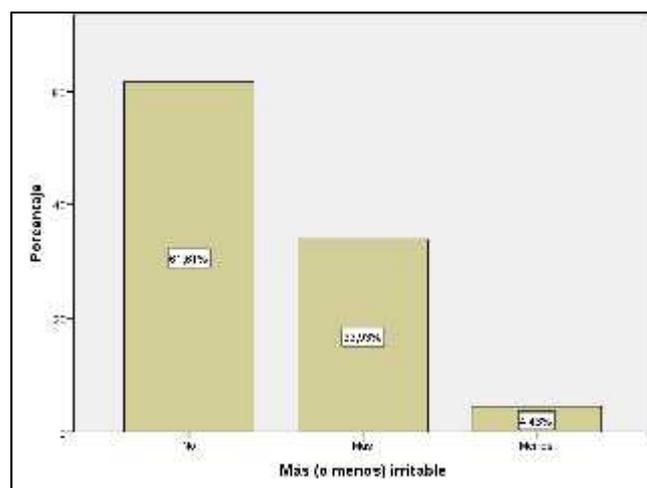


Figura 37. Irritabilidad
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, el 33,93% de los adultos mayores se han visto más irritables que antes, y el 4,46% menos irritables o de mal humor, pero la mayor parte de la población no ha presentado ningún cambio. De acuerdo a trabajos realizados por Pilowsny & Spence (como se citó en Gastó, 2000), señalan que la hostilidad al igual que la irritabilidad se relacionan con depresiones no endógenas (que no se deben a factores biológicos o somáticos), son síntomas inespecíficos derivados en la mayoría de las ocasiones de alteraciones previas de la personalidad, o de una demencia inicial. Por lo tanto la presencia de una mayor irritabilidad en la población evaluada podría derivarse de una depresión, sin embargo es importante tener una clara contextualización del síntoma, por lo que un adecuado análisis con profesional especializado de salud mental es primordial.

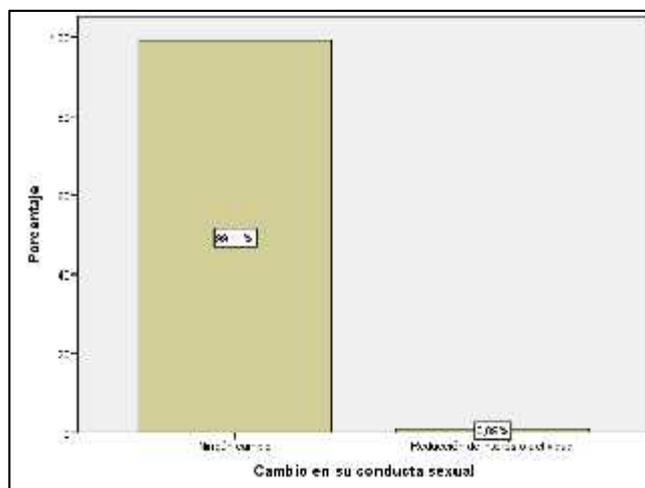


Figura 38. Conducta sexual
Elaborado por: Autora.

Se encontró que tan sólo uno (0,89%) de los adultos encuestados presentó una reducción en su interés de la actividad sexual, según lo manifestado por su esposo, mientras que el 99,11 % no presentó ningún cambio en su conducta sexual. Según investigaciones sexológicas actuales, se ha demostrado que las personas de tercera edad, con relativa buena salud y que disfruten del sexo, pueden tener actividad sexual hasta una edad muy avanzada (Sapetti, 2013). Se puede deducir, bajo la luz de estas investigaciones, que por este motivo no se evidencian mayores cambios en la población objetiva, ya que es probable que la mayoría goce de una sexualidad activa.

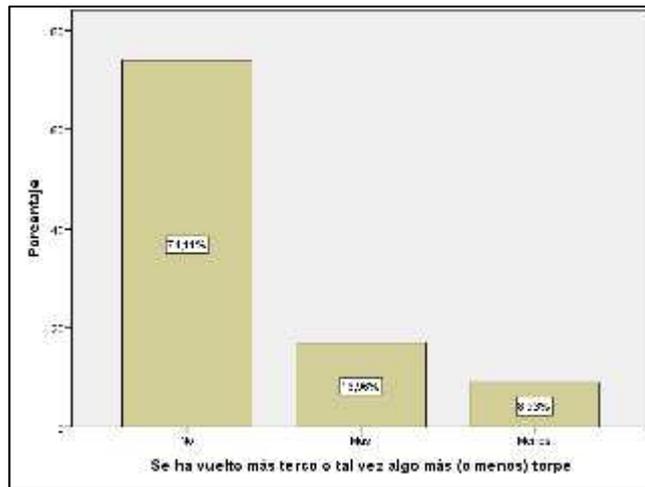


Figura 39. Terquedad o torpeza
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, la mayor parte de la población (74,11%) en relación a su terquedad o torpeza, no ha experimentado cambios; mientras que el 16,96% se han vuelto más tercos o torpes, y tan sólo el 8,93% se han vuelto menos tercos o torpes. De acuerdo a Angulo, Sánchez, Umaña, & Arguedas (2009), la terquedad en el adulto mayor se evidencia con conductas como: negarse a ingerir los alimentos, medicamentos o recibir cuidados, sin embargo este tipo de conductas son frecuentes en trastornos de personalidad o demencias. Por otra parte, en la población objetiva no se observa una mayor incidencia en este rasgo ni en mayor ni menor medida.

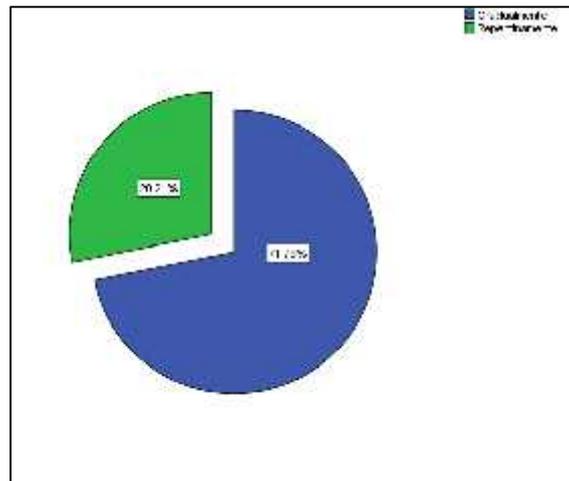


Figura 40. Forma de producirse el problema de personalidad
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la sintomatología se presentó repentinamente en el 28,21% de los adultos mayores, mientras que gradualmente se

presentó en el 71,79% de la población. Lo que significa que la mayor parte de la población fue presentando los síntomas poco a poco.

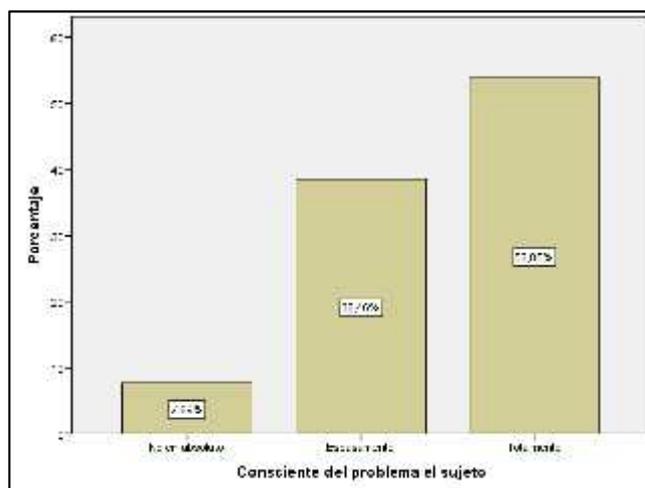


Figura 41. Auto-conciencia del problema de personalidad
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 38,46% de los adultos mayores encuestados tienen escasa conciencia de sus cambios de personalidad, mientras el 7,69% no tienen conciencia de que existe un problema, y el 53,85% de los adultos mayores tienen total conciencia.

5.4. Obnubilación y delirio

En este apartado no se encontró datos significativos, solo una persona presentó un cuadro confusional, pero luego de unos días volvió a la normalidad, su confusión derivó en un marcado deterioro de la atención.

Según el Instituto Gerontológico (2016), el cuadro confusional se debe a causas orgánicas, es decir que se encuentran fuera del cerebro. Éste afecta al pensamiento, la atención, la cognición, la percepción, las emociones, entre otros, simulando una demencia sin serlo. Se trata de un problema que se presenta de forma frecuente en el adulto mayor, ya que es la forma de presentarse de muchas enfermedades. La misma fuente indica que el cuadro confusional tiene una prevalencia del 11% al 24% de los adultos mayores de 65 años al ingresar a un hospital; se presenta con mayor frecuencia en los ancianos que viven en residencias. Esto podría explicar el porqué sólo existe una persona que haya presentado este cuadro en la población objetiva.

De acuerdo a la misma fuente, el cuadro confusional puede ser de unos cuantos días o durar varias semanas. La mayoría se recuperan por completo, sin embargo la mortalidad va del 10% al 65%, ya que suele ser signo de una enfermedad más grave. Además es un indicador de deterioro funcional y de institucionalización en el futuro. Sin embargo existe una mínima incidencia del cuadro confusional en la población objetiva, lo que indica que la prevalencia de enfermedades causantes de delirium es escasa. Uno de los rasgos más importantes de un cuadro confusional es el trastorno de la atención; el enfermo se distrae con facilidad, no se centra. Esto influye en la relación con los cuidadores ya que pueden mal interpretar la falta de atención con desinterés, por lo que es importante que tengan información de lo que significa un cuadro confusional; la forma más eficaz de tratar este problema es atender la base que causa el delirio y proveer al adulto mayor de un ambiente conocido y estable.

6. Problemas de sueño

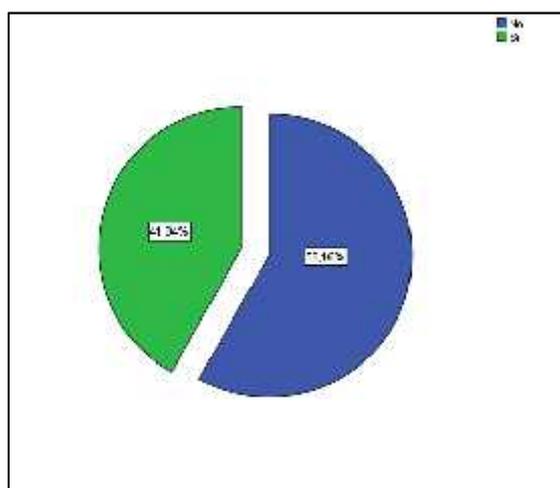


Figura 42. Dificultades para conciliar el sueño
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, el 41,84% de los entrevistados presentan dificultades para conciliar el sueño. De acuerdo a Gonçalves (s.f), la dificultad para iniciar el sueño se presenta generalmente en jóvenes, y se relaciona con problemas médicos, consumo de drogas o trastornos psiquiátricos. Sin embargo, también puede presentarse en adultos mayores como se evidencia en la población objetiva, dada la gran prevalencia de este problema en los adultos encuestados, se la podría relacionar con la ansiedad y depresión presente en esta población.

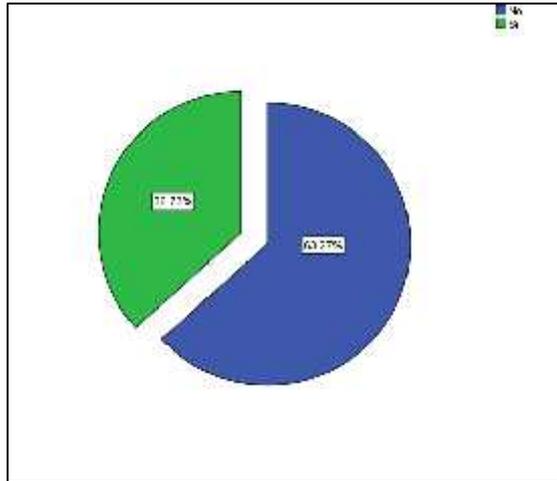


Figura 43. Inquietud e insomnio
Elaborado por: Autora.

Según los resultados, el 36,73% de la población presentan inquietud e insomnio a la hora de dormir. Según Bootzin & Engle (como se citó en Pando-Moreno, Aranda, Aguilar, Mendoza, & Salazar, 2001), estudios anteriores han establecido prevalencia de insomnio severo en un 25% para el grupo de 65-79, donde un 45% de los individuos habían tenido algún tipo de problema de insomnio durante el año. Esta elevada prevalencia se asocia a una gran incidencia de trastornos afectivos y trastornos mentales orgánicos. De igual manera en la población objetiva se encontró una prevalencia significativa en la manifestación de síntomas de depresión, lo que podría estar ocasionando el insomnio.

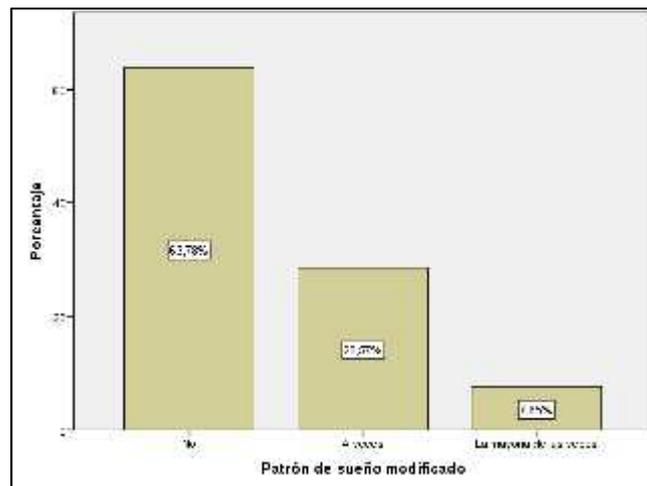


Figura 44. Patrón de sueño modificado
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 28,57% de los encuestados manifestaron que a veces su patrón de sueño varía, y tan sólo el 7,65% informó que esto ocurre en la mayoría de las veces; mientras que la mayoría de la población (63,78%) manifestó no experimentar cambios en su patrón de sueño. Según Rebok & Daray (2014), indican que los cambios en los patrones de sueño no son provocados por la edad, ya que existen estudios realizados en ancianos sanos que demuestran escasas alteraciones en el sueño en comparación con el resto de los adultos. Por lo tanto las modificaciones o alteraciones en el sueño se pueden asociar a un aumento en la prevalencia de enfermedades afectivas como la depresión.

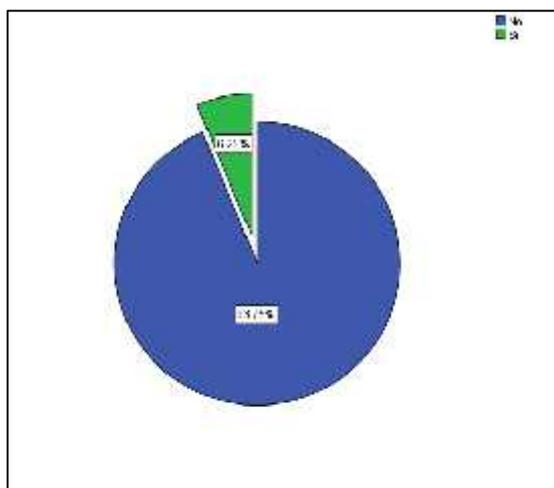


Figura 45. Deambulaci3n nocturna
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la informaci3n recolectada, el 6,25% de los encuestados tienden a levantarse durante la noche y deambular sin sentido. Seg3n Goncalves (s.f), la deambulaci3n nocturna (sonambulismo), afecta a ambos sexos por igual, con antecedentes familiares en el 80% de los casos. En la adultez tardía, la presencia de sonambulismo se puede asociar al consumo de sustancias o enfermedades neurol3gicas. En la poblaci3n objetiva se puede pensar que el sonambulismo estaría netamente relacionado con alguna enfermedad neurol3gica.

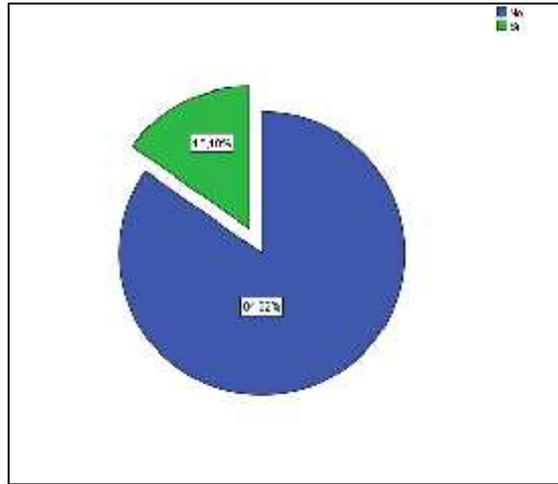


Figura 46. Despertar precoz
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 15,18% de la población entrevistada se despierta pronto o en la madrugada sin poder volver a dormirse. De acuerdo a Díaz & Pareja (2008), generalmente el despertar precoz es observado en la depresión, en donde la duración total de sueño se disminuye. Existen tratamientos farmacológicos que ayudan a retrasar el sueño hasta alinearlos con el reloj normal de sueño-vigilia y el de día-noche. El último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para la persona (Goncalves, s.f). A pesar de que la prevalencia de despertar precoz en la población objetiva es baja, es importante un adecuado control y tratamiento. La falta de sueño puede ocasionar problemas graves no solo a nivel psicológico sino también a nivel biológico.

