



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Necesidades de intervención en adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de
Loja

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Faicán González, Michelle Carolina

DIRECTOR: Bustamante Granda, Byron Fernando, Mgtr.

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Byron Fernando Bustamante Granda

DOCENTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Necesidades de intervención del adulto mayor de cuarta edad de la ciudad de Loja, realizado por Faicán González Michelle Carolina, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Enero de 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Michelle Carolina Faicán González declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Necesidades de intervención del adulto mayor de cuarta 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 institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Faicán González Michelle Carolina

1750272062

DEDICATORIA

Con infinito amor a mis padres: Diego y Conchi y hermana Alejandra; quienes han sabido formar en mí buenos sentimientos y valores. Gracias por su infinito amor y apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos, gracias por enseñarme a seguir siempre adelante ya que con su buen ejemplo han sabido guiar mi camino, para ser la persona que soy, ustedes son los pilares fundamentales y los amores de mi vida.

A mi hermosa familia quienes a su manera han sabido darme fuerzas, cariño, motivación y apoyo en cada uno de los pasos que he dado y sobre todo en las dificultades dándome fuerzas para no desmayar. A mis amigos y compañeros de lucha que han tenido siempre fé y confianza en mí, gracias por su gran apoyo y por los momentos vividos.

Y por último a ese pequeño ser especial de cuatro patas que llena de felicidad mis días ya que ha sido una parte importantísima y fundamental desde que llegó a mi vida, ha estado siempre a mi lado, ha sido mi compañía, mi fuerza, y sobre todo mi mayor motivación, Canela.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sobre todo a Dios, por haberme dado la vida, fortaleza y fé para creer en mi misma.

A mis padres y hermana, quienes han estado alentando cada uno de mis pasos, y animándome a seguir adelante.

A mi familia, y amigos sobre todo a mi querida amiga Thais, quien ha estado siempre junto a mi brindándome su apoyo, consejos, cariño, compañía e incondicional amistad, alentándome siempre a seguir adelante.

A mi amigo y maestro, Magister Marco Antonio Jiménez, por su acompañamiento con infinita paciencia y por siempre estar dispuesto a brindarme su ayuda de la mejor manera durante todo el tiempo de mi formación porfesional.

A mi director de tesis Magister Byron Bustamante, por su guía, carisma, paciencia y confianza depositada en mí durante de la realización de este trabajo.

A todos los docentes que han sido parte importante durante estos 5 años de mi formación profesional, gracias por sus enseñanzas y aliento.

Y mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente en sus aulas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1. Envejecimiento.	6
1.1.1 Conceptualizaciones.	6
1.2. Cuarta edad.	9
1.2.1. Características del adulto mayor de cuarta edad.	10
1.2.1.1. Características físicas.	10
1.2.1.2. Características Psicológicas y Socio Emocionales.	13
1.2.1.3 Relaciones sociales.	15
1.3. Teorías explicativas.	17
1.3.1 Teorías Biológicas.	17
1.3.2 Teorías Psicológicas.	19
1.3.3 Teorías Sociales.	20
1.4. Vulnerabilidad y Dependencia del adulto mayor.	21
1.4.1 Conceptualizaciones.	21
1.4.1.1 Vulnerabilidad	21
1.4.1.2 Dependencia	22
1.5 Envejecimiento Exitoso.	23
1.5.1 Definición.	23
1.5.2.1 Características del envejecimiento exitoso.	25
1.6 Envejecimiento Anormal.	27
1.6.1 Definiciones.	27
1.6.2.1 Enfermedades crónicas y discapacidades	28

1.6.2.2 Depresión.....	29
1.6.2.3 Delirium.	32
1.6.2.4 Deterioro cognitivo.	34
1.6.2.5 Demencia.....	36
CAPITULO II:	40
METODOLOGÍA.	40
2.1. Objetivos:	41
2.1.1. General.	41
2.1.2. Específicos.	41
2.1.3. Preguntas de investigación	41
2.2. Diseño de investigación	42
2.4. Población y Muestra.	43
2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	47
2.5.1. Métodos.	47
2.5.2. Técnicas e instrumentos de recogida de información.	48
2.5.3 Procedimiento.	50
2.5.4 Proceso de análisis de datos.	51
2.6. Recursos.	55
2.6.1 Humanos.	56
2.6.2 Recursos Materiales	56
CAPÍTULO III.	57
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
3.1 Antecedentes familiares	58
3.2 Antecedentes de salud personales	62
3.3 Antecedentes de salud familiares.	73
3.4 Problemas Cerebrovasculares.	75
3.5 Necesidades de salud mental	80
3.5.1 Ánimo depresivo	80
3.5.2 Síntomas paranoides y otros síntomas psicóticos	89
3.5.3 Personalidad	91
3.5.4 Obnubilación/delirium.	98
3.6 Problemas de sueño.	99
3.7 Actividades cotidianas.	104

3.8 Memoria y función mental general	109
3.8.1 Memoria	109
3.8.2 Funcionamiento mental general	114
3.9 Minimental	119
3.9.1 Orientación	119
3.9.1.1 Tiempo	119
3.9.1.2 Lugar	120
3.9.2 Lenguaje	122
3.9.2.1 Expresión/denominación	123
3.9.3.2 Expresión/repetición	124
3.9.3 Memoria	125
3.9.3.1 Fijación	125
3.9.4 Atención/concentración	127
3.9.5 Memoria/recuerdo	128
3.9.6 Lenguaje: Lectura comprensiva	130
3.9.7 Práxis	131
3.9.7.1 Copiar y dibujar	132
3.9.7.2 Escritura espontánea	132
3.9.7.3 Práxis ideacional	133
CONCLUSIONES	137
RECOMENDACIONES	138
Bibliografía	139
ANEXOS	150

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Teorías biológicas.....	17
Tabla 2. Teorías Psicológicas.....	19
Tabla 3. Teorías Sociales.....	20
Tabla 4. Tipos de demencia.....	38
Tabla 5. Barrios seleccionados de la ciudad de Loja.....	42
Tabla 6. Criterios de inclusión y exclusión.....	44
Tabla 7. Características socio demográficas-nominales.....	44
Tabla. 8. Características sociodemográficas-continuas.....	46
Tabla 9. Apartados del instrumento aplicado.....	49
Tabla 10. Operacionalización de Variables.....	52
Tabla 11. Recursos materiales.....	56
Tabla 12. Número de Hijos y Hermanos.....	58
Tabla 13. Antecedentes Familiares.....	60
Tabla 14. Dependencia y reacción alérgica a fármacos.....	69
Tabla 15. Nerviosismo, preocupación y ansiedad.....	72
Tabla 16. Antecedentes Familiares.....	73
Tabla 17. Alucinaciones.....	90
Tabla 18. Obnubilación Delirium.....	98
Tabla 19. Actividades cotidianas.....	101

Tabla 20. Memoria reciente.....	106
Tabla 21. Orientación en tiempo.....	120
Tabla 22. Orientación en lugar.....	121
Tabla 23. Fijación.....	126
Tabla 24 Resta.	127
Tabla 25. Memoria / Recuerdo.....	128
Tabla 26. Práxis ideacional.	133

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Crisis cardíaca.....	62
Figura 2. Familiar con crisis cardíaca.....	62
Figura 3. Presión alta o hipertensión.....	63
Figura 4. Familiar con presión alta o hipertensión.....	63
Figura. 5. Apoplejía.....	65
Figura. 6. Familiar con Apoplejía.....	65
Figura 7. Crisis epiléptica.	66
Figura 8. Golpe en la cabeza.....	66
Figura 9. Fumador.....	67
Figura 10. Bebedor.....	68
Figura 11. Problemas con la bebida.....	68
Figura 12. Tratamiento por enfermedades mentales.....	71
Figura 13. Cefaleas (Dolores de cabeza)	75
Figura 14. Mareos.....	76
Figura 15. Mareos con debilidad (familiar)	76
Figura 16. Caídas.....	77
Figura 17. Caídas (Familiar)	77
Figura 18. Pérdida repentina de fuerza, visión,etc.....	79
Figura 19. Capacidad de decisión.....	105
Figura 20. Toma de decisiones (Familiar)	110
Figura 21. Pérdida de energía.....	82
Figura 22. Aislamiento.....	83

Figura 23. Sociabilidad.....	83
Figura 24. Desesperanza.....	84
Figura 25. Sentimientos negativos.	84
Figura 26. Síntoma Anedonia (perdida de interés)	85
Figura 27. Síntoma tristeza.....	86
Figura 28. Deprimido (familiar)	86
Figura 29. Auto culpabilidad (Familiar)	87
Figura 30. Depresión intensa que afecta todos los aspectos de su vida. (Familiar).....	88
Figura 31. Forma de evolución depresión.....	89
Figura 32. Autoconciencia depresión.....	89
Figura 32. Delirio de persecución.....	91
Figura 33. Delirio de persecución (quejas, familiar)	91
Figura 34. Cambios de personalidad.....	92
Figura 35. Exageración de algún rasgo de carácter.....	92
Figura 36. Estado de ánimo cambiante.....	93
Figura 37. Irritabilidad.....	94
Figura 38. Cambio en su conducta sexual.....	95
Figura 39. Terquedad o Torpeza.....	96
Figura 40. Evolución de cambios de personalidad.....,,,	97
Figura 41. Consciente del problema el sujeto.....	97
Figura 42. Dificultad para conciliar el sueño.....	100
Figura 43. Inquietud o Insomnio.....	100
Figura 44. Patrón de sueño modificado.....	101
Figura 45. Hipersomnia.....	102

Figura 46. Deambulaci3n nocturna.....	102
Figura 47. Despertar precoz.....	103
Figura 48. Forma de aparici3n y desarrollo.....	104
Figura 49. Control de esf3nteres.....	107
Figura 50. Control de esf3nteres (familiar)	107
Figura 51. Causas f3sicas (entrevistador)	108
Figura 52. Modo de desarrollo de dificultades.....	108
Figura 53. Quejas subjetivas de memoria.....	109
Figura 54. Disnomia de nombres.....	111
Figura 55. Ecolalia de palabras.	112
Figura 56. Ecolalia preguntas.	112
Figura 57. Evoluci3n del problema.	113
Figura 58. Autoconciencia del problema de memoria.....	113
Figura 59. Alusiones al pasado.....	114
Figura 60. Alusiones al pasado (familiar)	114
Figura 61. Disnomia de palabras.....	115
Figura 62. Declive global del funcionamiento mental.....	116
Figura 63. Dificultad para planificar el futuro.....	117
Figura 64. Dificultad para concentrarse.....	117
Figura 65. Pensamiento confuso.....	118
Figura 66. Proceso de evoluci3n de dificultad funcionamiento mental general.....	114
Figura 67. Autoconciencia de las dificultades funcionamiento mental general.....	114
Figura 68. Resultados Orientaci3n tiempo/lugar.....	122
Figura 69. Expresi3n denominaci3n l3piz.....	123
Figura 70. Expresi3n denominaci3n reloj.....	123

Figura 71. Repetición de frase.....	124
Figura 72. Resultados Expresión Denominación.....	125
Figura 73. Resultados Atención Concentración.....	128
Figura 74. Resultados de Memoria Recuerdo.....	129
Figura 75. Lectura Comprensiva.....	130
Figura 76. Resultados Lectura Comprensiva.....	131
Figura 77. Copiar y dibujar.....	132
Figura 78. Escritura Espontánea.....	133
Figura 79. Resultado Práxis ideacional.....	134
Figura 80. Resultado Minimental.....	135

RESUMEN

La investigación buscaba identificar las necesidades de intervención en adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de Loja, la metodología utilizada fue de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo. Se contó con una muestra de 108 adultos mayores en edades comprendidas entre 80-103 años; a quienes se aplicó una entrevista o en el caso de que no puedan responder, se preguntó a un familiar. Se analizó nueve parámetros: características socio-familiares, antecedentes de salud personal, antecedente de salud familiar, problemas cerebro vasculares, necesidades de salud mental, problemas de sueño, funcionalidad actividades cotidianas, función mental general, memoria y estado cognitivo. Los resultados obtenidos muestran que un 16,7% viven solos, la hipertensión arterial y diabetes son las principales enfermedades, seguido de cefaleas, pérdida de energía, problemas para conciliar el sueño, el 82,35% presentan problemas de motricidad, por último 8 de cada 10 adultos mayores tiene una necesidad de atención cognitiva. Estos resultados reflejan los problemas a los que el adulto mayor se enfrenta diariamente, cuya identificación permitirá el desarrollo de estrategias de intervención que permitan mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, necesidades, intervención, cuarta edad

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the intervention needs of the elderly in the city of Loja, the methodology used was descriptive, transversal, and quantitative. There was a sample of 108 elderly adults between the ages of 80-103 years; to whom an interview was applied or in the case where they couldn't respond; a relative was asked. Nine parameters were analyzed: socio-familial characteristics, personal health history, family health history, cerebrovascular problems, mental health needs, sleep problems, daily activities functionality, general mental function, memory and cognitive status. The results obtained show that 16.7% live alone, hypertension and diabetes are the main diseases, followed by headaches, loss of energy, problems to sleep, 82.35% have motor problems, and lastly 8 of every 10 older adults have a need for cognitive care. These results reflect the problems that the subjects face daily, by identifying these necessities it will allow us the development of intervention strategies that will lead to the improvement of their quality of life.

Keywords: Elderly, needs, intervention, fourth age

INTRODUCCIÓN

Llegar a anciano en varias sociedades ha significado un símbolo de orgullo y sabiduría. Sin embargo, desde hace algunas décadas, en varias sociedades llegar a viejo dejó de ser un privilegio para pasar a convertirse en un factor impulsor de desinterés (Instituto Nacional de Geriátrica, 2015, a).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015) actualmente existe un aproximado de 600 millones de adultos mayores que comprenden edades entre los 60 años en adelante en todo el mundo; dicha cantidad se elevará hacia el año 2025 y alcanzará un total de casi dos mil millones hacia el año 2050. Maguey (s.f) menciona que en América Latina y el Caribe, reside un aproximado de 57 millones de personas adultas mayores, lo que significa un 10% de la población, y de acuerdo a los pronósticos dentro de 40 años este número se habrá triplicado alcanzado los 186 millones. De acuerdo al censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], (2011), en el Ecuador existen aproximadamente 1'229.089 adultos mayores en edades comprendidas de 60 años en adelante. Mientras que dentro del cantón Loja, existe un total de 3. 643 adultos mayores de 80 años en adelante que sería la población de referencia de esta investigación. Para efectos de este estudio, se entenderá por cuarta edad a lo que propone García, (2006) quien define que una persona empieza la cuarta edad a los 80 años y es la última etapa del proceso de envejecimiento de un individuo, en donde se hace referencia todos los estereotipos de la vejez y del proceso de envejecimiento negativo, podría ser catalogado como un periodo de dependencia, y cercanía a la morbilidad, en donde sus principales características son discapacidad, la cronicidad y las patologías.

Considerando las características de la cuarta edad como etapa del desarrollo, se ha planteado esta investigación, que tiene como finalidad definir cuáles son las principales necesidades de los adultos mayores de cuarta edad y la situación actual en la que viven estas personas. Es importante conocer, con quién viven, si reciben la atención necesaria a nivel familiar y social, como se encuentra su estado de ánimo, salud física y salud mental, así como la manera en que se desenvuelve en las actividades cotidianas, y la interacción social. En la ciudad de Loja se han realizado diversas investigaciones con adultos mayores por ejemplo las

investigación realizada por Pilco Terán (2015), se evaluó el estado de salud de la población geriátrica del IEES Loja y encontró que la depresión es el primer problema que se encuentra afectando al 55,35% de la población, además que el 66% padecen de síndrome metabólico lo cual representa un mayor riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares, así mismo Estacio Resascos (2015), concluye que la depresión es el principal problema de los adultos mayores de la ciudad de Loja, seguido por incapacidad física, la dificultad en la visión y problemas metabólicos. Por otro lado Castillo Gallardo (2014) menciona que el apoyo social que los adultos mayores reciben en un centro geriátrico de la ciudad de Loja es medio bajo, esto se debe a la falta de afecto y apoyo por parte de sus familiares, sin embargo las el mayor apoyo obtenido es por parte de sus redes sociales más cercanas es decir sus compañeros, seguido por el apoyo social que les brindan los cuidadores del centro. Además en el caso Cisneros Vidal (2012), concluye que los factores de salud física y mental con mayor influencia en el estado cognitivo de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Loja son la de hipertensión arterial y malnutrición, el principal problema de salud mental vuelve a ser la depresión, seguidos por ansiedad y por último la disfunción social, además más de la mitad de los adultos mayores que se evaluaron, presentan declives en las habilidades cognitivas.

En esta investigación, se ha evaluado a 108 adultos mayores de 80 años, que no pertenecen a ninguna institución o albergue de la ciudad de Loja, y en ellos se identificaron sus principales necesidades, con el fin de proponer alternativas de intervención para mejorar su calidad de vida. El informe de este trabajo de fin de titulación, consta de tres capítulos: (1) Marco teórico, contiene conceptualizaciones de envejecimiento, cuarta edad, destacando sus características, además se aclaran términos como vulnerabilidad y dependencia, finalmente se explican las diferencias entre envejecimiento exitoso y anormal. (2) Metodología, se determinan cuáles son los objetivos y preguntas de investigación, se explica las características de la muestra seleccionada, se explica las técnicas aplicadas para la recolección de información, y el procedimiento de recolección y análisis de datos. (3) Resultados y discusión, se describen los resultados en función de los objetivos planteados y se los compara con otras investigaciones. Finalmente el informe, tiene unos apartados adicionales en los que se detallan las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias y anexos que sirvieron como soporte para este trabajo de investigación.

CAPÍTULO I.
MARCO TEÓRICO

1.1. Envejecimiento.

1.1.1 Conceptualizaciones.

Existen varias definiciones acerca del proceso de envejecimiento, debido a que hay varios factores asociados y esto complica su definición. En este apartado se presenta un análisis de los elementos comunes a algunas definiciones.

Alvarado García & Salazar Maya (2014), analizan tres definiciones del concepto de envejecimiento provenientes de algunos diccionarios:

1. *La Enciclopedia Británica* define al envejecimiento como: "el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo" (Enciclopedia Britannica, 2011).
2. El *Oxford English Dictionary* define el envejecimiento como "el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo" (Oxford Dictionary, 2011)
3. *El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* define el envejecimiento como "la acción y efecto de envejecer"; es decir, hacer viejo a alguien o algo; hacerse viejo o antiguo; durar o permanecer por mucho tiempo (Real Academia de la Lengua, 2001, pág. 937)

Por otro lado, fuera de las definiciones de diccionario, Alvarado García & Salazar Maya (2014), postulan una definición biológica del envejecimiento en donde nos dicen que:

Envejecimiento es el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico (p.59)

Rodriguez Daza (2011) cita a Castanedo, et al. (S.f): quien define al envejecimiento como “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, sociológicos y funcionales” (p.15).

Muchos autores al momento de definir al envejecimiento se han enfocado solamente en la perspectiva biológica en donde se menciona únicamente al declive de las funciones del cuerpo. Sin embargo, en él no intervienen solamente factores biológicos como los mencionados anteriormente, si no también existe la influencia de factores psicosociales como afectivos, familiares, económicos, culturales, demográficos, por lo tanto, se debe analizar el contexto en donde se da el desarrollo a lo largo de la vida de una persona y así poder alcanzar un envejecimiento exitoso.

Por lo tanto, podría entenderse al envejecimiento como un proceso por el cual todos los seres atravesamos desde el momento de nacer y que se caracteriza por cambios a nivel biológico, psicológicos y sociales tanto como individuo y grupos sociales. Por otro lado, es importante diferenciar el término envejecimiento del término vejez. Mientras el envejecimiento es un proceso, la vejez vendría a ser una etapa de ese proceso. Para analizar a la vejez como un concepto Ramos Esquivel , Meza Calleja , Maldonado Hernández , Ortega Medellín, & Hernández Paz (2009) se han enfocado en tres aspectos puntuales:

1. *La biológica. Incluye una definición de la vejez desde dos subdimensiones principalmente: a) la función del patrón de referencia cronológica y, b) a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.*
2. *La psicológica. Esta incluye también, por lo menos, dos subdimensiones más sobresalientes de estudio: a) primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan, dimensión que podríamos llamar psicobiológica; y, b) la que refiere al estudio de la personalidad y sus cambios, que denominamos psicológica estructural.*
3. *La social. Esta dimensión parte del estudio de tres subdimensiones: a) sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; b) sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de los viejos, y; c) económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones (p.50).*

Por otro lado, Montes de Oca-Zavala (2010), propone una definición de la vejez como una etapa de la vida que antecede a la muerte evitando así adjetivos y reduccionismos. Por último, citando a Rodríguez Ávila (2006) quien menciona una vejez funcional como “la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades, así como la declinación de la autonomía vital” (p., 160). Para comprender la vejez se puede concluir que es la última etapa de la vida y que está relacionada con la edad cronológica y con el deterioro físico, psicológico o social de un individuo.

Según el punto de vista cultural no se ha llegado a una definición exacta de la vejez, y muchas de las veces se la relaciona con la antigüedad, el pasar de los años, símbolo de autoridad, sabiduría, familia, política y respeto, y en algunos casos como un estado de total dependencia y marginación. Por ejemplo, en la cultura africana llegar a una avanzada edad, representa un símbolo de orgullo, mientras que los esquimales por piedad a los ancianos solían aislarlos de la comunidad para que muriesen en la nieve debido a que se volvían inútiles, por

otro lado, en las culturas occidentales generalmente se relaciona lo viejo con lo inservible. (Tarragó , 2008, p., 186,187). Así pues, el envejecimiento se entiende como un proceso que se lleva a cabo durante toda la vida, con el transcurso del tiempo las funciones biológicas, psicológicas y sociales van modificándose, desgastándose gradualmente y perdiendo funcionalidad; aunque esto no necesariamente pasa en todos los individuos ni de forma similar. Mientras que la vejez se refiere a la última etapa del desarrollo de un individuo, próxima al fin de la vida, de igual manera la vejez es una etapa que a su vez está dividida en sub etapas, como por ejemplo la tercera y cuarta edad que en el siguiente apartado se explicarán con más detalle.

1.2. Cuarta edad.

La cuarta edad es una etapa de la vejez que comprende las últimas décadas de la vida de un individuo, esta etapa inicia al cumplir los 80 años Triadó & Villar (2006). Mientras que algunos autores según estudios realizados a personas centenarias proponen la idea que la longevidad humana no tiene límites, y menciona una quinta etapa de la vida caracterizada por la “conquista de la extensión de la vida” y alcance de una esperanza de 120 años de vida (Robine, 2001; Robine, Cournil, Gampe, Planck & Vaupel, 2005; García González, 2015) citado por Córdoba & Pinzano (2016).

De igual manera Kail & Cavanaugh, (2011) realizan una distinción entre la tercera y cuarta edad, para ellos en la cuarta edad se dan considerables pérdidas de la capacidad cognoscitiva y de aprendizaje, se presenta un aumento de los efectos negativos del estrés crónico, elevada frecuencia de demencia especialmente en las personas mayores de 90 años, fragilidad y múltiples padecimientos crónicos, declive en las y limitaciones de la capacidad funcional y por último inconvenientes con la calidad de vida (p.516)

Así pues, el concepto cuarta edad nos recuerda que a ciertas edades las pérdidas (físicas, psicológicas) son inevitables. La vejez avanzada no es simplemente la continuación

de la vejez, ni unos años extra de los que podemos disfrutar gracias a los avances médicos, sino un periodo con características diferentes mucho menos benévolas. (Triadó & Villar, 2006, p. 29)

Para los autores Urbano & Yuni (2014). Durante la vejez avanzada se toma conciencia del debilitamiento producido en el cuerpo en ciclos vitales anteriores, lo que en el sujeto genera extrañamiento y desconfianza de sus capacidades, siente también amenazada la seguridad de autocontrol de su cuerpo lo cual genera vergüenza. Debe enfrentar el cambio de valores redefiniendo su rol y posición dentro de la estructura familiar y comunitaria, para resolver sus dudas existenciales (p., 101,102)

En conclusión, puede entenderse a la cuarta edad o vejez avanzada como la última etapa de la vida de un individuo que tiene inicio a los 80 años de edad en donde se genera una variedad de conflictos tanto a nivel biológico como a nivel personal, en dónde el individuo se ve obligado a redefinir su rol en la sociedad y adaptarse a los cambios y pérdidas, por lo cual es importante conocer las principales características de esta etapa.

1.2.1. Características del adulto mayor de cuarta edad.

1.2.1.1. Características físicas.

A continuación, haremos una revisión de los cambios a nivel físico que se producen en los adultos mayores de edad avanzada o cuarta edad es entonces cuando *“Al llegar a una edad avanzada, muchas personas independientemente de cual sea su edad intentan ocultar los cambios físicos que caracterizan a una persona mayor, sin embargo, llega un punto en el que esto es inevitable”*. (Stassen Berger & Thompson , 2000, p. 144).

Las autoras Stassen Berger & Thompson (2000) afirman que “ *Aunque con cada década que pasa se reduce la agudeza de de todos los sentidos (...) serán pocos los que perderán la vista o audición por completo*” (p.145). También mencionan los cambios más significativos de dos órganos de los sentidos. En cuanto a la visión afirman que un tercio de las personas mayores de 80 años son más vulnerables a sufrir de cataratas; enfermedad que consiste en un engrosamiento del cristalino y provoca visión borrosa, opaca y distorsionada. El glaucoma la cual se caracteriza por una lesión en el nervio óptico y si no es tratada puede llegar a la ceguera. Y por último la degeneración senil de la mácula; que consiste en el deterioro de la retina y afecta a una persona de cada 6 entre las personas de 80 años en adelante, es difícil de tratar y por tal motivo es una de las causas principales de la ceguera en los ancianos (p,146). Por otro lado, mencionan que los adultos mayores además de problemas relacionados con la audición de conversaciones sufren otras pérdidas auditivas específicas como por ejemplo cuando deben detectar el origen de un sonido, descifrar palabras transmitidas electrónicamente por ejemplo a través de un teléfono; por último, hablan de un trastorno auditivo llamado tinnitus que consiste en un zumbido en los oídos (p., 146).

En cuanto al aparato gustativo, las papilas gustativas disminuyen notablemente en número, la lengua se atrofia provocando dificultad para detectar los sabores sobre todo el dulce, el sentido del olfato se ve afectado debido al deterioro del nervio olfatorio, la nariz aumenta en tamaño debido a que el cartílago crece constantemente. (Martínez , 2005, p., 8). Cobo J. C., (S.f), menciona también que se produce un deterioro a nivel de las células sensitivas olfativas disminuyendo la capacidad de estas para olfatear llamado anosmia (p., 57).

Dentro de los cambios más evidentes es el que experimenta la piel, se torna mas seca, mas fina y mucho menos elástica, aparecen arrugas y manchas, se hacen visibles los vasos sanguíneos. El cabello se torna mas fino, aparecen las canas y en en las personas de edad muy avanzada se vuelve completamente blanco. (Kligman y Cols, 1985; & Balin,1944) citado por (Stassen Berger & Thompson , 2000, p., 144).

En cuanto a los cambios en los diferentes aparatos y sistemas (Cobo J. C., S.f) describe los siguientes cambios:

- J Aparato Respiratorio: Los cambios producidos por la vejez se evidencian mayormente en la caja torácica. El tórax aumenta de diámetro, crece el tamaño de los alveolos y los conductos alveolares, en la faringe y tráquea las mucosas bronquiales y se tornan más profundas, algunos bronquiolos se obstruyen (p., 58).
- J Aparato Digestivo: principalmente se evidencian cambios en el apetito, dificultad para realizar una adecuada digestión principalmente debido a la pérdida de dientes, alteraciones y deterioro en el rendimiento de los diferentes órganos de este aparato, lo cual produce un poco asimilación de nutrientes y estreñimiento. (p., 59,60).
- J Aparato Cardiovascular: El corazón es el órgano que sufre los mayores cambios en este aparato, presentando síntomas de debilitamiento, sufre cambios a nivel del miocardio, pericardio y endocardio, el ritmo cardiaco modifica su frecuencia generando dificultad de adaptación y recuperación ante esfuerzos físicos, disminución de latidos; los vasos sanguíneos pierden elasticidad y consistencia tornándose rígidos lo cual produce taponamientos y reducción del flujo sanguíneo hacia otros órganos. (p., 62).
- J Sistema Renal: Se genera una excesiva excreción de proteínas y electrolitos, por medio de la orina lo que origina la aparición de edemas y consiguientemente retención de líquidos; a nivel de los órganos el peso y volumen del riñón se reducen, alterando la capacidad de retención de orina, la vejiga sufre alteraciones en el tono muscular reduciendo su capacidad. (p., 63)
- J Aparato locomotor: Los músculos pierden parte del volumen fibrilar en favor de la masa grasa ocasionando una menor capacidad para realizar movimientos adecuadamente y las células musculares se destruyen sin la capacidad de regenerarse, ocasionando pérdidas de potencia en los músculos de las extremidades, atrofia en los músculos de la mandíbula, atrofia y descolgamiento en los glúteos. En cuanto a la masa ósea se evidencia la pérdida de densidad en todo

el esqueleto, lo que ocasiona la disminución de estatura o de la figura en la persona, los ligamentos y tendones presentan pérdida de elasticidad, lo que dificulta la flexibilidad y movilidad de las articulaciones (p., 64).

-) Sistema nervioso: el peso y volumen del cerebro disminuyen en un 10% en relación al peso normal en la juventud, se presenta engrosamiento en las meninges y sobre todo destrucción y pérdida irreversible a nivel neuronal y por último se ve afectada la sensibilidad de los neurotransmisores (p., 64).

Por lo tanto, todos los cambios fisiológicos que sufren los ancianos de avanzada edad, son irreversibles y conforme la edad avanza el deterioro en el funcionamiento de los mismos aumenta, lo que llega a ser uno de los principales factores generadores de dependencia y vulnerabilidad en el adulto mayor afectando su calidad de vida.

1.2.1.2. Características Psicológicas y Socio Emocionales.

Nos enfrentamos a un mundo que envejece, en donde no solo el deterioro biológico (mencionado anteriormente) dificulta esta etapa del desarrollo sino también a nivel psicológico se ve afectada la calidad de vida de la gente anciana, es por eso que según los aportes de varios autores se mencionan las principales características psicológicas y socioemocionales que se ven afectadas considerando cuales son sus principales cambios y adaptaciones a la etapa que esta transcurriendo.

En cuanto a las características psicológicas del adulto mayor se puede referir a la principal tarea que adquieren las personas mayores que es la de comprender, adaptarse y aceptar su propia vida y hacer frente a los cambios típicos de esta fase vital (Monroy, 2005).

Erikson (2000) citado por Urbano & Yuni, (2014), afirma que en el noveno estadio o edad avanzada (80 a 90 años), se produce una sensación de des-integración que amenaza el crecimiento del individuo logrado por el Yo. Es en esta etapa en donde se evidencia el devilitamiento biológico que se ha ido produciendo desde ciclos anteriores lo cual produce en el sujeto desconfianza de sus capacidades generando pérdida de autonomía y amenazando la seguridad de autocontrol de su propio cuerpo. En esta etapa el individuo se ve en la necesidad de redefinir el rol que cumple dentro de la familia y la sociedad poniendo en duda su posición dentro de la estructura comunal. (p., 103,104).

Monroy, 2005 menciona cuatro características psicológicas que se ven modificadas y afectadas en esta etapa como son: (1) Pérdida de autoestima; en donde la jubilación es uno de los factores principales ya que el sentimiento de sentirse excluidos y que la sociedad llegue a prescindir de sus habilidades afecta al sentimiento de autorealización dejando de sentirse aceptado, querido, útil y capaz. (2) Pérdida del significado o sentido de la vida, generando sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo. (3) Dificultad de adaptación, a pesar de que esta característica se presenta en todas las etapas evolutivas de la vida, el sentimiento aumenta o se agudiza en la vejez ya que pues viene acompañado de marginación social lo cual va generando una mayor pérdida de autonomía. (4) La necesidad del adulto mayor de adaptarse a las pérdidas, debe enfrentarse la pérdida del trabajo, pérdida de amigos, familiares, conocidos y la seguridad que le brindaban sus círculos sociales.

Para Baltes y colaboradores (1995) la sabiduría es uno de los aspectos psicológicos que los individuos consideran va en aumento conforme la edad avanza y que se la puede encontrar con mayor frecuencia entre las personas ancianas. Mencionan también que alrededor de los 55 años de edad es cuando comienza a perfeccionarse. Por otro lado Fernández-Ballesteros afirma que la sabiduría puede ser considerada como un aspecto psicológico complejo que abarca aspectos cognitivos, afectivos, y prácticos. Y que las personas sabias se caracterizan por la observación, sentido común, capacidad para interacción de aspectos cognitivos y afectivos son esenciales (Cornachione, 2006. p., 127,128,129).