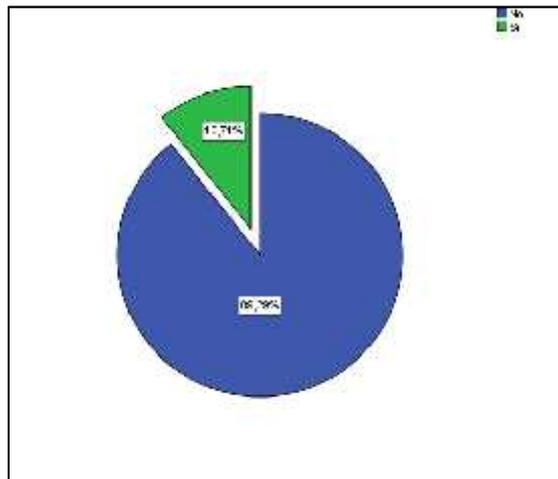


Figura 47. Hipersomnia
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 10,71% de los entrevistados, duermen mucho más de lo que era habitual. Según Schiemann & Salgado (2000); este fenómeno se denomina hipersomnia, los pacientes tienden a tomar siestas regulares, y a dormirse en situaciones donde deberían estar alerta. Del 4% al 5% de la población tiene este trastorno. Las principales causas son la narcolepsia, SAOS (Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño), sueño insuficiente y alteración en el ritmo circadiano (Sanz, 2008); según la misma fuente, indica que, hay que diferenciarla del cansancio, el cual tiene el mismo origen que la fatiga o la letargia y puede tener como origen la depresión. En la población objetiva, se la puede asociar con la depresión manifestada por algunos de los entrevistados.

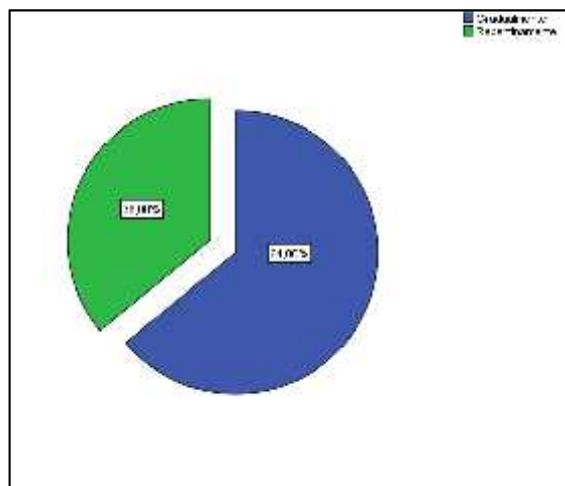


Figura 48. Aparición y desarrollo del problema de sueño
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, 36% de las personas entrevistadas presentaron estos problemas de sueño de forma repentina, mientras que el 64% lo presentó de forma gradual.

7. Actividades cotidianas

Tabla 27. Dificultades en actividades cotidianas

		Si (%)	No (%)	Dificultad leve (%)	Incontinencia ocasional (%)	Incontinencia frecuente (%)
Caminar lento	más	55.10	44.90	NC	NC	NC
Letra pequeña o temblorosa	más o	38.97	61.03	NC	NC	NC
Dificultades al iniciar movimientos	al	32.14	67.86	NC	NC	NC
Control de esfínteres	de	NC	87.76	NC	10.71	1.53
Tareas domésticas		NC	91.33	8.67	NC	NC
Problemas de cálculo	de	1.02	98.98	NC	NC	NC

NC: No corresponde
Elaborado por: Autora.

En actividades cotidianas, se indagó sobre diferentes áreas, y se encontró que el área más afectada es la motricidad, ya que el 55.10% camina más lento, el 38.97% ha tenido cambios en su escritura (letra más pequeña y temblorosa) y el 32,14% ha tenido dificultades al iniciar movimientos. En lo referente al control de esfínteres, la proporción de afectados es mucho más baja, el 10.71% manifestó incontinencia ocasional y tan sólo el 1.53% presenta una dificultad leve. Y finalmente, en la capacidad de realizar problemas matemáticos y manejo de dinero, 21 de los adultos mayores se han visto afectados. De igual manera se evaluaron las habilidades de comer solo y vestimenta, en las que ninguno de los evaluados presentó inconveniente.

Según Kart (como se citó en De la Vega Díaz, 2010), plantea que en el envejecimiento ocurren cambios biológicos que traen consigo un descenso paulatino en la capacidad de movimiento y de las cualidades motrices, la dirección y ritmo de movimientos se hace lenta y finalmente se pierde la capacidad de coordinación de movimientos. Además, no solo desaparece la combinación sincrónica de movimientos sino que también se empieza a dificultar la fluidez sucesiva de movimientos. Por lo tanto según la teoría, los problemas motrices presentes en la población objetiva, es parte de normal del deterioro del envejecimiento. De igual manera, Franch-Ubia (2000), plantea que la reducción de la velocidad y el acortamiento del paso, son cambios que se relacionan con la edad y son más aparentes a partir de los 80 años; cuando el deterioro de la marcha es más notable se le puede atribuir a algún trastorno que debe ser atendido. Aunque en la población objetiva existe un alto porcentaje de auto-percepción de un caminar más lento, en los adultos mayores entrevistados, podría ser atribuible únicamente a la edad, ya que no ha interferido en sus actividades cotidianas.

Por otra parte, según Donoso (2001), los problemas de cálculo se manifiestan como consecuencia de los problemas de memoria, pero también encierran una gran relación con la enfermedad de Alzheimer, principalmente en la segunda etapa de la enfermedad, acompañado de otros inconvenientes en el que vale mencionar la depresión. Sin embargo en la población objetiva las personas que manifestaron este tipo de problema, son aquellas que se están más cerca de la cuarta edad (80 años en adelante), y no han manifestado otro síntoma que pueda sugerir Alzheimer.

Según Borrelli (2011), las investigaciones sobre la calidad de vida en el adulto mayor se ven enfocadas en la evaluación de la funcionalidad, que se entiende como la capacidad que tiene una persona para desarrollar las actividades cotidianas, atenderse a sí mismo o desenvolverse en el medio. Una de las formas para establecer la pérdida de la funcionalidad es mediante la evaluación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Cuando ocurre la pérdida de uno o ambas funcionalidades producto del propio envejecimiento o patologías, empiezan a requerir ayuda de otras personas comprometiendo su independencia, lo que afecta tanto al anciano como a su cuidador. Según la investigación realizada por Rodríguez (2005), la prevalencia de incontinencia urinaria en el adulto mayor es considerablemente bajo, menos del 50%; comúnmente la incontinencia ha sido asociada con el proceso de envejecer, pero en la actualidad se reconoce como una patología común en la población

anciana que debe ser atendida. Lo que significa que, al no ser una característica propia del envejecimiento, la población objetiva que presenta esta patología, probablemente padezca alguna otra enfermedad biológica o neurológica que limite su capacidad de control de esfínteres.

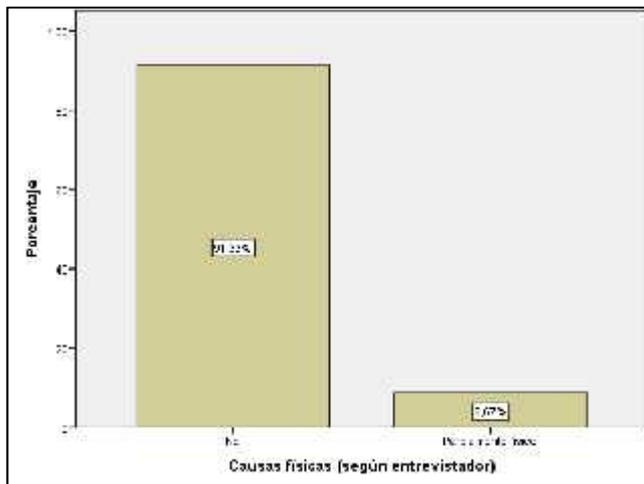


Figura 49. Causas físicas (según entrevistador)
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la opinión del entrevistador, el 8,67% de los adultos mayores que presentan dificultades en la realización de sus actividades cotidianas es por causas parcialmente físicas; mientras que la mayoría 91,33% no presenta causas físicas observables ni manifestadas por el entrevistado.

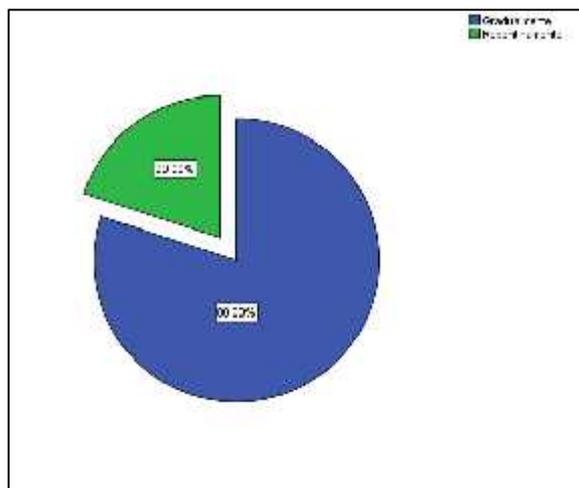


Figura 50. Desarrollo de las dificultades en actividades cotidianas
Elaborado por: Autora.

Según el modo de desarrollo de las dificultades en la realización de actividades cotidianas, se encontró que el 20% de los adultos encuestados presentaron estas dificultades de manera repentina, mientras que el 80% las fue presentando gradualmente.

8. Memoria y función mental general

8.1. Memoria

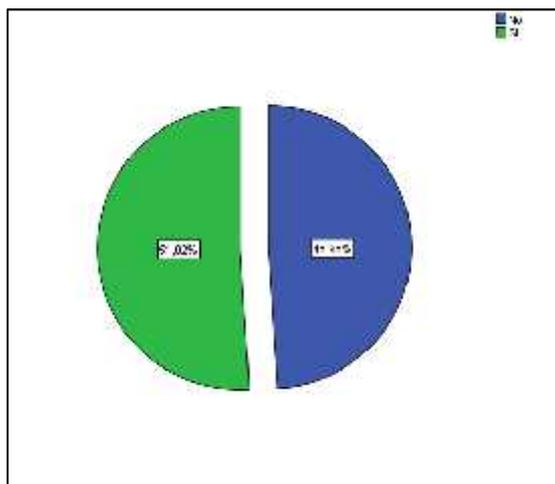


Figura 51. Quejas subjetivas de memoria
Elaborado por: Autora.

Según lo recolectado, más de la mitad (51,02%) de las personas encuestadas, manifestaron tener problemas de memoria. NewYork-Presbyterian (2004), señala que la pérdida normal de memoria se debe a que al cumplir los 20 años de edad, se empieza a perder gradualmente células cerebrales, y ésta pérdida aumenta con la edad. Según Organización Panamericana de la Salud (s.f), al envejecer es común que las personas se quejen con frecuencia de presentar olvidos, sin embargo los problemas de memoria patológicos son menos comunes. La demencia por ejemplo, afecta al 10% de los adultos mayores de 65 años, y del 20% al 50% a los mayores de 85 años. Por lo tanto, la pérdida de memoria manifestada por los adultos en cuestión, puede deberse al proceso normal de envejecimiento, el mantener un estímulo mental constante puede enlentecer ésta pérdida; además es importante tener en cuenta, que al asociar la pérdida de memoria con el envejecimiento, puede obviarse otro problema de salud subyacente.

Tabla 28. Memoria reciente

	Adulto Mayor		Familiares		
	Si (%)	No (%)	Ninguna dificultad (%)	Ligera dificultad (%)	Gran dificultad (%)
Olvida a menudo dónde deja las cosas	48,47	51,53	N.C	N.C	N.C
Recordar acontecimientos recientes	N.C	N.C	67,86	30,36	1,79
Dificultad para recordar listas cortas	N.C	N.C	69,64	29,46	0,89

NC: No corresponde
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, aproximadamente uno de cada dos adultos mayores (48,47%), tiene inconvenientes con su memoria reciente, es decir olvida a menudo donde deja las cosas, una proporción un poco menor de los familiares (30,36%) manifestaron que el adulto mayor tiene una ligera dificultad, mientras que el 1,79% tiene una gran dificultad. Además, más de la cuarta parte de la población (29,46%) presentó una ligera dificultad para recordar listas cortas, y tan sólo el 0,89% presentó una gran dificultad, mientras que el 69,64% no presentó ninguna dificultad. Según Vega & Bueno (como se citó en Blasco & Meléndez, 2006), encontró que en comparación con los jóvenes, los problemas que se presentan en la vejez es con la recuperación de la información, es decir que los adultos mayores son capaces de guardar información no de recordarla; por otra parte Palacios & Morales (2011), manifiesta que la mayor de las quejas se relacionan con la memoria episódica cuya dificultad se asociaría al carácter impredecible de los sucesos a recordar.

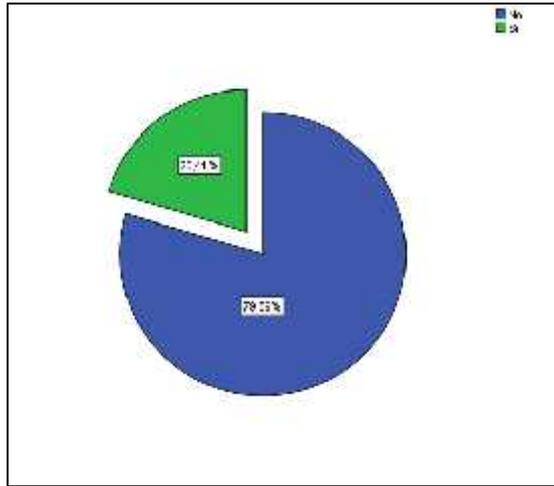


Figura 52. Disnomia de nombres
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el 20,41% de los adultos mayores olvida nombres de personas íntimas como familiares o amigos cercanos.

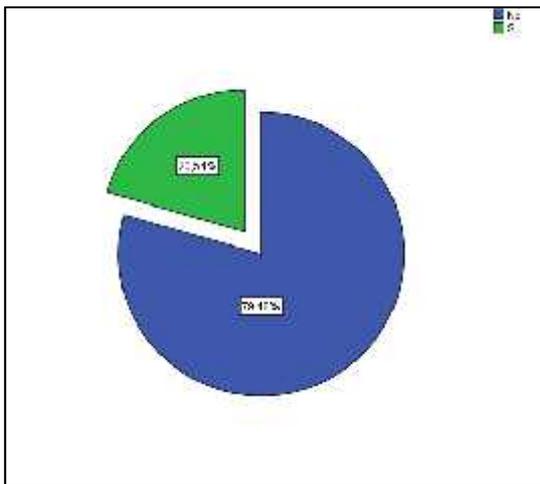


Figura 53. Ecolalia (preguntas)
Elaborado por: Autora.

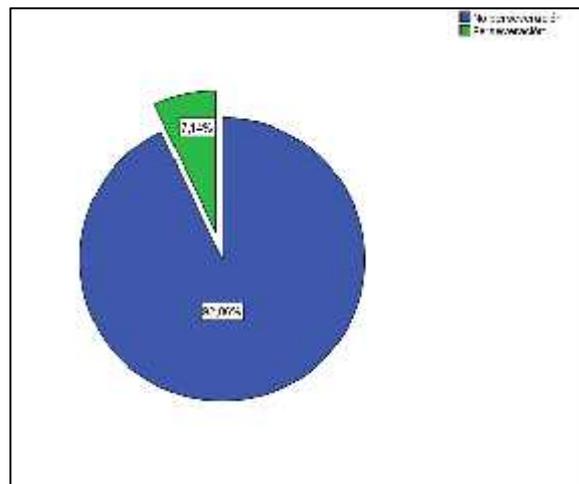


Figura 54. Ecolalia (frases)
Elaborado por: Autora.

Según la información recolectada, se encontró que el 20,54% de las personas entrevistadas, tiende a repetir la misma pregunta o frase. Por otra parte, tan sólo el 7,14% de los familiares indicaron que el adulto mayor tendía a una constante repetición de palabras o frases. Las fallas en la memoria reciente pueden ser producto del envejecimiento, sin embargo cuando la frecuencia de estas fallas aumenta puede significar una alteración mayor como la demencia o el Alzheimer. Según Alzonline (s.f), la primera etapa del Alzheimer se caracteriza por un olvido leve, es frecuente la repetición de preguntas o frases, la confusión y desorientación. Por otro lado la

depresión puede inhibir ciertas funciones como la memoria y la atención, y dado la prevalencia de la sintomatología de depresión en la población objetiva, se podría especular que las alteraciones en la memoria son debidas a ésta.

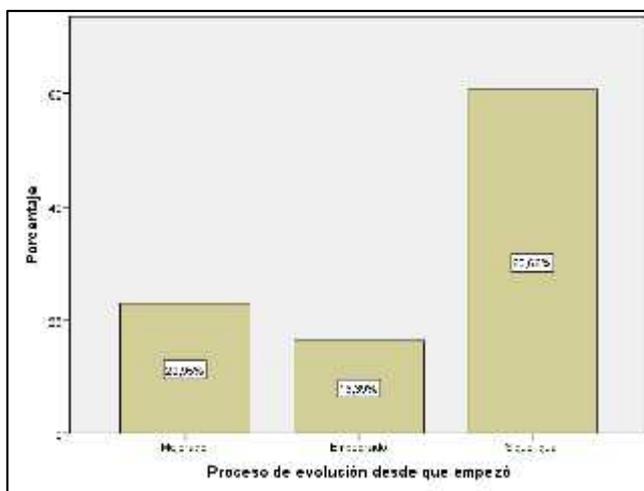


Figura 55. Evolución del problema de memoria
Elaborado por: Autora.

Según lo manifestado por los entrevistados, el 16,39% de los casos aseguraron que su problema de memoria ha ido empeorando desde que empezó, el 22,95% indicó que ha mejorado, mientras que el 60,66% sigue igual.

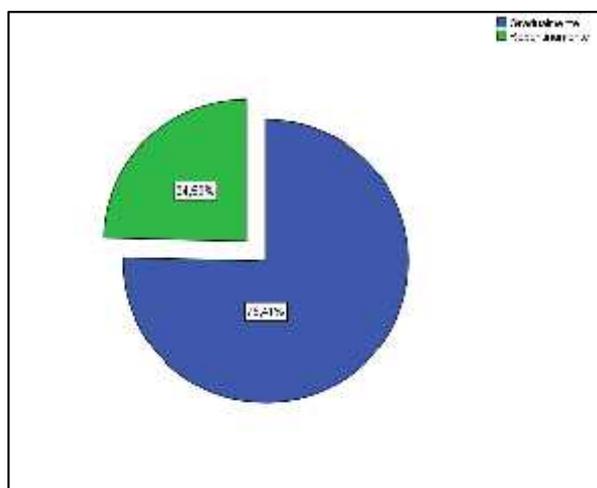


Figura 56. Forma de aparición del problema de memoria
Elaborado por: Autora.

Según la información recolectada, el 24,59% de los adultos mayores presentaron los problemas de memoria repentinamente, mientras que el 75,41% los fueron presentando gradualmente.

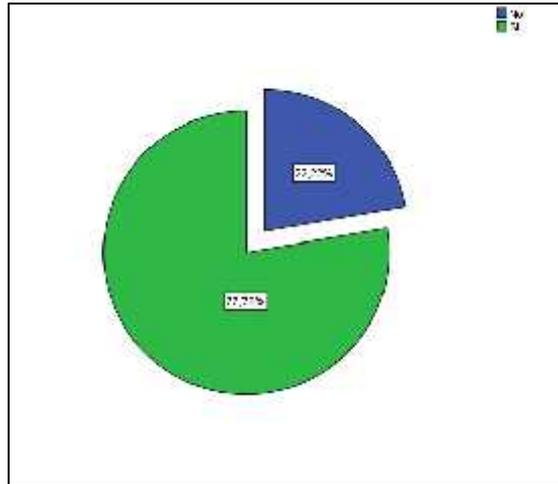


Figura 57. Auto-conciencia de las dificultades de memoria
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que más de las tres cuartas partes (77,78%) de los adultos mayores que presentaron problemas de memoria tienen clara conciencia de esa dificultad, y tan solo el 22,22%, no reconoce el problema.

8.2. Funcionamiento mental general

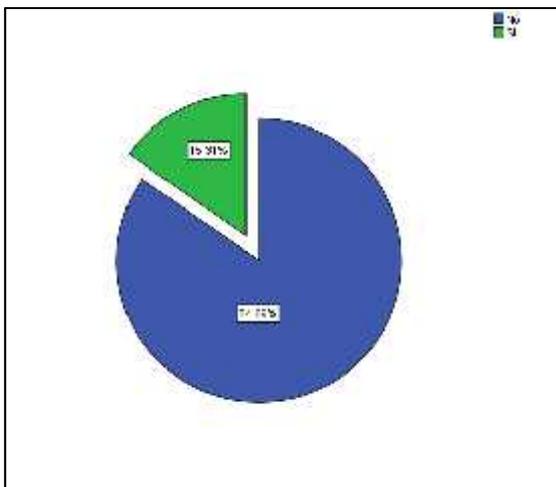


Figura 58. Alusiones del pasado
Elaborado por: Autora.

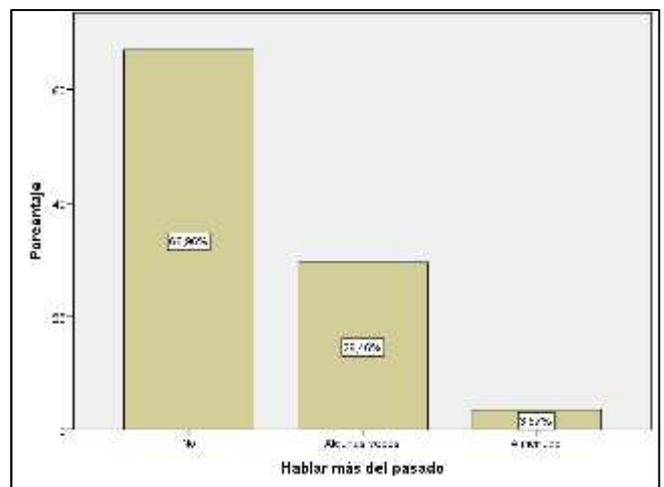


Figura 59. Alusiones del pasado
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 15,31% de los adultos entrevistados tendían a hablar y a pensar más del pasado que de acontecimientos recientes. Sin embargo un porcentaje mayor (29,46%) de los familiares manifestaron que los adultos mayores tienden a hablar más de pasado algunas veces, mientras que el 3,57% lo hace a menudo.

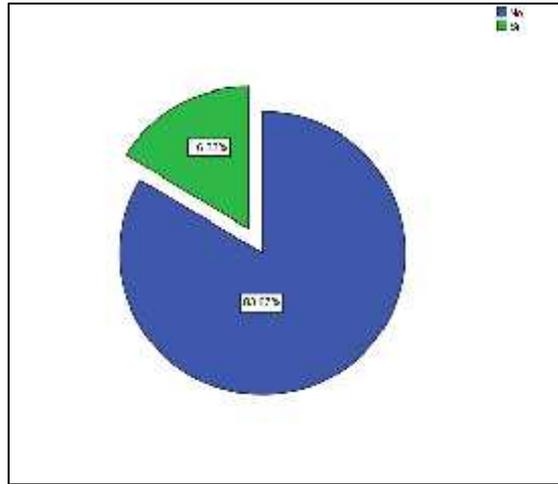


Figura 60. Disnomia de palabras
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 16,33% de las personas entrevistadas manifestaban tener dificultad para encontrar las palabras que deseaban durante la conversación. En esta función interviene la memoria semántica, estudios recientes afirman que puede existir cierto grado de disminución por la edad en ciertas tareas de la memoria semántica como es el vocabulario, la fluidez y encontrar palabras en el discurso espontáneo (Blasco & Meléndez, 2006). Por lo tanto se puede inferir que este problema presentado por los adultos mayores entrevistados se debe a un deterioro normal de la memoria semántica debido al envejecimiento.

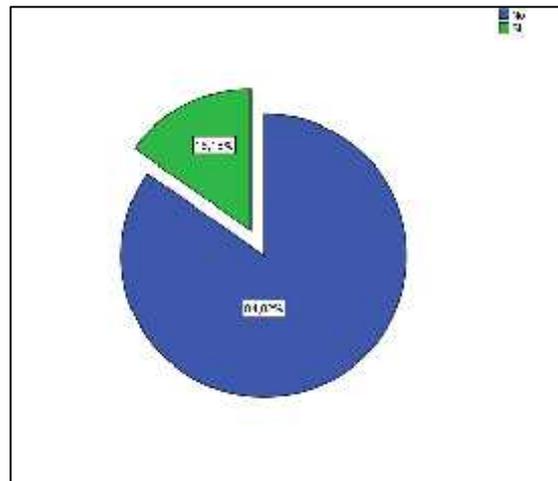


Figura 61. Declive global del funcionamiento mental
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 15,18% de los familiares entrevistados, han observado un declive en el funcionamiento mental general, es decir que han observado que se

encuentran menos despiertos o vivaces que antes, siendo la pérdida de energía del adulto mayor una de las principales características manifestadas. La pérdida de energía analizada en la figura 20, puede corresponder al envejecimiento normal del individuo o podría significar un síntoma de depresión.

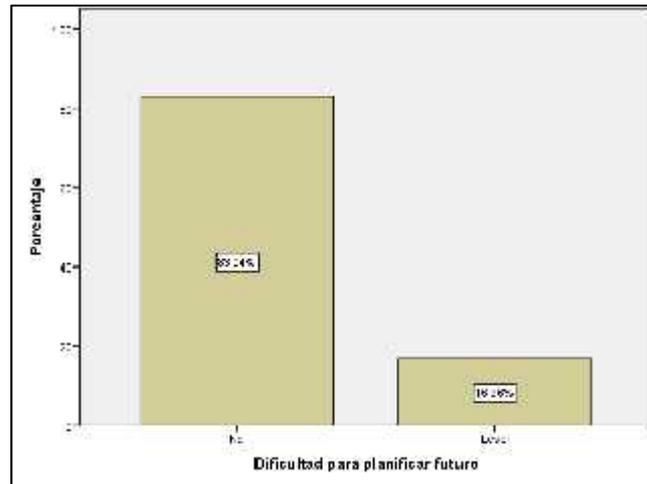


Figura 62. Dificultad para planificar el futuro
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 16,96% de los familiares manifestaron que el adulto presenta una leve dificultad para planificar el futuro. Según Robalino (2012), el deterioro de las capacidades ejecutivas es una de las principales características de un deterioro cognitivo, por lo que la toma de decisiones muy complejas como la planificación del futuro se ve afectada, es importante un adecuado diagnóstico por parte del personal de salud ya que estas manifestaciones pueden ser causa tanto del envejecimiento en sí como de una enfermedad específica de comienzo tardío.

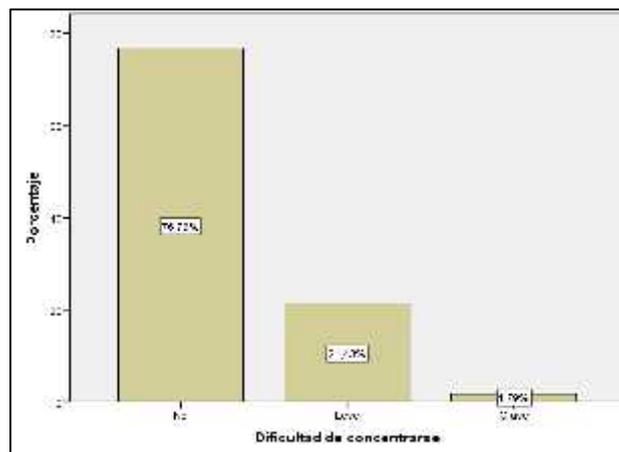


Figura 63. Dificultad para concentrarse
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada, el 21,43% de los adultos mayores tienen una leve dificultad para concentrarse y el 1,79% presenta una dificultad grave, mientras que el 76,79% no manifiesta dificultad. Según Robalino (2012), los problemas cognitivos son más evidentes en la vejez, sin embargo no son causados por este; La mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con una disminución en la capacidad de atención. La evolución de estos trastornos se da a partir de los 60 años y se desarrolla en los 3 años siguientes, es así que el 50% de los casos evoluciona hasta una demencia, mientras el resto mejora o se mantiene igual.

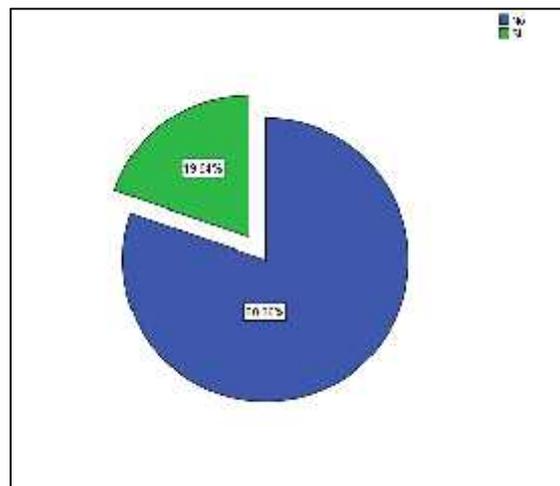


Figura 64. Pérdida de habilidades
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 19,64% de los adultos mayores perdieron habilidades en alguna afición o hobby que antes dominaban, la misma que se ve relacionada con la memoria procedimental, sin embargo, según Palacios & Morales (2011), indica que la memoria procedimental no se ve afectada por el envejecimiento, debido a la implicación de procesos automáticos bien aprendidos. Por lo tanto, la pérdida de habilidades presente en el adulto mayor evaluado, podría significar un deterioro cognitivo mucho mayor relacionado con la demencia.

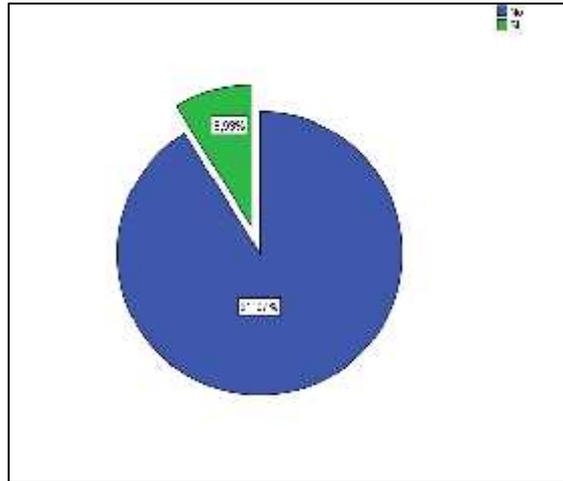


Figura 65. Pensamiento confuso
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información manifestada, el 8,93% de los adultos mayores han tenido su pensamiento confuso. Según Lipowsky (como se citó en Hoyl, 1997), indica que el pensamiento confuso en el adulto mayor puede indicar un estado confusional agudo, se presenta como un pensamiento desorganizado, fragmentado y distorcionado; cuando existe un deterioro en la función mental, puede significar delirio. Estas situaciones se presentan como consecuencia de otra enfermedad orgánica subyacente.

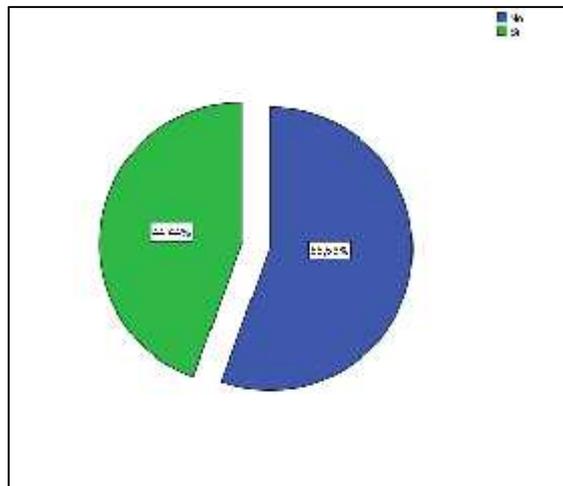


Figura 66. Desarrollo de la dificultad en el funcionamiento mental general por etapas
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, en el 44,44% estas dificultades se presentaron por etapas, mientras que en más de la mitad (55,56%) se presentaron repentinamente.