Por lo tanto, el deterioro de las habilidades psicológicas y sociales traen consigo pérdida de estatus, incertidumbre respecto a la valía personal, inseguridad, inhabilidad para enfrentar las demandas de la vida, dificultad de la adaptación, incapacidad para encontrar gratificación personal e incentivo, la participación social se ve limitada obligando al anciano a redefinir su papel en la sociedad.

1.2.1.3 Relaciones sociales.

El rol que desempeñamos cada uno en la sociedad nos aporta valía, seguridad y confianza al saber que encontraremos apoyo en cada uno de nuestros círculos sociales, sin embargo, al llegar a la etapa de la vejez, especialmente a una edad avanzada, los ancianos se enfrentan a diferentes tipos de pérdidas (funcionalidad biológica, amigos, trabajo, familiares) que desequilibran esta seguridad afectando sus relaciones sociales. A continuación, algunos autores mencionan de qué manera las relaciones sociales se ven afectadas al llegar a la cuarta edad.

Werner & Iwarsson (2009) mencionan la idea que “el ambiente va adquiriendo importancia a medida que se envejece” y cita a varios autores quienes hacen referencia a diferentes postulados sobre las relaciones sociales:

En primer lugar se menciona al “argumento del empleo del tiempo y el radio de acción”; en donde el ambiente del hogar es considerado un factor de suma importancia para las personas mayores especialmente aquellas que tienen 80 u 85 años pasan generalmente la mayor parte de las horas del día en su casa (Baltes, Mass, Wilms y Borchet, 199).

Segundo el “argumento de la vida en el mismo sitio”; cuando las personas han vivido mucho tiempo en el mismo lugar físico al llegar a una edad avanzada este genera fuertes vínculos afectivos y cognitivos (Oswald y Whal, 2005).

Y por último el “argumento de la capacidad” menciona que la vejez es un periodo de vida en el que mientras el deterioro y la pérdida de habilidades aumenta también incrementa la presión de las limitaciones impuestas por el ambiente físico (Lawton, 1999) (p., 87)

Por otro lado Craig (2001) realiza un recorrido de las diferentes características en cuanto a las relaciones sociales de los adultos mayores por décadas. Así pues, manifiesta que a la mayoría de los ancianos octogenarios les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente. En donde es necesario un ambiente moderno, sin barreras que ofrezca privacidad y estimulación ya que es mucho más necesaria la ayuda para mantener los contactos sociales y culturales ya que esta etapa es descrita como un “proceso gradual que inicia el día en que comenzamos a vivir de los recuerdos” (p.,550, 551).

La misma fuente citando a Burnside y otros (1979) manifiestan que, aunque los problemas de salud se vuelven más graves, los nonagenarios en adelante pueden modificar sus actividades exitosamente y así aprovechar al máximo sus capacidades ya que se pueden crear nuevas áreas de actividad; dentro de esta etapa se resaltan ciertas ventajas como la ausencia de responsabilidades y presiones, volviéndolas personas más sanas, ágiles y activas. (Craig, 2001, p., 551,552).

Si bien es cierto, las relaciones sociales disminuyen con el pasar de los años, y el enfrentarse a la pérdida de sus círculos sociales se convierte en un gran reto al llegar a la etapa de la vejez no todo debe ser negativo, si no que se puede encontrar un factor positivo cuando el anciano se ve libre de presiones sociales y responsabilidades como el trabajo, deudas que pagar etc., brindándole así la oportunidad de realizar nuevas actividades y aprovechar al máximo sus capacidades.

1.3. Teorías explicativas.

Como se ha mencionado en apartados anteriores el envejecimiento es un proceso de cambios que conducen al deterioro de todas las áreas funcionales de un individuo, llegar a comprenderlo en su totalidad resulta complejo es por eso que en los apartados siguientes se exponen diversas teorías explicativas, desde el punto biológico, psicológicas y sociales.

1.3.1 Teorías Biológicas.

A continuación, se exponen diversas teorías biológicas clasificadas en tres grupos las cuales explican desde diferentes perspectivas los fundamentos del envejecimiento.

Tabla 1. Teorías biológicas

TEORÍA	AUTORES	FUNDAMENTACIÓN
Teorías Fisiológicas	García López, Rodríguez, & Toronjo, 2012.	<ul style="list-style-type: none">) <u>Teoría del deterioro orgánico</u>: Analiza el envejecimiento desde el deterioro de los sistemas orgánicos que afecta a todas las células corporales y modificando la capacidad funcional de los órganos y sistemas.) <u>Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico</u>: Explica el envejecimiento desde el deterioro del sistema inmunológico, n donde la capacidad de las células de defensa para reconocer o producir anticuerpos disminuye.) <u>Teoría del estrés</u>: La pérdida de la capacidad de respuesta del organismo como resultado del estrés o la tensión a la que se ve sometido el individuo durante su existencia.

Continuación tabla 1.

<p>Teorías bioquímicas y metabólicas</p>	<p>García López, Rodríguez, & Toronjo, 2012.</p>	<p>) <u>Teoría de la acumulación de los productos de desecho:</u> Postula que en la vejez existe una disminución de la capacidad de eliminación acumulando sustancias en el organismo que con el paso del tiempo alteran la función normal de las células.</p> <p>) <u>Teoría del envejecimiento celular:</u> Menciona que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un gran número de células y afirma que la longevidad dependerá del número de mitosis celulares que realice el organismo.</p>
<p>Teorías Genéticas</p>	<p>García López, Rodríguez, & Toronjo, 2012.</p>	<p>Los teóricos de la genética afirman que para entender el envejecimiento es importante conocer el código genético que determina la longevidad.</p> <p>) <u>Teoría de la acumulación de errores:</u> Afirma que con el paso de los años se pierden secuencias del ADN, dando lugar al deterioro</p> <p>) <u>Teoría de la programación genética:</u> los teóricos postulan que en el genoma está marcada una secuencia de acontecimientos que se expresa de forma ordenada durante el ciclo vital y que podría alterarse tanto por factores exógenos como endógenos.</p> <p>) <u>Teoría de la diferenciación terminal:</u> Esta teoría postula que el envejecimiento celular</p>

Fuente: (García López, Rodríguez, & Toronjo Gómez, 2012, págs. 65,66,67)

En conclusión, las teorías biológicas tratan de explicar el envejecimiento basándose en deterioro, muerte y cambio que sufre cualquier célula o sistema del organismo que se produce en el organismo con el paso del tiempo independientemente de agentes externos o patológicos.

1.3.2 Teorías Psicológicas.

Las teorías psicológicas descritas a continuación, intentan explicar el envejecimiento desde el punto de vista psicológico y el ajuste social al que las personas adultas mayores se enfrentan en esta etapa de su vida.

Tabla 2. Teorías Psicológicas

TEORÍAS	AUTORES	FUNDAMENTOS
Teoría de la actividad.	Havighurst y Allrecht, 1953	Defiende el ajuste positivo del rol frente al envejecimiento. En donde los papeles que desempeña el adulto son fuentes importantes de satisfacción.
Teoría de la continuidad	Robert Atchley, 1989	Propone la necesidad de las personas a mantener una conexión entre las actividades placenteras del pasado y el presente, se establece una tendencia a mantener continuidad de estas disposiciones no solo por el bienestar que generan, si no por lo que representan en la continuación de la vida.
Teoría interaccionista	Lemon, Bingston y Peterson, 1972	Los cambios relacionados con la edad son secundarios a una interacción entre las características personales, biológicas y psicológicas del individuo.
Teoría de Erikson	Erik Erikson, 1985.	Erikson analiza la octava etapa del ciclo de la vida “integridad del yo frente a la desesperanza”, y propone que los adultos mayores se ven en la necesidad de aceptar su vida y aceptar la muerte. La integridad debería superar a la desesperanza para esta etapa ser alcanzada con éxito.
Teoría de Goluld	R.L Gould, 1972	Propone una perspectiva del desarrollo del individuo en la que los cambios no están directamente relacionadas con la edad, sino más bien a las experiencias, aprendizajes y al ambiente en el que se ha desarrollado el individuo.

Fuente: Papalia, Duskin, & Martorell,(2012, pág. 575); Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman,(2010, págs. 592,593).

Así pues, en las teorías psicológicas propuestas los autores hacen especial énfasis en el reajuste social y la manera de adaptarse a los cambios que sufren las personas ancianas y como estas influyen en el desarrollo para un envejecimiento exitoso.

1.3.3 Teorías Sociales.

Dentro de las teorías sociales algunos investigadores señalan que “el código genético y factores biológicos no son los determinantes primarios de la longevidad. Defienden que los factores ambientales, personalidad y estilo de vida son fundamentales” (Simon & Compton Hodges, 1998, p., 7). Las analizaremos a continuación.

Tabla 3. Teorías Sociales.

TEORÍA	AUTORES	FUNDAMENTACIÓN.
Teoría de la actividad.	Havighurst y Allrecht, 1953	Las personas tratan de mantenerse activas y se resisten a retraimiento encontrando actividades sustitutas para los roles que solían desempeñar.
Teoría de la continuidad.	Robert Atchley 1989	Una persona desarrolla hábitos, preferencias y una serie de disposiciones que se convierten en parte de su estilo de vida. Al envejecer se establece una tendencia a mantener la continuidad de actividades satisfactorias realizadas en etapas pasadas.
Teoría de la desvinculación.	Cumming y Henry, 1961	Cuando existen condiciones de independencia económica la desvinculación del anciano hacia el sistema social y el resto de personas se da de manera natural y sistemática, liberándolo de las presiones sociales.

Continuación tabla 3.

Teoría del grupo minoritario	Rose, 1962	Las personas adultas mayores al momento de evidenciar las características físicas visibles del envejecimiento se tornan más susceptibles ante una discriminación social.
Teoría de las necesidades humanas.	Maslow, 1954	Afirma que el anciano debe ser una persona completamente madura que posee autonomía, creatividad, dependencia y relaciones satisfactorias con la sociedad y familia.

Fuente: (García López, Rodríguez, & Toronjo Gómez, 2012, págs. 67, 68)

Si bien es cierto las teorías sociales se enfocan al rol que cumple el adulto mayor en la sociedad, se puede observar que la mayoría de ellas hacen referencia a la vida activa que lleva el anciano, sobre todo al realizar aquellas actividades que le permiten seguir sintiéndose útil y parte de un sistema social.

1.4. Vulnerabilidad y Dependencia del adulto mayor.

1.4.1 Conceptualizaciones.

1.4.1.1 Vulnerabilidad

Las pérdidas funcionales, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas, la pérdida de ingresos, el hecho de muchas de las veces vivir solos o estar socialmente aislados, podrían ser factores determinantes para que un anciano de avanzada edad llegue a necesitar asistencia personal y sobre todo generar dependencia y vulnerabilidad, es por eso que en este apartado se dará a conocer lo que significa e implica para un individuo ser vulnerable, así mismo como los tipos de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad por lo general es asociada con la pobreza en los diferentes grupos sociales, sin embargo, el concepto va mucho más allá de eso, en ella se integran también los grupos sociales que viven aislados, e indefensos como en la mayoría es el caso de los ancianos. Es por eso que la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2015) definen a la vulnerabilidad como la “Capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.” Así mismo Salado Morales, (2014) menciona que la fragilidad o vulnerabilidad “supone un estado previo a la discapacidad

1.4.1.2 Dependencia

Para Schaire & Willis (2003) en la mayoría de los hogares y sistemas familiares existe una actitud de reciprocidad que permite a todos los miembros depender emocional, física, económicamente de los familiares, por eso la dependencia en la vejez no existe nada nuevo en relación de las dependencias que no se evidenciaran antes. Sin embargo las cosas toman un sentido diferente ya que al comienzo de la vida si bien existe una dependencia casi total de los demás para la supervivencia, lo mismo sucede mientras un individuo se va acercando a la vejez por lo general las personas mayores se retiran del mundo laboral y las posibilidades de padecer una dolencia física aumentan, lo que constituye una inversión de papeles y pareciera que los ancianos vuelven a ser “niños otra vez” (p., 87) .

Si bien es cierto las dependencias amenazan la estabilidad de un individuo, afectando la autoconfianza, autonomía personal y el autoestima existen programas de servicios sociales (dependencia estructurada) para los adultos mayores pensados en ayudar a mantener una vida autónoma. Aunque estos pueden generar efectos contrarios si la autonomía del individuo va en decadencia (Baltes y Silverberg, 1994; Guillemand, 1992 citado por Schaire & Willis, 2003).

El enfoque de la dependencia propuesto por Aranibar (2001) se basa en el hecho de ancianos que son dependientes del estado y dice el riesgo de dependencia existe o aumenta si los recursos económicos propios de los ancianos ya sean generados por su trabajo, jubilaciones, etc. no llegan a cubrir sus necesidades básicas entonces por ende vienen a ser dependientes a las generaciones más jóvenes por lo general sus hijos adultos y analiza una teoría llamada "Teoría de la dependencia" en la cual se afirma que los problemas de dependencia de los ancianos son "socialmente creados" es decir mientras se reitera la idea de relación entre adultos mayores y dependencia más grande es el riesgo de reforzar las percepciones negativas en ellos. En 1996 Townsend otro de los teóricos de la dependencia estructurada menciona que "La vejez no es una realidad biológica, sino una posición, un status socialmente construido, producto de la forma de división del trabajo y de desigualdad vigentes en cada sociedad y de las formas ideológicas correspondientes" (p., 34).

1.5 Envejecimiento Exitoso.

Al envejecer se experimentan todo tipo de cambios, sin embargo, existen factores psicológicos y sociales que influyen para que esta etapa se desarrolle óptimamente, en apartados siguientes se realizará una conceptualización con aportes de diferentes autores para entender de mejor manera lo que es el envejecimiento exitoso, así como se analizarán las características del mismo.

1.5.1 Definición.

En apartados anteriores hemos evidenciado que muchas personas al hecho de llegar a esta fase del ciclo vital lo han ido categorizado y enmarcado como la última etapa de la vida de un individuo en donde solamente existen pérdidas y deterioro tanto físico como psicológico y social. Sin embargo, para quienes están atravesando por este periodo llegar a él ha sido un logro de sí mismo, lo cual se puede considerar como envejecer satisfactoriamente. Es por eso que envejecimiento con éxito, saludable, productivo, óptimo, activo, envejecimiento positivo o

envejecer bien, son conceptualizaciones que emergen en el campo del envejecimiento gracias a investigaciones longitudinales, transversales, experimentales y cuasi experimentales realizadas en las últimas décadas del siglo XX (Ballesteros et al., 2009 p.,276).

Por otro lado, el término “envejecimiento exitoso” fue propuesto por Havighurst en el año 1961 y ha sido reconocido por varios autores los cuales proponen varias conceptualizaciones y teorías que ayudan a comprender de mejor manera este término.

Así pues, Brigeiro (2005) menciona una definición de Neri y Cachioni (1999), quienes hacen énfasis en tres connotaciones generales.

-) *La primera se refiere a la realización del potencial individual capaz de generar satisfacción física, psicológica y social según el individuo la promoción de la salud: si un adulto mayor tiene una buena capacidad física, la preservación de este potencial y su estimulación a través de la práctica deportiva puede reforzar el sentido de bienestar y favorecer la mantención de vínculos sociales.*
-) *La segunda significación toma como parámetros de envejecimiento exitoso el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento.*
-) *La tercera idea de envejecimiento exitoso se relaciona con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño, y de optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. (p. 102, 103).*

Para Triadó & Villar (2006) el significado de envejecimiento exitoso o satisfactorio se origina a partir de la “distinción entre los patrones de envejecimiento patológico y la dependencia del individuo y los patrones de envejecimiento normal en donde no hay enfermedad grave ni dependencia.” (p.,26). Por otra parte, citando a Rowe y Kahn (1987) postulan otra visión de este concepto en donde se menciona “*que envejecer satisfactoriamente*

involucra tres elementos: (1) baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades de tipo física, (2) capacidad funcional alta tanto desde el punto de vista físico como cognitivo y (3) implicación activa con la vida.” (p.,26).

Cobo (2009) analiza diferentes definiciones y concluye que “El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida” y argumenta que “no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre necesidades individuales y contexto del desarrollo ya que este proceso está relacionado con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.” (S.p)

Al analizar cada una de estas perspectivas y conceptualizaciones propuestas por los diferentes autores se puede concluir que los tres factores más relevantes para poder envejecer con éxito; son mantener una buena salud física, estabilidad psicológica y por último el mantener una vida social activa. Sin embargo, existen rasgos que permiten conocer y comprender con mayor profundidad lo que significa envejecer satisfactoriamente, se hablará de ellos en el siguiente apartado.

1.5.2.1 Características del envejecimiento exitoso.

En el apartado anterior se ha mencionado tres aspectos puntuales que tienen una gran influencia para envejecer exitosamente a continuación se realizará un análisis con más profundidad para conocer cuáles son las características principales para un envejecimiento satisfactorio.

Triadó & Villar, (2006) mencionan dos tipos de criterios como características del envejecimiento exitoso:

-) *Criterios objetivos que propone la comparación de las personas en una escala de rendimiento o funcionalidad por ejemplo el estado cognitivo, actividades físicas que la persona puede realizar etc.*
-) *Criterios subjetivos involucran la opinión y los valores de la persona es decir referentes a los aspectos emocionales. (p.26)*

Papalia, Feldman, & Martorell (2012). Mencionan tres componentes principales del envejecimiento exitoso: (1) La evitación de la enfermedad o de la discapacidad relacionada con la enfermedad. (2) El mantenimiento de un elevado funcionamiento físico y cognoscitivo y (3) La participación constante en actividades sociales y productivas. Y analizan el hecho de que en la mayoría de las sociedades las definiciones de envejecimiento exitoso u óptimo están cargadas de valores (p., 579).

Por otro lado, múltiples estudios realizados recientemente en personas centenarias para determinar cuales son los factores que contribuyen a la prolongación de vida han determinado que según lo mencionado por Robine, (2003; p., 65) citado por Córdoba & Pinzano, (2016) se deben considerar factores biológicos, socioeconómicos y ambientales, y otras diversas variables. Es por eso que Calvet et al., (2006), en sus estudios de género han encontrado un mayor número de mujeres centenarias en relación a los hombres, según estudios a nivel genético esto podría deberse a que los estrógenos tienen una "función antioxidante que potencia la expresión de los genes de longevidad" (Borrás, Gambini, Gómez-Cabrera, Sastre, Pallardó, Mann & Viña 2005) (p., 66). A nivel psicosocial existen factores que podrían actuar como mediadores en la prolongación de la vida como el apoyo social, capacidad de adaptación a los cambios vitales, capacidad de superación ante situaciones adversas, evitación de conflictos, calidad y estilo de vida, motivación, independencia, satisfacción marital, satisfacción de vida, procesos de regulación emocional, autoestima y autodisciplina y relación con la salud. Por otro lado estudios geográficos y ambientales demuestran que el sector en donde se encontró un número mayor de personas centenarias fue la zona montañosa apartada y poco poblada, en donde los individuos se encuentran en contacto directo con la naturaleza y mantienen una dieta sana y vida activa realizando actividades físicas relacionadas con la ganadería y agricultura.

Por lo tanto podemos entender al envejecimiento exitoso como un resultado óptimo de todos los factores biológicos, ambientales y sociales que intervienen a lo largo de la vida. Así como se da un envejecimiento saludable, también existe el envejecimiento anormal o patológico, que se analizará en el siguiente apartado.

1.6 Envejecimiento Anormal.

En el apartado anterior hablamos sobre el envejecimiento exitoso, la definición y las características de este y sus principales componentes. Pero no en todos los individuos se envejece de igual manera. Es por ello que en este apartado se hablará sobre el envejecimiento anormal y aquellas afecciones frecuentes en los adultos mayores que aceleran y alteran el proceso degenerativo normal.

1.6.1 Definiciones.

Al hablar de envejecimiento normal y exitoso hacemos referencia al proceso de desarrollo normal del envejecimiento caracterizado principalmente por un estado de salud óptimo seguido de un buen ajuste social y bienestar personal vital. Por otro lado, el envejecimiento patológico o anormal es sinónimo de enfermedad ya que se caracteriza por un declive de forma agudo o crónico es así que García, S.F manifiesta que el envejecimiento normal analizado desde e el punto de vista clínico, se diferencia con el transcurrir de los años, por el contrario, al envejecimiento patológico al cual se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, consumo de alcohol, tabaco y drogas, presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos. Menciona también cinco elementos causales del envejecimiento: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. Y afirma que estos factores son los mismos que van a influir en el envejecimiento patológico o enfermedad.

1.6.2 Tipos de problemas relacionados.

A continuación, se realizará una breve revisión cuáles son las enfermedades, biológicas, físicas, sensoriales y tipos de problemas que se presentan con frecuencia en los adultos mayores y que están asociadas al envejecimiento.

1.6.2.1 Enfermedades crónicas y discapacidades

Citando a varios autores Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman (2010) indican que según Gist y Hetzel, (2004) cerca del 51% de los adultos mayores presentan alguna dificultad física, especialmente para agacharse, problemas para inclinarse o arrodillarse. Estas cifras aumentan de manera considerable con la edad. Alrededor de 33% de personas de 75 a 84 años y el 53% de las de 85 años en adelante deben limitar sus actividades físicas funcionales como caminar, subir escaleras, levantar etc. Debido a causa de condiciones crónicas es así que Newman et al (2006) supone que “incluso los ancianos que afirman no tener dificultades en la marcha puede resultarles difícil caminar con rapidez durante unos 400 metros.

Por otro lado, Desai et al. (2001) citado por la misma fuente menciona que la visión es una de las habilidades que se ven más afectadas con el paso del tiempo, el deterioro de esta habilidad afecta notablemente al desenvolvimiento de las actividades diarias de los individuos, necesitan más luz para ver, y presentan mayor sensibilidad a la luz por lo cual pueden tener dificultades con la percepción de profundidad o de color, en actividades diarias como leer, cocinar, conducir etc. Menciona también las tres enfermedades más comunes en los ancianos (1) Glaucoma que refiere al daño irreversible del nervio óptico causado por un aumento en la presión del ojo y es la segunda causa de la ceguera a nivel mundial. (2) Cataratas en donde se presentan áreas nubosas u opacas en el cristalino y a la larga ocasionan visión borrosa. (3) Degeneración macular relacionada con la edad que provoca que el centro de la retina pierda la capacidad para distinguir con nitidez los detalles gradualmente. Así mismo Schoenborn et al. (2006) mencionan que los problemas auditivos aumentan con la edad afectando al 31% de las

personas de 64 a 74 años y 58% mayor de 85 años o más, mencionan también que los hombres son más vulnerables que las mujeres a experimentar pérdida auditiva.

1.6.2.2 Depresión.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, (2014), menciona que la depresión es un trastorno del estado de ánimo y las emociones relacionada con la disminución de serotonina, el neurotransmisor encargado de regular las emociones de bienestar y sueño; causando una serie de alteraciones en donde los sentimientos de tristeza y baja de voluntad predominan.

Para la OMS (2016) la depresión se presenta como consecuencia de complejas interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Difiere a los estados habituales de ánimo y las respuestas emocionales frente a los problemas habituales de la vida. Logra convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando los síntomas han permanecido un tiempo moderado y de intensidad moderada a grave. Ocasiona sufrimiento, más estrés y difusión, alteración y empeoramiento de las actividades laborales, escolares y familiares de la persona afectada. En donde los síntomas más frecuentes son los siguientes: fatiga, inapetencia, problemas para dormir que también pueden ser parte del proceso de envejecimiento, presentan un mayor estado de confusión u olvidadizo, pérdida de apetito, descuido personal y desaseo, suspensión de medicamentos u olvidar tomarlos de la manera prescrita, aislamiento social (MedlinePlus, 2016).

Kail & Cavanaugh, (2006) mencionan que existen dos causas principales que intentan explicar la depresión en ancianos. La primera se centra en los procesos biológicos, especialmente en el desequilibrio de los neurotransmisores que se deterioran con la edad. Y a segunda se centra en aquellos factores psicosociales en donde se ve deteriorado el sistema de creencias, en donde la facultad de afrontamiento y de como el individuo se explica a si mismo que ocurran ciertas cosas (p., 562,563). En otras palabras es la interpretación personal de la

pérdida (muerte del cónyuge, presencia de enfermedades, pérdida del empleo, entre otras). Así pues la depresión depende del equilibrio entre los factores biológicos y los factores psicosociales. Es por eso que el National Institute of Mental Health (2016) menciona que para las personas que experimentan depresión por primera vez en esta etapa avanzada de la vida puede relacionarse con algunos cambios que suceden en el cuerpo y cerebro.

Según el DSM-5 (2014), para el diagnóstico de un trastorno de depresivo mayor son:

- a. *deben prevalecer cinco o más de los siguientes síntomas:*
 1. *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.*
 2. *Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.*
 3. *Pérdida importante del peso sin hacer dieta, o aumento de peso, o modificación del más del 5% del peso corporal, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.*
 4. *Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
 5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.*
 6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
 7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.*
 8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días (p., 104,105)*
- b. *Los síntomas causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*
- c. *El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.*
- d. *El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*

e. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (p., 106)

Papalia , Sterns , Feldman, & Camp (2009) mencionan que aunque los ancianos tienen menor probabilidad de ser diagnosticados con depresión, un 2 a 30% de los ancianos no institucionalizados cumplen con los criterios diagnósticos de trastornos depresivos, mientras que del 8 al 15% de individuos presentan algunos síntomas. Sugieren también que según los hallazgos del U.S Department of Health and Humane Services (1999) de 8 a 20% de los ancianos en estados unidos sufren de depresión, mientras que la tasa de suicidio en este grupo etario es bastante elevada, sobre todo en hombres blancos y personas con padecimientos físicos. (p., 466).

Sarró, Ferrer , Rando , Formiga , & Rojas (2013) mediante un estudio sobre la prevalencia de la depresión realizado a personas octogenarias no institucionalizadas en España encontraron que la prevalencia de depresión en mayores de 85 años es elevada, en donde el 34,5% de la población presenta un posible diagnóstico depresivo. Mencionan también otros estudios realizados en donde los porcentajes varían según el tipo de población seleccionada y sus características; sugieren que los diferentes estudios en ancianos españoles muestran valores de prevalencia entre el 2 y 28%, así pues estos valores aumentan al 26% en el estudio de Berlin Aging Study en adultos mayores de 65 años, y en un estudio realizado en Holanda se encontró con una prevalencia del 14%. Por otro lado Mühlenbrock, y otros (2011) mencionan que la prevalencia de depresión en adultos mayores a 60 años insitucionalizados es de el 22,1%, presentandose así con mayor frecuencia en mujeres viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en quienes presentan algún trastorno de sueño y en aquellos que han experimentado algún evento estresante en sus vidas.

Aunque la depresión es un problema habitual en los adultos mayores, no representa una normalidad en la etapa del envejecimiento y muchas de las veces pueden pasar sin relevancia debido a que en algunas personas mayores la tristeza no representa el síntoma principal y pueden presentar síntomas menos evidentes. Por lo tanto, detectar la depresión en adultos mayores puede ser difícil y muchas de las veces ignorada o confundida con otras afecciones comunes del envejecimiento. Sin embargo, un correcto diagnóstico y atención

adecuada a los síntomas podrían marcar una gran diferencia en la prevención y desarrollo de la misma.

1.6.2.3 Delirium.

El delirium es un estado de ofuscamiento de la conciencia debido a un cambio en el metabolismo del cerebro el cual el sujeto experimenta temporalmente. El individuo no percibe lo que sucede a su alrededor, presenta incapacidad para concentrarse o prestar atención, dentro de los cambios cognitivos que experimenta están la desorientación, memoria confusa, habla incoherente y posiblemente ilusiones, alucinaciones, perturbaciones emocionales como ansiedad, euforia e irritabilidad, que generalmente tiene una aparición rápida desarrollado en un periodo de algunas horas o unos cuantos días, que fluctúa durante el día y su duración es breve (Halgin & Krauss, 2009, p., 413).

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2016), menciona que un individuo de cualquier edad puede padecer de delirium , sin embargo el riesgo y frecuencia aumenta despues de los 60 años de edad, debido a que las condiciones físicas y mentales del individuo se han deteriorado notablemente. Se mencionan también varios factores que generan vulnerabilidad o que predisponen a un individuo a sufrir un delirium; mientras mas edad más riesgo, una existencia de demencia previa, deterioro funcional severo, deshidratación, desnutrición, fármacos, infecciones (vias urinarias y respiratorias), intervenciones quirúrgicas (ortopédicas y cardíacas). El delirium puede originarse también debido a causas médicas, como insuficiencia renal, hepática o respiratorias, enfermedades cardio vasculares, hipertensión, arritmias, traumatismos y quemaduras, enfermedades del sistema nervioso y por ultimo por intoxicación con drogas o supresión de sustancias o medicamentos.

Según la American Psychiatric Association (2014) los criterios diagnósticos de un trastorno delirante mencionados en el manual de diagnóstico DSM-5 son:

- a. *Presencia de uno o mas delirios de un mes o más de duración.*
- b. *Nunca se ha cumplido el criterio A de esquizofrenia.*
- c. *A parte del impacto del delirio (s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.*
- d. *Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.*
- e. *El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo compulsivo (p.,49)*

Es necesesario especificar si:

Tipo Erotomaniaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona este enamorada del individuo

Tipo de Grandeza: este subtipo se aplica cuando e l tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos o de haber hecho algun descubrimiento importante.

Tipo Celotípico: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

Tipo Persecutorio: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que estan conspirando en su contra o que lo engañan, espian, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.

Tipo somático: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.

Tipo Mixto: Este tipo se aplica cuando no predomina ningun tipo de delirio.

Tipo no especificado: Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no esta descrito en los tipos específicos (p.,50)

1.6.2.4 Deterioro cognitivo.

Como hemos podido evidenciar en capítulos anteriores con forme la edad avanza la mayoría de las capacidades intelectuales de los individuos aumentan o se mantienen estables, sin embargo, a partir de los 60 años es cuando se presenta un declive de estas. A esta disminución de las capacidades se le conoce como deterioro cognitivo; así pues, Schaie en (1996) citado por Stassen & Thompson, (2001) afirma que en las cinco funciones mentales principales: comprensión verbal, capacidad espacial, razonamiento inductivo, capacidad numérica y fluidez verbal experimentan importantes declives, con el transcurso de los años. (p., 167).

Rosselli & Ardilla, (2010) mencionan que:

Debido a la degeneración cognoscitiva los adultos mayores poseen menor capacidad para almacenar nueva información y procesar la ya existente. Estos cambios neuropsicológicos pueden reflejar un deterioro normal o benigno el cual se relaciona con los procesos de desarrollo cerebral comunes de la senectud. Sin embargo, argumenta también que los cambios cognoscitivos inicialmente observados en el envejecimiento patológico son muy semejantes al desarrollo de un proceso normal por lo que pueden ser confundidos o ignorados (p, 60).

Por tanto, una adecuada evaluación neuropsicológica ayuda a establecer el adecuado diagnóstico referente a un deterioro cognitivo leve o demencial.

Algunos investigadores en sus estudios sostienen que “el proceso de deterioro de la inteligencia es irreversible en edades muy avanzadas ya que el cerebro al igual que otros órganos físicos muestra menos eficiencia con el pasar de los años. No obstante, otros afirman que la inteligencia es relativamente estable ya que el cerebro tiene la capacidad suficiente para

emprender cualquier actividad hasta el completo deterioro de las funciones sensoriales o el padecimiento de una enfermedad crónica” (Willis & Schaie , 2003. p., 377).

Dentro de los trastornos cognitivos relacionados con la edad Pérez Martinez, (2005) menciona dos tipos de deterioro cognitivo leve. El primer caso hace referencia a aquella alteración en la que las actividades diarias del adulto mayor se ven afectadas moderadamente es decir que no cumple con los criterios de la demencia y puede ser diagnosticado bajo dos conceptos:

-) El deterioro cognitivo leve sin demencia; en el cual el sujeto manifiesta pérdida aislada de memoria, u olvidos que no afecte a otras funciones (dificultad para recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes). Mientras este criterio no afecte a las actividades de la vida cotidiana se le denominara como una alteración de la memoria asociada a la edad lo que representa un olvido senil benigno.
-) Deterioro cognitivo leve con demencia dudosa: en este caso se puede evidenciar afecciones más pronunciadas en la memoria y una o más áreas cognitivas afectadas (atención, aprendizaje, pensamiento, lenguaje, etc.) Sin embargo, esta condición no originará molestias mayores ni tampoco interferirá en el desarrollo de su vida cotidiana.