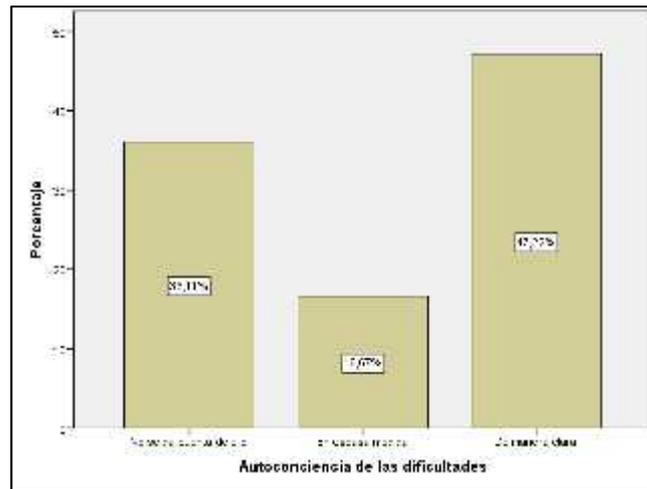


Figura 67. Auto-conciencia de las dificultades del funcionamiento mental general
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada, el 16,67% de los adultos mayores tienen escasa conciencia de sus dificultades relacionadas con su funcionamiento mental general, y un 47,22% se da cuenta de manera clara de estos inconvenientes, mientras que el 36,11% no se da cuenta de ello.

9. Minimental.

9.1. Orientación

9.1.1. Tiempo

Tabla 29. Orientación en tiempo

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Día de la semana	100	0
Día del mes	84.18	15.82
Mes	98.98	1.02
Año	97.96	2.04
Estación del año	96.94	3.06

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encuentra que la mayoría estaban orientados en tiempo, es así que el 15.82% de los adultos mayores contestó de forma incorrecta el día del mes, una proporción mucho menor (1.02%) falló en el mes, el 2.04% en el año, mientras que el 3.06% en la estación del año en la que se encontraban.

9.1.2. Lugar

Tabla 30. Orientación en lugar

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
País	98.98	1.02
Provincia	97.96	2.04
Ciudad	99.49	0.51
Piso del edificio	99.49	0.51
Nombre del lugar	100	0

Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, la mayoría de los adultos estuvieron orientados en lugar, a excepción de unos pocos que contestaron incorrectamente las preguntas realizadas, como por ejemplo; 1.02% contestó de manera errónea en país, el 2.04 en provincia, el 0.51 en ciudad, una proporción igual no supo en que piso del edificio se encontraba, mientras que el 100% de los adultos evaluados supo el nombre del lugar en el que estaba.

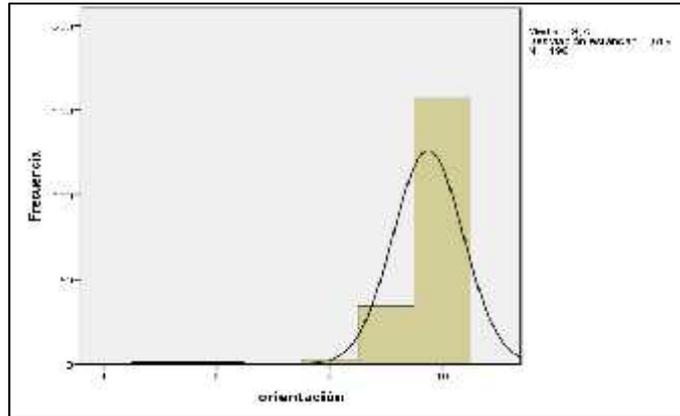


Figura 68. Orientación en tiempo y lugar
Elaborado por: Autora.

La calificación total sobre la que se puntuó orientación es de 10 puntos, de acuerdo a los resultados el mayor porcentaje de respuestas estuvo entre 9 y 10 con un promedio de 9.75. Cabe mencionar que tan solo 2 personas estuvieron por debajo de los 8 puntos.

9.2. Lenguaje

9.2.1. Expresión: denominación

Con relación a lenguaje se evaluó el reconocimiento y denominación de 2 objetos (reloj y lápiz) en el cuál el 100% de los evaluados contestó de manera correcta, por lo que no se evidencia dificultad en esta área.

9.2.2. Expresión: repetición

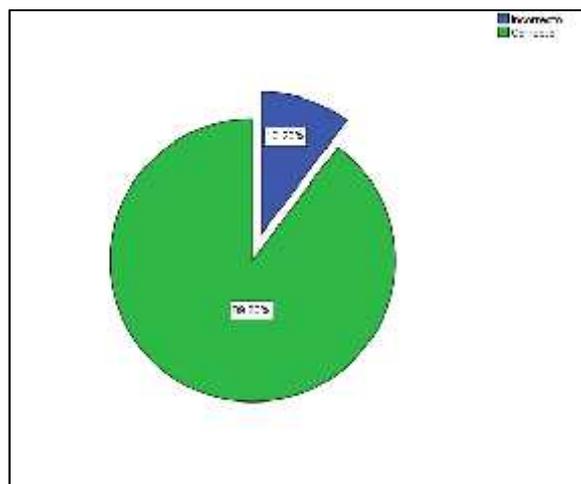


Figura 69. Repetición de frase
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de la población pudo repetir sin dificultades la frase que se le pidió mientras que el 10.20% de los adultos evaluados lo hizo de manera incorrecta.

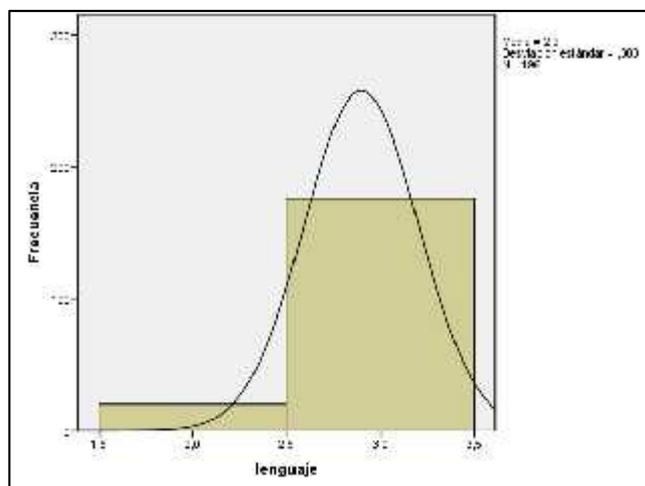


Figura 70. Lenguaje
Elaborado por: Autora.

El lenguaje se evaluó con un total de 3 puntos bajo los parámetros de denominación y repetición, de esta manera se obtuvo un promedio de 2.9 puntos, lo que nos indica que la mayoría de la población contestó de manera correcta, 20 adultos mayores obtuvieron un puntaje de 2, mientras que ninguno tuvo un puntaje inferior a este.

9.3. Memoria

9.3.1. Fijación

Tabla 31. Serie de palabras

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Pelota	97.96	2.04
Manzana	97.96	2.04
Caballo	97.45	2.55

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en memoria, se obtuvo que el 2.04% de los entrevistados repitió de manera incorrecta la secuencia de tres palabras, teniendo inconvenientes en las 2 primeras; mientras una proporción un poco mayor del 2.55% repitió de manera incorrecta la última palabra; sin embargo la mayoría de los adultos evaluados no tuvo problemas con la secuencia.

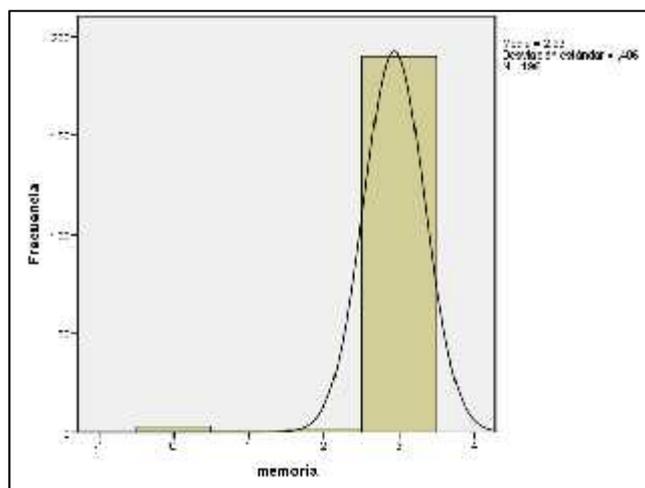


Figura 71. Memoria
Elaborado por: Autora.

La memoria se evaluó con la repetición de una secuencia de tres palabras, cuya puntuación era sobre 3, se obtuvo un promedio de 2.93 que indica que la mayoría de los adultos mayores obtuvieron un puntaje de 3, con un total de 6 personas por debajo de esta puntuación, de las cuales 3 obtuvieron 0 puntos.

9.4. Atención/concentración

Tabla 32. Resta

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	0	30	15,3
	1	43	21,9
	2	27	13,8
	3	31	15,8
	4	8	4,1
	5	57	29,1
	Total	196	100,0

Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 15.3% de los adultos mayores no logró realizar la resta obteniendo un puntaje de 0, el 21.9% contestó correctamente 1 de las respuestas, el 13.8% contestó 2 respuestas, el 15.8% lo hizo en 3 ocasiones, y tan solo el 4.1% contestó correctamente 4 veces, mientras que se ve una proporción mayor del 29.1% que obtuvieron la puntuación máxima de 5 puntos.

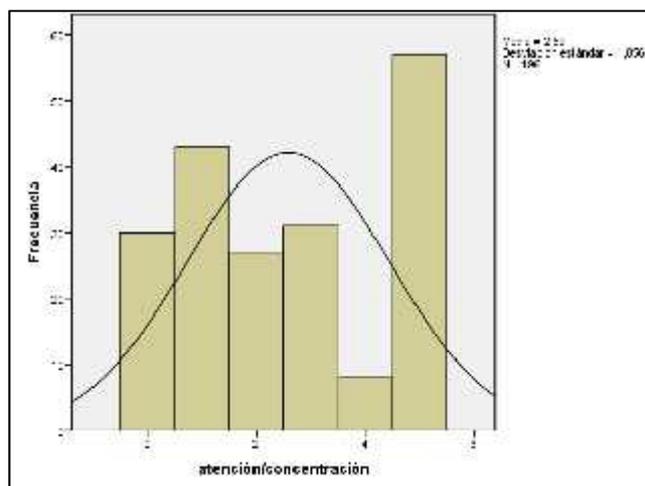


Figura 72. Atención/concentración
Elaborado por: Autora.

La atención y concentración se evaluó por medio de una resta con un puntaje final de 5. Se obtuvo un promedio de 2.59 puntos, que indica que el mayor número de respuestas correctas fue de entre 1 y 3, se observa una menor tendencia en las personas que obtuvieron 4 puntos, sin embargo más de la cuarta parte de la población obtuvo un puntaje de 5. Por otra parte se observa que más del 50% de la población obtuvo un puntaje inferior a 3.

9.5. Memoria/recuerdo

Tabla 33. Recuerdo: serie de palabras

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Pelota	78.57	21.43
Manzana	75.00	25.00
Caballo	63.37	31.63

Elaborado por: Autora.

Se obtuvo una tendencia ascendente con relación a la repetición de la secuencia solicitada, el 21.43% de los adultos mayores tuvo inconvenientes en el recuerdo y repetición desde la primera palabra de la secuencia, el 25% desde la segunda palabra, mientras que una proporción mayor (31.63%) tuvo imposibilidad de recordar y repetir la última palabra.

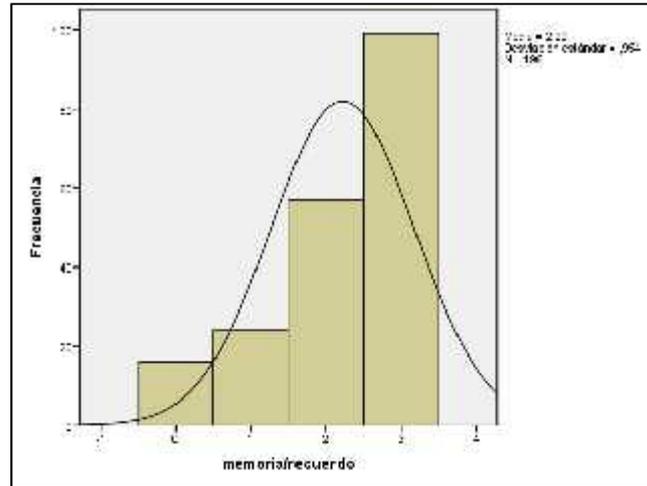


Figura 73. Memoria/ recuerdo
Elaborado por: Autora.

Memoria/recuerdo, se evaluó a través del recuerdo y repetición de una secuencia de palabras, con un puntaje total de 3, el 50.5% de la población obtuvo un puntaje de 3, sin embargo los datos se agruparían entre 2 y 3 puntos dando un promedio de 2.22; 40 de las personas evaluadas obtuvieron un puntaje inferior a 2, de las cuales 16 obtuvieron un puntaje de 0.

9.6. Lenguaje: lectura comprensiva

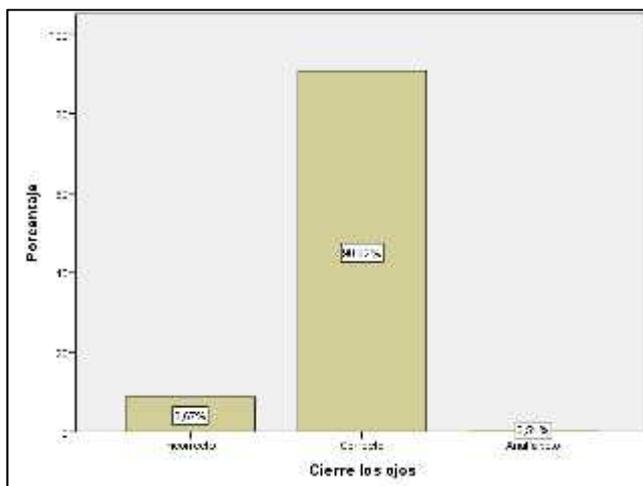


Figura 74. Lectura comprensiva
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 90.82% realizó la actividad correctamente, y tan sólo el 8.67% de la población entrevistada lo hizo de forma incorrecta. De igual manera se obtuvo que el 0.51% de los entrevistados eran analfabetos.

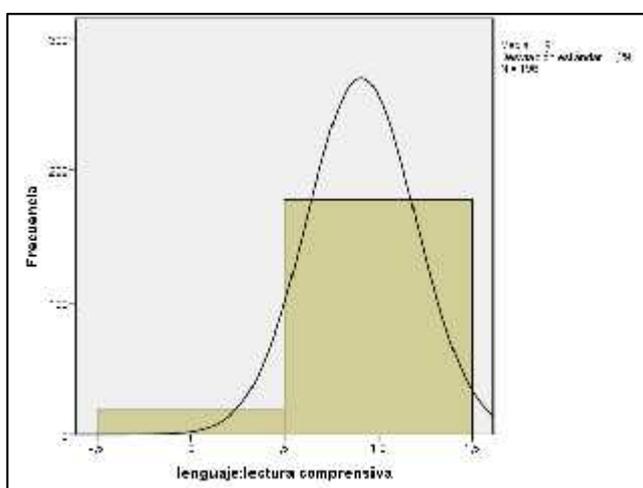


Figura 75. Lenguaje: lectura comprensiva
Elaborado por: Autora.

Otra evaluación del lenguaje se realizó mediante la lectura comprensiva, con una puntuación de 1. Así se obtuvo una media de 0.91 que indica que la mayor parte de la población realizó la actividad propuesta correctamente, mientras que 17 de los

evaluados no lo pudieron hacer, y una era analfabeta, que le imposibilitaba la realización de la actividad.

9.7. Praxis

9.7.1. Copiar y dibujar

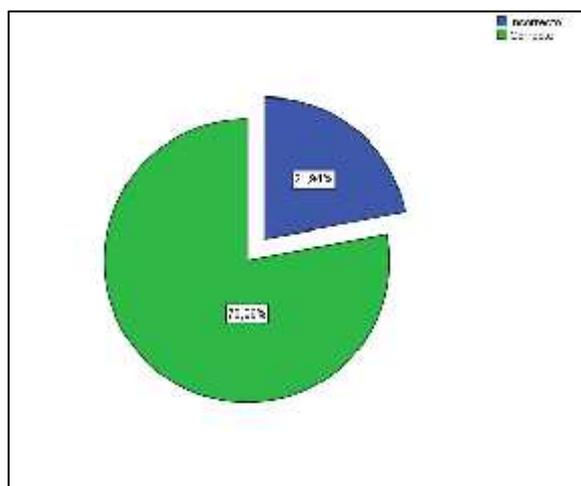


Figura 76. Copiar pentágono
Elaborado por: Autora.

Según lo obtenido, el 78.06% de los adultos evaluados logró copiar el dibujo de manera correcta, mientras que el 21.94% lo hizo de forma incorrecta o no logró hacerlo.

9.7.2. Escritura: espontánea

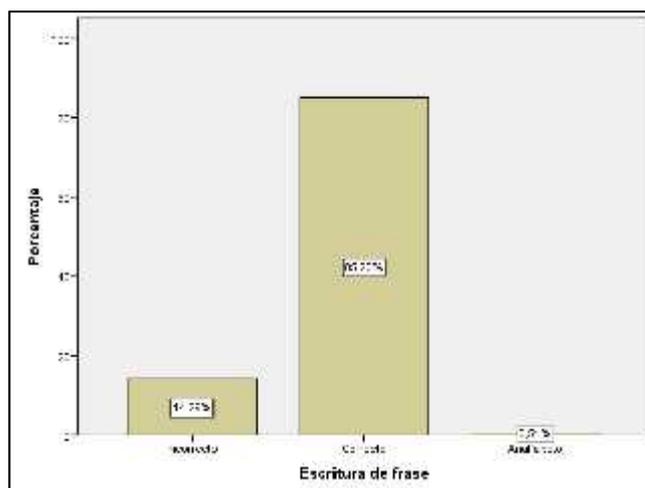


Figura 77. Escritura de frase
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a lo obtenido, la mayoría de los adultos mayores evaluados (85.20%) escribió una frase correctamente, mientras que el 14.29% lo hizo de forma incorrecta o no logró hacerlo; por otra parte se encontró que el 0.51% de los entrevistados eran analfabetos.

9.7.3. Praxis: ideacional

Tabla 34. Secuencia de actividades

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Mano derecha	94.39	5.61
Doblar por la mitad	92.35	7.65
Poner sobre las piernas	92.86	7.14

Elaborado por: Autora.

En relación a los resultados obtenidos, el 5.61% de los adultos evaluados, realizó mal la primera parte de una secuencia de actividades, el 7.75% realizó de manera incorrecta la segunda actividad (doblar por la mitad), mientras que una proporción similar (7.14%) erró al realizar la tercera actividad (poner sobre las piernas).

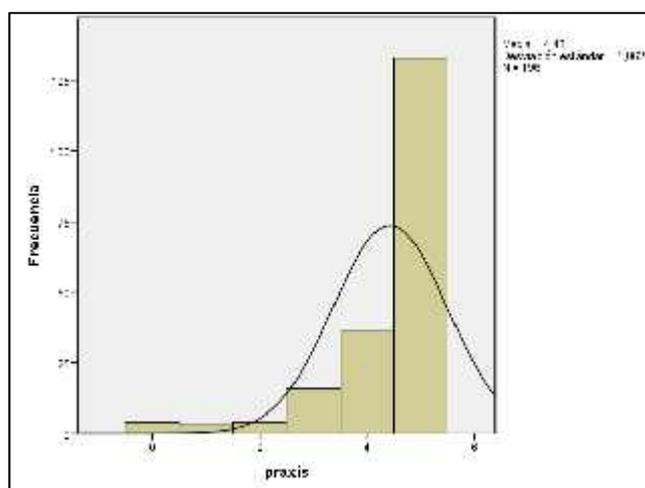


Figura 78. Práxis
Elaborado por: Autora.

La praxis fue evaluada bajo 3 parámetros: copiar y dibujar, escritura espontánea y praxis ideacional, cuya valoración corresponde a 5 puntos. El mayor porcentaje de respuestas estuvo entre los 4 y 5 puntos obteniendo una media de 4.43. Menos del 6%

de la población obtuvieron puntuaciones inferiores a 3 y tan solo 4 personas obtuvieron 0 puntos.

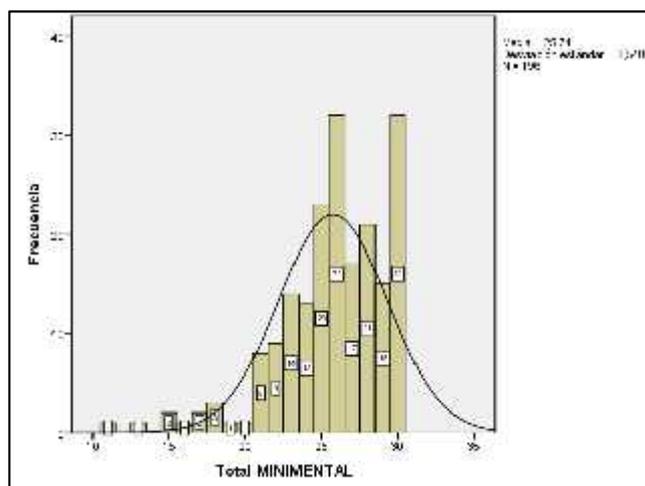


Figura 79. MINIMENTAL
Elaborado por: Autora.

La evaluación realizada a los adultos mayores, consta de 7 parámetros como la orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, memoria/recuerdo, lenguaje: lectura comprensiva, praxis, cuya puntuación final alcanza los 30 puntos; los adultos evaluados obtuvieron un promedio de calificación de 25.74, el área con mayor dificultad fue la de atención/concentración cuyo promedio fue de 2.59 de un total de 5 puntos, lo que podría estar relacionado con su nivel de instrucción. El área de memoria/recuerdo también se vio afectada pero en menor medida obteniendo un promedio de 2.22 de un total de 3 puntos, la afección en esta área podría deberse a la edad de la población objetiva. Por otra parte las áreas de orientación y lenguaje: lectura comprensiva son las que menos inconveniente presentaron con un promedio de 9.75 y 0.92 respectivamente cuyas calificaciones eran sobre 10 y 1 punto. De los 196 adultos mayores evaluados, 54 obtuvieron una puntuación total menor de 25 puntos, y tan sólo 4 adultos obtuvieron una puntuación menor o igual a 15 puntos representando una minoría de la población evaluada, siendo 11 puntos la calificación más baja obtenida por uno de los adultos mayores.

De acuerdo a la ficha técnica elaborada por la Universidad Complutense de Madrid (s.f), se considera “Normal” cuando se obtiene una puntuación de 27 a 30, “Daño cognitivo medio” de 21 a 26 puntos, “Daño cognitivo moderado” de 11 a 20, y finalmente, “Daño cognitivo severo” de 0 a 10 puntos. Para Revillas (2014), el punto de corte es 23,

considerando la puntuación inferior a ésta como un déficit cognitivo, de esta manera realiza las siguientes distinciones: 27 o más, normal; 23 o más, sospecha patológica; 12-23 puntos, deterioro cognitivo; 9-12 puntos, demencia; menor de 5 puntos, fase terminal. Por lo tanto, de acuerdo a las calificaciones obtenidas de los adultos evaluados, encontramos que 85 (43.4%) no presentan ninguna alteración a nivel cognitivo “normales”; una cantidad similar, 82 adultos mayores (41.8%) obtuvieron un puntaje entre 23-27 lo que significa que podría haber una sospecha patológica de deterioro cognitivo; mientras que 28 (14.3%) de los adultos evaluados presentan “deterioro cognitivo” según la escala del MMSE con una puntuación inferior a 23 puntos, y finalmente 1 persona (0.5%) presentaría “demencia” con una puntuación inferior a 12. Según la encuesta multicéntrica realizada por Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, & Organización Mundial de la Salud (2001), se estima que el 11% de la población >65 padece algún tipo de deterioro cognitivo en Latinoamérica; mientras que según el National Collaborating Center for Mental Health [NICE] (como se citó en Sistema Nacional de Salud, 2012), incidica que la prevalencia de demencia aumenta con la edad, es así que en adultos de 60 y 65 años hay una prevalencia del 1%; en adultos de 80-85 años aumenta a un 13%; y en los adultos de 90-95 años llega a un 32%; obteniendo una prevalencia global del 5% en adultos mayores de 65 años, porcentaje que se eleva al 20% en adultos mayores a 80 años.

CONCLUSIONES

- En cuanto a los antecedentes de salud personales, se concluye que existe una prevalencia mayor de hipertensión, tanto en el adulto mayor evaluado como en sus familiares consanguíneos, seguido de crisis cardíaca en cuyo caso la prevalencia es mayor en los familiares.
- En relación a antecedentes de salud familiares, se encontró que la diabetes afecta en mayor medida a los familiares de los adultos mayores evaluados.
- En cuanto a los problemas cerebrovasculares, se encontró que la pérdida repentina de fuerza, visión o habla, son los síntomas que más afecta a la población evaluada con un 33.16%.
- En lo concerniente a las necesidades de salud mental, se encontró que el síntoma que más ha afectado a la población es la pérdida de energía (ánimo depresivo) que afecta a más de la mitad de adultos evaluados.
- En relación a los problemas de sueño, se encontró que cuatro de diez adultos evaluados padecen insomnio temprano, como síntoma más destacable.
- En cuanto a las dificultades de funcionamiento en sus actividades cotidianas, la motricidad es una de las áreas más afectadas de la población de adultos mayores entrevistados, de los síntomas evaluados se encontró que “caminar más lento” está presente en más de la mitad.
- En cuanto a memoria y función mental general, se encontró que las quejas subjetivas de memoria es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia, presentándose en uno de cada dos adultos mayores evaluados.
- De acuerdo al MMSE, se encontró que en la población de adultos mayores evaluados, que cuatro de diez podrían tener sospecha patológica de deterioro cognitivo, y uno de cada siete presenta deterioro cognitivo, mientras que es muy marginal los casos de demencias detectados en esta muestra (Solo 1 sujeto).

RECOMENDACIONES

- A través del Ministerio de Salud Pública (MSP), crear espacios en hospitales públicos con horarios específicos de por lo menos una vez por semana y tres horas, para la revisión y control de problemas hipertensivos y prevención de crisis cardíaca, con libre acceso para todos los adultos mayores de la ciudadanía lojana.
- Implementación de campañas educativas que informen la relación existente entre el desarrollo de enfermedades como la diabetes y el cáncer y los factores hereditarios que las envuelven, así como las estrategias para prevenirlas (alimentación saludable, rutinas de ejercicios diarias, etc.).
- A través del IESS procurar un aumento de la población de médicos geriátricos, para con ello incentivar a la población de tercera edad la consulta de síntomas como la pérdida repentina de fuerza, visión o habla para su adecuado diagnóstico.
- A través del MIES sugerir la reapertura del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER), ya no sólo para la investigación sino, con la finalidad de acogida y tratamiento para adultos mayores con problemas mentales como depresión, deterioro cognitivo, demencia y otros aspectos relacionados.
- A través del Patronato de Amparo Social, crear espacios de recreación al aire libre accesibles para el adulto mayor en donde puedan realizar actividades de estimulación cognitiva que ayuden a su memoria, socializar con sus pares lo que ayudaría a mantener sus redes sociales activas. La realización de estas actividades disminuiría en los adultos mayores las siestas vespertinas lo que contribuiría a conciliar el sueño en las noches.
- A través del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Ciudad de Loja procurar la adecuación de pasos peatonales que se acoplen a los problemas causados por el deterioro motriz en los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Aigaje, J. (2015). *Factores que influyen en la prevalencia de depresión en adultos mayores usuarios del programa Vida Hermosa del Municipio del cantón Mera, Pastaza*. Obtenido de Universidad Nacional de Loja: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/8847/1/Jhoana%20Alexandra%20Aigaje%20Romero.pdf>
- Altamar, G., Curcio, C., Rosso, V., Osorio, J., & Gómez, F. (2008). Evaluación del mareo en ancianos en una clínica de inestabilidad, vértigo y caídas. *Acta Médica Colombiana Vol.33 N°1*, p. 3.
- Alzonline. (s.f). *La demencia y la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de Universidad de Florida:<http://alzonline.php.ufl.edu/es/biblioteca/LA%20DEMENCIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20DE%20ALZHEIMER.pdf>
- Angulo, R., Sánchez, M., Umaña, A., & Arguedas, E. (2009). Conductas regresivas y negativismo en adultos mayores. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 181-185.
- Angulo, R., Umaña, A., & Arguedas, E. (2008). *Psicosis en el adulto mayor*. Obtenido de Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art12.pdf>
- Arias, A., Morales, J., Nouvilas, E., & Martínez, J. (2012). *Psicología social aplicada*. Madrid-España: Panamericana.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). *Guía para dejar de fumar*. Obtenido de AECC:https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_dejar_fumar.pdf
- Asociación Panamericana de Salud. (s.f.). *Fatiga y pérdida de vigor*. Obtenido de SLD: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia16.pdf>
- Avellato, M., & Gaviria, J. (2008). Envejecimiento. *Act. Terap. Dermatol*, 154-162.

- Báez, K. (2002). *Ansiedad ¿Cómo controlarla?* España: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad.
- Barraza R., A., & Castillo P., M. (Mayor de 2006). *El envejecimiento*. Obtenido de Universidad Austral de Chile: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/EI_envejecimiento.pdf
- Belando, M. (2000). *Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos?* Obtenido de Institucional: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art_8.pdf
- Bernal, C. A. (2006). Métodos del proceso de investigación científica. En C. A. Bernal, *Metodología de la investigación* (pág. 58). México: Pearson Prentice Hall.
- Blasco, S., & Meléndez, J. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika, Valencia-España*, 179-185.
- Borrelli, B. (2011). Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. *Calidad de vida UFLO, Buenos Aires-Argentina*, 69-81.
- Caballero G., J. (2013). *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico*. Obtenido de Ahartzaroa: https://www.zahartzaroa.org/index.php/grupos-de-trabajo/descarga-de-documentos/doc_download/35-aspectos-generales-del-envejecimiento-normal-y-patol%C3%B3gico-fisiolog%C3%ADa-y-fisiopatolog%C3%ADa.html.
- Cabrera , F. (2010). *Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?* Obtenido de CEDEM: <http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/8.%20Tansici%C3%B3n%20demogr%C3%A1fica....pdf>
- Calderón, G. (1999). Depresión en la edad senil. En G. Calderón, *Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general* (págs. 143-153). México: Trillas.

- Caprara, M., & Steca, P. (2004). Personalidad y envejecimiento. *Intervención psicosocial* Vol. 13, Madrid-España, 85-98.
- Carpio, A., Placencia, M., Román, M., Aguirre, R., Lisanti, N., & Pesantes, J. (2001). Perfil de Epilepsia en el Ecuador. *Revista de Neurología, Quito-Ecuador*, 185.
- Carro, A., Bastiaenen, R., & Kaski, J. (2012). *Enfermedad cardiovascular en el anciano*. Obtenido de Rev. Esp. Cardiol: <http://www.revespcardiol.org/es/enfermedad-cardiovascular-el-anciano/articulo/90024425/>
- Casanova S., P., Casanova C. , P., & Casanova C., C. (2004). *Deterioro cognitivo en la tercera edad*. Obtenido de Revista Cubana Med. Gen. Integr.: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/Rev%20Cubana%20Med%20Gen%20Integr.pdf>
- Castanedo, C., & Sarabia, C. (2014). *Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento*. Obtenido de Universidad de Cantabria: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
- Chaudhary, M., & Rabheru, K. (2009). Síntomas paranoides en pacientes ancianos. *Revista de Toxicomanías RET N° 56, Barcelona-España*, 23-31.
- Cisneros, M. (2012). *Influencia en los factores de salud física y mental en el estado cognitivo en un grupo de adultos mayores del cantón Loja*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad* . México: Pearson Educación.
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneraciona. (29 de Septiembre de 2014). *Adultos mayores. ¿Cuántos son?* Obtenido de CNII: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Cuesta, E. A. (2014). *Convulsiones epilépticas*. Obtenido de Epilepsia Ecuador: http://epilepsiaecuador.org/campusabbot_nuevo/modulos/documentos/modulo1_MODULO_1.pdf

- De la Vega Díaz, L. (2010). *Las habilidades motrices básicas del adulto mayor en función de mejorar su calidad de vida*. Obtenido de UMCC: <http://monografias.umcc.cu/monos/2010/CULTURA%20FISICA/mo1040.pdf>
- Díaz, M., & Pareja, J. (2008). Tratamiento del insomnio. *IT del Sistema Nacional de Salud*, 116-122.
- Dirección General de Mayores. (2007). *Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: aspectos preventivos y asistenciales*. Obtenido de Madrid: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Aislamiento%20social%20de%20mayores.pdf>
- Domingo, M. (2008). Envejecimiento exitoso. *Revista Médica Clínica las Condes, Chile*, 172.
- Donoso, A. (2001). *Memoria en el adulto mayor*. Obtenido de Universidad de Chile: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/memoria.htm>
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., Gonzalez, A., & Molina, J. M. (01 de 12 de 2009). *Enfermedad crónica en adultos mayores*. Obtenido de Javeriana: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>
- E.U. Vega, T., & E.U. Villalobos, A. (s.f). *Manual de Autocuidado del Adulto Mayor*. Obtenido de Fechac: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf
- Falconi, R. (2011). *MINSA*. Obtenido de Tabaquismo y complicaciones a la salud: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/antitabaco/archivos/mesa/01/RFalconi\(CMP\).pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/antitabaco/archivos/mesa/01/RFalconi(CMP).pdf)
- Franch-Ubia, O. (2000). Alteraciones de la marcha en el anciano. *Revista de Neurología, Madrid-España*, 80-83.

- Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto. *Revista Cubana Salud Pública*, 3-9.
- García, J. C. (2008). *Zahartzaroa*. Obtenido de Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología: <https://www.zahartzaroa.org/.../35-aspectos-generales-del-envejecimiento-normal-y-p...>
- García, M., & Ferrer, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención primaria Vol. 27, Barcelona-España*, 484-488.
- Gastó, C. (2000). Melancolía. En J. Vallejo, & C. Gastó, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (págs. 242-255). Barcelona-España: Masson, S.A.
- Gómez, L. B. (2001). *Planificación familiar*. Obtenido de Dspace: <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/5747/10/capitulo1.docx>
- Goncalves, F. (s.f). *Los trastornos del sueño*. Obtenido de Instituto Tomas Pascual Sanz: http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Curso_RANF_4.pdf
- Guerra de Andrade, A., & Garcia de Oliveira, L. (2011). *Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol*. Obtenido de Cisa: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-cap2.pdf>
- Guerrón, M. (2015). *El deterioro cognitivo y la ansiedad en el adulto mayor que asiste al programa de envejecimiento activo del IESS Ambato*. Obtenido de Universidad Técnica de Ambato: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/18032/2/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20%284%29.pdf>
- Gutiérrez, L. M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de población, México*, 125-147.
- Herrera, J. (2002). Alucinaciones visuales en el anciano. *Med Clin, Madrid-España*, 353-356.

Herrera, J., Barranco, C., Melián, C., Herrera, R., Rodríguez, M., & Mesa, M. (2003). *La autoestima como predictor de la calidad de vida de los mayores*. Obtenido de Universidad Humanista de las Américas: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/172/b15133382.pdf?sequence=1>

Hoyl, M. (1997). *Síndrome confusional agudo en geriatría*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad14.html>

Instituto Gerontológico. (2016). *Cuadro confusional agudo o delirium*. Obtenido de Igerontológico: <http://www.igerontologico.com/salud/neuropsiquiatria-salud/cuadro-confusional-agudo-o-delirium-6414.htm>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Enfermedades relacionadas con el sistema nervioso*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/corazon.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Fascículo Provincial Loja*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Provincias con mayor esperanza de vida por sexo*. Obtenido de INEC: http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Cáncer*. Obtenido de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/infocancer.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Registro de defunciones 2011*. Obtenido de INEC: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Estructura de la población*. Obtenido de Radatam: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>

Izquierdo, J., Catalá-Lugo, O., Díaz-Balderas, D., Garcia-Soberanes, A., González-Barrón, V., Hernández-Lazcano, C., . . . Zambrano-Rodriguez, N. (2010). *Automedicación*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Poster_Izquierdo_Automedicacion.pdf

Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2006). El contexto personal de la vejez. En R. V. Kail, & J. C. Cavanaugh, *Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital* (págs. 532-568). México: CENGAGE Learning.

Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (1997). Diagnóstico y tratamiento de la depresión . En R. Kane, J. Ouslander, & I. Abrass, *Geriatría Clínica* (págs. 102-126). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Leyva S., B. (2008). *Movilidad, equilibrio y caídas en el adulto mayor*. Obtenido de Geroinfo. Publicaciones de Gerontología y Geriatría: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf

Limón, M. (1992). *Características Psico-sociales de la Tercera Edad*. Obtenido de Universidad Complutense: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/30125/1/Caracter%C3%ADsticas%20psico-sociales%20de%20la%20tercera%20edad.pdf>

Lorenzo, T., Maseda, A., & Millan, J. (2008). *La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. España: IGISS.

Luzuriaga, M. (2016). *Depresión en los adultos mayores del asilo "Daniel Alvarez Sanchez" de la ciudad de Loja*. Obtenido de Universidad Nacional de Loja:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10515/1/TESIS%20MONICA%20LUZURIAGA.pdf>

Maguey, P. (s.f). *57 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe*. Obtenido de Salud 180: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/57-millones-de-adultos-mayores-en-america-latina-y-el-caribe>

Martínez, M. (2005). *Teorías del envejecimiento*. Obtenido de UAM: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf

Matute, M., & Jarrín , G. (2016). *Familia en cifras - Ecuador 2015*. Obtenido de Universidad Técnica Particular de Loja: <http://www.utpl.edu.ec/comunicacion/wp-content/uploads/2016/04/FOLLETO-FAMILIA-EN-CIFRAS-ECUADOR-2015-FORMATO-DIGITAL-INTERACTIVO1.pdf>

McGraw-Hill Interamericana de España . (2015). *Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales*. Obtenido de Centros de Enseñanza Online:https://www.mhe.es/ceo_tabla.php?tipo=1_03_TC&isbn=8448176898&sub_materia=344&materia=93&nivel=c&comunidad=Castellano&ciclo=0&portal=&letrero=&cabecera=

MedlinePlus. (2015). *Conmoción Cerebral*. Obtenido de NIH: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000799.htm>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de las personas adultas mayores*. Obtenido de MIES: www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/.../Agendas_ADULTOS.pdf

Ministerio de Salud Pública , M., Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, I., & Organización Panamericana de la Salud, O. (2011). *Indicadores básicos de salud. Ecuador 2011*. Obtenido de CES: <http://www.ces.gob.ec/doc/Taller-difusion/SubidoAbril-2015/indicadores%20bsicos%20de%20salud%20ecuador%202011.pdf>

- Naranjo, S. E. (2011). *Factores de riesgo asociados y complicaciones de la hipertensión arterial en pacientes que acuden al "Hospital Mariano Estrella" de la comunidad de Lazareto-Cuenca 2010-2011*. Obtenido de Universidad de Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4088/1/ENF139.pdf>
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke, N. (2013). *Cómo prevenir un accidente cerebro vascular (stroke)*. Obtenido de NIH: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/previendo_la_apoplejia.htm
- NewYork-Presbyterian. (2004). *Pérdida de la memoria ¿Qué es normal? The University Hospital of Columbia and Cornell*, 1-7.
- Olivares-Tirado, P., Ibáñez, C., España, M., Miranda, V., & Gillmore, M. (Marzo de 2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile*. Obtenido de Superintendencia de Salud: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf
- OMS. (2013). *Información general sobre hipertensión en el mundo*. Obtenido de who: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Cefaleas*. Obtenido de who: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
- OMS. (2016). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de who: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OMS. (2016). *Epilepsia*. Obtenido de who: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
- OMS. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de who: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS. (2016). *Salud mental*. Obtenido de who: http://www.who.int/topics/mental_health/es/

- OMS, Transmisibles, G. O., Tra, D. d., & Vital, E. y. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria Gerontológica*, 74-105.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Trastornos de la memoria*. Obtenido de SLD: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia29.pdf>
- Palacios, V., & Morales, J. (2011). *La memoria en el anciano*. Bogotá-Colombia: Facultad de Medicina U.D.C.A Intech.net.
- Palloni, A., & Peláez, M. (2004). *Informe Final de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Obtenido de SABE: <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf>
- Pando-Moreno, M., Aranda, C., Aguilar, M., Mendoza, P., & Salazar, J. (2001). Prevalencia de los trastornos de sueño en el adulto mayor. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro Vol. 17*, 63-69.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). Teoría e investigación sobre desarrollo psicosocial. En D. Papalia, S. Wendkos, & R. Duskin, *Desarrollo humano* (págs. 677-680). Bogotá-Colombia: McGraw-Hill.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, P. (2015). *Informe sobre el desarrollo humano 2015*. Obtenido de PNUD: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf
- Quesada, D. (2015). Delirium en el adulto mayor. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 3-7.
- Rebok, F., & Daray, F. (2014). Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Vol. 18*, 30-321.
- Revillas, F. (2014). *Manual de usuario (MEC) (MMSE)*. Obtenido de General ASDE: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>

Riu Subirana, S., Bosch, J., Barceló, M., & González, V. (s.f.). *Depresión en el mayor: manejo y prevención de la depresión en el mayor*. Obtenido de Fbjoseplaporte: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>

Robalino, J. (2012). *Los trastornos cognitivos en adultos mayores*. Obtenido de Instituto de Neurociencias Junta de Beneficencia de Guayaquil: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>

Rodriguez , L. (s.f). *Demencia, diagnóstico, clasificación, etapas y tratamiento*. Obtenido de SLD: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia_tratamiento_y_clasificacion_liliam_rdguez.pdf

Rodriguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Obtenido de Universidad del Rosario: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

Rodríguez, L. (2005). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *GEROINFO Vol. 1*.

Roth, M., Huppert, F., Mountjoy, C., & Tym , E. (2016). *CAMDEX-R. Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez*. Obtenido de TEAEDICIONES: <http://web.teaediciones.com/camdex-rprueba-de-exploracion-cambridge-revisada-para-la-valoracion-de-los-trastornos-mentales-en-la-vejez.aspx>

Roth, M., Huppert, F., Mountjoy, C., & Tym, E. (1986). *CAMDEX-R*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/CAMDEX/CAMDEX_F.PDF

Saez, N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Melendez, J., & Villanueva , I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones psicológicas Vol. 12, Lima-Perú*, 129-152.

- Salud Bienestar y Envejecimiento , S., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, & Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicéntrica*. Obtenido de CSIC: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En C. F. Collado, & P. B. Lucio, *Metodología de la investigación* (págs. 128-198). México: McGraw Hill Education.
- Sandoval, C., & Mancheno, M. (2012). *Incidencia de un programa de recreación en el estado de ánimo de los adultos mayores del centro Villa Hogar La Esperanza, en el primer semestre del año 2012*. Obtenido de Escuela Politécnica del Ejército. Repositorio: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/6560/1/T-ESPE-038955.pdf>
- Sanz, J. (2008). Trastornos del sueño. *Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, España*, 176-187.
- Sapetti, A. (2013). *La sexualidad en el adulto mayor*. Obtenido de Universidad de Palermo: http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/13/Psicodebate_N13_04b.pdf
- Sarabia, C. (2009). *Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento*. Obtenido de Scielo: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/breve1.pdf>
- Schiemann, J., & Salgado, I. (2000). *Trastornos del sueño*. Obtenido de Acnweb: <http://www.acnweb.org/guia/g1c03i.pdf>
- Secretaría Técnica de Drogas, S. (2016). *Indicadores del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas*. Obtenido de SETED: <http://186.46.218.227/consep/public/#>
- Sharma, R. (1997). Teorías sobre el envejecimiento. En P. Timiras, *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría* (págs. 43-52). Barcelona-España: MAASSON,S.A.

- Silva, J., Coelho, S., Pereira, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Partesani, R. (2012). Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional . *Latino-Am. Enfermagem*, 2-7.
- Sistema Nacional de Salud. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Obtenido de CENETEC: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
- Sistema Nacional de Salud. (2012). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Obtenido de CENETEC:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
- Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). (2011). *Guía de actualización de Accidente Cerebrovascular*. Obtenido de Colegio de Farmaceuticos de la provincia de Buenos Aires: <http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfica/Documentos%20compartidos/2011%20Guia%20Actualizacion%20ACV.pdf>
- Staab, A., & Hodges, L. (1998). *Enfermería gerontológica*. Barcelona-España: McGraw-Hill Interamericana.
- Stassen, K., & Thompson, R. (2001). La vejez: el desarrollo psicosocial. En K. Stassen, & R. Thompson, *Psicología del desarrollo: Adulter y vejez* (págs. 197-202). Madrid-España: Panamericana.
- Toronjo, A. M., & Rojas, M. J. (2008). El envejecimiento y la dependencia. En M. V. García, C. Rodríguez, & A. M. Toronjo, *Enfermería Geriátrica* (págs. 322-325). Barcelona-España: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Torres, C. (2015). *Conocimientos y prácticas sobre automedicación en los estudiantes de la carrera de enfermería de la UNL*. Obtenido de Universidad Nacional de Loja: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12095/1/TESIS%20FINAL%20EMPASTAR.pdf>

Triadó, C., & Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos. En C. Triadó, & F. Villar, *Psicología de la vejez* (págs. 25-29). Madrid-España: Alianza Editorial.

Universidad Complutense de Madrid. (s.f). UCM. Obtenido de Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica: Ficha técnica del MMSE: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DEL%20ESTADO%20MENTAL/MEC_F.pdf

Urrutia, N., & Villarraga, C. (2010). *Una vejez emocionalmente interesante: retos y desafíos*. Obtenido de Contribuciones a las ciencias sociales: <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm>

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia . *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 284-290.

Vera, P. S. (1996). *Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares*. Obtenido de Universidad de Murcia: http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_073_06.pdf

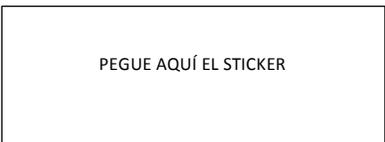
Villacis, B. (27 de Agosto de 2011). *En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado*. Obtenido de INEC: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Zetina, M. (1999). *Conceptualización del proceso de envejecimiento*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de México: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>

ANEXOS.

CANDEX-R: CUADERNO DE ANOTACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL



N° de identificación del

paciente:.....

1. Apellidos:		Nombres:	
Dirección:		2. Fecha de entrevista: dd/mm/aa	
3. Entrevistador:			
4. Lugar de procedencia:		5. Fecha de nacimiento:	
6. Sexo:		7. Estado civil (actual):	
8. Ocupación principal (especificar atendiendo al manual):			

SECCIÓN A. ENTREVISTA CON EL PACIENTE/SUJETO

PARTE 1

Estado actual

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| | Error (0) | Acierto (1) |
| 9. ¿Cómo se llama? | () | () |
| 10. ¿Qué edad tiene? | () | () |
| 11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? | () | () |
- (Pase al examen cognitivo si dos de las preguntas han sido contestadas erróneamente)
12. ¿Qué edad tenía cuando dejó el colegio?.....
13. ¿Cuántos años, en total, asistió a la escuela?
14. ¿Tuvo usted alguna otra formación o preparación después de la escuela? Si es así, ¿durante cuántos años?..... ¿qué titulación obtuvo?.....
15. ¿Cómo vive usted actualmente?
- | | |
|--|-----|
| a. En vivienda independiente con el cónyuge/pareja | () |
| b. En vivienda independiente con familiar o amigo | () |
| c. En vivienda independiente con los hijos o hijos del cónyuge | () |
| d. Solo y de forma independiente | () |

Función cerebrovascular

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud y de cualquier problema relacionado con la misma.

	No o rara vez	Más de una vez por semana
16. ¿Tiene a menudo dolor de cabeza (de cualquier tipo)?		
17. ¿Se siente a menudo mareado, con inestabilidad o sensación de perder el equilibrio?		
18. ¿Se ha caído o ha estado a punto de hacerlo?		
	Si	No
19. ¿Ha tenido alguna vez una pérdida repentina de fuerza en las extremidades o en un lado de la cara que después recuperó, pérdida repentina de la visión que después recuperó o pérdida repentina del habla que después recuperó?		

Sueño

Regístrese trastorno de sueño solamente cuando no sea debido a problemas físicos y haya durado al menos dos semanas

	Si	No
20. ¿Ha notado usted, últimamente, dificultades a la hora de dormirse?		
21. ¿Padece usted, últimamente, un estado de inquietud o de insomnio durante la noche?		
	No	A veces
		La mayoría de las veces
22. ¿Ha cambiado su patrón de sueño despertándose pronto por la mañana y siendo incapaz de dormirse de nuevo, o durmiendo en exceso?		

Especificar: (Ej. indique "despertar temprano" cuando lo haga dos horas antes de lo habitual).....

Ánimo depresivo

En las preguntas 23-27 registrar únicamente los síntomas que hayan durado al menos dos semanas.

	Si	No
23. ¿Tiene más dificultad para tomar decisiones en las actividades cotidianas?		
	No	A veces
		La mayoría de las veces
24. ¿Ha perdido interés por las cosas de las que antes se ocupaba o le gustaban? (Si las actividades son limitadas, indague hasta qué punto le satisfacen las visitas de amistades u otros acontecimientos relevantes)		
	Si	No
25. ¿Encuentra usted que ha perdido energía y que le cuesta más hacer sus actividades diarias?		
26. ¿Actualmente, prefiere usted estar a solas más que antes?		
	No	Ocasionalmente
		La mayoría de las veces
27. ¿Se siente triste, deprimido o desgraciado?		
28. ¿Cómo se siente usted de cara al futuro? (Marcar como "neutral" las respuestas de tipo "yo vivo el día", "no pienso en el futuro")		
	Si	No
29. ¿Piensa alguna vez que la vida no merece la pena?		