En cuanto al segundo hace referencia al momento en el que afecta significativamente a las actividades de la vida cotidiana, lo que probablemente significaría un síndrome demencial.

Para enfatizar Sternberg y Berg (1987) citados por Corachione Larrinaga, (2006). Alegan que cuando las personas envejecen es más importante mantener la eficacia en las actividades cotidianas que el mantenerse al tanto de lo que ocurre en el mundo exterior. (p,107). Por otra parte, Kleemeier (1962) estudio por primera vez el deterioro terminal evaluando a ancianos en cuatro momentos a lo largo de doce años. Al comparar los resultados

mostró que el deterioro cognitivo de los que murieron un tiempo después de la evaluación fue mayor de aquellos que no murieron ya que el deterioro terminal puede ser simplemente un reflejo del deterioro físico que precede a la muerte.

Según el INEC (2009) en la Encuesta de Salud, Bienestar y envejecimiento en adultos mayores de 60 años de edad muestra que la prevalencia de deterioro cognitivo leve es del 16,3% en hombres, y el 25,7% en mujeres ecuatorianos/as. En Chile las cifras son similares según lo manifiestan Donoso, Venegas, Villaroel, & Vázquez (2001), e indican que la prevalencia de Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo con el paso del tiempo se hacen cada vez mas frecuentes, los valores en personas adultas de 80 años en adelante representan el 20% de la población.

En conclusión el deterioro cognitivo, es una proceso de deterioro de las facultades de memoria, en el anciano como consecuencia normal del proceso del envejecimiento, sin que estas pérdidas de memoria llegasen a afectar a otras funciones. Sin embargo es importante reconocer cuando estas pérdidas se presentan de forma atípica, para lo cual un adecuado diagnóstico ayudaría a prevenir o controlar el desarrollo de demencias.

1.6.2.5 Demencia.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke, (2010) aclara que: el deterioro cognitivo relacionado con la edad, "*el deterioro cognitivo leve, la depresión y el delirio, no son considerados demencias*", ya que presentan sintomatología similar a las demencias, sin embargo sus causas son diferentes y tratamiento difieren al de la demencia. Es por eso que en este apartado se analizará lo que es la demencia, y los diferentes tipos.

Entonces se conoce como demencia a la “pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades y afecta a la memoria, pensamiento, lenguaje, juicio y comportamiento.” de quienes la padecen. (Medline Plus, 2015).

Como lo menciona el [NINDS] (2010) se debe tener en cuenta que la demencia “no es una enfermedad específica”, sino un término que describe a un conjunto de síntomas resultado de unos cuantos trastornos que afectan al cerebro, pues las personas que padecen demencia presentan un significativo impedimento en el funcionamiento intelectual, lo que interfiere en sus actividades normales y relaciones interpersonales. Se presenta también con la pérdida de la capacidad de resolución de problemas, dificultad para controlar sus emociones, cambios de personalidad y problemas de conducta (Agitación, delirios y alucinaciones).

Según la OMS, (2016) la demencia representa una de las principales causas de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad entre las personas mayores en el mundo entero con impacto físico, psicológico, social y económico en cuidadores, las familias y sociedad. Es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva con un deterioro mayor al envejecimiento normal de la función cognitiva. Es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan el cerebro de forma primaria o secundaria.

Kolb & Whishaw (2009) refieren que la demencia es un síndrome de deterioro intelectual, persistente y adquirido. Que según el DSM IV la demencia posee dos características esenciales 1) déficit de la memoria u otros déficits cognitivos. 2) problemas en el rendimiento social y ocupacional. Citando a Kaufer y DeKosky (1999), mencionan las divisiones de los tipos de demencia propuesta por estos:

-) *Demencias degenerativas*: procesos patológicos fundamentalmente intrínsecos del sistema nervioso con tendencia a afectar de forma selectiva determinados sistemas vasculares. Entre ellas tenemos: demencias vasculares o infarto

múltiple, demencia infecciosa (neurósis), demencia postraumática, demencia desmielinizante, demencias causadas por el abuso de sustancias.

-) *Demencias no degenerativas*: un grupo diverso de trastornos con diversas causas, entre ellas, la vascular, la endocrina, la inflamatoria, la deficiencia nutricional y los estados de toxicidad. Tales como: enfermedad de Alzheimer, leuco distrofias (adrenoleucodistrofia), síndromes extrapiramidales (enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson) (p.742).

En la tabla presentada a continuación se analiza los tipos de demencia más frecuentes en adultos mayores.

Tabla 4. Tipos de demencia

TIPO DE DEMENCIA	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS
Demencia Tipo Alzheimer	Demencia degenerativa y progresiva caracterizada por deterioro cognitivo. Afecta el lenguaje, funcionamiento motor, la capacidad para reconocer personas y cosas, pérdida de memoria episódica, dificultad mayor para almacenar la nueva información. Junto con la evolución de la enfermedad se presenta una pérdida progresiva de autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana, se presentan también síntomas psicológicos y conductuales (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2016)
Demencia Persistente Inducida por sustancias	El consumo prolongado y la dependencia de sustancias (sedantes, inhalantes, hipnóticos, alcohol y ansiolíticos) en combinación con una dieta inadecuada originan un daño cerebral.

Continuación tabla 4.

Demencia Vascular, metabólica o multinfarto	Deterioro gradual y permanente que afecta la memoria, el lenguaje, comportamiento y el juicio. Ocasionada debido al bloqueo o daño de los vasos sanguíneos (apoplejía); presenta síntomas similares al Alzheimer y con posibles problemas para caminar y debilidad en las extremidades (MedlinePlus , 2015)
Demencia debido a otras condiciones médicas generales.	Demencias con efecto similar a otros trastornos cognitivos sin embargo es causada por traumatismos, VIH, Parkinson, tumores cerebrales, deficiencia de vitamina B2, hidrocefalia, hipotiroidismo.

Fuente: Adaptado de diversas fuentes.

En conclusión, la demencia es una forma de deterioro cognitivo, a causa de algunas enfermedades, caracterizada por el deterioro progresivo en la memoria, capacidad de aprendizaje, capacidad de juicio, capacidad de comunicación, llegando a afectar el rendimiento social y desenvolvimiento de las actividades cotidianas de quienes la padecen. Muchas de las sufren también cambios en su personalidad y estado emocional.

**CAPITULO II:
METODOLOGÍA.**

2.1. Objetivos:

A continuación, se detallarán los objetivos generales y específicos que se cumplieron, así como las preguntas de investigación que se plantearon.

2.1.1. General.

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

2.1.2. Específicos.

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

2.1.3. Preguntas de investigación

-) ¿Cuáles son las características sociodemográficas, de los adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de Loja?
-) ¿Cuántos adultos mayores de cuarta edad en la ciudad d Loja presentan deterioro cognitivo?
-) ¿Qué tipos de servicios necesitan los adultos mayores del cantón Loja?
-) ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental de los adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de Loja?

-) ¿Cuál es la prevalencia de personas dependientes en los adultos mayores de cuarta edad el cantón Loja?

2.2. Diseño de investigación.

El diseño es de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, cuyos objetivos se centraron en conocer y analizar las principales necesidades de los adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de Loja, mediante la utilización de una entrevista estandarizada permitió la identificación de las diferentes necesidades existentes en un grupo adultos mayores de cuarta edad de la ciudad de Loja. La información recolectada, se dividió 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).

2.2.1 Contexto.

En la ciudad de Loja existen 19 parroquias 13 rurales y 6 urbanas, para la realización de esta investigación se seleccionó únicamente a las 6 parroquias urbanas: El Sagrario, Sucre, El Valle, Punzara, San Sebastián y Carigan; de las cuales en total se seleccionaron 45 barrios que fueron los siguientes:

Tabla 5. Barrios seleccionados de la ciudad de Loja.

Los Ahorcados	Rincón 3	Turunuma
Menfis	Obrapía	San Cayetano
Santo Domingo	Belén	La Paz
Quebrada de Borja	Bolonia	Catedral
Centro de la ciudad	La Pradera	Tejar de Jericó
Nueva Granada	Sauces Norte	Santa Teresita
Los Rosales	Las Pitas	La Banda
Jípiro	Julio Ordoñez	Daniel Álvarez

Continuación tabla 5.

	San Pedro	Unión Lojana
El Panesillo		
Las Peñas	Cuarto Centenario	San Vicente
Celi Roman	Argelia	Clodoveo
Pedestal	El churo	Zamora Huaico
Los Faiques	Plateado	La Tebaida
Virgen Morena	San José	La Dolorosa
San Francisco		

Elaborado por: Autora

2.4. Población y Muestra.

En este apartado se detalla cómo fue la selección de la muestra, las características de la población, así como los criterios de exclusión e inclusión utilizados para la selección de la misma.

La población seleccionada para el desarrollo de esta tesis consta exclusivamente de adultos mayores de la cuarta edad (80 años en adelante) de la ciudad de Loja. Sus necesidades fueron informadas directamente por cada uno de ellos o a través de un informante ya sea un cuidador o familiar.

Para la delimitación de la muestra se tomó como base las 6 parroquias urbanas de la ciudad de Loja, tomando en cuenta la cercanía y seguridad fueron seleccionados 45 barrios, al no contar con datos exactos sobre la cantidad de adultos mayores existentes en cada barrio se utilizó una muestra accidental.

Para el desarrollo de la investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Tabla 6. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
) Edad: mayor o igual a 80 años.) Edad: menor de 80 años
) Vivienda: particular.) Vivienda: centros geriátricos, hospitales, asilos, hogares de acogida etc.
) Lugar de residencia actual: ciudad de Loja.) Lugar de residencia actual: fuera de la ciudad de Loja.

Elaborado por: Autora

En la tabla 7 se exponen las características sociodemográficas de la población analizada que se midieron a través de las siguientes variables nominales en cuanto a sexo, estado civil, lugar de procedencia, ocupación y con quien vive actualmente, mediante frecuencias y porcentajes.

Tabla 7. Características socio demográficas-nominales.

Variables	N	%
Sexo		
Femenino	71	65.7%
Masculino	37	34.3%

Elaborado por: Autora

Continuación Tabla 7.

<i>Estado Civil</i>		
Casado	39	36.1%
Soltero	14	13.0%
Viudo	51	47.2%
Separado	4	3.7%
<i>Con quién vive actualmente</i>		
Con el cónyuge	23	20.4%
Familiares o amigos	23	21.3%
Con los hijos	44	32.4%
Solo	18	16.7%
<i>Lugar de procedencia</i>		
Loja	64	59.3%
Provincia de Loja	37	34.3%
Resto del país	7	6.5%
Extranjeros	0	0%
<i>Ocupación</i>		
Manual	82	75.9%
Intelectual	26	24.1%

Elaborado por: Autora

En los participantes, podemos observar que existe mayor presencia del sexo femenino, casi la mitad son viudos, por lo tanto, la mayoría de ellos viven acompañados de sus hijos, el conyugue o un familiar o amigo, mientras que uno de cada 6 viven solos. Por otro lado, el 93.6% de ellos son procedentes de la provincia de Loja. No se contó con la participación de adultos mayores extranjeros. En cuanto a la ocupación uno de cada cuatro adultos mayores solía desempeñar una ocupación intelectual.

En la tabla 8 se exponen las características sociodemográficas de la población analizada que se midieron a través de las siguientes variables continuas en cuanto a edad, edad en que dejó el colegio, años de asistencia al colegio, años de otra formación mediante el análisis de la media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Tabla. 8. Características sociodemográficas-continuas.

Variables	Media	Dt	Mínimo	Máximo
Edad	86.12	4.46	80	103
Edad en que dejó el colegio	12.00	4.09	5	20
Años de asistencia al colegio	4.50	2.47	1	12
Años de otra formación	3.00	1.88	1	5

Elaborado por: Autora

Los rangos de edades de los adultos mayores estuvieron comprendidos entre 80 a 103 años, siendo así 86.12 la edad promedio de los participantes. Por otro lado, el 57.0% menores de 12 años no terminaron la primaria, mientras que únicamente el 2.1% completó los 12 años de educación y el promedio de años de asistencia al colegio fue de 4 años y medio y por último 64 de los 108 adultos mayores recibieron alguna otra formación de las cuales el tiempo máximo de formación ha sido de 5 meses.

2.5. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

En este apartado se detallan los métodos, técnicas, instrumentos utilizados y el proceso de análisis de la información recolectada para llevar a cabo la investigación y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

2.5.1. Métodos.

-) Esta investigación es de tipo, descriptivo, transversal, cuantitativo. Descriptivo transversal debido a que indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población en un tiempo determinado. El procedimiento de este método consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos y describir las características del fenómeno de estudio, para luego analizar su incidencia e interrelación; y cuantitativo porque es secuencial y probatorio y utiliza la recolección de datos para medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación con base en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández, Fernández, & Bastidas, 2010).

Se realizó un análisis y descripción de las necesidades del adulto mayor en un momento determinado, seguidamente mediante el análisis de frecuencias y porcentajes de las

respuestas obtenidas se jerarquizó las necesidades de mayor relevancia presentes en 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 utilizado en esta investigación es el CAMDEX-R. Es una entrevista psiquiátrica estructurada, estandarizada, diseñada para la detección de enfermedades mentales, especialmente demencias propias de la edad avanzada. El CAMDEX-R está compuesto por una entrevista psiquiátrica al sujeto que posibilita la evaluación de las funciones cognitivas CAMCOG, una la escala en donde se registran observaciones del estado actual del sujeto tanto mental como físico, antecedentes personales, antecedentes familiares. Por medio de una entrevista estructurada al familiar o informante se pueden constatar también alguna información adicional acerca del estado actual del sujeto, su historia médica y medicación actual, para facilitar el diagnóstico y progresión de la demencia permitiendo diferenciarla de otros trastornos mentales del envejecimiento. Puede ser aplicado tanto por psicólogos, geriatras, epidemiólogos y otros profesionales en el campo de la psicogeriatría. Cuando la entrevista ha finalizado y a partir de toda la información relevante obtenida, el entrevistador puede establecer un diagnóstico de acuerdo con los criterios operativos contenidos en el manual (Roth, Huppert, Mountjoy, & Tym, 2006).

Se realizó adaptación del instrumento para la población seleccionada quedando así con los apartados siguientes:

En la tabla 9 se detallan los 9 apartados y subapartados que componen al instrumento aplicado.

Tabla 9. Apartados del instrumento aplicado.

<p>Información general</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de procedencia - Fecha de nacimiento - Sexo - Estado civil - Ocupación actual
<p>Entrevista con el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Examen del estado actual - Antecedentes familiares - Antecedentes personales - Examen cognitivo (CAMCOG) - Medicamentos - Observaciones del entrevistador
<p>Entrevista con el informante (familiar, cuidador)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios de personalidad, comportamiento y cognición - Actividades de la vida diaria - Antecedentes personales y familiares
<p>Escalas incorporadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Mental State Examination

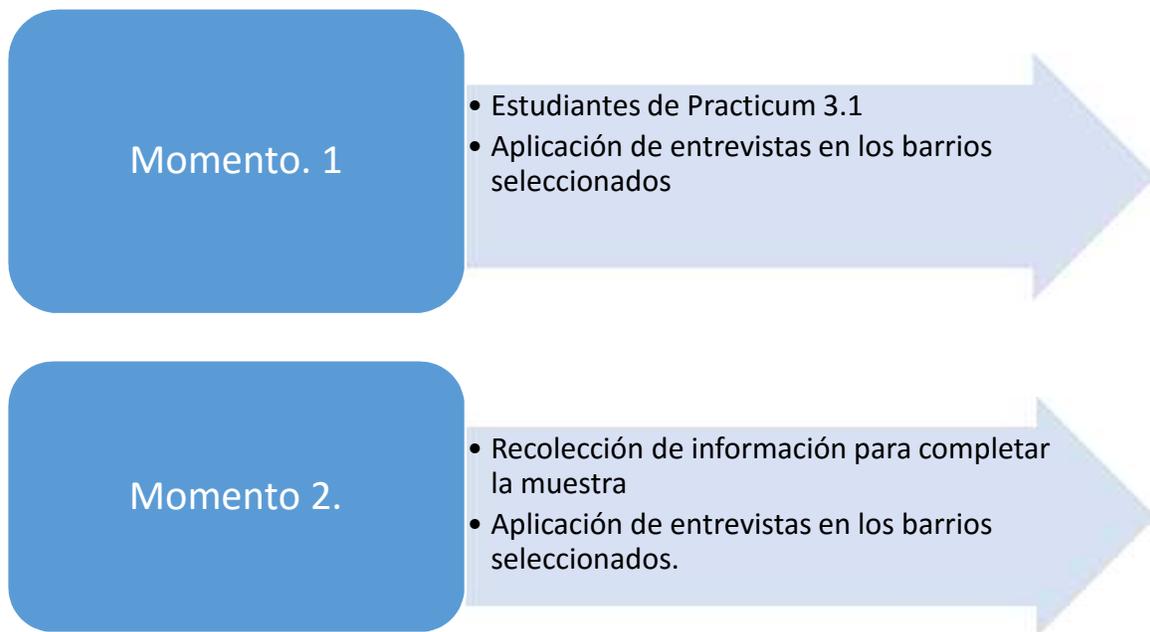
Elaborado por: Autora.

El instrumento CAMDEX-R, es un instrumento de aplicación individual, para adultos mayores de 65 años, tiene una duración aproximada de 1h20, dependiendo de la colaboración del entrevistado.

2.5.3 Procedimiento.

La recolección de la información fue realizada mediante visitas domiciliarias y la aplicación de una encuesta de tipo censal a los adultos mayores y a un familiar o cuidador, habitantes de los barrios urbanos seleccionados de la ciudad de Loja.

La recolección y análisis de la información fue realizada en dos períodos



Momento 1.

Se contó con la ayuda de 23 estudiantes cursantes del componente educativo Prácticum 3.1 de la Universidad Técnica Particular de Loja. Se realizó una capacitación previa a la aplicación del instrumento para un adecuado manejo del mismo. Seguidamente se asignó 2 barrios de la ciudad de Loja a cada estudiante, se aplicó la encuesta a 6 adultos mayores por barrio. Dando así un total de 98 encuestas realizadas a adultos mayores de la cuarta edad residentes en los barrios anteriormente mencionados de la ciudad de Loja.

Momento 2.

Al finalizar la primera recolección se obtuvo un total de 98 encuestas aplicadas a adultos mayores de la cuarta edad; distribuidos en la ciudad de Loja, de las cuales se descartaron 11 debido a información incompleta, quedando un total de 87, luego se realizó la aplicación de 21 más por parte de la tesista, para completar una cantidad significativa de población, en los diferentes barrios de la ciudad de Loja, dando un total de 108 encuestas.

2.5.4 Proceso de análisis de datos

Y en un último momento se realizó el análisis de los datos y la obtención de resultados. Se elaboró una matriz de datos en el programa Excel en donde se ingresó tabuló y organizó los datos obtenidos, para luego transferirlos al programa estadístico SPSS de acuerdo al ítem a analizar se calcularon frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar respectivamente.

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

En la tabla 10 se detallan las variables dependientes e independientes, así como el indicador de los ítems evaluados, la fuente de obtención de la información, y una breve explicación de cada una de las variables.

Tabla 10. Operacionalización de Variables.

Variables independientes				
	Variable	Indicador	Fuente	Observación
1	Antecedentes familiares) Existencia de hijos y hermanos) Edad del padre o la madre) CAMDEX-R Preguntas 86-90	Adulto mayor y familiar	Esta variable permite conocer el estado familiar del adulto mayor

Continuación tabla 10.

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

Continuación tabla 10.

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

Continuación tabla 10.

8	Función mental general	<ul style="list-style-type: none"> J Declive de la función mental general J Quejas subjetivas de memoria J Memoria reciente J Memoria a largo plazo J Desorientación topográfica J 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"> J Orientación J Lenguaje J Memoria J Atención/concentración J Memoria/recuerdo J Lenguaje: lectura comprensiva J Praxis J CAMDEX-R Preguntas 221-139 	Adulto mayor y familiar	Se evalúan los parámetros obteniendo un puntaje de 0 a 30 para identificar deterioro cognitivo.
Variable dependiente				
	Variable	Indicador	Fuente	Observación
1	Necesidades de intervención	J CAMDEX-R	Adulto mayor y familiar	Se evaluaron 9 parámetros para identificar y categorizar las necesidades manifestadas

Elaborado por: Autora

2.6. Recursos.

Dentro del apartado de recursos, se realizará un breve detalle de los recursos tanto humanos como materiales que fueron necesarios para llevar a cabo la investigación.

2.6.1 Humanos.

-) Estudiantes UTPL de practicum 3.1
-) Director de Tesis.
-) Adultos mayores de cuarta edad.
-) Cuidadores o familiares.

2.6.2 Recursos Materiales

Tabla 11. Recursos materiales.

EQUIPOS, MATERIALES E INSTALACIONES	DISPONIBILIDAD
Materias de escritorio (papel, esferos, grapas, carpetas, lápiz, etc)	Disponible
Computadoras	Disponible
Impresiones	Disponible
Internet	Disponible
Transporte	Disponible

Elaborado por: Autora

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se analizará los resultados obtenidos de la recopilación de información realizada. Comprende 9 apartados con sus respectivas subdivisiones que son: (1)Antecedentes familiares, (2) antecedentes de salud personal, (3) antecedentes de salud familiares, (4) función cerebrovascular, (5) antecedentes psicopatológicos, (6) problemas de sueño, (7) actividades cotidianas, (8) función mental general, (9) deterioro cognitivo (MMSE).

3.1 Antecedentes familiares

El apartado de Antecedentes familiares se compone de dos subapartados (1) Número de Hijos y hermanos, (2) Antecedentes familiares.

En la tabla 12 se indagó sobre el número de hijos e hijas vivos y fallecidos que ha tenido el adulto mayor, así como el número de hermanos y hermanas vivos y fallecidos del adulto mayor que se midieron a través del número y porcentajes.

Tabla 12. Número de Hijos y Hermanos

	No		Si	
	N	%	N	%
Hijos varones	16	13.89	92	85.19
Hijas Mujeres	15	14.81	93	86.11
Hermanos Varones	10	9.26	98	90.74
Hermanas Mujeres	12	11.11	96	88.89

Elaborado por: Autora.

Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2010, la población total de hombres en el cantón Loja es de 103.470 representando un 48,15% de la población, mientras que el sexo femenino destaca con una población de 111.385 que representa un 51,85% de la población. En conclusión, podemos afirmar que el natalicio de sexo femenino prevalece ante el sexo masculino con una diferencia de 3.7% lo que representa la prevalencia del sexo femenino en la natalidad actual.

Sin embargo, los resultados de la investigación muestran que del total de la población encuestada solamente 10 adultos mayores que representando un 9.26% de la población objetiva, no ha tenido hermanos varones y un 11.11% no han tenido hermanas mujeres, lo que nos indica la predominancia del sexo masculino, en la edad reproductiva de los progenitores de la población objetiva es decir aproximadamente en el año 1910. Debido a que el primer censo fue realizado en el año 1950 no existe un estudio en donde se pueda evidenciar un índice de natalidad en cuanto a la prevalencia de sexos de los hermanos y hermanas de los sujetos objetos de investigación. Por otro lado, se puede evidenciar que a inicios del siglo XX es decir una generación anterior, el número de nacimientos de sexo masculino prevalecía al sexo femenino, en relación a la edad reproductiva de nuestra población en donde el nacimiento de sexo femenino predomina. En comparación con los resultados obtenidos por Escudero Cueva, (2016) se mantiene la tendencia de prevalencia del sexo femenino en la edad reproductiva de los sujetos objeto de estudio aproximadamente en el año de 1970, mientras que en la edad reproductiva de los progenitores no se diferencia una variación de prevalencia de sexos, por lo cual se puede concluir que no siempre ha existido la prevalencia del sexo femenino, especialmente en las generaciones antiguas.

En la tabla 13 se indagó sobre el lugar que ocupa el sujeto entre sus hermanos, la edad que tenía su madre al morir, la edad que tenía el sujeto cuando su madre falleció, y la edad que tenía el padre del sujeto al morir. Estas variables se midieron a través de media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Tabla 13. Antecedentes Familiares

	Lugar entre los hermanos	Edad de la madre al morir	Edad del sujeto al morir la madre	Edad del padre al morir
Media	2.00	86.00	55.00	78.00
Desviación estándar	2.09	13.94	15.46	13.81
Mínimo	1	30	14	35
Máximo	11	103	79	98

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la población encuestada el promedio del lugar que el sujeto ocupa entre sus hermanos es el segundo lugar en donde el 73% de la población, se ubica entre el primer y segundo (2.09). Lo cual indica que la mayor parte de los adultos entrevistados de la población seleccionada son los hijos primogénitos. Se puede suponer que la supervivencia de este grupo se debe al estilo de vida, calidad de vida y cuidados brindados durante los primeros años de desarrollo de la infancia que los primogénitos recibían por parte de sus padres, asegurando así un mejor desarrollo, biológico, y psicológico asociado a mayor cantidad de recursos para su nutrición y cuidado.

Por otro lado en cuanto a los resultados obtenido el promedio de edad de vida de la madre del sujeto fue de 86.00 años. En donde un 75% de la población se encuentran entre los 86 y 90 años de edad, con una edad mínima de vida de 30 años de edad, y un máximo de 103 años en una mínima cantidad de la población entonces se puede deducir que la mayoría de las

madres tuvo un promedio de vida alto. En relación a la edad del padre al morir podemos indicar que el promedio de vida es de 78.00 años. En donde un 75% de la población se encuentra entre los 79 y 98 años de edad, con un mínimo de edad de 35 años y un máximo de vida de 98. Dicho esto, podemos concluir que el promedio de esperanza de vida de los adultos mayores de sexo masculino es inferior al promedio de vida del sexo femenino con una diferencia de 8 años de edad.

Según Datosmacro.com,(2016), para el año 1990 en Ecuador la esperanza de vida en las mujeres era de 71,52 años, lo cual no concuerda con los datos obtenidos en la presente investigación y se puede evidenciar una diferencia de 14.48 años ya que la edad de promedio de vida de las madres de la población objetiva era de 86.00 años. Mientras que para el sexo masculino la esperanza de vida en el año de 1990 era de 66,59 años de edad, sin embargo, los resultados nos muestran una diferencia de 11.4 años en relación a la edad promedio de vida de los padres de la población objetiva. Se comparó la esperanza de vida de los progenitores de nuestra población, con el año promedio en el que la mayor parte de ellos falleció.

La avanzada edad de fallecimiento de los progenitores de nuestra muestra, puede asociarse a varios factores, uno de ellos es la buena genética familiar. Además, se puede constatar que la mayoría de las madres han superado los años promedio de vida de su cohorte y se podría asociarse también con la supervivencia de sus hijas, a quienes no solo transmitieron sus genes sino también enseñaron un estilo de vida, de nutrición, hábitos de cuidado de su salud que podrían influir en la longevidad tanto de los progenitores como de los individuos participantes de nuestra investigación. Como se pudo evidenciar en el apartado anterior la prevalencia del sexo femenino y la avanzada edad a la que han llegado la población analizada, se la puede relacionar con la edad avanzada a la que han llegado sus madres y la buena genética transmitida.

3.2 Antecedentes de salud personales

En el apartado de antecedentes de salud personales, se detalla cual es la prevalencia de algunas enfermedades: (1) Crisis cardiaca, (2) Hipertensión, (3) Apoplejía, (4) Crisis epiléptica, y dependencias relacionadas con algunas sustancias: (5) fumador, (6) bebedor, (7) dependencia a fármacos y si se ha presentado algún tipo de reacción ante estos, también se analizan variables relacionadas con nerviosismo y ansiedad. En cuanto a las enfermedades se indagó la prevalencia en el adulto mayor y en sus familiares consanguíneos (padres, hermanos).

En las figuras 1 y 2, se indago sobre la presencia de crisis cardiaca en el adulto mayor o en algún familiar consanguíneo (progenitores, hermanos). Mediante gráficos de pastel y porcentajes se midieron las variables.

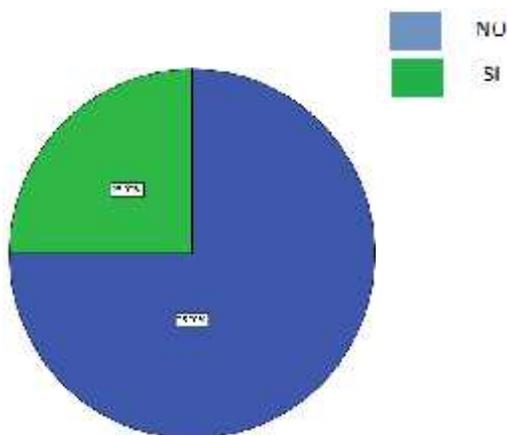


Figura 5. Crisis cardiaca
Elaborado por: Autora.

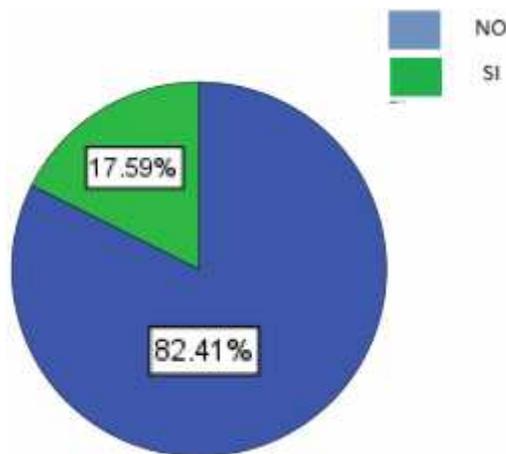


Figura 6. Familiar con crisis cardiaca
Elaborado por: Autora.

En relación a los problemas cardíacos, se pudo determinar que 46 individuos (25%) manifestaron haber presentado una crisis cardiaca a lo largo de su vida. Mientras que en su mayoría 81 adultos mayores restantes (75%) no ha sufrido problemas cardíacos. Por otro

lado, el 17.59% manifestó que alguno de sus familiares ha sufrido alguna crisis cardiaca. En el 2006 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) informa que la tasa de morbilidad en el adulto mayor debido insuficiencias cardiacas es de un 7,0% a nivel nacional. Mientras que en la provincia de Loja el porcentaje varía según el sexo, siendo así que los hombres representan un total de 13, 2%, mientras que en las mujeres se registra un total de 8.0%. Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2016) las enfermedades cardiovasculares son consideradas la principal causa de fallecimiento representando el 31% de las muertes registradas alrededor del mundo. Informan también que las principales causas de las enfermedades cardiovasculares son la mala alimentación, inactividad física, consumo de tabaco y consumo excesivo de alcohol son las principales causas. Como se ha podido evidenciar un alto índice de incidencia de esta condición, en comparación con los resultados obtenidos por Escudero Cueva (2016) en adultos mayores de tercera edad el 11,78% padece enfermedades cardiovasculares, debido a que en la cuarta edad se evidencia una cantidad mucho mayor podría ser considerada como una necesidad que debe ser atendida tomando las medidas respectivas, por medio de campañas, informativas y de prevención, sobre las principales causas, consecuencias de las crisis cardiacas, también así como la manera de llevar esta condición.

En las figuras 3 y 4, se indagó sobre la presencia de presión alta o hipertensión arterial en el adulto mayor y en algún familiar consanguíneo (progenitores, hermanos). Mediante gráficos de pastel y porcentajes se midieron las variables.

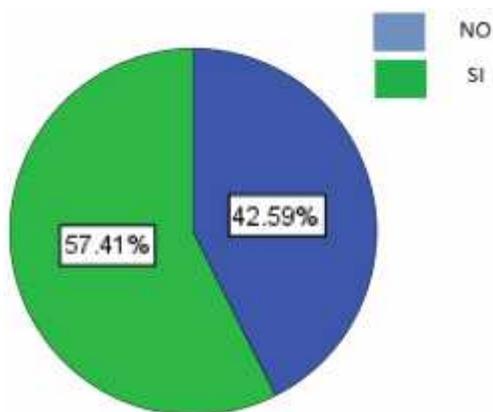


Figura 7. Presión alta o hipertensión
Elaborado por: Autora

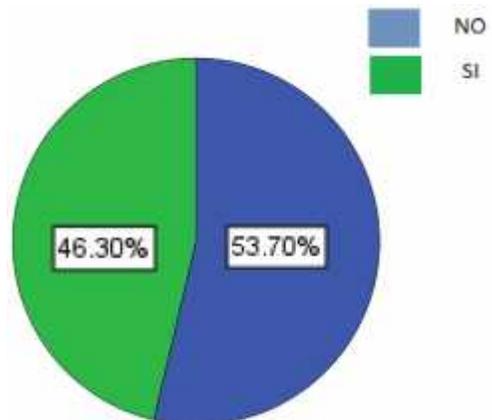


Figura 8. Familiar con presión alta o hipertensión
Elaborado por: Autora.

Para el diagnóstico de presión alta o hipertensión arterial los resultados muestran los siguientes datos. La respuesta de 62 (57.41%) de los 108 adultos mayores encuestados, en su mayoría fue afirmativa, el 42.59% restantes manifestaron no presentar un cuadro diagnóstico de hipertensión. En cuanto a la situación familiar el 46.30% de la población objetiva manifestaron la presencia de algún familiar con hipertensión, mientras que el 53.70% no.

Lo que significa que la prevalencia de Hipertensión arterial es elevada en nuestra población ya que junto con la diabetes la hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de muerte en el Ecuador, en donde Ministerio de Salud ha registrado un total de 4.381 casos de defunción por HTA, como lo manifiesta la (OMS, 2013). Según el anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones publicado por el (INEC, 2011) se menciona que las enfermedades hipertensivas se encuentran en el segundo lugar de las 10 principales causas de muerte en el Ecuador con un porcentaje de 7.03%. Mientras que de acuerdo con los resultados presentados por el (INEC, 2011) el porcentaje de morbilidad en el adulto mayor por HTA es de 7,4%. Por otro lado (Quito, Paguay, & Pañi, 2014) Manifiestan que la prevalencia de HTA en la provincia del Azuay es mayor al 50% en ancianos mayores de 70 años; conforme la edad avanza y la esperanza de vida aumenta se puede evidenciar la importancia de que uno de cada cuatro adultos mayores presente hipertensión.

En conclusión y de acuerdo al análisis de los datos obtenidos se puede determinar al diagnóstico de HTA como una necesidad debido a la elevada prevalencia presentada en la mayoría de la población, por lo cual se recomienda atender esta necesidad mediante modificaciones de estilo de vida, como es una dieta adecuada, nutrición equilibrada, realizar actividad física adecuada.

En las figuras 5 y 6, se indago sobre la presencia de apoplejía en el adulto mayor o en algún familiar consanguíneo (progenitores, hermanos). Mediante gráficos de pastel y porcentajes se midieron las variables.

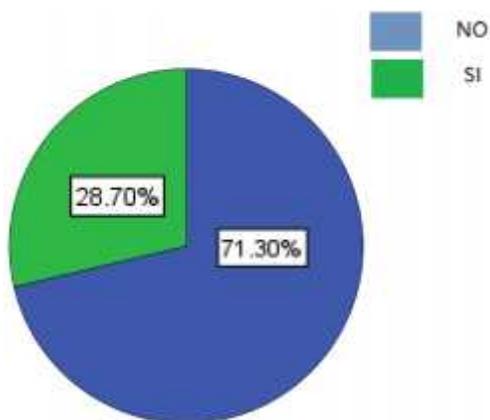


Figura. 5. Apoplejía.
Elaborado por: Autora.

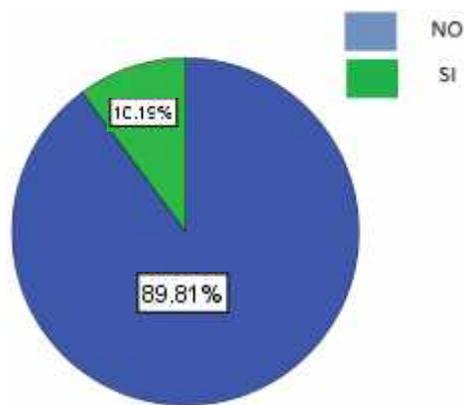


Figura. 6. Familiar con Apoplejía.
Elaborado por: Autora

En resultados obtenidos podemos observar un bajo porcentaje de prevalencia de individuos que han sufrido apoplejía en su mayoría 81 (71.30%) individuos, manifestaron no haber padecido de esta enfermedad, mientras que el 28.70% restante respondieron afirmativamente. En lo concerniente al diagnóstico familiar el 89.81% contestaron de forma negativa y tan solo el 10.19% manifestaron poseer algún familiar con apoplejía. Lo cual nos indica un bajo porcentaje de la incidencia de esta afección en nuestra población. Sin embargo en el informe de las principales causas de morbilidad en el adulto mayor presentado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011), en donde las enfermedades cerebrovasculares se encuentran entre las principales causas de mortalidad general representando el 6,31% de la población, mientras que según el perfil epidemiológico del adulto mayor (INEC, 2006) las enfermedades cerebro vasculares se encuentran en el décimo lugar de las principales causas de morbilidad en el adulto mayor representando un 4.3% de la población, en donde afirman que el hombre es el más proclive a padecer esta condición. Como lo menciona. El Centro Médico de la Universidad de Meriland (UMMC), 2016, menciona que la Hipertensión arterial, diabetes y cardiopatías son los principales factores para que ocurran accidentes cerebrovasculares, sin contar con el aumento de riesgo con forme la edad avanza.

Tomando en cuenta el elevado porcentaje de incidencia de adultos mayores de cuarta edad que padecen de HTA, y enfermedades cardíacas mencionados en apartados anteriores significa que el riesgo de padecer un ACV es mayor en la población. Escudero Cueva, (2016), menciona que el 5.37% de los adultos mayores de tercera edad padecen o han sufrido de apoplejía, en la cuarta edad se evidencia una elevada prevalencia en comparación con la tercera, por lo tanto, se considera una necesidad que debe ser atendida.

En las figuras 7 y 8, se indagó si alguna vez el adulto mayor ha sufrido alguna vez en su vida una crisis epiléptica, o si se ha dado alguna vez un golpe en la cabeza que le hiciera perder el conocimiento. Mediante gráficos de pastel y porcentajes se midieron las variables.

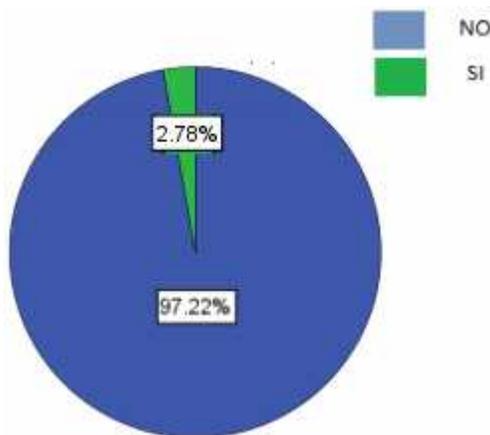


Figura 7. Crisis epiléptica.
Elaborado por: Autora.

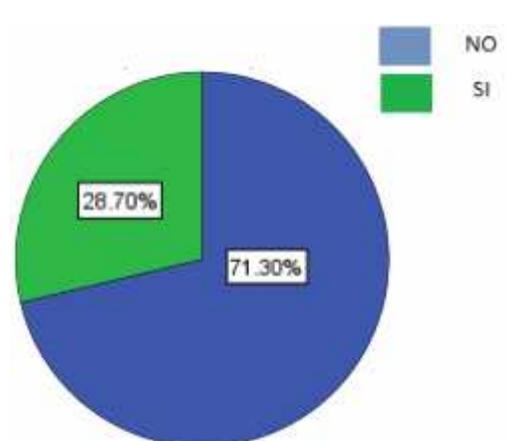


Figura 8. Golpe en la cabeza.
Elaborado por: Autora.

En la figura 7 los resultados muestran un bajo porcentaje en cuanto al padecimiento de crisis epilépticas y únicamente 3 de los 108 adultos encuestados contestaron afirmativamente a este ítem, mientras que los 93 restantes (en su mayoría) no ha padecido epilepsia. Abad, (2011) menciona que la epilepsia es una condición neurológica que afecta aproximadamente al 1 a 2% de la población ecuatoriana y que puede asociarse a otras condiciones médicas. En el Ecuador la prevalencia de crisis epilépticas es de 17 a 22 personas por cada 100.000 habitantes según lo manifiesta Cuesta ,(2014) sin embargo existen variaciones en donde se registran de 11 a 24/100.000 casos registrados de acuerdo a la región y nivel socioeconómico analizado. Lo cual no podría relacionarse con los resultados obtenidos en cuanto a los

individuos que han sufrido algún golpe en la cabeza con pérdida del conocimiento ya que únicamente 31 de los 108 entrevistados manifestaron haber sufrido una caída con pérdida de conocimiento, sin embargo, la mayoría afirman que fue en la etapa de la infancia y adolescencia. Por otro lado, ya que las personas mayores especialmente aquellas que sobrepasan los 80 años de edad se encuentran más propensos a sufrir caídas ya sea por causas intrínsecas como enfermedades neurológicas (epilepsia y accidente cerebrovascular, pérdida del equilibrio, Parkinson, demencias. Etc.), enfermedades reumatológicas (artrosis o la artritis reumatoide), enfermedades cardiovasculares (arritmias, insuficiencia cardíaca), afecciones de los sentidos (los trastornos de la audición y de la vista) y causas extrínsecas como el medio social, y el ambiente en el que se desenvuelve y una mala adecuación del mismo; si no se tiene el debido cuidado y atención podrían estar expuestos a sufrir caídas y provocar una conmoción cerebral.

En la figura 9 se indagó la prevalencia de personas fumadoras la población analizada. Mediante gráficos de pastel y porcentajes se midió esta variable.

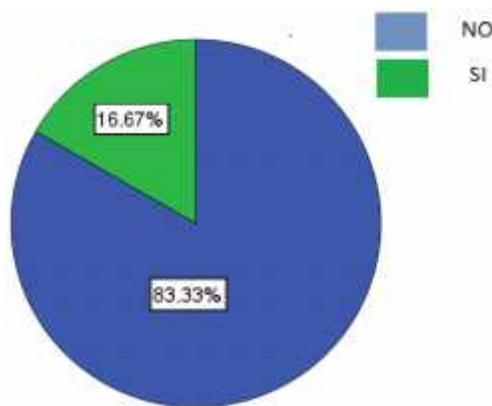


Figura 9. Fumador.
Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos notar que una baja proporción de adultos mayores se consideran fumadores puesto que solamente el 16.7% respondió afirmativamente a este ítem. En la provincia de Loja según lo manifestado por la Secretaria Técnica de Drogas , (2014); el porcentaje de prevalencia de consumo anual del cigarrillo es de

14,63%. Lo que significa que cerca de 1 de cada 10 adultos mayores entrevistados son o han sido fumadores. El consumo de cigarrillo es considerado como uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, aumento de colesterol, arteriosclerosis periférica, enfermedades respiratorias (enfermedad obstructiva crónica, bronquitis, neumonía, histocitosis pulmonar) y cáncer. (Rubio , 2011). También trastornos psicológicos por la dependencia, vulnerabilidad mental, disfunción sexual disminución de fertilidad, trastornos de cicatrización. (Falconi, 2011).

En las figuras 10 y 11 se indagó la dependencia de la población analizada hacia el alcohol mediante gráficos de pastel y porcentajes, por medio de gráficos de barras y porcentajes se contrastó la información brindada por medio de un familiar.

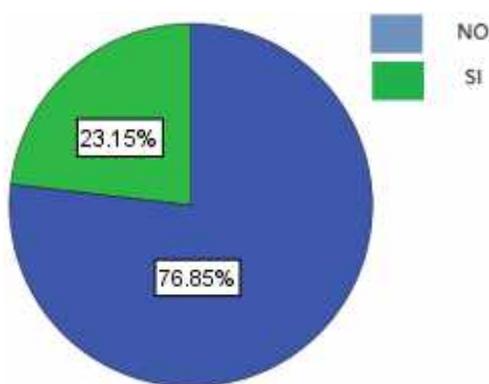


Figura 10. Bebedor
Elaborado por: Autora

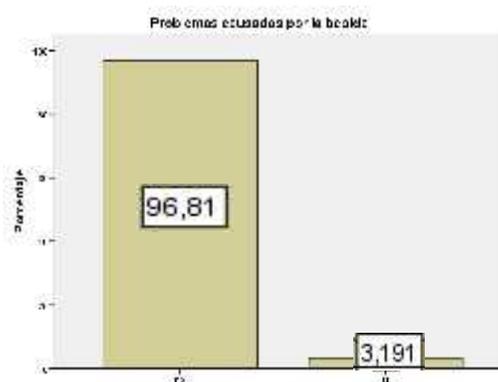


Figura 11. Problemas con la bebida
Elaborado por: Autora

De la población total encuestada solamente 25 de 108 adultos mayores representando un 23.15% manifiestan ser o haber sido consumidores de alcohol. Lo que significa que en nuestra muestra nos encontramos un bajo porcentaje de personas consumidoras de alcohol en relación a los resultados que muestra la Secretaría Técnica de Drogas, (2014), en donde la provincia de Loja presenta un 29.27% de consumo de alcohol. Según el INEC, (2012) más de 900 mil ecuatorianos son consumidores de alcohol de los cuales el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres, mencionan también que respecto al consumo de alcohol por edad

únicamente el 2.8% corresponde a personas de 65 años y más. Según lo mencionado por el Worl Health Report, (2002) citado por (Guardia , Jiménez-Arriero, Pascual, Flores , & Contel, 2008) el alcohol puede inducir trastornos mentales como depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, trastornos de sueño etc. tanto en personas dependientes como en quienes hacen un consumo excesivo de la sustancia.

Así mismo un consumo excesivo de alcohol puede ocasionar hasta 60 tipos de enfermedades, además de constituir como uno de los principales factores de violencia familiar, violencia de género, accidentes laborales y accidentes de tránsito. En la investigación se observa un bajo porcentaje de prevalencia de consumo y el total de adultos mayores que manifestaron haber consumido cantidades considerables de alcohol y afirman haber tenido problemas con su familia, amistades, trabajo o accidentes de tránsito ocasionados por la bebida fue de 6 adultos mayores que representan un 3.19% de la población total.

En la tabla 14 se indagó sobre la dependencia y reacción a fármacos del adulto mayor, se midió esta variable mediante porcentajes.

Tabla 14. Dependencia y reacción alérgica a fármacos

	Si %	No %
Dependencia a fármacos.	4,63	95,37
Reacción a fármacos	20,70	79,29
Reacción a fármacos con pérdida de conocimiento	8,33	20,37
Reacción a fármacos con confusión	12,04	16,67
Reacción a fármacos con fiebre	12,96	15,74
Reacción a fármacos con hospitalización	20,37	7,41

Elaborado por: Autora.

En cuanto a la dependencia de fármacos constatamos que solamente 5 adultos mayores (4.63%) una mínima parte de la población encuestada se considera dependiente de cualquier tipo de fármacos. Levy, 2006 (citado por Caqueo , 2007) menciona que las personas de este grupo de edad son mucho mas propensas a automedicarse, ya que la vulnerabilidad a padecer enfermedades aumenta y por lo general consumen de 2 a 3 mas medicamentos que que la población en general. Lo que genera un aumento de riesgos a sufrir “interacciones medicamentosas” es decir que junto con los cambios propios de la edad se pueden producir cambios que influyen en el la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos. Menciona también una mayor probabilidad para automedicarse y los riesgos de esta como el “ocultamiento, agravamiento, o prolongación de la enfermedad, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia”. La dependencia farmacológica es buscada por los adultos mayores para producir una sensación de bienestar, a su vez esta dependencia es física y psicológica, cuando el adulto mayor dependiente intenta dejar un fármaco sufren alteraciones tanto físicas como alteraciones psicológicas como rabia, confusión, recaídas, lo que conlleva a poder padecer de otra enfermedad asociada como la psicosis, depresión, entre otras (Boggio , 2009). Por otro lado, quienes son más propensos a sufrir los efectos adversos producidos por los fármacos según lo menciona García M, (2002), citado por (Boggio , 2009) son los ancianos de avanzada edad, aquellos que toman varios medicamentos a un mismo tiempo, mujeres más que en los hombres, ancianos con poco peso, ancianos con problemas de disminución de función renal, irrigación periférica, perfusión cerebral, y ventilación pulmonar.

Por lo tanto, de los 108 adultos encuestados solamente 31 de ellos son quienes han sufrido algún tipo de reacción alérgica a fármacos consumidos por primera vez, 12 tuvieron una reacción con pérdida de conocimiento, 9 pensamiento confuso, 17 han mostrado fiebre como efecto secundario, y solamente 8 de ellos ha manifestado tener alguna de estas reacciones alérgicas y ha necesitado ser hospitalizado. Algunos padecieron solamente una de las reacciones mencionadas. Cabe recalcar que en la tabla se toma en cuenta el nuevo 100% a partir de quienes respondieron afirmativamente si han presentado alguna reacción farmacológica.

Según los resultados obtenidos por Escudero Cueva, (2016) el 7.35% de los adultos mayores de tercera edad, son farmacodependientes, y el 2.45% presentaron reacción a fármacos con hospitalización. En esta población puede observarse un mayor porcentaje de sujetos fármaco dependientes, lo cual puede adjudicarse a los avances médicos, y la gran cantidad de fármacos disponibles en el mercado y el fácil acceso a estos.

En el gráfico 12 se indagó si los adultos mayores han recibido alguna vez tratamiento por de enfermedades mentales, se midió esta variable mediante porcentajes, en un gráfico pastel.

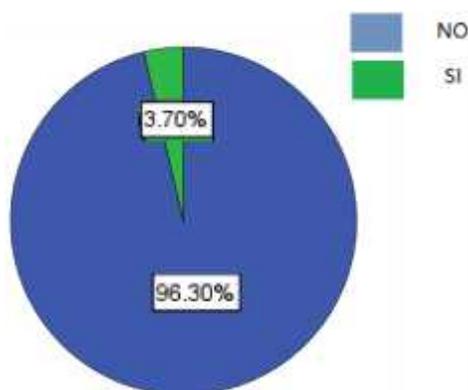


Figura 12. Tratamiento por enfermedades mentales.
Elaborado por: Autora

El número de adultos mayores que no han recibido algún tipo de tratamiento representa la mayoría de la población en 96.30% mientras quienes contestaron este ítem de manera afirmativa fueron solamente 4 adultos mayores quienes manifestaron haber acudido a ayuda psicológica sin especificar de qué tipo o el motivo de consulta.

Debido a la escasa especificación e información recolectada de las enfermedades mentales no se puede realizar un análisis y discusión adecuada de este ítem.

En la tabla 15 se indagó la presencia de nerviosismo, preocupación y ansiedad en los adultos mayores, esta variable se midió mediante porcentajes.

Tabla 15. Nerviosismo, preocupación y ansiedad.

	Si %	No %
Se considera usted una persona nerviosa	35.19	64.81
Tenso por cosas insignificantes	46.08	53.92
Irritable, al límite	25.49	74.51
Muy ansioso o atemorizado	35.39	64.71
Ansioso o con malestar físico	25.49	74.51
Situaciones provocadoras de ansiedad	16.67	83.33
Ataques de miedo o pánico	5.88	94.12

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos de los 108 adultos 38 se consideran personas nerviosas. 47 manifiestan sentirse más tensos por cosas insignificantes, 26 dicen sentirse más irritables o sentirse al límite, 36 sentirse muy ansiosos o atemorizados, de los cuales el 26 manifiestan haber presentado ansiedad con malestar físico. Por otro lado, 17 de ellos manifiestan poseer situaciones específicas provocadoras de ansiedad. Y únicamente 6 de los 108 dicen haber presentado ataques de miedo o pánico. La (OMS, 2016) menciona que los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor. Para Flint A , (2005) el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los más comunes en adultos mayores, sin embargo, se presenta con mayor suceso junto con otro trastorno mental; generalmente con depresión o distimia, menciona también que la prevalencia de TAG es menor en adultos mayores de 65 años siendo más frecuente en mujeres que hombres, es más frecuente en personas con demencia y se asocia con la Depresión Mayor; sugiere también que el TAG en la edad avanzada es “una mezcla homogénea de enfermedad crónica persistente en edades más tempranas e inicio en la edad avanzada.” Para (Baeza, 2008) existen varios factores activadores y mantenimiento de la ansiedad condicionados por la biología y aprendizaje refiere

también a hechos, situaciones o circunstancias capaces de activar el sistema de alerta. Ya que esta sintomatología supone un gran impacto en la funcionalidad cotidiana de los individuos y los resultados de nuestra investigación muestran una prevalencia un tanto elevada de sintomatología ansiosa es importante que se realicen ciertos cambios de estilo de vida como darse tiempo libre para realizar actividades satisfactorias, realizar actividad física, salir de paseo, realizar actividades de relajación, ejercicios de respiración entre otras.

3.3 Antecedentes de salud familiares.

El apartado de antecedentes de salud familiares, se analizó cual es la prevalencia de las siguientes enfermedades en el adulto mayor y su historial familiar (únicamente en familiares consanguíneos padres, hermanos, e hijos): (1) Problemas de memoria, (2) diabetes, (3) Parkinson, (4) Síndrome de Down, (5) Leucemia, (6) Cáncer, (7) Trastornos emocionales. Estas variables se midieron a través de porcentajes.

En la tabla 16 se analizó cuáles son las enfermedades de mayor prevalencia presentes en el adulto mayor, y en sus familiares consanguíneos.

Tabla 16. Antecedentes Familiares.

	Familiar		Adulto Mayor	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Problemas de memoria	13.89 %	86.11%	Nc	Nc
Diabetes	36.11 %	63.89%	18.52 %	81.48%
Parkinson	4.63 %	95.37%	3.70%	96.30%
Síndrome de Down	3.48 %	96.52%	0%	100%
Leucemia	0.93 %	99.07%	1.70%	98.30%

Continuación tabla 16.

Cáncer	26.85 %	73.15%	8.33%	91.67%
Trastorno emocional	6.48 %	93.52%	Nc	Nc

Nc: No corresponde.

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a las enfermedades biológicas con mayor frecuencia en los antecedentes familiares y adultos mayores entrevistados, podemos observar que la diabetes es aquella que posee un mayor porcentaje de incidencia representando el 36,11% en el historial familiar, y en el adulto mayor un 18,52%. En cuanto al cáncer el porcentaje de incidencia corresponde al 26,85% en familiares, y en el adulto mayor representa un 8,33%; el Parkinson sin embargo se encuentra presente en un 3,70% de la población objetiva y el 4,63% de esta en alguno de sus familiares. en cuanto a los problemas de memoria disminuyen los números y encontramos que únicamente un 13,89% afirma tener familiares con este tipo de problemas. Por otro lado, el síndrome de Down no se encuentra presente en ninguno de los individuos de esta investigación, pero si en un bajo porcentaje (3,48%) en el caso de algún familiar. Leucemia y trastornos emocionales, se encuentran presentes en algunos casos en el adulto mayor y en un bajo porcentaje en sus familiares. Según el INEC, (2011) la diabetes mellitus es la principal causa de mortalidad en Ecuador 7,15%, seguida por enfermedades hipertensivas 7,3%, enfermedades cerebrovasculares 6,31% y demencia y enfermedad de Alzheimer 6,25%. Por otra parte, el cáncer afecta al 81% de personas mayores de 65 años en Ecuador.

En comparación con los resultados presentados por Escudero Cueva, (2016) en donde las enfermedades de mayor prevalencia en el historial familiar del adulto mayor son: Diabetes (28.43%), y Cáncer (27,45%) en sus familiares, mientras que en el adulto mayor de tercera edad es de Diabetes (6,37 %) y Cáncer (1, 47%). De acuerdo con estudios antes mencionados, la presencia de las enfermedades aumenta conforme la edad de los individuos, esto corresponde a los resultados obtenidos en esta investigación en donde se puede observar que

los números aumentan tanto para diabetes como para cáncer respectivamente en la cuarta edad, lo cual puede considerarse como una necesidad que debe ser atendida.

3.4 Problemas Cerebrovasculares.

En el apartado relacionado con problemas cerebrovasculares se analizan (1) cefaleas, (2) mareos, (3) mareos con debilidad, (4) caídas, (5) pérdida repentina de fuerza, visión, etc.

En la figura 13 se analizó la prevalencia de cefaleas (dolores de cabeza) en la población analizada, en el tiempo de una semana. La variable se midió por medio de porcentajes, mediante un gráfico pastel.



Figura 13. Cefaleas (Dolores de cabeza)
Elaborado por: Autora.

En cuanto a los resultados obtenidos para este ítem analizado según la frecuencia del padecimiento encontramos que el 39, 22% de la población objetiva presenta cefaleas o dolores de cabeza más de una vez por semana. Según la OMS, (2016) la prevalencia mundial de cefaleas en personas adultas es de 50% y el 30% presenta migrañas, y la cefalea que se presenta 15 días o más por mes afecta de un 1.7% a un 4% de la población adulta del mundo.

Por otro lado (Ruiz , y otros, 2013) En un estudio realizado a 262 adultos mayores manifiestan que las cefaleas recurrentes en adultos que tiene 75 años o más son las

tensionales, mencionan también que la prevalencia de cefaleas disminuye conforme avanza la edad, 35% entre los 60 y 70 años, y de alrededor del 25% entre los 70 y los 80. La OMS expresa que las cefaleas son las principales causas de consulta médica en todo el mundo y a pesar de esto muchas de las personas que padecen cefaleas no reciben una adecuada atención. Escudero Cueva, (2016) menciona que la prevalencia de celafeas mas de una vez por semana en los adultos mayores de tercera edad es de 22,96%. Por lo tanto, podemos concluir que la población objetiva se encuentra en un elevado porcentaje dentro de estas cifras, y de acuerdo con los resultados obtenidos en ambas poblaciones es recomendable necesario realizar una consulta especializada para una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento.

En las figuras 14 y 15, se analizó la frecuencia de mareos en el lapso de una semana, la información recolectada se constató por medio de un familiar. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.



Figura 14. Mareos
Elaborado por: Autora

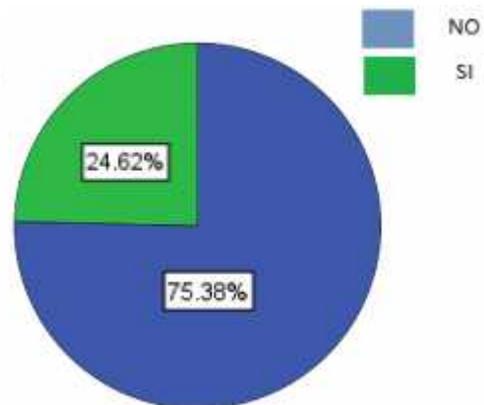


Figura 15. Mareos con debilidad (familiar)
Elaborado por: Autora

Los resultados obtenidos muestran que el 32.35% de la población objetiva ha experimentado mareos más de una vez por semana y el 24, 62% mareos acompañados de debilidad según lo manifiesta el familiar o cuidador. Un mareo puede presentarse debido a diferentes causas: disminución repentina en la presión arterial, deshidratación, o al realizar un movimiento demasiado rápido al levantarse después de estar sentado o acostado, lo que se da con mucha frecuencia en personas mayores. Dentro de las más graves afecciones a las que

puede conducir un mareo Las afecciones más graves que puede conducir a un mareo son: problemas cardíacos, accidentes cerebrovasculares, sangrado dentro del cuerpo, caída extrema en la presión arterial (MedlinePlus, 2015, a). Por otra parte Pertusa, (2015) define los mareos como una alteración de la persona con respecto al espacio exterior y que el suponen una de las principales causas de consulta más frecuentes que aumenta con la edad, prácticamente el 20% de las personas de 60 años y más sufren algún mareo suficientemente intenso como para acudir al médico. El mareo debe ser considerado un síndrome geriátrico multifactorial debido a su alta prevalencia en ancianos y que por lo menos la mitad de ellos presenta más de un síntoma y en un mismo paciente pueden existir múltiples causas comprometiendo múltiples sistemas (Altamar, y otros, 2008). En conclusión, es recomendable un adecuado diagnóstico y atención oportuna, para evitar el desencadenamiento de alguna otra afección, mantener una buena nutrición.

En las figuras 16 y 17, se analizó la frecuencia de caídas en el lapso de una semana, la información recolectada se constató por medio de un familiar. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.



Figura 16. Caídas
Elaborado Por: Autora.

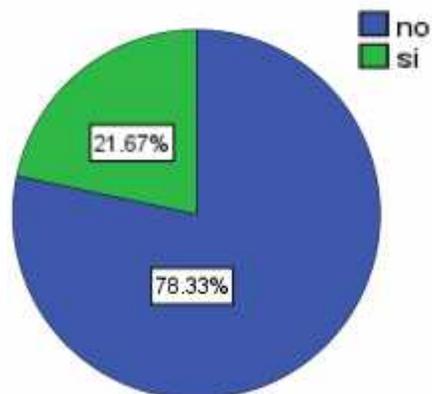


Figura 17. Caídas (Familiar)
Elaborado por: Autora.

En la figura 16 podemos observar que el porcentaje de adultos mayores que manifiestan haber sufrido de caídas más de una vez por semana es de 31.37%, el 21,67% de

sus familiares corroboraron esta información. Las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, en donde los adultos mayores de 65 años se encuentran corriendo mayor riesgo de muerte debido a una lesión grave por caídas, el riesgo va aumentando conforme la edad (OMS, 2016, a). Es por eso que Leyva , (2008) hace énfasis en cuanto a los cambios físicos que se producen en la ancindad en donde el sistema músculo-esquelético se ve afectado, disminuyendo la masa muscular, fuerza física, aparición de osteoporosis, los ligamentos y cartílagos pierden resistencia y elasticidad, y se presenta pérdida de estabilidad. Por lo tanto la capacidad de la pérdida funcional no debe contemplarse como un acompañante del deterioro.

Lo que significa que las caídas constituyen un factor de riesgo importante para nuestra población debido a la avanzada edad en la que se encuentran ya que es el principal desencadenante de vulnerabilidad, temores, inseguridades, pérdida de autonomía y limitación psicológica; por lo tanto es una necesidad que debe ser atendida, es recomendable una adecuada atención medica que ayude a detectar causas orgánicas de las caídas, por otro lado el ambiente en el que se mueve el anciano debe estar bien adecuado, mayormente iluminado y en lo posible en donde no existan objetos con los que el anciano pueda tropezar. Colocar barandillas o soportes en las escaleras y baños de los cuales el adulto pueda sujetarse. Así mismo manter una adecuada alimentación que aporte engergía y nutrientes al organismo.

En la figura 18 se indagó si el adulto mayor ha sufrido alguna pérdida repentina de fuerza, visión, etc. Esta variable se analizó a través de gráfico pasatel por medio de porcentajes.

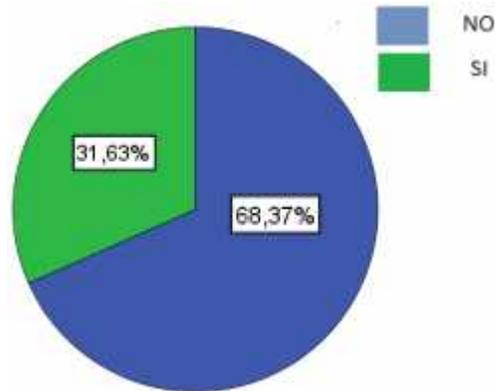


Figura 18. Pérdida repentina de fuerza, visión, etc
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura #18, el 31,63% reveló haber padecido alguna pérdida repentina de fuerza, visión que haya recuperado. La sintomatología mencionada podría indicar la presencia de un ICTUS o Accidente Cerebro Vascular (ACV), la University of Maryland, (2016, a) menciona que los accidentes vasculares ocurren cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene ocasionando que las células cerebrales mueran, causando así un daño permanente. Los síntomas de alerta que deberían atenderse son los siguientes: cambio en la lucidez mental, problemas con la vista, disminución de la visión, visión doble o ceguera total, problemas para hablar o entender a otros que estén hablando, problemas para caminar, debilidad muscular, cambios emocionales, pérdida de la coordinación, pérdida de equilibrio, confusión o pérdida de memoria, torpeza. En cuanto a los factores que aumentan el riesgo de padecer ACV son: la hipertensión arterial, fibrilación auricular, padecimiento de diabetes, colesterol alto, antecedentes familiares y aumento de la edad. Aunque el índice de prevalencia no es relativamente elevado en nuestra población debe considerarse la prevención del mismo ya que la población objetiva es muy propensa a padecer ACV en un futuro, por lo tanto, es recomendable la modificación del estilo de vida, llevando una dieta sana, controles médicos de peso y colesterol, realizar actividad física.

3.5 Necesidades de salud mental

En este apartado se analizaron los siguientes sub apartados (1) ánimo depresivo, (2) Síntomas Paranoides y psicóticos, (3) personalidad, (4) Obnubilación delirium.

3.5.1 Ánimo depresivo

En el apartado de ánimo depresivo se indagó la sintomatología relacionada con la depresión presente en adultos mayores como: (1) Capacidad para tomar decisiones, (2) Aislamiento, (3) Pérdida de energía, (4) Desesperanza, (5) Sentimientos negativos, (6) Anhedonia (pérdida de interés), (7) Sentimientos de tristeza, (8) Sensación de estar deprimido, (9) Sociabilidad, (10) Auto culpabilidad, y variables relacionadas con la autopercepción y el desarrollo de la depresión, (11) Intensidad de depresión, (12) Evolución de la depresión, (13) Autoconciencia de la depresión.