Preocupación/ansiedad

	Si	No
30. ¿Se siente usted más tenso y se preocupa más de lo habitual por cosas insignificantes?		
31. ¿Últimamente se encuentra más irritable o tiene sensación de "estar al límite"?		
32. ¿Ha habido momentos, últimamente, en los que se ha encontrado muy ansioso o atemorizado?		
33. ¿Últimamente ha habido momentos en los que se ha encontrado ansioso y con malestar físico, por ejemplo, con palpitaciones, temblor o sudoración intensa?		
34. ¿Hay alguna situación específica que le pone ansioso, por ejemplo, salir de casa solo, estar en tiendas o entre aglomeraciones de gente? Especificar:.....		
35. ¿Ha tenido crisis de miedo o ataques de pánico en los que notaba que iba a morir o a perder el control de sí mismo? Especificar:..... (Si las respuestas a las preguntas 34 y 35 no son positivas, marque -> en la pregunta 38)		
36. ¿Desde cuándo lo experimenta? (Duración en meses)		

Actividades cotidianas

Ahora me gustaría preguntarle cómo soluciona usted algunas de las actividades habituales de cada día

(Las preguntas 37 y 38 se formularán en caso de que el paciente no esté discapacitado para andar. Si está encamado o en silla de ruedas márquelas como ->)

	Si	No
37. ¿Ha experimentado durante los dos últimos años más inseguridad o dificultad al iniciar ciertos movimientos, por ejemplo, al empezar a caminar o al levantarse de una silla? (Marque "sí" sólo cuando la dificultad se presente al iniciar un movimiento, no si presenta rodillas artríticas o artrósicas)		
38. ¿Ha apreciado si en este último año o el anterior anda más lentamente?		
39. ¿Ha observado cambios en su escritura (p.ej., letra más pequeña o temblorosa) en este último año o en el anterior?		
40. ¿Ha apreciado cambios en la expresión de su cara al mirarse al espejo?		
41. ¿Ha observado alguna ayuda para comprobar el cambio después de gastar pequeñas cantidades de dinero? (Marque "sí" sólo en caso de problemas de cálculo)		
	No	Dificultad
		Imposibilidad
42. ¿Tiene usted alguna dificultad en tareas domésticas, tales como prepararse una comida o una taza de café?		
	No físico	Parcialmente físico
		Totalmente físico
43. En opinión del entrevistador, respecto a las preguntas 41 y 42, ¿es este impedimento debido a causas físicas (p.ej., apoplejía, artritis grave) en contraposición a un deterioro cognitivo? (Si hay algún deterioro marque ->)		

	No	Incontinencia ocasional	Incontinencia frecuente
44. ¿Tiene dificultades para controlar su vejiga? (Si hay alteración, marque ->)			

Memoria

	Si	No
45. ¿Tiene alguna dificultad con su memoria?		
46. ¿Olvida usted, más a menudo de lo normal, dónde ha dejado las cosas?		
47. ¿Se olvida de nombres de amigos íntimos o de parientes?		
48. ¿Estando en su barrio, ha olvidado alguna vez el camino de regreso? (Si no hay alguna dificultad con la memoria, marque -> en las preguntas 49,50 y 51)		
49. ¿Cuándo empezó a tener esta dificultad? (duración en meses)		
	Gradualmente	Repentinamente
50. ¿Vino de repente?		
	Mejorado	Empeorado
		Sigue igual
51. ¿Ha mejorado o empeorado desde que empezó?		

Funcionamiento mental general

	Si	No
52. ¿Tiende a pensar y a hablar más del pasado que de acontecimientos recientes?		
53. ¿Cuando habla, tiene problemas en encontrar la palabra que desea, o pronuncia, alguna vez, una palabra equivocada? (En caso negativo, marque la pregunta 54 como ->)		
54. ¿Desde cuándo le sucede? (duración en meses)		

Síntomas paranoides y otros síntomas psicóticos

Algunas preguntas generales sobre la amabilidad de los vecinos y de otras personas constituyen una introducción útil antes de formular preguntas que pretenden descubrir una patología concreta, p.ej., ¿Se lleva bien con sus vecinos o tiene problema con ellos?

	Si	No
55. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de oír cosas que otras personas no oyen? (Determine la presencia o ausencia de alucinaciones o delirios, especificando el contenido. En caso negativo, marque -> en la pregunta 56)		
56. ¿Desde cuándo le ocurre? (duración en meses)		
57. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de ver cosas que otras personas no ven? (Determine presencia o ausencia de alucinaciones o delirios, especificando el contenido. En caso negativo, marque -> en las preguntas 58, 59 y 60)		
58. ¿Desde cuándo le ocurre? (duración en meses)		
59. ¿Estaba usted completamente despierto cuando le ha sucedido?		
60. ¿Creyó usted que era real?		
61. ¿Ha pensado alguna vez que las personas le están observando, espiándole o conspirando contra usted? (Determine presencia o ausencia de alucinaciones o delirios, especificando el contenido. En caso de respuesta)		
62. ¿Durante cuánto tiempo? (Duración en meses)		
63. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que a través de la radio o la TV le están siendo transmitidos mensajes especiales o que su mente o su cuerpo están siendo controlados de alguna otra forma? (Determine ausencia o presencia de alucinaciones o delirios, especificando el contenido. En caso de respuesta)		
64. ¿Durante cuánto tiempo? (Duración en meses)		
65. ¿Tiene alguna sensación especial y extraña respecto a su cuerpo? (Determine presencia o ausencia de delirios hipocondríacos o nihilistas. Marque "No" si los síntomas son debidos a problemas físicos. Si la respuesta es negativa, marque -> en las preguntas 66 y 68 y <-> en la 67)		
66. ¿Durante cuánto tiempo? Duración en meses		
67. ¿Ha experimentado alguna molestia o interferencia a nivel físico? (Determine presencia o ausencia de interferencia de sexualidad ilusoria o de otro tipo. Especificar. En caso de respuesta negativa, marque -> en la pregunta 68)		
68. ¿Durante cuánto tiempo? Duración en meses		

PARTE II

Preguntas sobre antecedentes personales

Ahora querría formularle algunas preguntas sobre su estado de salud en el pasado

	Adulto		Familiar	
	Si	No	Si	No
69. ¿Ha tenido alguna vez una crisis cardíaca, o ha comentado el médico que la ha tenido?				
70. ¿Le ha comunicado alguna vez su médico que tenía "presión alta" o hipertensión? (No tenga en cuenta presión alta durante el embarazo)				
71. ¿Le ha comunicado alguna vez su médico que había tenido apoplejía?				
72. ¿Se ha dado algún golpe en la cabeza que le hiciera perder el conocimiento? Especificar edad/es:.....				
73. ¿Ha tenido alguna vez crisis epilépticas? Especificar edad de inicio:..... Querría preguntarle acerca de sus hábitos de fumador o bebedor				

	Adulto		Familiar	
	Si	No	Si	No
74. ¿Ha sido alguna vez fumador de 20 o más cigarrillos al día durante un año o más?				
75. ¿Toma o ha tomado alguna vez alcohol (cerveza, vino o licores, etc.)? Y si es así, ¿qué cantidad ha llegado a beber como máximo de forma regular? (Marque "si" en caso de haber consumido más de 10 unidades diarias en un período de dos semanas: unidades cerveza, unidades vino, unidades licor. Registre el consumo diario según la categoría de alcohol: cerveza normal: una cerveza (1/3 litro)= 1 unidad; (con gaseosa= ½ unidad), vino, jerez, vermouth...: un vaso= 1 unidad; licores, aguardiente...: una copa= 1 unidad)				
76. ¿Ha pensado alguna vez que bebía en exceso?				
77. ¿El hecho de beber le ha causado alguna vez problemas como perder el trabajo, amigos, o accidentes o sanciones de tráfico?				
78. ¿Ha tomado alguna vez píldoras o fármacos de los que le costaba prescindir, p.ej., pastillas para dormir o para poder hacer frente a las cosas? Especificar:..... Determinar dependencia si la hubiere, especificar:.....				
79. ¿Se considera usted una persona nerviosa? (Si el paciente pide una aclaración, pregúntele si sus amistades le consideran una persona nerviosa.) Anote la respuesta:.....				
80. ¿Ha tenido alguna vez algún trastorno emocional o enfermedad nerviosa que ha requerido tratamiento? Número de episodios:..... (Registre como tratamiento "recomendación", psicoterapia o prescripción de psicofármacos realizada por algún médico. Anote número de episodios y cualquier información de interés (se anotará 7 si el número de episodios es igual o mayor a dicho número))				
81. ¿Ha estado alguna vez gravemente enfermo poco después de haber tomado por primera vez un fármaco por vía oral o inyectado? (Especificar. En caso de respuesta negativa, marcar con -> las preguntas 82-85, ambas inclusive)				
82. ¿Perdió usted el conocimiento?				
83. ¿Sabe si estuvo gravemente confuso? (Valore la presencia de un estado confusional)				
84. ¿Tuvo fiebre?				
85. ¿Fue hospitalizado? En caso afirmativo anote: dónde y cuándo:.....				

PARTE III

Preguntas sobre antecedentes familiares

Ahora le querría preguntar acerca de su familia, familiares consanguíneos (incluyendo hermanastros).

	Adulto		Informante	
	Si	No	Si	No
86. ¿Cuántos hijos varones (vivos o fallecidos) ha tenido usted?				
87. ¿Cuántas hijas (vivas o fallecidas) ha tenido usted?				
88. ¿Cuántos hermanos varones (vivos o fallecidos) ha tenido?				
89. ¿Cuántas hermanas (vivas o fallecidas) ha tenido?				
90. ¿Qué lugar ocupa entre los hermanos? Posición. (Codifique: mayor, 01; segundo, 02; etc.)				

Para las preguntas siguientes, anote el cálculo más próximo

	Adulto		Informante	
	Si	No	Si	No
91. ¿Vive su madre todavía? Si es así, ¿qué edad tiene? Edad:..... (Si la madre vive, marque -> en las preguntas 92 y 93)				
92. ¿Qué edad tenía aproximadamente su madre cuando falleció?				
93. ¿Qué edad tenía usted cuando su madre falleció?				
94. ¿Vive su padre todavía? Si es así, ¿qué edad tiene? Edad:..... (Si el padre vive, marque -> en las preguntas 95 y 96)				
95. ¿Qué edad tenía aproximadamente su padre cuando falleció?				

Las siguientes preguntas guardan relación con sus familiares consanguíneos más cercanos: madre, padre, hermanos, hermanas y sus propios hijos.

	Adulto		Informante	
	Ninguno	Número	Ninguno	Número
¿Ha tenido alguno de éstos familiares dificultades importantes de MEMORIA, perturbándose de tal modo que no podía cuidar de sí mismo?				
96. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
97. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
¿Tuvo alguno de sus familiares un ATAQUE AL CORAZÓN o falleció repentinamente o de forma inesperada?				
98. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
99. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
¿Ha tenido alguno de sus familiares APOPLEJÍA o una repentina pérdida de fuerza o dificultades de lenguaje?				
100. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
101. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
¿Ha tenido alguno de sus familiares la PRESIÓN ALTA?				
102. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
103. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia DIABETES?				
104. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
105. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
106. Sujeto (En esta pregunta deberá responder SI o NO de acuerdo al orden de la tabla anterior.)				
¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia enfermedad de PARKINSON, es decir, temblor importante y rigidez?				
107. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
108. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
109. Sujeto (En esta pregunta deberá responder SI o NO de acuerdo al orden de la tabla anterior.)				
¿Tiene usted o algún miembro de su familia un hijo/a con un trastorno mental o SÍNDROME DE DOWN? Indique los progenitores del familiar que padece el síndrome, por ejemplo, si la hermana del sujeto tiene el síndrome de Down, marque padre y madre.				
110. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
111. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
112. Sujeto (En esta pregunta deberá responder SI o NO de acuerdo al orden de la tabla anterior.)				
¿Ha tenido usted, o algún miembro de su familia, LEUCEMIA?				
113. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas				
114. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos				
115. Sujeto (En esta pregunta deberá responder SI o NO de acuerdo al orden de la tabla anterior.)				
¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia CÁNCER?				
116. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas Tipo de cáncer:.....				
117. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos Tipo de cáncer:.....				
118. Sujeto (En esta pregunta deberá responder SI o NO de acuerdo al orden de la tabla anterior.)				

Tipo de cáncer:.....	Ninguno	Número	Ninguno	Número
¿Ha tenido alguno de sus familiares algún TRASTORNO EMOCIONAL o enfermedad nerviosa que requiera tratamiento?				
119. Familiares femeninos: madre, hermanas, hijas Tipo de enfermedad nerviosa:.....				
120. Familiares masculinos: padre, hermanos, hijos Tipo de enfermedad nerviosa:.....				

SECCIÓN B

No corrija cuando la respuesta dada es incorrecta ni cuando no haya habido respuesta.

Anote cualquier respuesta inusual, incluyendo los ítems adicionales de memoria repetidos.

Nota: En esta sección los sujetos que no saben, no quieren contestar o dan una respuestas absurdas son puntuadas con 0, lo que equivale a da una respuesta incorrecta. Si alguna pregunta no fue formulada, indique la causa.

A continuación, le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su memoria y concentración. Algunas de ellas pueden parecer bastante sencillas, otras pueden ser más difíciles, pero tenemos que formular las mismas preguntas a todo el mundo.

Orientación

Tiempo

	Incorrecta	Correcta
121. ¿En qué día de la semana nos encontramos hoy?		
¿En qué fecha estamos hoy (día, mes y año)?		
122. Día (del mes)		
123. Mes		
124. Año		
125. ¿En qué estación del año nos encontramos?		

Lugar

	Incorrecta	Correcta
126. ¿Puede decirme dónde nos encontramos en este momento? Por ejemplo, ¿en qué país (estado) nos encontramos? (Válido el nombre de la comunidad autónoma donde está)		
127. ¿En qué provincia o comarca nos encontramos?		
128. ¿Cuál es el nombre de la ciudad donde nos encontramos?		
129. ¿En qué piso de este edificio nos encontramos?		
130. ¿Cómo se llama este lugar? (o, ¿qué dirección es ésta?, cuando el sujeto sea entrevistado en su casa)		

Lenguaje

Expresión: denominación

Para la pregunta 131 se requiere una denominación exacta; no puede aceptarse la descripción de funciones o respuestas aproximadas.

En caso de respuestas aproximadas, deberá decir "¿Se acuerda de otra palabra que lo defina?"

131. Mostrar: ¿Cómo se llama esto?	Lápiz	Reloj
---------------------------------------	-------	-------

Expresión: repetición

Se permite sólo una presentación, así que es importante que lea la frase con claridad y lentitud, pronunciando todas las palabras.

	Incorrecto	Correcto
132. Voy a decirle algo y me gustaría que lo repitiera después. "Ni sí, ni no, ni pero"		

Fijación

	Pelota	Caballo	Manzana
133. Nombre los siguientes tres objetos tardando un segundo en pronunciar cada uno: pelota, caballo, manzana. Señale los ítems correctos en el primer intento y anote el número en total.			

Atención/concentración

134. Ahora me gustaría que restara 7 de 100. A continuación, reste 7 del número que haya obtenido. Siga	93	86	79	72	65
---	----	----	----	----	----

TOTAL:

restando 7 hasta que le diga que pare.

(Anote las respuestas. Cuente 1 punto cada vez que la diferencia sea 7, incluso si la respuesta anterior fue incorrecta. Puntuación máxima=5 puntos)

Memoria: recuerdo

	Pelota	Caballo	Manzana
135. ¿Cuáles eran los tres objetos que le pedí repetir hace un momento?			

(Anote cada ítem respondido correctamente y registre número correcto en total)

Lenguaje: lectura comprensiva

Quiero que lea esto y haga lo que diga. Muestre “comprensión lectora” en el Cuaderno de figuras. No es necesario que el sujeto lea en voz alta. Si el sujeto lee la instrucción pero no la lleva a cabo, diga “ahora haga lo que dice”

Si parece que el sujeto no lleva a cabo la instrucción por analfabetismo, pregúntele si aprendió a leer. Si es analfabeto, marque esa alternativa.

	Incorrecto	Correcto	Analfabeto
136. Cierre los ojos.			

Praxis

Copiar y dibujar

Se entrega al sujeto un lápiz y la página con los modelos de dibujos que se incluye en el Cuaderno de anotación; se le va mostrando sucesivamente cada dibujo. El sujeto deberá dibujar en la parte inferior del recuadro. Si le resulta difícil hacerlo en los espacios previstos, puede entregársele una hoja en blanco del tamaño A-4 para que haga su tarea sobre ella. Asegúrese de que el sujeto ha finalizado cada dibujo antes de pasar al siguiente, p.ej., preguntando: “¿Ha terminado ya éste?”

	Incorrecto	Correcto
137. Copie esta figura (pentágono).		