En las figuras 19 y 20, se analizó la capacidad para tomar desiciones del adulto mayor, la información recolectada se constató por medio de un familiar. Esta variable se analizó a traves de gráficos pasatel por medio de porcentajes.

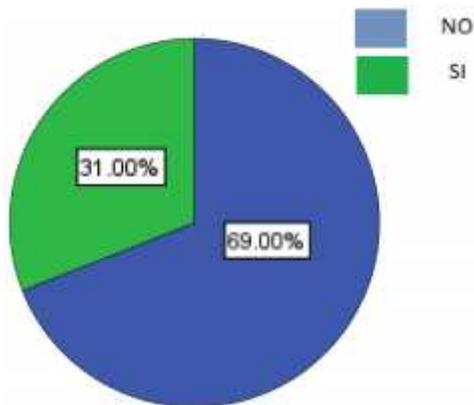


Figura 19. Capacidad de decisión
Elaborado por: Autora.

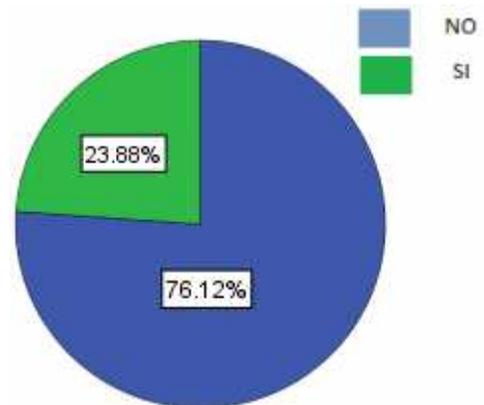


Figura 20. Toma de decisiones (Familiar)
Elaborado Por: Autora.

En la figura 19 analizaremos la capacidad del adulto para tomar decisiones. Así pues, encontramos que un 31.00% afirma presentar esta dificultad. Corroboramos esta información ya que el 23.88% de sus familiares o cuidadores afirman lo mismo. Erick Erickson (1959-1980-1982) plantea estadios del desarrollo humano en cada una de las etapas de la vida en donde la manera de afrontamiento a las dificultades en cada etapa es crucial. Sin embargo, Erickson (2000) propone un último estadio *integridad vs desesperación* enfocado en las personas de avanzada 80 y 90 años y la manera de afrontamiento de estos de acuerdo a los 8 estadios ya propuestos. Por lo tanto, en relación al segundo estadio autonomía vs duda, menciona que las personas en la vejez pierden confianza en su autonomía corporal o ante sus elecciones vitales, ocasionando así dificultad para decidir. (Cornachione, 2006, pág. 144). La pérdida de la capacidad para tomar decisiones, concentrarse, o pensar casi todos los días refiere también a uno de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor. (American Psychiatric Association , 2014, pág. 105).

En la tercera edad la capacidad de decisión no se ve afectada de gran manera, en donde únicamente el 17, 35% de la población presenta dificultad (Escudero Cueva, 2016). Sin embargo, en la cuarta edad los porcentajes aumentan, lo que puede relacionarse con la pérdida de autonomía y seguridad en ellos mismos ocasionándoles dificultad para decidir, lo cual podría influir significativamente para llegar a un cuadro depresivo.

En la figura 21, se indagó la pérdida de energía presentada en el adulto mayor. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.

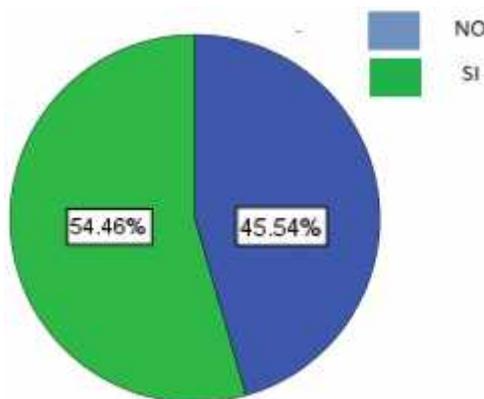


Figura 21. Pérdida de energía
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a los adultos mayores que han manifestado pérdida de energía podemos observar que un porcentaje bastante elevado, 54,46%, un poco más de la mitad de nuestra población. La OPS, (S.f b.) menciona que la pérdida de la energía en adultos mayores muchas de las veces es catalogada como una característica del envejecimiento, sin considerar la posibilidad de que esta sintomatología puedan reflejar tanto condiciones orgánicas, como la depresión, es por eso que un adecuado diagnóstico podría prevenir un cuadro depresivo mayor.

En la tercera edad se evidencia un porcentaje similar 52,55% de la población manifiesta sentirse con menos energía que antes, según los resultados obtenidos por Escudero Cueva, (2016), por lo tanto, y de acuerdo con la literatura, la pérdida de energía presente en este grupo etario, puede ser considerada como una característica normal del envejecimiento, sin embargo, para llegar al diagnóstico de un cuadro depresivo, es necesario tomar en cuenta esta variable

En las figuras 22 y 23, se analizó la sociabilidad y aislamiento en el adulto mayor, la información fue constatada a través de un familiar. Esta variable se analizó a través de gráficos pasados por medio de porcentajes.

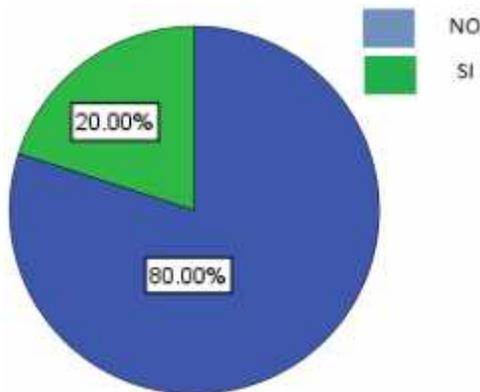


Figura 22. Aislamiento
Elaborado por: Autora.

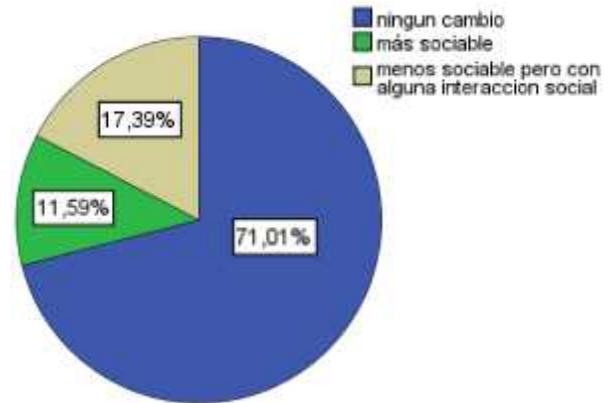


Figura 23. Sociabilidad
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 20% de ellos manifestaron preferencia de los por la soledad. En la figura #23 se analiza la sociabilidad del adulto mayor según la percepción del familiar o cuidador manifiesta en donde el 71,01% manifiestan no presenciar ningún cambio, el 11,59% más sociable, y el 17,39% manifiesta que el adulto mayor es menos sociable, pero con alguna interacción social.

Según lo manifestado por la Dirección General de Mayores , (2007) el aislamiento y la soledad en el adulto mayor se encuentra asociada a algunos trastornos psicológicos e influye en el bienestar subjetivo de los mismos ocasionando una serie de trastornos afectivos principalmente la depresión y ansiedad. Existen diferentes situaciones provocadoras de aislamiento como la pérdida del trabajo, fallecimiento de la pareja, hostilidad del medio ambiente. Por lo tanto, podemos relacionar estas situaciones con los resultados obtenidos ya que la mayoría de las personas objeto de estudio las han vivido o se encuentran viviendo, lo que genera sentimientos de vacío y tristeza.

En las figuras 24 y 25, se analizaron desesperanza hacia el futuro y sentimientos negativos (pensamientos suicidas) en el adulto mayor. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.

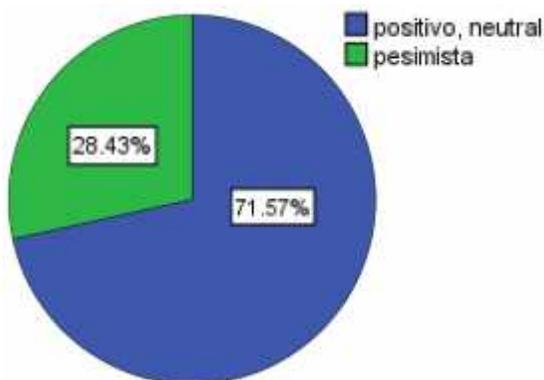


Figura 24. Desesperanza
Elaborado por: Autora.

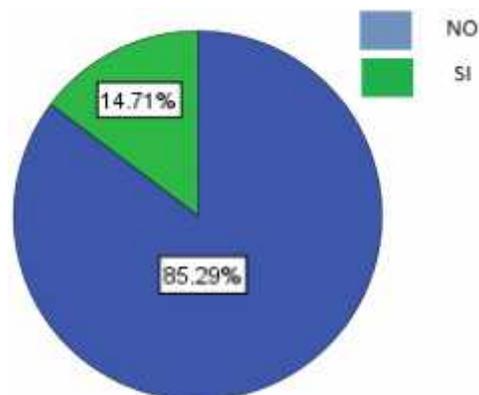


Figura 25. Sentimientos negativos.
Elaborado por: Autora.

En cuanto a los resultados obtenidos en la figura #23 el 28,43% manifestaron pensamientos pesimistas de cara al futuro, mientras que el 51,77% restante se muestra de manera neutral o positiva. Por otro lado, en comparación con los resultados de quienes manifiestan desesperanza en cuanto al futuro, es un bajo porcentaje 14,71% de personas quienes afirman tener pensamientos suicidas, esto podría deberse a la creencia religiosa de muchos de ellos (católicos).

La presencia de sentimientos de desesperanza o pensamientos recurrentes de muerte forma parte de los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV para un síndrome depresivo mayor (Gregorio & Carrasco, 2004). De acuerdo a GeoSalud, (2015); los sentimientos negativos o pensamientos suicidas acompañan a un trastorno de depresión grave, en algunos casos son tan intensos que puede conducir a la toma de la decisión de poner fin a su vida. El Instituto Nacional de la Salud Mental, (2009) de Estados Unidos menciona que la tasa más alta de suicidio por cuadros depresivos se presenta en adultos blancos mayores de 85 años, ya que en muchos de los casos los médicos no la pueden detectar a tiempo.

En la figura 26, se analizó anhedonia (pérdida de interés). Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.

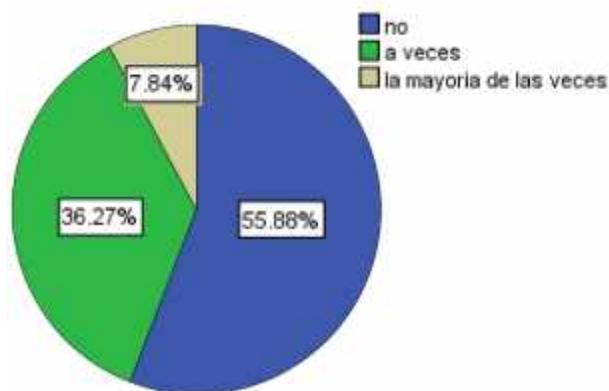


Figura 26. Síntoma Anedonia (perdida de interés)
Elaborado por: Autora.

En los resultados obtenidos para este apartado analizaremos la pérdida de interés por actividades o cosas que eran de su agrado. Se encontró que un 55,88% no presenta ningún cambio, el 36,27% manifestó que esto le sucede algunas veces, y el 7,84% afirma sucederle la mayoría de las veces. La sintomatología de la depresión en los ancianos generalmente resulta similar a la de los adultos de mediana edad y jóvenes, sin embargo suelen presentar síntomas atípicos como la pérdida de interés, (Ugalde , 2010, pág. 49). Los adultos mayores con depresión pierden el interés o ilusión de realizar sus actividades la mayor parte del día, casi a diario según los criterios diagnósticos diferenciales del DSM IV-TR para el episodio depresivo mayor. Escudero Cueva, (2016) menciona que la pérdida de interés en los adultos mayores de tercera edad, se evidencia en un 30,10% algunas veces, mientras que un 6,63% manifestaron que esto le ocurre la mayoría de las veces. En la cuarta edad se evidencia un porcentaje similar. En conclusión, ya que la pérdida de interés se encuentra estrechamente relacionada con la depresión como uno de los principales criterios clínicos la prevalencia de esa sintomatología en nuestra población puede dar indicios de un episodio depresivo.

En las figuras 27 y 28, se indagó sobre el síntoma tristeza en el adulto mayor, y la sensación de estar deprimido. La información se constató por medio de un familiar. Estas variables se analizaron a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes.



Figura 27. Síntoma tristeza
Elaborado por: Autora.

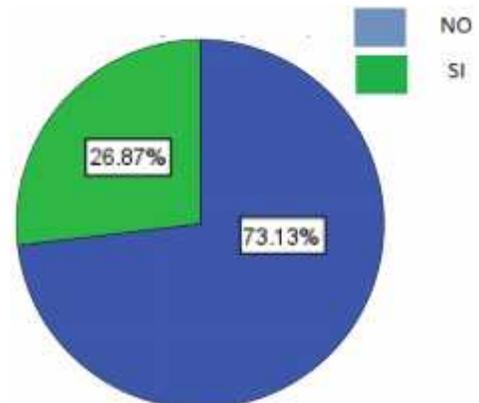


Figura 28. Deprimido (familiar)
Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos la mayoría de la población 51, 96% manifestó no presentar estos sentimientos, el 38,24% la mayoría de las veces y el 9,80% restante indica que sentirse de esta manera la mayoría de las veces. Por otro lado, de acuerdo a la información brindada por los familiares el 26,87% de los adultos mayores se encontraban deprimidos, 73,13% restante no. Según lo manifestado por el Instituto Nacional de la Salud Mental, (2009) cuando la depresión se presenta en este grupo etario, puede ser pasada por alto, ya que estos presentan la tristeza como un síntoma menos evidente y pueden estar menos propensos a reconocer y expresar estos sentimientos de pena o tristeza, por vergüenza. Sin embargo, GeoSalud, (2015) menciona que cuando estos sentimientos se presentan en los adultos mayores, la intensidad y duración se incrementan, aunque tiende a mejorar a lo largo del día. Cabe recalcar que el estado de ánimo deprimido o sensación de tristeza la mayor parte del día todos los días es uno de los principales criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según lo manifestado por la APA (2014, pág. 104) en el DSM-5.

En las figura 29, se indagó sobre el sentimiento de autculpabilidad en el adulto mayor, la información se constató por medio de un familiar. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes

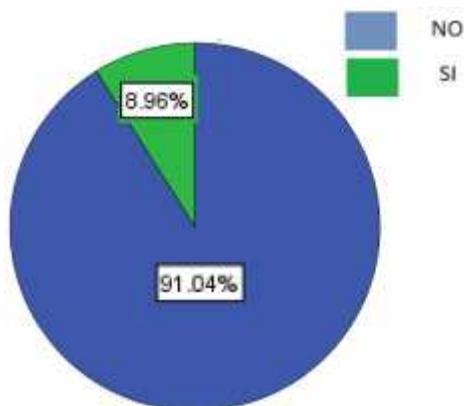


Figura 29. Auto culpabilidad (Familiar)
Elaborado por: Autora.

En la figura # 29. Se analiza la percepción del familiar ante la existencia de sentimientos de auto culpabilidad sin motivo en donde el 8,96% manifiesta que la persona se siente culpable frente algunas situaciones sin razón aparente. La culpabilidad o autoreproche es uno de los síntomas diferenciales de la depresión en el adulto mayor que se presenta en las primeras semanas de la depresión según los criterios del DSM IV-R, (Sistema Nacional de Salud, 2011). GeoSalud,(2015) menciona que los sentimientos de culpa se presenten exagerando incidentes del pasado, con reacciones desproporcionadas, con sentimientos de autodesconfianza en si mismos, sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás. Por otro lado Corachione Larrinaga , (2006), cita a Erick Erickson quien menciona la capacidad de afrontamiento de los ancianos ante las dificultades que se presentan en los 8 estadios del desarrollo vital presentados por el autor, es así que Ericson menciona que en el tercer estadio *iniciativa vs culpa*, los ancianos pueden sentir culpabilidad únicamente a nivel personal al momento de emprender proyectos satisfactorios. En la población objetiva encontramos una baja prevalencia de personas que manifiestan sentimientos culposos, por lo tanto a este sentir se lo puede relacionar con un cuadro depresivo.

En la figura 30, se analizó la intensidad de la depresión en el adulto mayor, y si esta se encuentra afectando los aspectos de su vida la información se constató por medio de un familiar. Esta variable se analizó a través de gráficos pasatel por medio de porcentajes

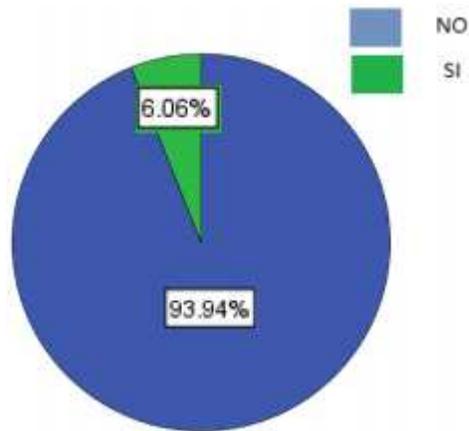


Figura 30. Depresión intensa que afecta todos los aspectos de su vida. (Familiar)
Elaborado por: Autora.

En cuanto a los resultados obtenidos en este ítem los familiares manifestaron que el 6.06% es decir 4 de los 108 adultos entrevistados presentan depresión intensa que está afectando aspectos de su vida cotidiana. Según Ugalde O. , (2010) la morbilidad depresión aumenta en pacientes insitucionalizados en un 12% de la población presentando un trastorno depresivo mayor, lo cual se debe al sentimiento de aislamiento, pérdida de autonomía, baja autoestima, pérdida de proyectos a futuro, sentimiento de minusvalía, adaptación al nuevo medio, y al vivir institucionalizado como un sentimiento de abandono.

En las figuras 31 y 32, se analizó la forma de evolución de depresión en el adulto mayor, y autoconciencia de la misma. Esta variable se analizó a través de gráficos pastel por medio de porcentajes.

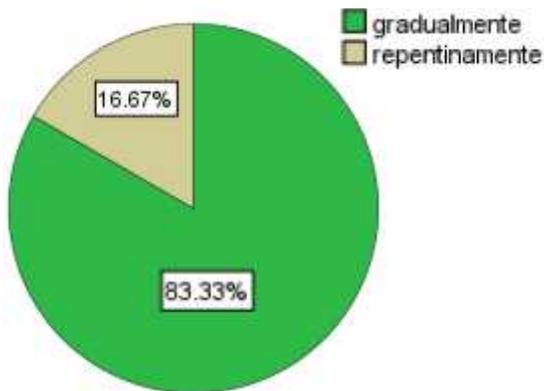


Figura 31. Forma de evolución depresión
Elaborado por: Autora.

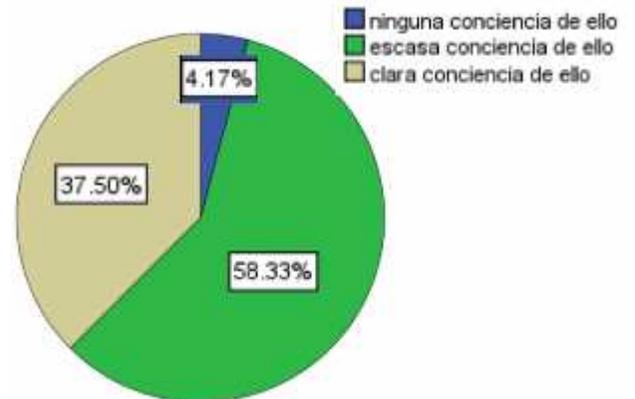


Figura 32. Autoconciencia depresión
Elaborado por: Autora.

Aunque nuestra población objetiva no presenta una elevada prevalencia en depresión en la figura # 31 se analiza la forma de evolución en donde el 16,67% manifestó repentinamente es decir apareció de un momento a otro, el 88,33% de forma gradual, poco a poco. En cuanto a la autoconciencia de la depresión de los adultos quienes poseen este padecimiento el 58,33% de sus familiares manifestaron una escasa conciencia de ello, el 37,50% tienen una clara conciencia de poseer depresión y el 4,17% ninguna conciencia de ello.

3.5.2 Síntomas paranoides y otros síntomas psicóticos

En el apartado síntomas paranoides y otros síntomas psicóticos se analizaron las siguientes variables: (1) Alucinaciones, que incluye alucinaciones auditivas y visuales, (2) Delirio de persecución.

En la tabla 17 se indagó si alguna vez el adulto mayor ha experimentado alucinaciones de tipo visual y auditivas, si estas alucinaciones sucedieron cuando se encontraban despiertos y si pensó que eran reales.

Tabla 17. Alucinaciones.

	SI %	NO %
Alucinaciones auditivas	1.92	98.08
Alucinaciones visuales	1.92	98.08
Completamente despierto cuando sucedieron las alucinaciones	1.85	98.15
Creyó que era real	1.85	98.15

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados de los datos recolectados, el porcentaje de alucinaciones en nuestra población es bajo, 2 los 108 adultos mayores manifestaron alguna vez en su vida tener alucinaciones auditivas, sin embargo, estas alucinaciones fueron experimentadas solamente una vez. Por otro lado, de los 108 2 adultos han experimentado alucinaciones visuales, estos dos adultos mayores manifestaron haber estado completamente despiertos cuando sucedió y de igual manera para los dos fue una experiencia real. Izquierdo, Ferro, López , López , & Ruiz ,(2011), hablan del Síndrome de Charles Bonett el cual “se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales complejas, elaboradas y persistentes en ancianos, sin deterioro cognitivo, que presentan un déficit visual significativo de cualquier origen.”, los autores mencionan que este síndrome se encuentra afectando del 10 al 15% de la población anciana de avanzada edad y con deterioro sensorial severo. Por otro lado, Herrera , (2002) afirma que las alucinaciones son visuales son frecuentes en el anciano, asociadas por lo general con mala salud y alguna enfermedad psiquiátrica o manifestaciones de alguna enfermedad orgánica. Enumera también las causas principales de las alucinaciones visuales en el anciano que vienen desde el sueño, viuedad, enfermedades neurológicas, enfermedades oculares, síndrome de de Charles Bonett, fármacos o drogas, delirium, enfermedades mentales.

En las figuras 32 y 33 se indagó si el adulto mayor ha sufrido delirios de persecución, o si se ha quejado de esto con sus familiares. Es decir, si ha sentido si alguna vez alguien lo estaba espiando o siguiendo, estas variables se midieron mediante porcentajes, representados en gráficos pastel.

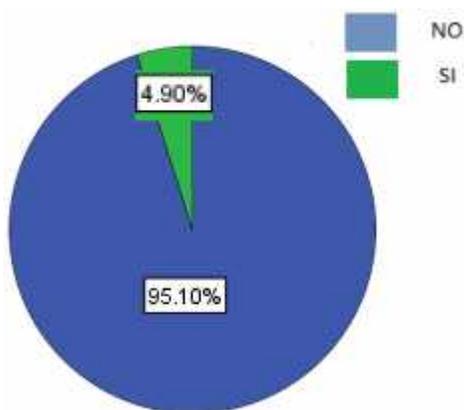


Figura 32. Delirio de persecución
Elaborado por: Autora.

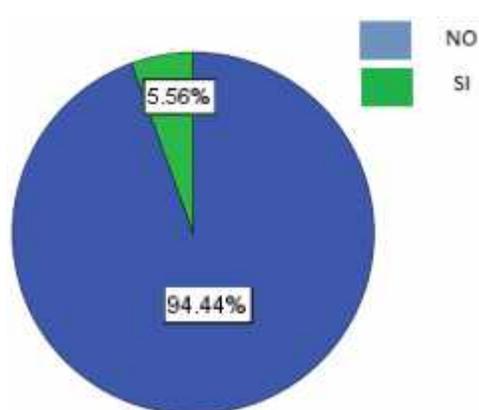


Figura 33. Delirio de persecución (quejas, familiar)
Elaborado por: Autora.

En las figuras #32 y #33 se analizará delirio de persecución en donde 5 de los 108 adultos mayores manifiestan sentirse perseguidos o espiados por alguien más, mientras que el 9.09% es decir 6 de sus familiares o cuidadores corroboraron esta información. Según (Berrios , S.f). Las ideas paranoides comunes en la edad avanzada consisten en ideas persecutorias de un tema en específico, por ejemplo, estar siendo espiado por los vecinos. El autor manifiesta también que las ideas paranoides vienen de manera secundaria a la depresión, sordera, ceguera parcial y demencia.

3.5.3 Personalidad

En cuanto a personalidad, se analizaron variables referentes a (1) cambios en la personalidad, (2) Cambios en los rasgos de carácter, (3) Variaciones en el estado de ánimo, (4)

Irritabilidad, (5) Cambios en la conducta sexual, (6) Terquedad o torpeza, y la forma de producirse estos cambios, así como la evolución.

En la figura 34, se indagó si existen cambios en la personalidad del adulto mayor, mientras que en la 35 hace referencia a si existe exageración de algún rasgo de carácter. Estas variables se midieron mediante porcentajes, representadas en gráficos pastel.

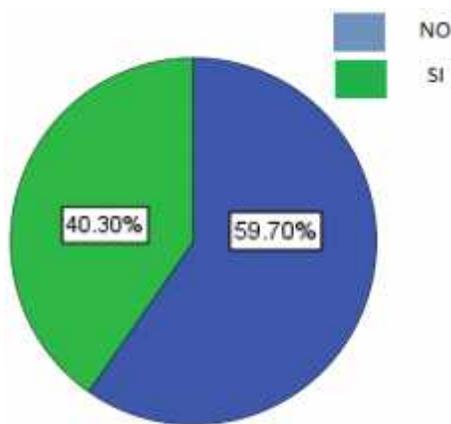


Figura 34. Cambios de personalidad
Elaborado por: Autora.

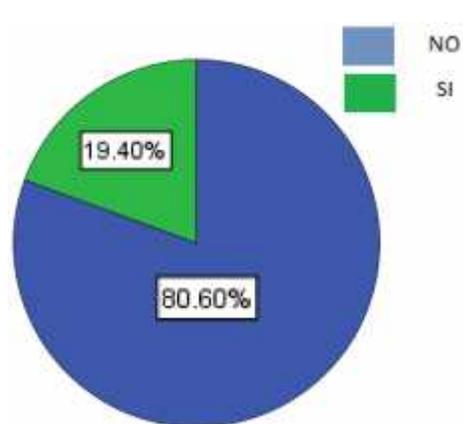


Figura 35. Exageración de algún rasgo de carácter
Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos brindados por los familiares o cuidador del adulto mayor, el 40.30% manifiesta que, si han notado cambios de la personalidad, mientras que el 19.40% mencionan la exageración de algún rasgo de su carácter. Schulz (1985), citado por Cisneros,(2012) menciona que la personalidad sufre cambios en algunos aspectos en relación a las experiencias vividas y a la capacidad de adaptación de cada individuo ante estas, sin embargo, los rasgos principales se mantienen estables. Así mismo Caprara & Steca , (2004) citando a McCrae y Costa, 1988; Bengtson, Reedy y Gordon; 1985, sugieren que la personalidad en adultos mayores se mantienen estable, sin embargo algunos de los aspectos en los que suele modificarse, son ocasionados por situaciones específicas que ocurren en el medio social, más no por el proceso del envejecimiento. Por otro lado Brent & Walton, (2006) afirman que a lo largo de la vida se muestra un claro patrón de cambios en los rasgos de personalidad, en donde los rasgos de dominio, estabilidad emocional, vida social, vitalidad y apertura a la experiencia típicos de la edad temprana en la vejez disminuyen. Mencionan que

los acontecimientos y experiencias aprendidas a lo largo de la vida no tienen influencia alguna en estos cambios, debido a que los seres humanos tienen una predisposición genética a convertirse socialmente dominantes, emocionalmente estables y con menos apertura a la experiencia con la edad. Es importante enfatizar que ciertos cambios de personalidad y carácter también son característicos de la primera fase de la enfermedad de Alzheimer. (García López, Rodríguez, & Toronjo Gómez, 2012)

En la figura 36, se indagó si estado de ánimo del adulto mayor presenta cambios, esta variable se midió mediante gráficos pastel y porcentajes.

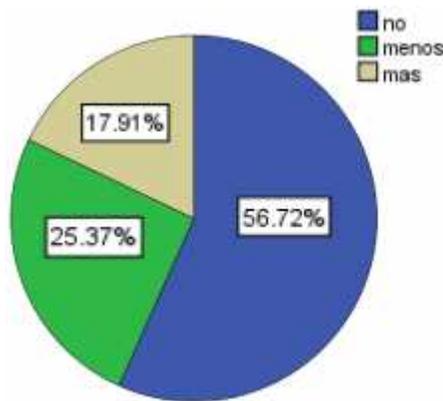


Figura 36. Estado de ánimo cambiante
Elaborado: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a lo manifestado por los familiares en cuanto a la percepción de cambio de estado de ánimo encontramos que la mayoría de ellos 56.72% no presentan ningún cambio, el 25,37% presencian menos cambios, y el 17,91% ha presentado estado de ánimo más cambiante. Como lo sugiere (Cáceres Rodas , 2000) generalmente las variaciones o la disminución en el estado de ánimo en el adulto mayor frecuentemente es relacionado con el proceso normal del envejecimiento, sin embargo, mucha de las veces se ve asociado con indicios depresivos, y al no ser adecuadamente detectado el anciano puede llegar a presentar un cuadro depresivo. Generalmente las emociones son asociadas a los estados de ánimo es por eso que Ballesteros, (2009, pág.129) menciona según que los estudios empíricos sobre las las diferencias emocionales relacionadas a la edad con los afectos positivos y negativos, en donde se se muestra que las emociones de fuerte exitacion (enfado, emoción) disminuyen su intenesidad en personas mayores mientras que las de poca

excitación (aburrimiento) se incrementan con la edad. Por lo tanto, podemos asociar esta modificación en la percepción y control de las emociones con la prevalencia significativa de cambios de estado de ánimo en nuestra población. Sin descartar también que la evolución de algunas enfermedades como el Alzheimer podrían ser otro factor determinante. (García López, Rodríguez, & Toronjo Gómez, 2012, pág. 197).

En la figura 37, se indagó si el adulto mayor se encuentra más o menos irritable que antes, esta variable se midió mediante gráficos pastel y porcentajes, la información fue proporcionada por un familiar o cuidador.

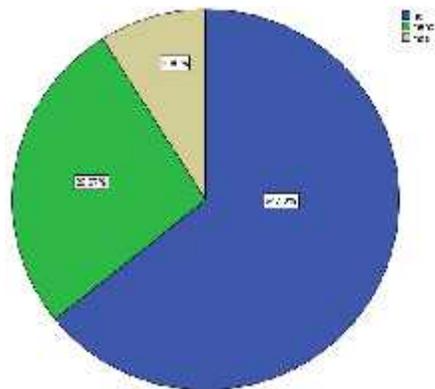


Figura 37. Irritabilidad
Elaborado por: Autora.

Según lo manifestado por los familiares en cuanto al aumento o disminución irritabilidad el 64,18% no ha presenciado ningún cambio, el 26,87% manifiesta menor irritabilidad y el 8,96% mayor irritabilidad. La irritabilidad u hostilidad en ancianos puede asociarse a los cambios y variaciones de carácter, anímicos y de personalidad que se presentan en individuos que padecen la enfermedad de Alzheimer, quienes se encuentran en la fase leve experimentan pequeños en el estado de ánimo y personalidad, mientras que quienes se encuentran en la segunda etapa (moderada) de la evolución de esta enfermedad, presentan comportamientos más impulsivos. (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento , 2010, b). Por otro lado, Greengross , (2013) indica que el humor es una de las actividades más importantes en el ser humano, y aunque el sentido del humor crece al alcanzar la edad adulta, a partir de los 60 años

la comprensión del sentido del humor disminuye, debido a la dificultad de comprensión de las bromas a causa del declive congñitivo, menciona también que regularmente el humor se lo utiliza como un mecanismo de afrontamiento ante el estrés, y que en las personas de edad avanzada tiene a ser usado como mecanismo de defenza. Por lo tanto podemos relacionar la mayor irritabilidad presente en una pequeña parte de nuestra población tanto con el deterioro congñitivo, como con un idicio de la enfermead e Alzheimer.

En la figura 38, se indagó si el adulto mayor presenta algún cambio en su conducta sexual, esta variable se midió mediante gráficos pastel y porcentajes, la información fue proporcionada por un familiar o cuidador.

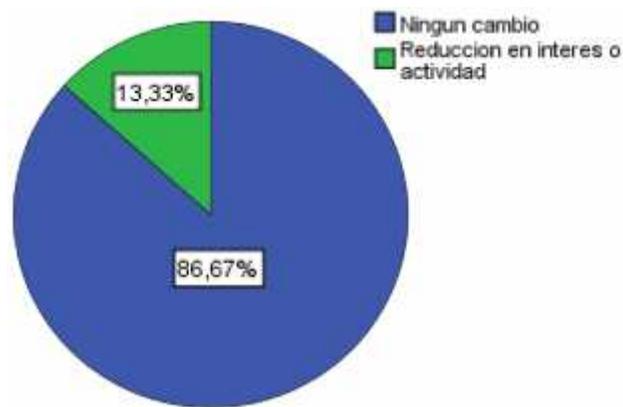


Figura 38. Cambio en su conducta sexual
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos constatar que, el 13,33% muestra reducción de interés, y el 86,67% es decir la mayoría no muestra ningún cambio significativo, ni comportamientos sexuales inadecuados. Según estudios realizados por Kinsey citado por Fernández , (2006). en 1948; sobre las relaciones sexuales que mantienen los adultos mayores en donde menciona que existe un declive gradual en la actividad tanto en hombres como de mujeres, conforme la edad avanza. Por otro lado según datos obtenidos de la misma funte En una investigación realizada por Schiavi-Rehman (1995), sobre relaciones sexuales estables, en donde los resultados revelan que con la edad la satisfacción sexual no declina, pero si disminuye deseo y la actividad, de igual manera en la investigación realizada por Dello (1998)

coincide con investigaciones anteriores en donde concluye que el interés sexual se mantiene con la edad, aunque la actividad efectivamente disminuye. Lo cual contrasta con los resultados obtenidos en nuestra investigación en donde se ha evidenciado disminución en la actividad sexual. Por otro lado, en un estudio realizado por Cibeles Lorenzo (2004) citado de la misma fuente en donde expone los aspectos que influyen en la sexualidad del anciano, así pues, menciona el deterioro de la relación matrimonial, la salud, el nivel de educación sexual que tienen, y la poca privacidad de los ancianos para mantener relaciones ya que muchos de ellos se encuentran institucionalizados o viven con sus familiares.

En la figura 39, se indagó si el adulto mayor se encuentra más terco, o presenta mayor torpeza que antes, esta variable se analizó mediante un gráfico de barras y porcentajes, la información fue proporcionada por un familiar o cuidador.

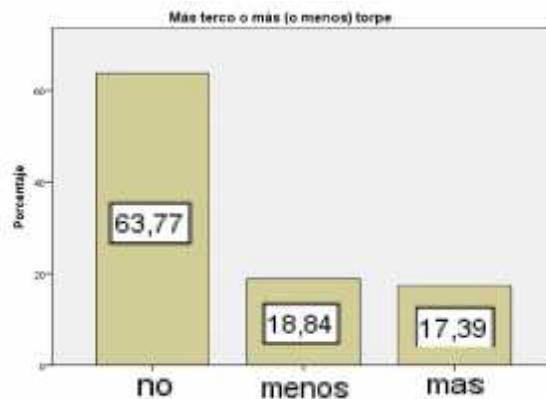


Figura 39. Terquedad o Torpeza
Elaborado por: Autora.

En cuanto a los resultados obtenidos el 63,77% de los familiares o cuidadores mencionan que no han experimentado cambios, el 18,84% presentan menos terquedad o torpeza, y el 17,39% restante afirman haberse vuelto más tercos o torpes. Alguno de los cambios comportamentales en ancianos como la terquedad, resistencia al cuidado y torpeza

pueden relacionarse con la segunda etapa (moderada-intermedia) de la enfermedad de Alzheimer (AlzOnline , 2016) .

En las figuras 40 y 41, se indagó sobre el proceso de evolución de los problemas de personalidad y en nivel de conciencia que tiene el adulto mayor sobre estas dificultades. Estas variables se analizaron mediante gráficos de pastel, barras y porcentajes, la información fue proporcionada por un familiar o cuidador.

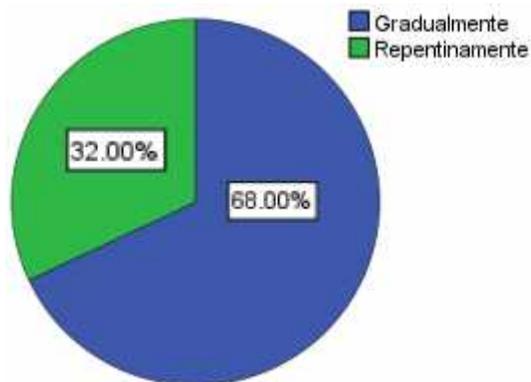


Figura 40. Evolución de cambios de personalidad
Elaborado por: Autora.

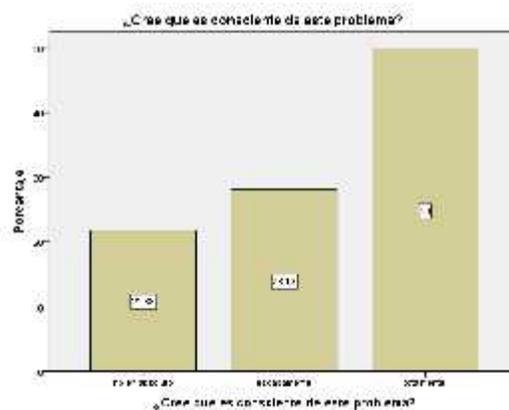


Figura 41. Consciente del problema el sujeto.
Elaborado por: Autora.

En cuanto a la evolución de estos cambios de personalidad en el adulto mayor encontramos que en la mayoría 68,00% se produjeron de forma gradual es decir poco a poco, y en el 32.00% de la población estos cambios aparecieron de forma repentina, es decir de un rato a otro. De acuerdo a los resultados obtenidos el 50.72% de los adultos mayores tienen total conciencia de los cambios en su personalidad, el 28,13% se encuentra escasamente consciente de ello, mientras que el 21,88% no tienen conciencia de la existencia de cambios en su personalidad.

3.5.4 Obnubilación/delirium.

En el apartado referente a obnubilación/ delirium, se analizaron las siguientes variables: (1) Cambio repentino a confusión, (2) días o semanas de claridad, (3) episodios de duración breve, (4) normalidad tras la confusión, (5) empeora el estado de confusión al atardecer, (6) marcadas fluctuaciones de atención, en el adulto mayor, la información fue proporcionada por medio de un familiar.

En la tabla 18 se analizaron las siguientes variables: (1) Cambio repentino a confusión, (2) días o semanas de claridad, (3) episodios de duración breve, (4) normalidad tras la confusión, (5) empeora el estado de confusión al atardecer, (6) marcadas fluctuaciones de atención, mediante porcentajes.

Tabla 18. Obnubilación Delirium

	SI	NO
Cambio repentino a confusión	5.88%	94.12%
Días o semanas de claridad	6.00%	94.00%
Episodios de duración breve	6.00%	94.00%
Normalidad tras la confusión	6.38%	93.62%
Empeora el estado de confusión al atardecer o por la noche	2.08%	97.92%
Marcadas fluctuaciones de atención	4.17%	95.83%

Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos 3 (5.88%) de los 108 adultos mayores entrevistados han experimentado cambios repentinos a confusión mental, el mismo número de adultos son quienes experimentan días o semanas de claridad con episodios de confusión de duración breve han regresado a la normalidad tras la confusión, de los cuales solamente en un caso el estado de confusión ha empeorado al atardecer o en la noche y únicamente en dos de

ellos ha presenciado marcadas fluctuaciones de atención. Según Quezada , (2015), el delirium o síndrome confusional agudo (SCA), hace referencia a un “síndrome agudo y fluctuante”, en donde la atención, conciencia y cognición se ven alteradas; puede ser ocasionado por una enfermedad o un evento en personas vulnerables, y algunas veces se ve asociado al tratamiento farmacológico. La misma fuente menciona también que el SCA se da con mayor frecuencia y prevalece en un 22% en ancianos internados en hospitales y centros de atención a largo plazo, mientras que la prevalencia en la comunidad en adultos mayores de 85 años se da hasta en un 14%. Como lo explican Nogal & Ribera, (2009). Entre los principales factores que predisponen a un sujeto al padecimiento de SCA tenemos: envejecimiento cerebral fisiológico, cambios neuroquímicos y psicológicos, hospitalización, patologías orgánicas cerebrales (depresión, demencia, deterioro cognitivo, ansiedad), dependencia funcional infecciones. En relación con los resultados obtenidos por Escudero Cueva, (2016) en donde ninguno de los sujetos de su población, presentó estos problemas. Por lo tanto, como hemos podido evidenciar la prevalencia de delirium se da con mayor porcentaje en sujetos hospitalarios, lo cual podría explicar la baja incidencia de delirium en nuestra población, sin embargo, dada su importancia se recomendaría un adecuado diagnóstico y prevención de la aparición de un nuevo episodio.

3.6 Problemas de sueño.

En el apartado relacionado a los problemas de sueño, se analizaron las siguientes variables: (1) dificultades para conciliar el sueño, (2) Inquietud e insomnio, (3) Patrón de sueño modificado, (4) Deambulación nocturna, (5) Despertar precoz, (6) Hipersomnia, (7) Aparición y desarrollo del problema de sueño, la información fue brindada por parte del adulto mayor y de un familiar.

En las figuras 42 y 43, se indagó si los adultos mayores presentan dificultad para conciliar el sueño, así como la presencia de inquietud o insomnio. La información fue brindada por parte del adulto mayor, se analizó por medio de porcentajes, representada en gráficos pastel.

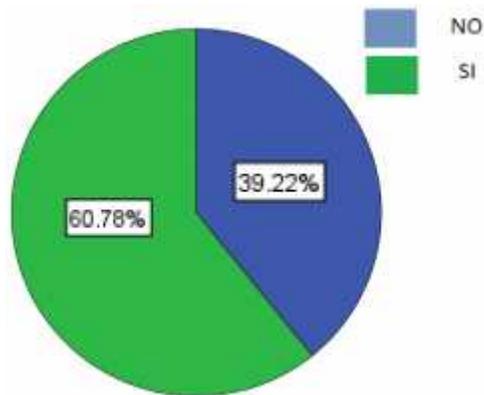


Figura 42. Dificultad para conciliar el sueño
Elaborado por: Autora

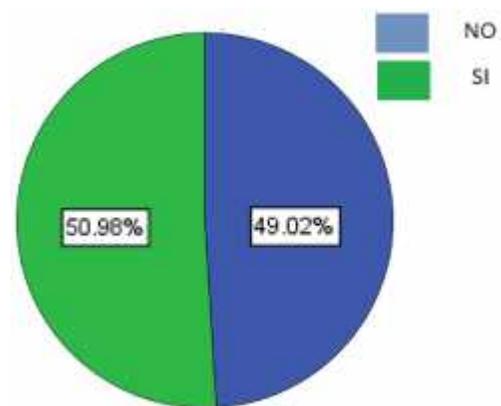


Figura 43. Inquietud o Insomnio
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra población podemos observar que la gran mayoría de ellos 60.78% manifiestan tener dificultades para conciliar el sueño o también conocido como insomnio temprano. La prevalencia del insomnio en ancianos, según lo referido por (Rebok & Daray, 2014) llega al 40% en mayores de 65 años en donde las quejas principales son la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la somnolencia diurna excesiva. Por otro lado, la mitad de la población objetiva 50.98% manifiestan padecer insomnio o inquietud durante la noche. MedLinePlus, (2014) indica que los trastornos del sueño se dan con mayor frecuencia en las personas de avanzada edad ya que en ellos el sueño es mucho menos profundo y entrecortado, por lo tanto, las horas de sueño disminuyen y es mucho más complicado quedarse dormido, o mantener un sueño profundo. La misma fuente menciona las principales causas: alcohol, medicamentos o drogas, estimulantes como la cafeína, cambios en el reloj natural del cuerpo, insuficiencia cardíaca, depresión, estrés, ansiedad. Lo cual podría relacionarse con la dificultad que presentan los adultos mayores para conciliar el sueño, dada la presencia significativa de depresión y ansiedad en la población.

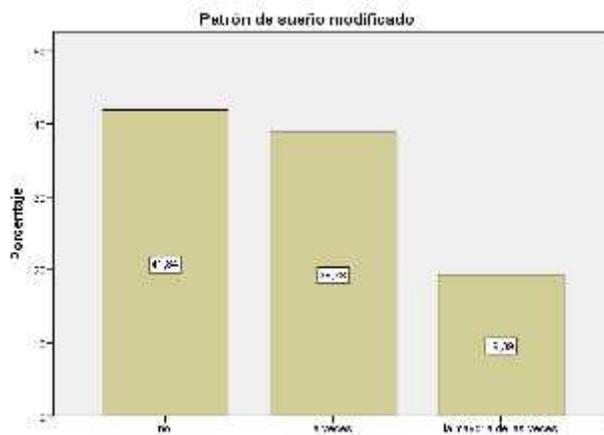


Figura 44. Patrón de sueño modificado

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a lo que nuestra población objetiva manifiesta en cuanto a las modificaciones de patrón de sueño podemos constatar que un 41,84% no experimenta cambios, el 38,78% a veces y un 19,39% lo experimenta la mayoría de las veces. El adulto mayor es más sensible a los cambios de horario, se vuelven más propensas a despertar más fácilmente por ruidos a pesar de la reducción en la sensibilidad auditiva, según lo manifestado por La Organización Panamericana de la Salud, (OPS, S.f). Menciona también que numerosos estudios realizados en adultos mayores sanos han mostrado cambios en el sueño relacionados con la edad, el cambio principal evidenciado refiere al aumento de siestas diurnas, la disminución en la cantidad y duración del sueño durante la noche y el aumento de despertares nocturnos, lo cual produce un sueño de menor calidad.

En la figura 45 se indagó sobre la prevalencia de hipersomnia es decir si el adulto mayor duerme mucho más que antes, en la 46 se indagó si el anciano deambula por la noche, esta información fue brindada por un familiar. La información se analizó por medio de porcentajes, y fue representada mediante gráficos pastel.

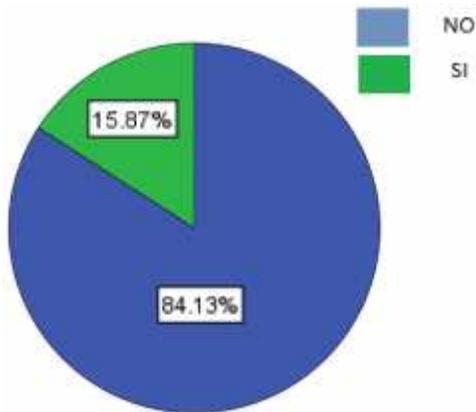


Figura 45. Hipersomnias
Elaborado por: Autora.

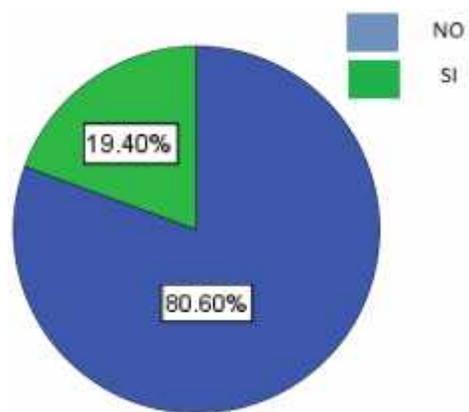


Figura 46. Deambulacion nocturna
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada el 15.87% de los familiares o cuidadores manifiestan que el adulto mayor suele dormir mucho más de lo habitual o tiene deseos de dormir mucho más durante la noche. Mientras que el 19.40% de la población deambula durante la noche y sin sentido (sonambulismo). Según lo menciona Gonçalves, (S.f) aunque la hipersomnias tiene mayor prevalencia en la adolescencia, afecta del 5% al 10% de la población anciana con episodios de sueño nocturno de 8 a 12 horas con dificultad para levantarse y episodios de sueño diurno es decir siestas largas y no reparadoras con dificultad para despertar y en ocasiones desorientación. El mismo autor menciona que en el sonambulismo el individuo presenta disminución del estado vigil y de la reactividad a estímulos, el sujeto puede presentar amnesia del episodio seguido por un estado de confusión breve. La deambulacion nocturna afecta por igual ambos sexos con antecedentes familiares en el 80% de casos.

En la figura 47 se indagó el despertar precoz en los adultos mayores, es decir, si despiertan mucho antes de lo que regularmente solían hacerlo, o si despiertan en horas de la madrugada. Esta variable se analizó a través de porcentajes y mediante gráficos pastel.

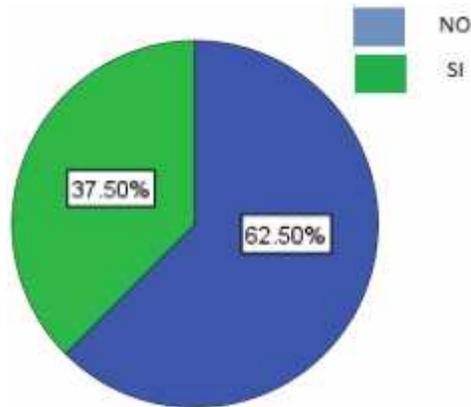


Figura 47. Despertar precoz
Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos el 37.50% de la población entrevistada, despierta de madrugada o prematuramente sin poder conciliar nuevamente el sueño. Díaz & Pareja, (2008) Mencionan que el despertar precoz se encuentra asociado con la depresión lo cual provoca acortamiento del sueño con incapacidad para reanudarlo. En comparación con los resultados obtenidos por Escudero Cueva (2016) se puede observar una cantidad menor en dónde solamente el 15,18% de los adultos mayores de tercera edad despierta pronto o en la madrugada, Por lo tanto ya que el despertar precoz está asociado con trastornos afectivos, los resultados obtenidos se podrían relacionar con la depresión y ansiedad que presenta nuestra población objetiva. Por lo tanto es una necesidad que debería atenderse, mediante ejercicios de relajación y respiración antes de dormir, así como el adecuado manejo de la ansiedad y depresión.

La figura 48, hace referencia a la forma de aparición y desarrollo de los problemas de sueño, gradual o repentinamente, es decir si aparecieron poco a poco o de un rato a otro . Esta variable se midió mediante porcentajes, representada en gráfico pastel.

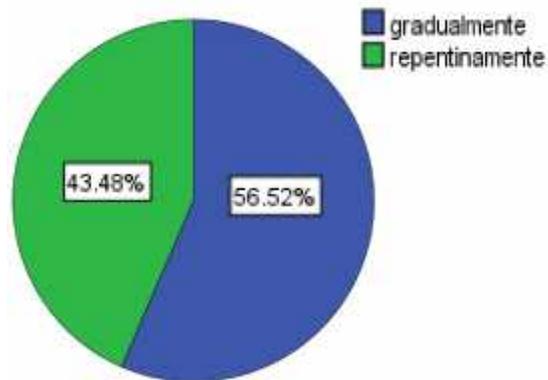


Figura 48. Forma de aparición y desarrollo
Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos en cuanto a los trastornos del sueño que experimenta la población objetiva el 43,48% fue repentino, es decir de un momento a otro, mientras que para el 56,52% restante la aparición fue gradual.

3.7 Actividades cotidianas.

En el apartado referente a actividades cotidianas se analizaron las siguientes variables: (1) Caminar más lento, (2) Letra más pequeña o temblorosa, (3) Dificultades al iniciar movimientos, (4) Control de esfínteres, (5) Tareas domésticas, (6) Problemas de cálculo. (7) Dificultad para comer solo, (8) Dificultad para vestirse, (9) Causas físicas, (10) Control de esfínteres, (11) Desarrollo de las dificultades en las actividades cotidianas. La información fue brindada por parte del adulto mayor y en algunos casos por parte del familiar.

En la tabla 19 se analizaron las siguientes variables: (1) Caminar más lento (2) Letra más pequeña, (3) Dificultades al iniciar movimientos, (4) Control de esfínteres, (5) Dificultad al realizar tareas domésticas, (6) Problemas de cálculo y (7) Dificultad para comer solo, (8) Dificultad para vestirse. Los resultados obtenidos fueron analizados mediante porcentajes.

Tabla 19. Actividades cotidianas

	Si (%)	No (%)	Dificultad (%)	Imposibilidad (%)
Caminar más lento	82.35%	17.65%	NC	NC
Letra más pequeña o temblorosa	68.63%	31.37%	NC	NC
Dificultades al iniciar movimientos	48.04%	51.96%	NC	NC
Dificultad en tareas domésticas	N.C	63.73%	27.45%	8.82%
Problemas de cálculo	20.59%	79.41%	NC	NC
Dificultad para comer solo	NC	98.52%	1.48%	NC
Síntoma "Dificultad para vestirse"	NC	92.42%	4.55%	3.03%

NC: No corresponde
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada en cuanto a las actividades cotidianas en donde nuestra población presenta mayor dificultad, se obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría 82.35% de ellos camina más lento, el 68.63% manifiesta que su letra ha cambiado con los años y se ha tornado más pequeña y temblorosa, una menor parte de la población 48.04% refiere que presenta dificultades al iniciar movimientos, quienes presentan alguna dificultad en realizar tareas domésticas tenemos que el 63.73% no presenta ninguna dificultad, mientras que el 27.45% presenta cierta dificultad y el 8.82% imposibilidad, se indago también en quienes presentan dificultad para comer solo en donde una mínima parte de ellos 1.48% presenta cierta dificultad para comer solo, en relación a quienes tienen dificultad para vestirse el 3.03% de la población objetiva presenta imposibilidad, y el 4.55% cierta dificultad; cabe recalcar que en la totalidad de los casos reportados las casusas son 100% físicas. En nuestra población objetiva tan solo una mínima proporción 20.59% presentan problemas de cálculo.

Según lo manifiesta Franch-Ubia, (2000) los cambios de la marcha se presentan a partir de los 80 años y a medida que la edad avanza se evidencia pérdida de fuerza en los miembros

inferiores, reducción de la velocidad, acortamiento del paso que modificando las características de la marcha; sin embargo algunos ancianos suelen mantener una marcha normal, en la novena década de su vida. Menciona también que la mayor parte de trastornos de la marcha pueden estar relacionados con alguna enfermedad, haciéndose más evidentes con el avance de esta, mientras que los cambios de la actividad motriz que en los ancianos se debe únicamente a la edad, dan pasos más cortos y la fase estática de la marcha aumenta ocasionando reducción de la velocidad de la misma. Por lo tanto en este grupo etario el caminar más lento es un acortamiento normal del proceso evolutivo, lo cual podemos relacionar con la elevada incidencia de auto-percepción en la reducción de la marcha.

Según Soberanes S, González A, & Moreno C , (2009) “El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales “ sin embargo en la edad adulta se producen pérdidas y riesgos, así pues la calidad de vida del adulto mayor puede verse considerablemente afectada debido al deterioro funcional ya que la pérdida de autonomía y la independencia funcional pueden ser el inicio de un proceso patológico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS , S.f) menciona que los cambios normales y enfermedades en los ancianos regularmente son manifestaciones del declive del estado funcional, sin embargo al no ser tratados adecuadamente pueden conducir a incapacidad severa. La misma fuente sugiere que la evaluación del estado funcional sea realizada en tres aspectos: 1. Actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, etc.), 2. Actividades instrumentales de la vida diaria (uso de transporte, uso de teléfono, etc.) , 3. Marcha y equilibrio.

Por otro lado Donoso ,(2001) relaciona los trastornos del cálculo con la pérdida de la memoria y la enfermedad de Alzheimer, sobre todo en la segunda etapa de la misma. Mientras que Fajardo, Nunez , & Castiblanco, (2012) sugieren que la función cognitiva (pensamiento, memoria, orientación, cálculo, resolución de problemas, comprensión) puede verse afectada debido a un sinnúmero de procesos patológicos frecuentes en los ancianos como infecciones, ingesta de medicamentos, procesos neoplásicos conduciendo al deterioro cognitivo. Lo cual podemos relacionar con los problemas de cálculo en su mayoría manifestados en nuestra población, ya que solamente se contó con un caso de un sujeto padeciente de Alzheimer.

En las figuras 49 y 50 se indagó sobre la capacidad de control esfínteres, la información fue brindada por el adulto mayor y por un familiar. La variable se analizó por medio de porcentajes, mediante gráficos de barra y pastel.



Figura 49. Control de esfínteres
Elaborado por: Autora.

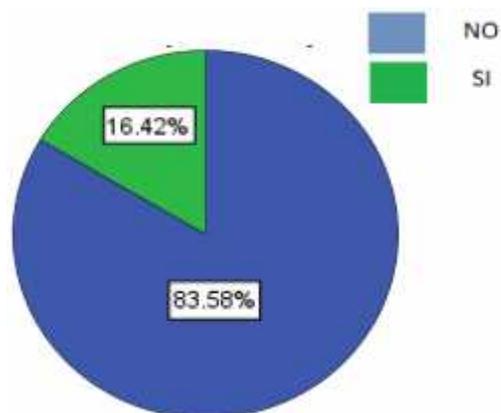


Figura 50. Control de esfínteres (familiar)
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada, en relación a quienes presentan dificultades para controlar su vejiga el 6,25% de nuestra población sufre de incontinencia frecuente, y el 33,33% incontinencia ocasional. Según lo manifestado por los familiares o cuidadores el 16,42% de la población objetiva presenta dificultad para controlar esfínteres (incontinencia urinaria, encopresis). Martínez, Nellen, Hamui, & Hallabe , (2006) Definen la incontinencia urinaria como “Cualquier pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés o urgencia”, generado generalmente por múltiples factores físicos, cognitivos, funcionales y psicosociales. Los autores mencionan también que la prevalencia en la población anciana es elevada y aumenta con la edad, es por eso que en los adultos de 80 años presentan algún grado de incontinencia y se presenta de 15 a 30 % en este grupo etario. Por otro lado, la encopresis o incontinencia fecal prevalece entre el 2% y 7% de los adultos mayores y se incrementa después de los 65 años según Peña , (2014).

En la figura 51 y 52 se analizó si las dificultades para realizar las actividades cotidianas eran netamente por causas físicas. En esta variable fue el entrevistador quien lo determinó. En

la figura 52 se analizó el modo de desarrollo de estas dificultades, es decir si se aparecieron de forma gradual, poco a poco o repentinamente. Las variables se analizaron mediante gráficos pastel y porcentajes.

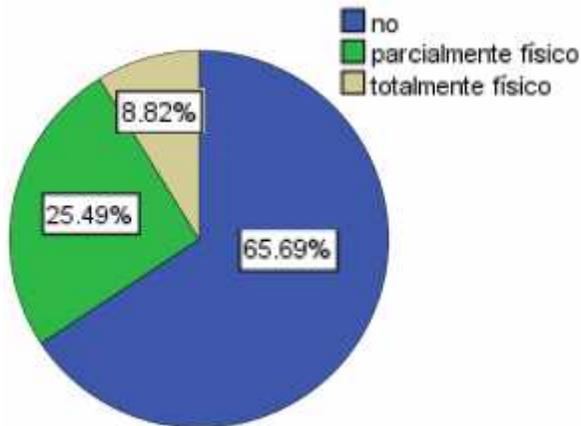


Figura 51. Causas físicas (entrevistador)
Elaborado por: Autora.

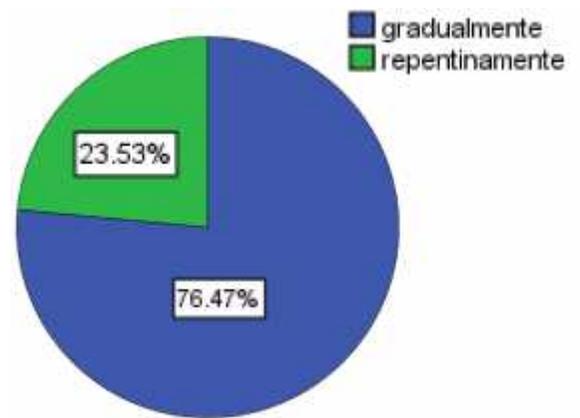


Figura 52. Modo de desarrollo de dificultades
Elaborado por Autora.

Como se lo ha mencionado en la tabla 23, únicamente un 8,82% de los individuos presentan dificultades o imposibilidad debido 100% a causas físicas observables y determinadas según el entrevistador y un 25,49% presenta dificultad parcialmente física, en donde necesitan ayuda por parte de un familiar o cuidador para realizar ciertas actividades. En cuanto al modo de desarrollo de estas dificultades encontramos que el 76,47% desarrolló estas dificultades gradualmente, lo cual se relaciona con la avanzada edad y el deterioro físico progresivo característico de este grupo etario. Por otro lado, quienes han manifestado la aparición repentina de estas dificultades comprende un 23,53% de la población, esta información corresponde en la mayoría de los casos a accidentes o ciertas enfermedades que han llegado a generar afecciones a nivel físico irreversibles (amputaciones, ceguera).

3.8 Memoria y función mental general

3.8.1 Memoria.

En el apartado referente a memoria se analizaron las siguientes variables: (1) Quejas subjetivas de memoria, (2) Pérdida de memoria reciente, (3) Disnomia de nombres, (4) Ecolalia preguntas, (5) Ecolalia frases, (6) Evolución del problema de memoria, (7) Forma de aparición del problema. La información fue brindada por parte del adulto mayor y en algunos casos por parte del familiar.

En la figura 53 se analizó las quejas de pérdida de memoria manifestadas por el adulto mayor. La variable se analizó mediante gráficos pastel y porcentajes.

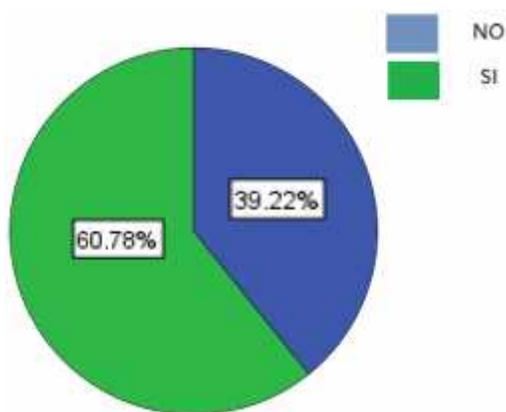


Figura 53. Quejas subjetivas de memoria
Elaborado por: Autora.

De acuerdo la información recolectada el 60.78% de la población manifiesta tener problemas de memoria. Roselli & Ardilla, (2012) indican que las quejas subjetivas de memoria y cambios cognitivos presentes en la población de edades avanzadas, están relacionadas con la edad provocando una deficiencia en el procesamiento intelectual, sin embargo mencionan que otros estudios realizados entre las quejas subjetivas de memoria y el deterioro anormal viene a ser confusa. Así pues (Mias, Luque, & Bastida, 2015) recalcan que las quejas subjetivas de memoria se asocian a una velocidad de procesamiento disminuida con la edad, sin embargo mencionan también diferentes investigaciones realizadas en donde se han encontrado mayores

relaciones entre pérdida de memoria y aspectos psicológicos como estados de salud mental, personalidad, depresión o estados afectivos, mala percepción de la vejez y mayor conciencia de déficit, que con deterioros reales. Por otro Maoli et al., 2007 citado por la misma fuente plantea que las quejas subjetivas de memoria son frecuentes en sujetos con deterioro cognitivo leve quienes corren un riesgo mayor a desarrollar Alzheimer. Por lo tanto se puede relacionar la elevada prevalencia de pérdida de memoria presente en nuestra población con los diferentes aspectos relacionados anteriormente, sobre todo con la avanzada edad que la población a alcanzado.

En la tabla 20 referente a la pérdida de memoria reciente se analizaron las siguientes variables: (1) Olvida a menudo dónde deja las cosas, (2) Dificultad para recordar acontecimientos recientes, (3) Dificultad para recordar una pequeña lista de cosas, (4) Se pierde en la vecindad, (5) Dificultad para interpretar el entorno, (6) Dificultad para encontrar el camino dentro de casa. La información fue proporcionada por el adulto mayor y un familiar. Los resultados obtenidos fueron analizados mediante porcentajes.