(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices bien marcados y la intersección debe formar un rombo)

Escritura: espontánea

	Incorrecto	Correcto	Analfabeto
138. Escriba una frase completa en este espacio de la hoja			

(Indique la parte inferior de la hoja. Si el sujeto tiene dificultades para escribir en ese espacio puede hacerlo sobre una hoja en blanco. Pídale que lea lo que ha escrito y, si es necesario, transcribalo al lugar previsto de la “hoja modelo”. La ortografía y la gramática no son importantes. La frase deber tener un sujeto (real o implícito) y un verbo. “Ayúdeme o váyase” son aceptables)

Praxis: ideacional

Lea el siguiente enunciado y dele al sujeto una hoja de papel. Póngale frente a él al alcance de sus manos. No repita las instrucciones. Hable claro y despacio asegurándose de que el sujeto está atento.

	Mano derecha	Dobla	Sobre rodillas
139. Le voy a dar una hoja de papel. Cuando lo haga, coja el papel con su mano derecha. Doble la hoja por la mitad con ambas manos y ponga la hoja sobre sus rodillas. (No repita las instrucciones ni ayude. Puntúe cada movimiento como correcto únicamente si es realizado en el orden establecido. Cuente cada movimiento correcto y registre el número total)			

SECCIÓN C

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR: Marque “sí” únicamente si la característica está claramente presente.

	NO	SI
140. Descuido de su persona		
141. Comportamiento no colaborador		
142. Suspiciacia, desconfianza		
143. Hostil o irritable: p.ej., respuesta airada		
144. Comportamiento absurdo, incongruente o extravagante		
145. Lento y poco activo: p.ej., sentado de forma anormalmente rígida, retraso en las respuestas a preguntas		
146. Inquieto: p.ej., dando vueltas, movimientos innecesarios		
	SI	NO
148. Estado de ánimo depresivo: parece triste, apesadumbrado, lloroso, bajo tono de voz o desconsolado		
		Incontinencia emocional
149. Estado de ánimo cambiante: cambios rápidos de tristeza a alegría, de amistoso a irritable. Marque si esta es muy evidente:		

	NO	SI
150. Aplanamiento afectivo: falta de emoción espontánea o de respuesta emocional hacia el entrevistador; voz monótona y falta de gesticulación.		
151. Alucinaciones: se comporta como si oyera voces o viera visiones, o admite que es así		
152. Lenguaje muy rápido y difícil de seguir.		
153. Lenguaje muy lento con pausas entre las palabras.		
154. Restricción cuantitativa del lenguaje: únicamente responde a las preguntas, no emplea palabras innecesarias.		
155. Lenguaje disgregado, respuestas irrelevantes a las preguntas.		
156. Lenguaje farfuleante.		
157. Perseveracion.		
158. Falta de comprensión de su actual problema.		
159. Obnubilación de la conciencia.		
160. Uso peculiar de términos, p.ej., neologismos.		
161. Habla consigo mismo.		
162. Capacidad disminuida de centrar, mantener y modificar la atención.		
163. Capacidad disminuida de enjuiciar situaciones o personas.		
164. Preocupaciones hipocondríacas con malestar físico.		

SECCIÓN F

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES:

Anote aquí el nombre, dosis y frecuencia de administración de todos los medicamentos que tome actualmente y el período aproximado de tiempo que los ha estado tomando. Incluya tanto fármacos prescritos como no prescritos. Si lo considera apropiado, verifique en la receta, si las dosis son tomadas según está prescrito.

¿Toma más de 10 medicamentos? SI () NO ()

Nombre genérico y comercial:	Duración en meses:
Dosis y tipo (comprimidos, jarabe...)	Cumplimiento de prescripción:
Frecuencia y momento de toma:	

Nombre genérico y comercial:	Duración en meses:
Dosis y tipo (comprimidos, jarabe...):	Cumplimiento de prescripción:
Nombre genérico y comercial:	Duración en meses:
Dosis y tipo (comprimidos, jarabe...):	Cumplimiento de prescripción:
Frecuencia y momento de toma:	

Nombre genérico y comercial:	Duración en meses:
Dosis y tipo (comprimidos, jarabe...):	Cumplimiento de prescripción:
Frecuencia y momento de toma:	

Nombre genérico y comercial:	Duración en meses:
Dosis y tipo (comprimidos, jarabe...):	Cumplimiento de prescripción:
Frecuencia y momento de toma:	

SECCIÓN G

ENTREVISTA CON ALGÚN FAMILIAR DEL PACIENTE O CON OTROS INFORMANTES

Entrevista llevada a cabo con un familiar, amigo o cuidador relacionado con el sujeto que pueda vivir con él o no. Cada pregunta será formulada como si estuviera escrita, aunque a veces se pueden hacer indagaciones adicionales para aclarar respuestas inadecuadas. Una vez finalizada la entrevista existe un espacio para cualquier comentario adicional.

Todos los ítems deben ser marcados. Si el sujeto no sabe o no quiere contestar <->, no se ha preguntado/no aplicable ->.

Nombre del informante:		Fecha de la entrevista:	
Dirección:			
165. ¿Cómo se llevó a cabo la entrevista?	Cara a cara ()		Teléfono ()
	Esposo/a	Hermano/a	Cuñado/a
			Hijo/a
			Yerno/nuera
			Amigo/a
			Cuidador/tutor
			Otro

Especifique otro:

Introducción para el informante:

Le voy a formular algunas preguntas relacionadas con cambios de comportamiento y de carácter de No siempre aparecen en edades avanzadas y pueden no ser importantes para él/ella. Pero preguntamos esto a todos los sujetos ya que las respuestas pueden constituir una valiosa ayuda para personas con dificultades.

167. Para empezar: aproximadamente ¿con qué frecuencia lo ve?	
a. Vive con él/ella ()	b. Diariamente ()
c. Más de una vez por semana ()	d. Mínimo una vez por semana ()
Especificar: e. Mínimo una vez al mes ()	f. Mínimo una vez al año ()

PARTE I

ÍTEMES ACERCA DEL TRASTORNO ACTUAL

Puede ser conveniente, según su criterio, realizar una pequeña introducción de cada sección, p.ej., "A veces las personas empiezan a tener problemas en la vida diaria" podría introducir la sección de actividades diarias.

Personalidad.

	NO	SI
168. ¿Ha notado algún cambio en su personalidad, p.ej., la forma en que se desenvuelve en su relación social?		

Especifique tipo de cambio

	NO	SI
169. ¿Ha habido alguna exageración importante de algún rasgo de su carácter?		

	NO	MAS	MENOS
170. ¿Se ha vuelto su estado de ánimo más (o menos) cambiante?			
171. ¿Se ha vuelto más (o menos) irritable o mal humorado?			
172. ¿Muestra menos (o más) interés por los demás?			
173. ¿Se ve envuelto en situaciones difíciles o embarazosas en público debido a su comportamiento?			
174. ¿Se ha producido algún cambio respecto a su conducta sexual? ¿Podría describir el cambio?			
a. Ningún cambio ()			
b. Reducción en interés o actividad ()			
c. Incremento en interés o actividad ()			
d. Comportamiento sexual inadecuado ()			

Otro especificar:

	NO	MENOS	MAS
175. ¿Se ha vuelto más terco o tal vez algo más (o menos) torpe?			

(Si no se han producido cambios de personalidad, pase a la pregunta 179)

176. Desde cuando se produjeron estos cambios?			
Duración en meses:			
	GRADUALMENTE	REPENTINAMENTE	
177. Estos cambios, se han ido desarrollando gradualmente o aparecieron de forma repentina			
	Totalmente	No, en absoluto	Escasamente
178. ¿Cree que es consciente de este problema?			

MEMORIA

	Ninguna dificultad	Ligera dificultad	Gran dificultad
179. ¿Tiene más dificultad para recordar acontecimientos recientes? Por ejemplo, ¿cuándo fue la última vez que le vio a usted o qué sucedió el día anterior?			

	SI	NO
180. ¿Se olvida de lo que se ha hablado o repite la misma pregunta una y otra vez?		

	Ninguna dificultad	Ligera dificultad	Gran dificultad		
181. ¿Tiene alguna dificultad en interpretar su entorno, por ejemplo, saber dónde se encuentra o discriminar entre diferentes tipos de personas, como médicos, visitas o parientes?					
182. ¿Tiene más dificultad para recordar una pequeña lista de cosas? P.ej las compras.					
	Ninguna dificultad	Ligera dificultad	Gran dificultad	No puede salir de casa	
183. ¿Tiene dificultad para encontrar el camino en su vecindad, por ejemplo, en las tiendas o estanco o farmacia más próximos a su casa?					
	Ninguna dificultad	Ligera dificultad	Gran dificultad	Permanentemente en cama	
184. ¿Tiene alguna dificultad en encontrar el camino dentro de casa (o de la habitación, por ejemplo, para encontrar el baño)?					
(Si no hay problemas de memoria, marque con -> las preguntas 185, 186 y 187)					
185. ¿Cuánto tiempo hace que estos cambios están presentes?					
Duración en meses:					
		Gradualmente	Repentinamente		
186. ¿Estos cambios, se han ido desarrollando progresivamente o de forma repentina				NO	SI
187. ¿Cree que se da cuenta de su problema de memoria?					

Funcionamiento mental general

		NO	SI		
188. ¿Ha habido una disminución global de su funcionamiento mental? Por ejemplo, ¿tiene la cabeza menos "clara" o es menos despierto y vivaz que antes?					
	No	Leve	Grave		
189. ¿Tiene más dificultad que antes para planificar y pensar en su futuro? ¿Es un gran problema?					
190. ¿Le cuesta más que antes concentrarse en las cosas? ¿Se distrae más a menudo? ¿Es un gran problema?					
191. ¿Es más impulsivo que antes haciendo las cosas sin pensarlas? ¿Es un gran problema?					
	Ningún Cambio	Más	Menos	Mutismo	
192. ¿Habla mucho más o mucho menos de lo habitual?					
	No	Algunas veces	A menudo		
193. ¿Tiene tendencia a hablar más del pasado que del presente?					
				NO	SI
194. Al hablar, ¿tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada o emplea palabras equivocadas?					
	No perseveración	Perseveración			
195. ¿Repite la misma palabra o frase una y otra vez?					
				NO	SI
196. Últimamente, ¿le cuesta más tomar decisiones?					
197. ¿Ha habido alguna pérdida de habilidad en alguna afición o hobby que dominaba anteriormente?					
(Si no hay algún deterioro mental, marque -> en las preguntas 213 a 216)					
198. ¿Parece su pensamiento confuso?					
199. ¿Cuánto tiempo han permanecido estos cambios?					
Duración en meses: _					
		Gradualmente	Repentinamente		
200. ¿Estos cambios, se han ido desarrollando de forma progresiva o aparecieron repentinamente?					
				SI	NO

201. ¿Se ha desarrollado esta dificultad de forma escalonada, por etapas?			
	De manera clara	En escasa medida	No se da cuenta de ellos
202. ¿En qué medida se da cuenta de estos problemas?			

Actividades Cotidianas

En las preguntas 203-209 puntúe únicamente si las dificultades son debidas al deterioro cognitivo. Si éstas se deben a enfermedades físicas, marque ->.

	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Gran dificultad		
203. ¿Tiene dificultades para realizar las tareas normales de casa, por ejemplo, preparar una taza de café?					
204. ¿Tiene mayor dificultad para manejar pequeñas cantidades de dinero?					
	Ninguna dificultad	Desaliñadamente, únicamente con la cuchara	Alimentos sólidos sencillos, por ejemplo, galletas	Tiene que ser alimentado	
205. ¿Tiene alguna dificultad para comer solo?					
				NO	SI
206. ¿Trata de comer o beber mucho más de lo habitual? ¿Lo hace de forma mucho más exagerada de como lo hacía habitualmente?					
207. ¿Ha tratado de comer cosas inadecuadas como jabón, cigarrillos o barro?					
	Ninguna dificultad	Alguna vez no se abrocha bien los botones, etc.	Secuencia equivocada, a menudo olvida piezas.	Incapaz de vestirse solo	
208. Tiene alguna dificultad en vestirse?					
				NO	SI
209. ¿Se orina o ensucia alguna vez?					
Si nada de lo anterior ocurre, marque con -> las preguntas 210 y 211					
210. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta dificultad? Duración en meses:					
		Gradualmente	Repentinamente		
211. Estas dificultades, se ha ido instaurando gradualmente o se iniciaron de forma repentina?					

Obnubilación/Delirium

212. ¿Ha habido un repentino empeoramiento hacia la confusión mental, en las últimas semanas o meses, que persiste en la actualidad?		NO	SI
(En caso de "sí" o de respuesta ambigua, formule las preguntas 227-232. Si "no", marque las preguntas 227-232 con ->)			
		NO	SÍ
213. ¿Hay episodios de días o semanas de duración en los que estando su cabeza "clara" se vuelve confusa?			
214. ¿Hay episodios breves a lo largo de un día en los que parece estar peor y otros en que parece tener la cabeza "clara"?			
215. ¿Vuelve a un estado completamente normal cuando desaparece la confusión?			
216. ¿Empeora el estado de confusión al atardecer o por la noche?			
217. ¿Hay marcadas fluctuaciones en su nivel de atención o estado de alerta?			
218. ¿Durante cuánto tiempo ha permanecido esta dificultad? Duración en meses: _			

Animo Depresivo.

		NO	SI
219. ¿Hay una pérdida general de interés y de ilusión por las cosas?			
	Ningún cambio	Más sociable	Menos sociable pero con alguna interacción social
			Mucho menos sociable con poca o ninguna interacción
220. ¿En menos (o más) sociable de lo habitual, por ejemplo, ha perdido el interés de salir y ver a la gente? ¿Qué grado comporta el problema?			

		NO	SI
221. ¿Tiene a avergonzarse o a sentirse culpable sin motivo alguno?			
222. ¿Cree usted que está deprimido?			
(Si no hay depresión, marque con -> las preguntas 223-226)			
223. ¿Esta depresión es tan intensa que llega a afectar a todos los aspectos de su vida (familia, trabajo, amistades)?			
224. ¿Cuánto tiempo ha durado? Duración en meses: _			
		Gradualmente	Repentinamente
225. ¿Evolucionó de forma gradual o se inició de forma repentina?			
	Tiene clara conciencia de ello	Tiene escasa conciencia de ello	Ninguna conciencia de ello
226. ¿Cree usted que se da cuenta de que está deprimido?			

Sueño

		NO	SI
227. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?			
228. ¿Está inquieto o se despierta durante la noche?			
229. Durante la noche, ¿tiene a levantarse y deambular sin sentido?			
230. ¿Se despierta pronto, de madrugada, no pudiendo volver a dormir?			
231. ¿Duerme mucho más de lo que era habitual?			
(Si no hay dificultades, marque -> en las preguntas 232 y 233)			
232. ¿Durante cuánto tiempo ha padecido este trastorno? Duración en meses: _			
		Gradualmente	Repentinamente
233. ¿Se desarrolló de forma gradual, o se inició de forma repentina?			

Síntomas Paranoides.

		NO	SI
234. ¿Se ha quejado de ser injustamente espiado o perseguido por otros?			
235. En caso positivo, ¿durante cuánto tiempo? Duración en meses: _			
236. ¿Ha sido molestado por voces o visiones no experimentadas por otros?			
237. En caso positivo, ¿durante cuánto tiempo? Duración en meses: _			
238. ¿Cree él/ella que estas molestias son reales?			

Problemas cerebrovasculares.

239. ¿Ha tenido alguna vez "sensación de mareo" y a continuación una ligera pérdida de fuerza o dificultad de habla, memoria o visión?					
240. Tiempo en meses desde que ocurrió por primera vez:					
		No o raramente	Una vez al mes		
241. ¿Se ha caído o ha estado a punto de hacerlo?					
242. Tiempo en meses desde que ocurrió por primera vez:					
		NO	UNA	DOS	MAS DE DOS
243. ¿Ha tenido alguna vez apoplejía?					
244. Tiempo en meses:					

Resumen general

Si no se ha detectado ningún problema en esta sección (preguntas 168-244), marque -> en las preguntas 245-249.

La pregunta 245 está destinada a identificar inmovilidad en una enfermedad de Alzheimer en fase intermedia, estados de obnubilación, depresión intensa o cambios en la marcha no atribuibles a una enfermedad neurológica definida. Si la dificultad se debe a una enfermedad física, marque ->.

	No	Alguna dificultad	Gran dificultad		
245. ¿Tiene dificultad en llevar su vida habitual desde que se iniciaron los trastornos antes mencionados?					
	No	Problema leve	Gran problema		
246. ¿Descansa menos de lo habitual? Por ejemplo, incapacidad de permanecer sentado sin cambiar de postura por un período largo de tiempo. ¿Es un gran problema?					
	Memoria	Otras alteraciones cognitivas	Ánimo	Personalidad	Otros
247. Usted ha indicado algunos cambios (en el sujeto). ¿Me puede decir cuál fue el primer cambio que notó en su comportamiento?					
Anote la respuesta completa_					
248. ¿Cuánto hace de ello? Duración en meses:					
249. Según su criterio, ¿cuánto hace que su capacidad mental era prácticamente normal, por última vez? Duración en meses: _					