Tabla 20. Memoria reciente

	Adulto Mayor		Familiares		
	Si (%)	No (%)	Ninguna dificultad (%)	Ligera dificultad (%)	Gran dificultad (%)
Olvida a menudo dónde deja las cosas	65.69%	34.31%	N.C	N.C	N.C
Recordar acontecimientos recientes	N.C	N.C	54.55%	36.36%	9.09%
Dificultad para recordar listas cortas	N.C	N.C	47.54%	44.26%	8.20%
Se pierde en la vecindad	N.C	N.C	77.61 %	7.46%	5.97%
Dificultad para interpretar el entorno	N.C	N.C	79.10%	20.90%	N.C
Dificultad para encontrar el camino dentro de casa	N.C	N.C	89.55%	5.97%	2.99%

N.C: No corresponde.
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, más de la mitad 65.69% de la población manifiesta que olvida a menudo en donde deja las cosas, en cuanto a la dificultad para recordar acontecimientos recientes el 9.09% manifiesta presentar gran dificultad, el 36.36% ligera dificultad, 54.55% manifiesto no presentar ninguna dificultad, mientras quienes presentan dificultad para recordar una pequeña lista de cosas el 8.20% de la población son quienes presentan una gran dificultad, el 44.26% ligera dificultad y el 47.54% no presenta ninguna dificultad. Se indagó también sobre las dificultades que posee el adulto para interpretar su entorno en donde el 20.90% presenta una ligera dificultad, el 7.46 % presenta ligera dificultad para regresar a casa, y el 5.97% gran dificultad. La pérdida de memoria representa una de las mayores amenazas en el envejecimiento para Donoso A. , (2001) la memoria episódica es la que hace referencia al recuerdo de sucesos precisos en tiempo y espacio, que puede verse afectada a pesar de la edad a diferentes enfermedades cerebrales como el Alzheimer, deterioro cognitivo leve, lesiones vasculares, trastornos emocionales, fármacos y drogas. López ,(2010) plantea que si el sujeto refiere no recordar hechos recientes, mientras conserva claramente los recuerdos del pasado, podría deberse a un deterioro cognitivo, en donde los tipos de memoria: corto, mediano y largo plazo suelen verse afectadas en el mismo orden conforme el envejecimiento o enfermedad avanza; por otro lado sugiere también que existen alteraciones cognitivas como la depresión, ansiedad y estrés que pueden sugerir una alteración cognitiva.

En la figura 54 se indagó sobre la dificultad para recordar nombres (disnomia de nombres). La variable se analizó mediante gráficos pastel y porcentajes.

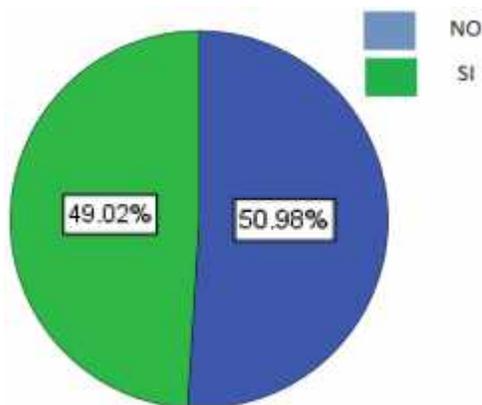


Figura 54. Disnomia de nombres
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos aproximadamente la mitad de la población 50 (49.02%) de los adultos manifiestan olvidar a menudo los nombres de amigos o parientes.

López , (2010), menciona también la dificultad para recordar nombres de familiares o amigos puede relacionarse como se lo menciona en el apartado anterior por la alteración de la memoria en el envejecimiento, como también puede presentarse en el deterioro cognitivo leve. Escudero Cueva, (2016) menciona que en un grupo de adultos mayores de tercera edad la disnomia de nombres se encuentra presente en un 20,41% de la población, lo que representa aproximadamente la mitad de los adultos mayores de cuarta edad. Por lo tanto, al verse presente esta dificultad en mayor cantidad en los ancianos de cuarta edad, es recomendable realizar ejercicios de estimulación cognitiva.

En las figuras 55 y 56 se indagó sobre la ecolalia de palabras y preguntas respectivamente; que hacen referencia a la repetición de la misma palabra o pregunta una y otra vez (disnomia de nombres). La información fue brindada por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos pastel y porcentajes.

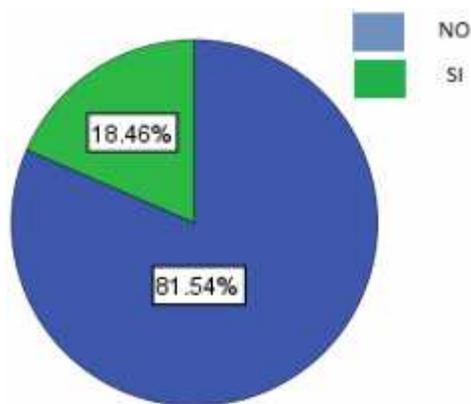


Figura 55. Ecolalia de palabras.
Elaborado por: Autora.

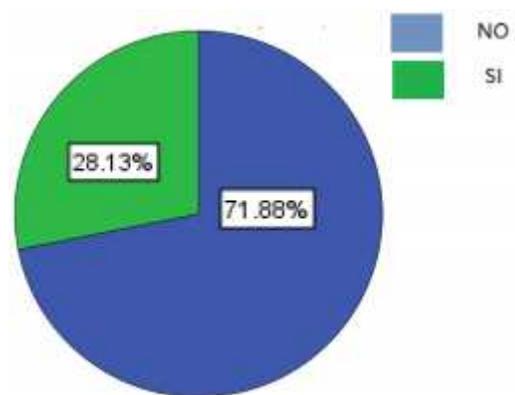


Figura 56. Ecolalia preguntas.
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información brindada por parte de los familiares y cuidadores únicamente el 18.46% repite la misma palabra o frase, por otro lado, el 28.13% de la población repite la misma pregunta. Las alteraciones del lenguaje presentes en el adulto mayor con demencia y que se presentan en la fase inicial en donde los daños del lenguaje no están presentes, el anciano aún puede comunicarse con normalidad, sin embargo, se evidencia la repetición de la misma pregunta varias veces en cortos espacios de tiempo, olvida sucesos

realizados poco antes, si nota que tiene problemas para comunicarse, justifica y disimula la dificultad (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de tenerife., 2016). Además, López , (2010), menciona que la repetición de palabras o preguntas en personas de edad avanzada se relaciona con la pérdida paulatina de memoria ocasionada por el envejecimiento, o bien podría relacionarse con la sintomatología característica del deterioro cognitivo. Por lo tanto ya que la mayoría de los adultos mayores objeto de estudio no presentan una alteración mayor en este aspecto, se puede afirmar la relación de la ecolalia de palabras y preguntas ocasional con la pérdida de memoria que acompaña al envejecimiento. Sin embargo, cabe recalcar que existieron algunos casos en los que si puede evidenciarse el inicio de un deterioro cognitivo leve, y solamente un caso de una persona padeciente de Alzheimer.

En las figuras 57 y 58 se analizó el proceso de evolución del problema de memoria, si este ha mejorado, ha empeorado o si se mantiene igual. Así como la conciencia del mismo. La información fue brindada por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos pastel y porcentajes.

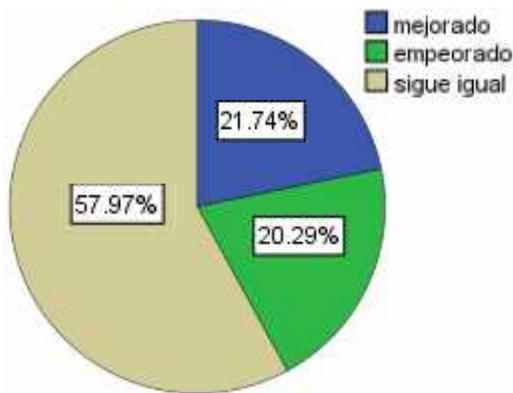


Figura 57. Evolución del problema
Elaborado por: Autora.



Figura 58. Autoconciencia del problema de memoria
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a la información recolectada en cuanto a la evolución de los problemas de memoria el 57.97% de los participantes menciona que su memoria se mantiene igual, el 21.74% dice que ha mejorado y 20.29% encuentra que su memoria ha empeorado con el tiempo. En cuanto a lo manifestado por los familiares, el 48.15% está consiente de manera

clara de sus problemas de memoria, el 44.44% lo nota en escasa medida y el 7.41% no lo nota en absoluto.

3.8.2 Funcionamiento mental general.

En el apartado referente a funcionamiento mental general se analizaron las siguientes variables: (1) Alusiones al pasado, (2) Disnomia de palabras, (3) Declive global del funcionamiento mental, (4) Dificultad para planificar el futuro, (5) Dificultad para concentrarse, (6) Pérdida de habilidades, (7) Pensamiento confuso, (8) Desarrollo de la dificultad en el funcionamiento mental general, (9) Auto-conciencia de las dificultades del funcionamiento mental general. La información fue brindada por parte del adulto mayor y en algunos casos por parte del familiar.

En las figuras 59 y 60 se analizó la tendencia de los adultos mayores para pensar y hablar más del pasado que de los acontecimientos recientes. La información fue brindada por el adulto mayor y por un familiar. Las variables se analizaron mediante gráficos pastel, barras y porcentajes.

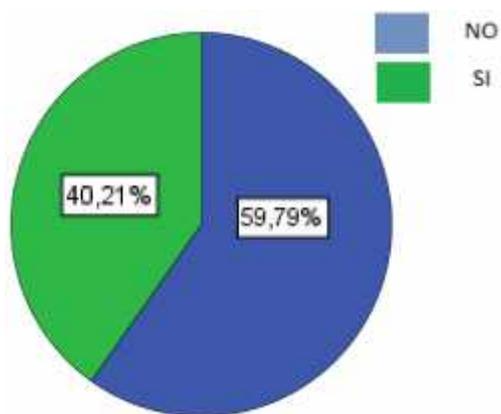


Figura 59. Alusiones al pasado
Elaborado por: Autora.



Figura 60. Alusiones al pasado (familiar)
Elaborado por: Autora

Así pues, de acuerdo a los resultados obtenidos el 40,21% manifiesta que tiende a hablar más del pasado, de acuerdo a lo manifestado por los familiares el 20,29% suele hacerlo a menudo, mientras que el 39,13% lo hace algunas veces. Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores manifestaron su preferencia a hablar más del pasado por los recuerdos de su juventud.

En la figura 61 se analizó la dificultad de los adultos mayores para evocar una palabra. La información fue brindada por el adulto mayor y por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos pastel.

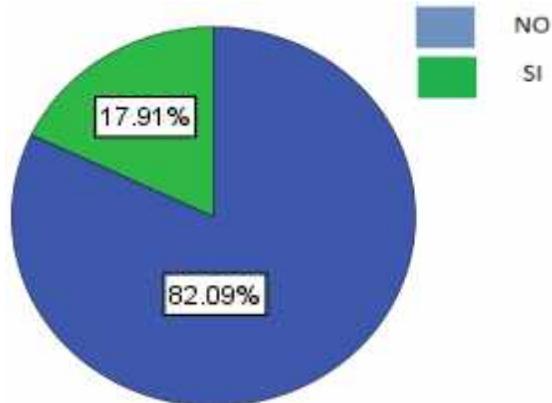


Figura 61. Disnomia de palabras
Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos una pequeña parte de la población objetiva el 17.91%, presenta dificultad para recordar palabras. Esta dificultad como lo han manifestado varios autores puede deberse a la presencia de un trastorno neurodegenerativo sobretodo en la enfermedad de Alzheimer que afecta al 30% de los adultos mayores de 80 años, en donde la alteración o modificación del lenguaje es uno de los principales síntomas que presenta como principal característica la disnomia o dificultad para encontrar palabras. (Carrasco, 2013).

En la figura 62 se analizó el declive global del funcionamiento mental. La información fue brindada por un familiar del adulto mayor. La variable se analizó mediante gráficos pastel.

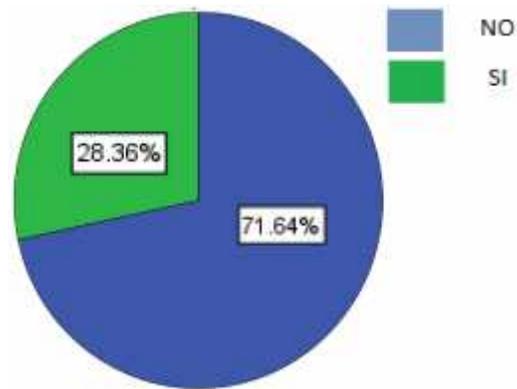


Figura 62. Declive global del funcionamiento mental.
Elaborado por: Autora

En cuanto a lo que los familiares o cuidadores manifestaron en cuanto al declive global del funcionamiento mental el 28.36% respondieron afirmativamente a este ítem, es decir han notado un letargo y menos vivacidad en los adultos mayores, lo cual se puede contrastar con la prevalencia de ánimo depresivo, y la pérdida de energía presentes en la población objeto de estudio.

En las figuras 63 y 64 se analizó la capacidad para planificar del futuro. La información fue brindada por el adulto mayor y constatada por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos de barra y porcentajes.

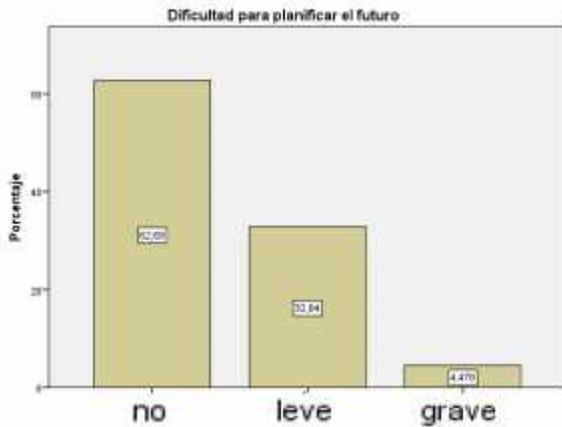


Figura 63. Dificultad para planificar el futuro
Elaborado por: Autora.

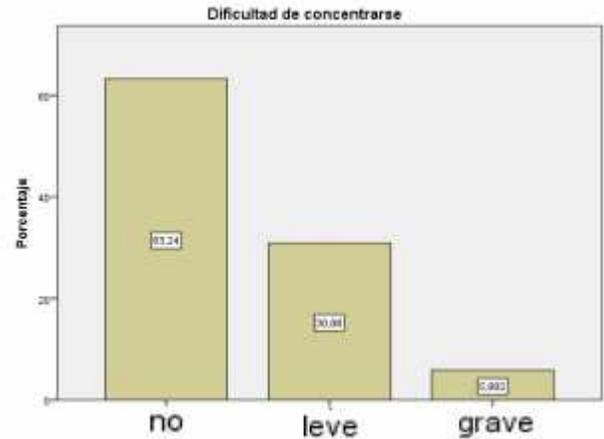


Figura 64. Dificultad para concentrarse
Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos manifestados por el familiar o cuidado encontramos que una mínima parte de la población 4.47% presenta dificultad grave para planificar el futuro, mientras que el 32.84% presenta dificultad leve. Mientras que un 30.88% presenta una leve dificultad para concentrarse, y en el 5.88% esta dificultad es grave. Según (Duque & Montoya , 2009) el deterioro de las funciones ejecutivas (flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, planificación, uso de retroalimentación, resolución de problemas, autocontrol y autoconciencia, atención sostenida, la memoria de trabajo, la aplicación de estrategias y la fluidez verbal) ha sido estudiado tanto en el envejecimiento normal, demencias, y en el deterioro cognitivo leve y ha podido determinarse según lo propuesto por Allain et al., 2005 (citado por la fuente) que el déficit en la planeación, organización, y toma de decisiones se ve afectado en el proceso del envejecimiento normal, como consecuencia el razonamiento lógico, abstracto, solución de problemas, proceso inhibitorio, y deterioro atencional. Es por eso que los adultos mayores presentan dificultades en la ejecución de las capacidades funcionales que permiten planificar y ejecutar planes complejos.

En la figura 65 se indagó el porcentaje de la población que presenta pensamiento confuso. La información fue brindada por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos pastel y porcentajes.

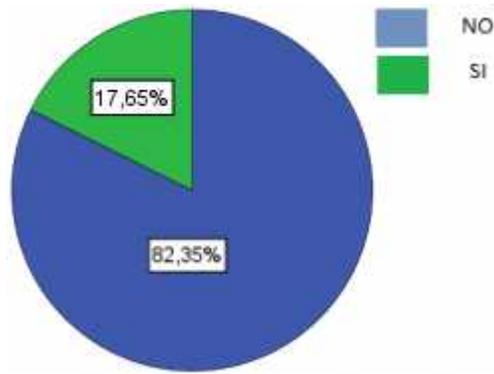


Figura 65. Pensamiento confuso
Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos el 17.91% de la población objetiva presenta pensamiento confuso. Las manifestaciones clínicas suelen cursar con un sustrato común con independencia de la etiología subyacente. El pensamiento confuso y desorganizado se encuentra entre las principales manifestaciones y los criterios diagnósticos para la detección del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) establecidos por el DSM-IV, en donde existe la detección de alguna enfermedad médica o neurológica subyacente. (Ruiz , Mateos , Suaréz , & Villaverde , 2006).

En las figuras 65 y 66 se analizó el proceso de evolución y autoconciencia, del problema de funcionamiento mental general. La información fue brindada por un familiar. La variable se analizó mediante gráficos de barras, pastel y porcentajes.

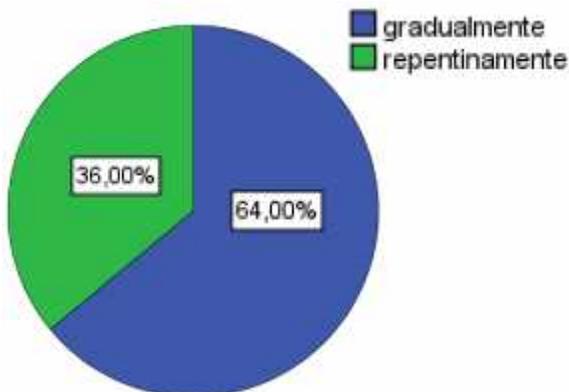


Figura 66. Proceso de evolución de dificultad
Elaborado por: Autora.

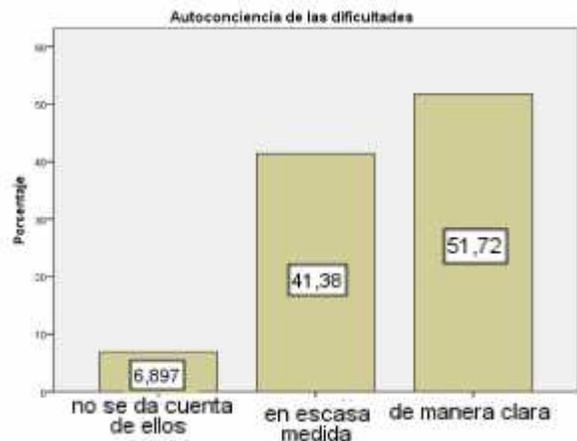


Figura 67. Autoconciencia de las dificultades
Elaborado por: Autora.

Según la información recolectada, el proceso de evolución de la dificultad del funcionamiento mental general se presentó de forma gradual es decir poco a poco en el 64.00% de la población, mientras que en el 36.00% de forma repentina. Lo cual podría significar la presencia de alguna afección neurológica. Por otro lado el 51.72% de la población está claramente consiente de sus dificultades, el 41.38%

3.9 Minimental

El MMS es una escala abreviada incluida en el instrumento Camdex-R utilizado para la detección de deterioro cognitivo. Evalúa brevemente el estado mental mediante las siguientes áreas: (1) Orientación tiempo y lugar, (2) Lenguaje, (3) Memoria, (4) Atención/Concentración, (5) Memoria / Recuerdo, (6) Praxis.

3.9.1 Orientación.

En el apartado orientación se analizaron las siguientes áreas: (1) Orientación tiempo, (2) Orientación Lugar. La sumatoria total a obtener en esta área es de 10 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 ptos.).

3.9.1.1 Tiempo

En la tabla 21 referente a orientación tiempo mediante porcentajes se analizaron las siguientes variables: (1) Día de la semana, (2) Día del mes, (3) Mes, (4) Año, (5) Estación del año. El sumatorio total a obtener en esta área es de 5 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 ptos.)

Tabla 21. Orientación en tiempo

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Día de la semana	96.08%	3.92%
Día del mes	85.29%	14.71%
Mes	94.12%	5.88%
Año	90.20%	9.80%
Estación del año	87.25%	12.75%

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, aplicados a través del Test Minimental, el cual se encuentra orientado en razón del tiempo, tenemos que: el 96.08% de los adultos mayores contestó de forma correcta el día de la semana y una proporción mucho menor del 3.92% contestó de forma incorrecta; sobre el día del mes el 85.29% de los adultos mayores contestó de forma correcta, mientras que el 14.71% contestó de forma incorrecta; sobre el mes el 94.12% de los ancianos contestó de forma correcta y una proporción mucho menor del 5.88% contestó de forma incorrecta; en relación al año el 90.20% contestó de forma correcta, mientras que el 9.80% respondió de forma incorrecta; por último en relación a la estación del año en la se encontraban el 87.25% contestó de manera correcta y una proporción del 12.75% respondió de manera incorrecta.

3.9.1.2 Lugar.

En la tabla 22 referente a orientación lugar mediante porcentajes se analizaron las siguientes variables: (1) País, (2) Provincia, (3) Ciudad, (4) Piso del edificio, (5) Nombre del lugar. El sumatorio total a obtener en esta área es de 5 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 ptos.)

Tabla 22. Orientación en lugar

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
País	99.02%	0.98%
Provincia	97.06%	2.94%
Ciudad	99.02%	0.98%
Piso del edificio	96.08%	3.92%
Nombre del lugar	98.04%	1.96%

Elaborado por: Autora.

Mediante el test sobre la orientación del lugar la mayoría de los adultos mayores respondieron de acuerdo a lo siguientes resultados: el 99.02% contestó de forma correcta sobre el país; el 97.06% respondió de forma correcta en relación a la provincia; el 99.02% manifestó de forma correcta la ciudad; el 96.08% mostro de forma correcta la ubicación del piso del edificio y una proporción menor del 3.92% contestó de forma incorrecta; por último en relación al nombre del lugar en el que se encontraban el 98.04% respondió de forma correcta y el 1.96% de manera incorrecta.

En el gráfico 68 se analizaron los resultados obtenidos en el área referente a orientación tiempo y lugar.

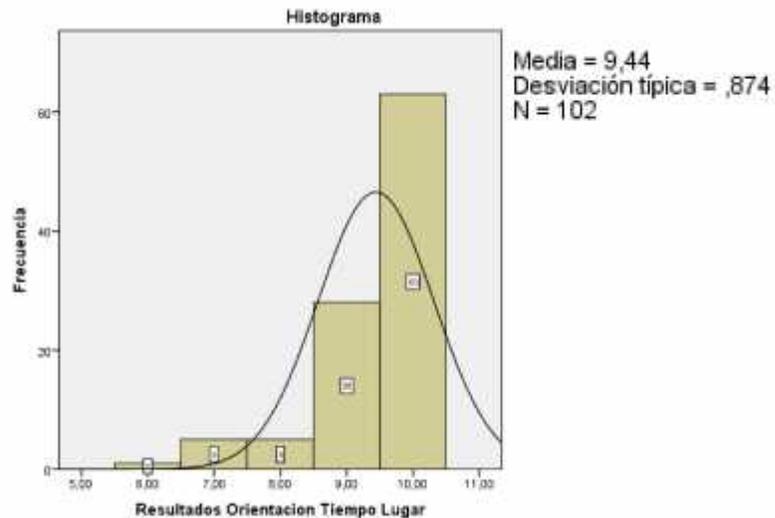


Figura 68. Resultados Orientación tiempo/lugar
Elaborado por: Autora

El área de orientación tiene un total de calificación de 10 puntos; de acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría obtuvieron puntajes entre 9 y 10 con un promedio total de 9.44, mientras que solamente 5 personas se encontraron con la calificación de 7 y 8 puntos respectivamente.

3. 9.2 Lenguaje.

En el apartado lenguaje se analizaron las siguientes áreas: (1) Expresión denominación, (2) Expresión Repetición. La sumatoria total a obtener en esta área es de 3 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pts.)

3. 9.2.1 Expresión/denominación.

En los gráficos 69 y 70 mediante porcentajes se evaluó analizó el reconocimiento y denominación de dos objetos: (1) Lápiz, (2) Reloj. El sumatorio total a obtener en esta área es de 2 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

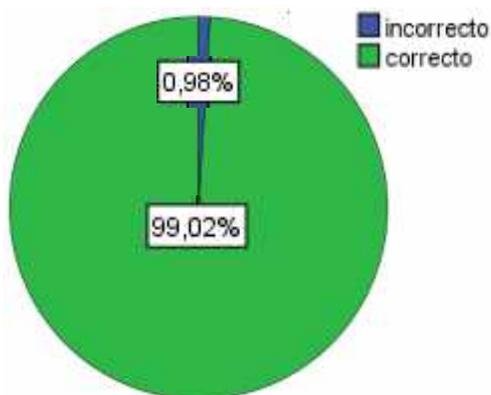


Figura 69. Expresión denominación lápiz
Elaborado por: Autora.

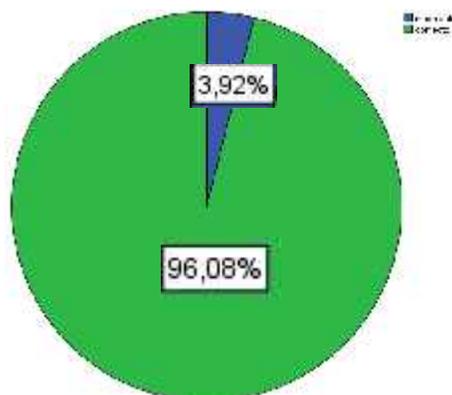


Figura 70. Expresión denominación reloj
Elaborado por: Autora.

En relación al lenguaje expresión repetición se analizó el reconocimiento y denominación de 2 objetos (reloj y lápiz) sobre el cual se obtuvo el siguiente resultado: con respecto al reconocimiento y denominación del objeto lápiz el 99.02% respondió de forma correcta y una proporción del 0.98% contestó de forma incorrecta; con respecto al reconocimiento y denominación del objeto reloj el 96.08% manifestó de forma correcta mientras que el 3.92% declaró de forma incorrecta.

3.9.3.2 Expresión/repetición

En el gráfico 70 mediante porcentajes se evaluó y analizó la repetición de una frase “Ni si, ni no, ni pero”. El sumatorio total a obtener en esta área es de 1 punto. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

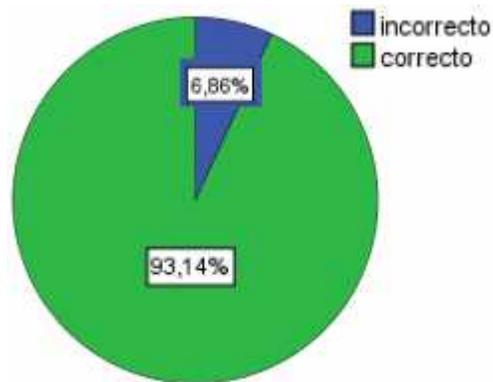


Figura 71. Repetición de frase
Elaborado por: Autora.

El test aplicado sobre la repetición de una frase nos dejó el siguiente resultado: el 93.14% de los adultos mayores encuestados contestó de forma correcta, mientras que el 6.86% de forma incorrecta. Esto puede deberse en la mayoría de los casos a un déficit tanto auditivo característico de la edad.

En el gráfico 72 se analizaron los resultados obtenidos en el área referente a lenguaje: expresión denominación, expresión repetición.

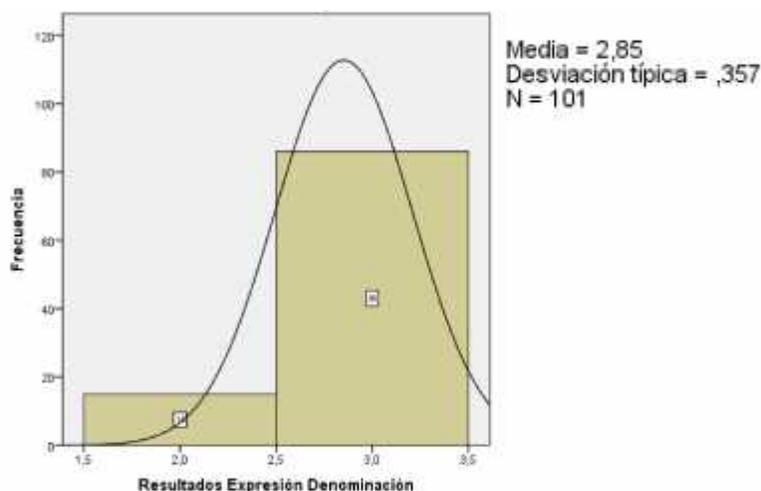


Figura 72. Resultados Expresión Denominación
Elaborado por: Autora.

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 2.85 puntos, es decir 86 adultos mayores alcanzaron una puntuación de 3, mientras que 15 de ellos lograron un puntaje de 2 puntos.

3.9.3 Memoria

En el apartado memoria se analizaron las siguientes áreas: (1) Fijación, (2) Memoria recuerdo (este parámetro será analizado más adelante). La sumatoria total a obtener en esta área es de 3 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

3.9.3.1 Fijación

En la tabla 23 mediante porcentajes se evaluó y analizó la fijación de tres objetos: (1) pelota, (2) caballo, (3) manzana. El sumatorio total a obtener en esta área es de 3 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

Tabla 23. Fijación

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Pelota	98.04%	1.96%
Manzana	98.04%	1.96%
Caballo	97.06%	2.94%

Elaborado por: Autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en memoria fijación, se obtuvo lo siguiente: a el 98.04% de los entrevistados repitió de manera correcta las dos primeras palabras, mientras que el 2.94% repitió de manera incorrecta la última palabra.

En el gráfico 73 se analizaron los resultados obtenidos en el área referente a memoria, fijación.

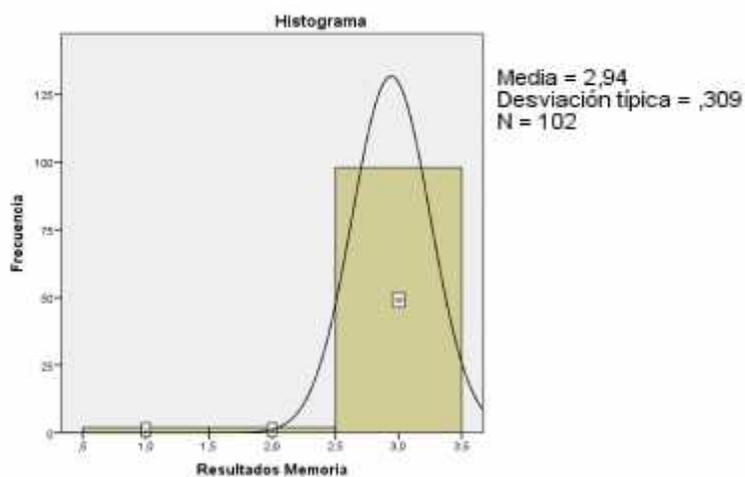


Figura 72. Resultados Memoria
Elaborado por: Autora

En relación a la evaluación de la memoria con la repetición correcta de la secuencia de las 3 palabras se obtuvo un promedio de 2.94 puntos sobre 3. Lo que nos demuestra que 98 adultos mayores repitieron la secuencia sin mayor dificultad y únicamente 2 de ellos alcanzaron 2 puntos, y 2 adultos obtuvieron 1 punto.

3.9.4 Atención/concentración

En la tabla 24 mediante porcentajes se evaluó y analizó la habilidad de cálculo. El sumatorio total a obtener en esta área es de 5 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

Tabla 24 Resta.

Válido	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	21	19.4%
1	30	27.8%
2	25	23.1%
3	14	13.7%
4	3	2.9%
5	9	8.8%

Elaborado por: Autora.

Los resultados nos indican que, el 19.4% de los adultos mayores no logró realizar la resta obteniendo un puntaje de 0, el 27.8% acertó 1 de las respuestas, el 23.1% contestó 2, el 13.7% contestó 3 respuestas, 2.9% acertó 4 veces, y por último 8.8% alcanzaron la puntuación máxima de 5 puntos.

En el gráfico 73 se analizaron los resultados obtenidos en la habilidad de cálculo

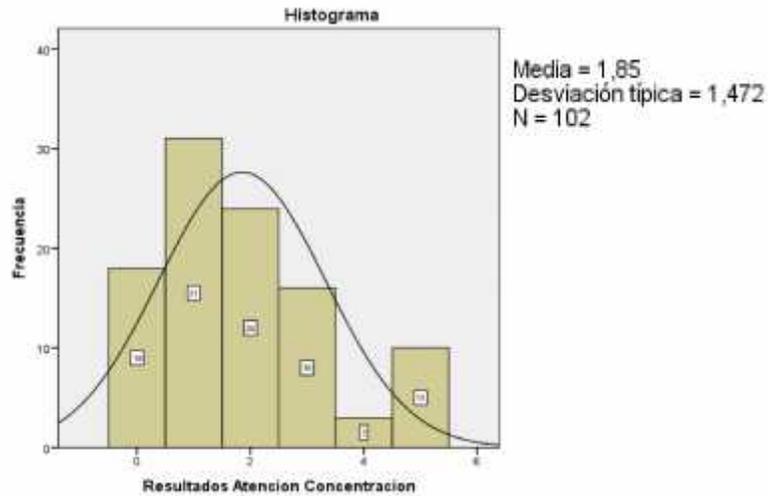


Figura 73. Resultados Atención Concentración
Elaborado por: Autora

La evaluación de atención y concentración se realizó por medio de una rest, el puntaje final era de 5. Los resultados fueron los siguientes: el promedio fue de 1, 85%, la prevalencia de aciertos fue entre 0 y 2, se observa una mayor tendencia en las personas que obtuvieron de 0 a 3 puntos, mientras que una mínima parte de la población alcanzaron un puntaje de 4 y 5.

3.9.5 Memoria/recuerdo

En la tabla 25 mediante porcentajes se evaluó la segunda parte del área de memoria, memoria/recuerdo. El sumatorio total a obtener en esta área es de 3 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

Tabla 25. Memoria / Recuerdo

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Recordar Pelota	60.78%	39.22%
Recordar Manzana	53.92%	46.08%
Recordar Caballo	45.10%	54.90%

Elaborado por: Autora

En cuanto a la evaluación de memoria/recuerdo se obtuvieron los siguientes resultados: el 39.22% de los adultos mayores presentó inconvenientes al recordar la primera palabra de la secuencia (pelota), el 46.08% la segunda palabra (manzana), mientras que en una proporción mayor 54.90% presentó imposibilidad de recordar la última palabra (caballo).

En el gráfico 73 se analizaron los resultados obtenidos en la segunda parte de la evaluación de la memoria: Memoria/ recuerdo.

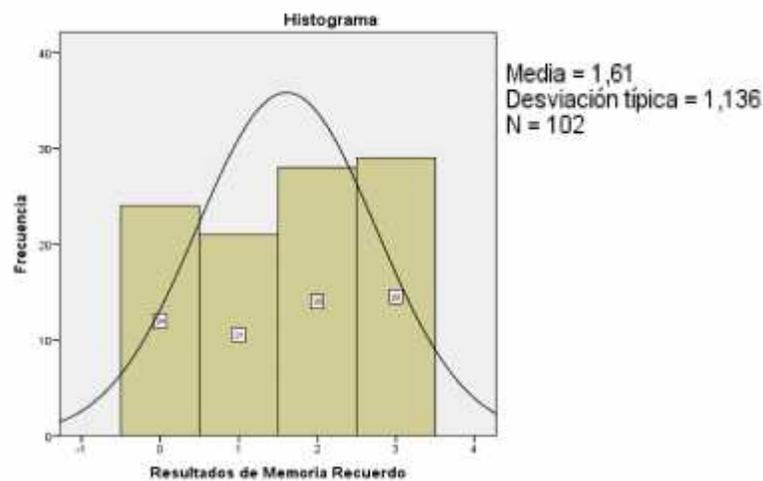


Figura 74. Resultados de Memoria Recuerdo
Elaborado por: Autora.

Memoria/recuerdo, consistía en la evaluación del recuerdo y repetición de una secuencia de palabras (pelota, caballo, manzana), con un puntaje total de 3 puntos 1 punto por cada acierto, obteniendo un promedio total de 1.61. Por lo tanto, el 28.4% de la población logró un puntaje de 3, el 27,5% obtuvieron un puntaje de 2, el 20.6% lograron 1 punto, mientras que el 23.5% puntaje inferior a 1.

3.9.6 Lenguaje: Lectura comprensiva

En el gráfico 75, correspondiente al área lectura comprensiva, mediante porcentajes se evaluó y analizó la comprensión y el cumplimiento de la orden que se le pedía realizar en la frase. El puntaje total es de 1 punto siendo así (1pto acierto), (0ptos error).

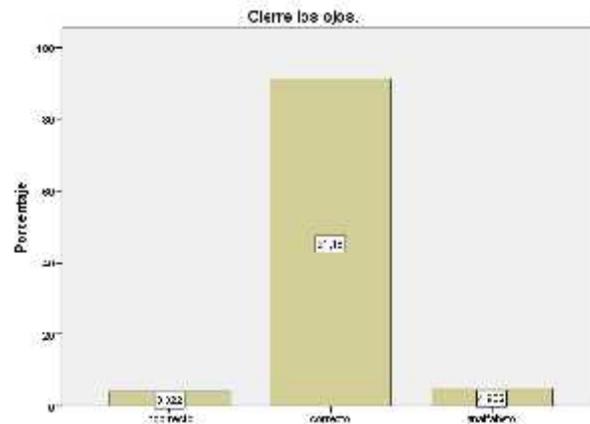


Figura 75. Lectura Comprensiva
Elaborado por: Autora.

Tras realizar la presente actividad, se ha comprobado lo siguiente: el 91.2% realizó la actividad de manera correcta, y tan sólo el 3.9% de la población entrevistada lo hizo de forma incorrecta. De igual manera se obtuvo que el 4.9% de los entrevistados eran analfabetos.

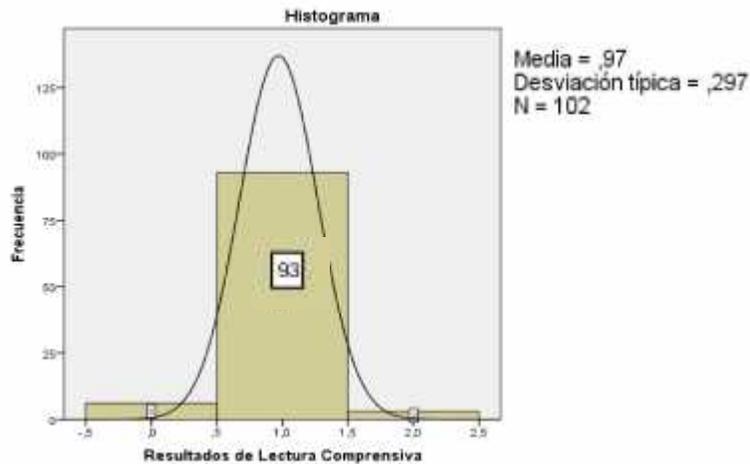


Figura 76. Resultados Lectura Comprensiva
Elaborado por: Autora.

La actividad integrante del presente análisis se realizó a través de la lectura comprensiva, con una puntuación de 1. Se obtuvo una media de 0.97 lo que significa que la mayoría de la población realizó la actividad correctamente, mientras que 6 de los evaluados no lo pudieron realizar, debido a múltiples causas, mientras que 3 de los individuos eran analfabetos.

3.9.7 Práxis.

En el apartado práxis se analizaron las siguientes áreas: (1) Copiar y dibujar, (2) Escritura espontánea, (3) Práxis ideacional. La sumatoria total a obtener en esta área es de 5 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 ptos.).

3.9.7.1 Copiar y dibujar

En el gráfico 77 se evaluó la habilidad de los adultos mayores para copiar y dibujar. Esta actividad tiene un valor de 1 punto si el gráfico está bien realizado, es decir si tiene 5 puntas y 5 líneas. Los resultados fueron analizados mediante un gráfico pastel y porcentajes.

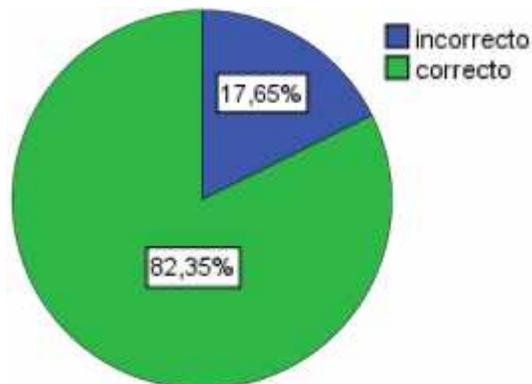


Figura 77. Copiar y dibujar
Elaborado por: Autora

De acuerdo a los resultados, el 82.35% de los adultos evaluados copio correctamente la figura, es decir el pentágono contaba con las 5 puntas, mientras que el 17.65% lo hizo de forma incorrecta o no logró hacerlo.

3.9.7.2 Escritura espontánea

En el gráfico 78, correspondiente al área de escritura espontánea, mediante porcentajes y un gráfico de barras se evaluó la escritura de una frase completa. El puntaje total de esta actividad es de 1 punto siendo así (1pto acierto), (0ptos error).



Figura 78. Escritura Espontánea
Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos, la mayoría de los adultos mayores evaluados 85.29% escribió una frase que tenía sentido y constaba de artículo, verbo y sustantivo correctamente, el 9.8% lo hizo de forma incorrecta o no logró hacerlo, debido a múltiples causas; mientras que el 4.9% de la población eran analfabetos.

3.9.7.3 Práxis ideacional

En la tabla 26 mediante porcentajes se evaluó el área práxis ideacional en donde se realizaron las siguientes actividades: (1) Tomar un papel con la mano derecha, (2) Doblarlo por la mitad, (3) Poner sobre las rodillas. El sumatorio total a obtener en esta área es de 3 puntos. Siendo así: acierto (1pto.), error (0 pto.)

Tabla 26. Práxis ideacional.

	Correcto (%)	Incorrecto (%)
Mano derecha	93.14%	6.83%
Doblar por la mitad	90.20%	9.80%
Poner sobre las rodillas	92.16%	7.84%

Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos, el 6.83% de los adultos evaluados, realizó de manera incorrecta la primera parte de la secuencia de actividades que consistía tomar un papel con la mano derecha, el 9.80% realizó incorrectamente la segunda actividad doblar por la mitad, mientras que el 7.84% realizó de manera incorrecta la tercera actividad poner sobre las piernas.

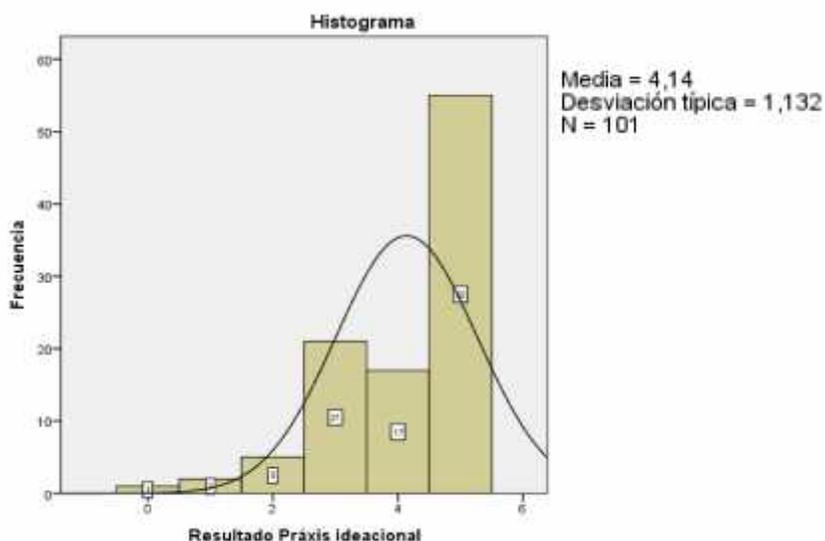


Figura 79. Resultado Práxis ideacional
Elaborado por: Autora.

Práxis ideacional se evaluó bajo 3 parámetros: copiar y dibujar, escritura espontánea y praxis ideacional, con un total de 5 puntos. Se obtuvo un promedio de 4.14 es decir que la mayoría de la población 54,5%, 20,8% y 16.8% alcanzaron las máximas puntuaciones entre 3, 4 y 5 puntos mientras que menos el 7%% de la población obtuvieron puntajes de 2 e inferior a 2.

En el gráfico 80 se mediante el cálculo del promedio, desviación típica y el número de participantes, se realizó el análisis de los resultados obtenidos de toda la escala MINIMENTAL.

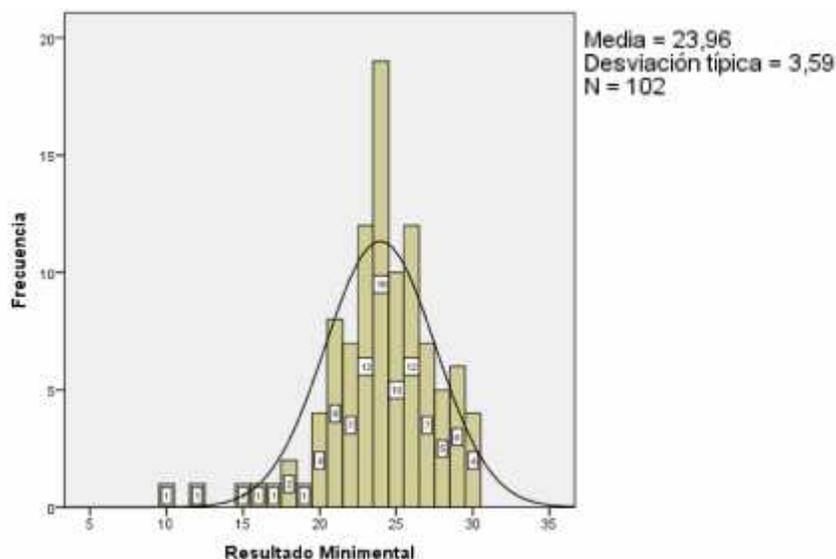


Figura 80. Resultado Minimental
Elaborado por: Autora.

El instrumento aplicado a los adultos mayores está formado por 5 parámetros que son: orientación (tiempo/ lugar), lenguaje, memoria, atención/cálculo, praxis, obteniendo un puntaje final de 30 puntos. Si el resultado de la sumatoria total es de 27 a 30 puntos se considera “normal”, mientras que una calificación de 21 a 26 se presenta como un “déficit cognitivo medio”, se considera “daño cognitivo moderado” de obtener 11 a 20 puntos, y por último se considera que quienes puntúan bajo los 10 puntos sufren de daño cognitivo severo”. (Universidad Complutense de Madrid , s.f)

De los 108 adultos mayores evaluados, quienes obtuvieron una puntuación total menor a 25 fueron 53 adultos mayores, y únicamente 3 obtuvieron una puntuación menor o igual a 15 puntos representando una minoría de la población evaluada, siendo 10 puntos la calificación más baja obtenida por uno de los adultos mayores. Por lo tanto según los datos obtenidos, tenemos que en el 22.5% no se evidencia ninguna alteración a nivel cognitivo lo que se

denomina como una normalidad; el 50% obtuvieron un puntaje entre 23-26 lo que nos indica que existe riesgo de que la población es propensa a padecer deterioro cognitivo; mientras que el 25.4 % de los adultos evaluados obtuvieron puntuaciones inferiores a 23 es decir presentan un cuadro de deterioro cognitivo moderado de acuerdo a la escala del MMSE y finalmente 1.9 presentarían “demencia” con una puntuación inferior a 12. Cabe recalcar que, de estos 2 participantes, no pudieron concluir la aplicación del instrumento, se desconoce el motivo por el cual no concluyeron, sin embargo, dentro de nuestra población objetiva si se contó con dos individuos con Alzheimer y deterioro cognitivo bastante avanzado respectivamente.

La población objetiva obtuvo un promedio de calificación total de 23.96. En donde el área con mayor dificultad fue la de atención/concentración cuyo promedio fue de 1.85 de un total de 5 puntos. De igual manera la segunda área que presenta mayor afección es memoria/recuerdo, obteniendo un promedio de 1.61 de un total de 3 puntos, el bajo resultado de esta área podría estar relacionada con la madurez fisiológica de acuerdo a la edad de la población objetiva. Las áreas de orientación y lenguaje son las menos afectadas en donde orientación obtuvo un promedio de 9.44 sobre 10 puntos y el área de lenguaje con un promedio de 2.9 sobre 1 punto.

CONCLUSIONES

- J En relación los antecedentes de salud personales, se evidenció una elevada prevalencia de hipertensión arterial tanto en el adulto mayor (57,71%), como en su historial familiar (46,30%). Seguido de apoplejía en el adulto mayor, mientras que se ve un porcentaje mucho menor en el historial familiar.
- J En cuanto a los antecedentes de salud familiares la diabetes es la principal enfermedad que se encuentra afectando a los familiares del adulto mayor con un 36.11%, seguida del cáncer con un 26.85% de prevalencia.
- J En lo referente a problemas cerebrovasculares se encontró que las cefaleas, y mareos acompañados de debilidad son los principales síntomas que afectan a la población evaluada.
- J En lo que refiere a necesidades de salud mental, se encontró que la pérdida de energía (ánimo depresivo) es el síntoma que afecta a más de la mitad de la población (54,46), seguido por cambios en la personalidad; según lo manifestado por el familiar.
- J En lo relacionado a problemas de sueño se puede evidenciar que la principal afección en la población objetiva es la dificultad para conciliar el sueño o insomnio temprano, en un 60.78%
- J En cuanto a las dificultades en las actividades cotidianas, se evidenció que la mayor afección se encuentra en la motricidad, específicamente dificultades de la marcha, que se encuentra afectado al 82,35% de la población.
- J En relación a los problemas de memoria y funcionamiento mental general, tenemos que las quejas subjetivas de memoria es el principal síntoma que afecta a la mayor parte de la población encuestada.
- J De acuerdo a los resultados obtenidos en el MMSE se evidencia que el 50% de la población es propensa a padecer deterioro cognitivo, el 25.4% presentan un cuadro de deterioro cognitivo moderado. Mientras que el 1.9% presentan demencia.

RECOMENDACIONES

- J A través del IEES implementar programas médicos que brinden servicios a domicilio con horarios específicos al menos una vez por semana enfocados a la atención y revisión de problemas hipertensivos, y prevención de apoplejía.
- J A través del MIES implementar programas educativos, hacia los familiares y cuidadores de los adultos mayores, enfocados al cambio de estilo de vida (alimentación saludable, realización de actividades físicas, controles médicos, y control de medicamentos, etc.), para un adecuado manejo de las enfermedades ya presentes, así como la prevención de las mismas en el entorno familiar.
- J A través de las universidades y programas educativos generar especialidades para psicólogos, médicos, cuidadores sociales y así procurar el aumento de médicos y psicólogos gerontólogos, enfocados en atender las necesidades de salud física y mental de la población.
- J Ante la demanda y ausencia de programas enfocados en quienes viven solos se recomienda incentivar a la sociedad civil con el objetivo de genera programas de voluntariado en donde se brinde acompañamiento y apoyo social continuo a esta población garantizando sus derechos.
- J A través de la municipalidad y sociedad civil crear espacios adecuados y ambientados específicamente para recreación del adulto mayor, así como crear campañas y charlas educativas para fomentar una cultura de respeto y tolerancia hacia el adulto mayor en la sociedad.
- J A través del MIES, generar un programa con metodología similar al programa “Creciendo con nuestros hijos”, adaptado a la estimulación cognitiva al adulto mayor “Envejeciendo juntos”.
- J Promover y promocionar los programas e instituciones existentes, que brindan ayuda al adulto mayor, especialmente a aquellos que padecen de demencia.

Bibliografía

- Abad, P. (2011). *Epilepsia y Comorbilidades*. Obtenido de Programa Nacional Integral de Epilepsia: http://www.epilepsiaecuador.org/campusroemmers/modulos/documentos/modulo3_EPILEPSIA_Y_COMORBILIDADES.pdf
- Altamar, G., Curcio, C., Rosso, V., Osorio, J., Gómez, F., & Manizales. (2008). Evaluación del mareo en ancianos. *Acta Médica Colombiana*, 33.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 58.
- Alzonline. (2016). *Qué es la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de Alzonline: <http://alzonline.php.ufl.edu/es/biblioteca/LA%20DEMENCIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20DE%20ALZHEIMER.pdf>
- Alzonline. (2016). *Qué es la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de Alzonline: <http://alzonline.php.ufl.edu/es/biblioteca/LA%20DEMENCIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20DE%20ALZHEIMER.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. En A. P. Association, *Trastornos depresivos* (págs. 104-105-106). Madrid, España: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5*. España: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. En A. P. Association, *Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* (págs. 49-50). Madrid, España: Panamericana.
- Aranibar, P. (Diciembre de 2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *El enfoque de la dependencia*. Santiago, Chile.
- Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Tenerife. (2016). *Lenguaje y deglución de la persona con demencia*. Obtenido de Aftate: <http://afate.es/lenguaje-de-deglucion-en-la-persona-con-demencia/>
- Baeza, V. (2008). *Clínica de la Ansiedad*. Obtenido de Causas de la ansiedad: origen y mantenimiento: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/>
- Ballesteros, R. F. (2009). *PsicoGerontología*. Madrid: Pirámide.
- Berrios, G. (S.f.). *Manual de Psiquiatría*. Obtenido de Psiquiatría Geriátrica: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-25.htm

- Boggio , M. (2009). *Medicina Preventiva y Salud Pública* . Obtenido de Automedicacion en el adulto mayor : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1558/3/Automedicacion-en-el-adulto-mayor>
- Brent , R., & Walton, K. (2006). Patterns of Mean-Level Change in Personality Traits Across the Life. *Psychological Bulletin, Vol. 132, No.1*, 1-25.
- Brigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 102, 103.
- Cáceres Rodas , R. I. (2000). Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica* , 1. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v1i2.13931>
- Caprara , M., & Steca , P. (2004). *Personalidad y envejecimiento*. Obtenido de Intervención Psicosocial, Vol. 13 N.º 1 Págs. 85-98: doi: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/89260.pdf>
- Caqueo , V. (2007). *Universidad Austral de Chile*. Obtenido de Automedicación en Adultos Mayores con Patologías: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc256a/doc/fmc256a.pdf>
- Carrasco, I. (Julio de 2013). *Trastornos neurodegenerativos: Enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de CINTECO Psicología clínica y psiquiatría: <http://www.cinteco.com/trastornos-neurodegenerativos-la-enfermedad-de-alzheimer/>
- Castillo Gallardo, Mileni Mabel. (2014). - Identificación del apoyo social percibido en el centro para el Adulto Mayor "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja. (Trabajo de Fin de Titulación de Licenciada en Psicología). UTPL.Loja. 81pp.
- Cavanaugh, R. V. (2006). Desarrollo Humano una perspectiva del ciclo vital . En R. V. Cavanaugh, *Distinción entre la tercera y cuarta edad* (pág. 539). Mexico D.F : Cengage Learning.
- Censos, I. N. (2010). *INEC* . Obtenido de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>
- Cisneros Vidal, María Aránzazu. (2012). Influencia de los factores de salud física y mental en el estado cognitivo en un grupo de adultos mayores del cantón Loja. (Tesis de Licenciada en Psicología). UTPL. Loja. pp. 186
- Cobo , J. C. (S.f). *Cambios físicos y psíquicos en la vejez* . Obtenido de Atención SocioSanitaria a personas en domicilio : <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>
- Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad. *GEROKOMOS*, Sp .
- Corachione Larrinaga , M. (2006). Psicología del desarrollo Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales . En M. Corachione Larrinaga, *Inteligencia y envejecimiento* (pág. 107). Córdoba : Brujas .

- Córdoba , V., & Pinzano, S. (02 de Mayo de 2016). Una revisión de la investigación en centenarios: factores. *Revista Búsqueda*, 16, 64-80. doi: 0123-9813
- Cornachione, M. (2006). Psicología del desarrollo . En M. Cornachione, *Sabiduría y envejecimiento* (págs. 127,128,129). Argentina: Editorial Brujas .
- Craig, G. J. (2001). Desarrollo Psicológico . En G. J. Craig, *Desarrollo Psicológico* (págs. 550, 551). México : Pearson Educación .
- Cuesta , E. A. (2014). *Programa Nacional Integral de Epilepsia*. Obtenido de Convulsiones Epilépticas: http://epilepsiaecuador.org/campusabbot_nuevo/modulos/documentos/modulo1_MODULO_1.pdf
- Datosmacro.com. (2016). *Datosmacro.com*. Obtenido de Expansión Ecuador- Esperanza de vida al nacer: <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>
- Díaz, S., & Pareja, J. A. (2008). *Tratamiento del Insomnio* . Obtenido de Fundación Hospital Alcorcón : http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf
- Dirección General de Mayores . (Noviembre de 2007). *Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales* . Obtenido de <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Aislamiento%20social%20de%20mayores.pdf>
- Donoso , A. (2001). *Memoria en el adulto mayor* . Obtenido de Universidad de Chile : <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/memoria.htm>
- Donoso, A., Venegas, P., Villaroel, C., & Vázquez , C. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría* , 39(3), 231-238. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000300007>
- Duque , L., & Montoya , F. (2009). *CARACTERIZACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ENVEJECIMIENTO NORMAL, DETERIORO COGNITIVO LEVE, Y DEMENCIA*. Obtenido de Universidad Católica Popular de Risaralda : <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/458/completo.pdf?sequence=1>
- Enciclopedia Britannica. (5 de Junio de 2011). *Britannica Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.britannica.com>
- Escudero Cueva Thais Alejandra.(2016).Necesidades de intervención del adulto mayor de tercera edad de la ciudad de Loja.(Trabajo de titulación de Licenciado en Psicología).UTPL.Loja
- Estacio Resascos , K. (2015). *Evaluación del estado de salud de la población geriátrica de adultos mayores comunitarios del Cantón Loja, durante mayo a diciembre del 2013* . Obtenido de Trabajo de titulación : <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/13296/1/ESTACIO%20REASCOS%20KATTY%20PAMELA%20TESIS.pdf>

- Fajardo, E., Nunez , M., & Castiblanco, M. (Marzo de 2012). *Valoración Integral del adulto mayor a partir de escalas de medición*. Obtenido de Revista EDU-FISICA: <http://edu-fisica.com/Revista-9/Valoracion-adulto.pdf>
- Falconi, R. (Abril de 2011). *Tabaquismo y complicaciones a la salud* . Obtenido de Complicaciones : [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/antitabaco/archivos/mesa/01/RFalconi\(CM P\).pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/antitabaco/archivos/mesa/01/RFalconi(CM P).pdf)
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja . (30 de Dic de 2015). *Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Obtenido de Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>
- Fernández , C. (Marzo de 2006). La sexualidad en la vejez. *Revista índice*(15), 14-16. Obtenido de RevistaÍndice.com
- Flint , A. (2005). *Laboratorios Bagó*. Obtenido de Trastorno de ansiedad generalizada en Ancianos: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/psiqweb323.htm>
- Franch , U. (2000). Alteraciones de la marcha en el anciano. *Revista de Neurología*, 31(1), 80-83. Obtenido de Revista de Neurología.
- García, A. (2006). *Eroski Consumer*. Recuperado de: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/04/11/150916.php
- García López, M. V., Rodríguez, C., & Toronjo Gómez, Á. (2012). *Teorías del Envejecimiento*. Barcelona, España: DAE (Grupo Paradigma).
- García, J. C. (S.F). *ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL Y FISIOPATOLOGIA* . Obtenido de <file:///C:/Users/Lazo/Downloads/5115318f944d1Envejecimiento%20Fisiol%C3%B3gico%20y%20Pato%C3%B3gico.pdf>
- GeoSalud. (2015). *Síntomas y tratamiento de la depresión en el adulto mayor* . Obtenido de GeoSalud : http://www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm
- Goncalves , E. F. (S.f). *Los trastornos del sueño*. Obtenido de Instituto Tomás Pascual : http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Curso_RANF_4.pdf
- Greengross , G. (30 de Junio de 2013). Humor and Aging – A Mini-Review. *Department of Anthropology, University of New Mexico, Albuquerque, N. Mex. , USA*, 1 - 6. Obtenido de Department of Anthropology, University of New Mexico, Albuquerque, N. Mex. , USA.
- Gregorio , P., & Carrasco, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en geriatría Depresión y Ansiedad*. Obtenido de Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: <file:///C:/Users/Julio/Downloads/guiaDepresionAnsiedad.pdf>

- Guardia , J., Jiménez-Arriero, M., Pascual, P., Flores , G., & Contel, M. (2008). *Alcoholismo* . Obtenido de Guía Clínica basada en la evidencia científica : http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf
- Halgin, R. P., & Krausss, S. (2009). Trastornos relacionados con el envejecimiento y la cognición. En R. P. Halgin, & S. Krausss, *Psicología de la anormalidad* (pág. 413). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Herrera , J. (2002). Alucinaciones visuales en el anciano. *Elsevier*, 118(9), 353-356. Obtenido de Alucinaciones visuales en el anciano.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (13 de 10 de 2014). *Depresión en el Adulto Mayor* . Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2006). *Instituto Nacional de Estadística y Censos* . Obtenido de PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN EL ADULTO MAYOR ECUATORIANO: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2009). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento* . Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de Reregistro de Defunciones 2011: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2012). *Consumo de alcohol en Ecuador* . Obtenido de Consumo de alcohol en Ecuador : http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=615%3AAmas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es
- Instituto Nacional de Geriátria. (30 de Septiembre de 2015, a). *Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Obtenido de Instituto Nacional de la Salud Mental : http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento . (2010, b). *La enfermedad de Alzheimer* . Obtenido de file:///C:/Users/Dell/Downloads/LaEnfermedaddeAlzheimer.pdf
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal . (28 de Dic de 2015). *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal* . Obtenido de Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal : <http://www.adultomayor.df.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>

- Izquierdo, R., Ferro, I., López, M., López, P., & Ruiz, I. (Mayo de 2011). Elsevier. 37(5), 264-266. doi:10.1016/j.semrg.2010.11.011
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2006). Desarrollo Humano. En R. Kail, & J. Cavanaugh, *El contexto personal de la vejez* (págs. 562, 563). México D.F: Cenage Learning.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2011). *Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital* (Quinta Edición ed.). México D.F : Cenage Learning.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2009). Plasticidad y trastornos. En K. y. Whishaw, *Neuropsicología humana* (pág. 742). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Leyva, B. (2008). *Geroinfo publicación de gerontología y geriatría*. Obtenido de Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores : http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf
- López, O. (Octubre de 2010). *Alteraciones de la memoria en el adulto mayor*. Obtenido de Suat. Consejos médicos : <https://www.suat.com.uy/otro-consejo/8-alteraciones-de-la-memoria-en-el-adulto-mayor/>
- Maguey, P. (s.f.). *Salud 180*. Recuperado de: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/57-millones-de-adultos-mayores-en-america-latina-y-el-caribe>
- Martínez, L. (Agosto de 2005). *Cambios estructurales y funcionales del envejecimiento fisiológico*. Obtenido de http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf
- Martínez, L., Nellen, H., Hamui, A., & Hallabe, J. (Mayo de 2006). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(5), 513-521. Obtenido de Incontinencia urinaria en el adulto mayor.
- MedlinePlus. (Octubre de 2014). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Trastornos del sueño en ancianos : <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000064.htm>
- MedlinePlus. (2015). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Demencia: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000739.htm>
- MedlinePlus. (Noviembre de 2015). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Mareos: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003093.htm>
- MedlinePlus. (2 de Marzo de 2015). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Demencia Vascular : <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000746.htm>
- MedlinePlus. (2016). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Depresión en los adultos mayores : <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>
- Mias, C., Luque, L., & Bastida, M. (Diciembre de 2015). Quejas subjetivas de memoria, olvido de riesgo y dimensiones psicopatológicas, aspectos diferenciales entre el declive y deterioro cognitivo

- leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* , 15(2), 53-70. Obtenido de Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. (2016). *Clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias* . Obtenido de Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias : http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- Monroy, A. (2005). *AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología*. Obtenido de Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor: <http://www.amapsi.org/portal>
- MontesDeOca-Zavala, V. (Marzo de 2010). *Pensar en la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*. Obtenido de Renglones Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades : http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2
- Moraitou , D., & Efklides , A. (2007). Afecto y emociones . En R. F. Ballesteros, *Psico Gerontología* (págs. 127-152). Madrid: Pirámide .
- Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & Mühlenbrock, C. (17 de Octubre de 2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neurociencia y Psiquiatría*, 49(4), 331-337.
- National Institute of Mental Health. (2016). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de Personas Mayores y la Depresión : <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2010). *National Institutes of Health*. Obtenido de Demencias: Esperanza en la investigación: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm
- Nogal , L., & Ribera , J. (2009). Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Revista de Psiquiatría*, 1(4), 209-221.
- Organización Mundial de la Salud . (2013). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Hipertensión : http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1072:noviembre-20%20-2013&Itemid=356
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Envejecimiento y ciclo de vida OMS*. Recuperado de: http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/
- Organización Mundial de la Salud . (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Cefaleas: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>

- Organización Mundial de la Salud . (Septiembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Preguntas y respuestas sobre la Hipertensión : <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (2016). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Demencia : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (Septiembre de 2016, a). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Caídas : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Depresión: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Panamericana de la Salud . (S.f b.). *Fatiga y pérdida de vigor* . Obtenido de Guía de Diagnóstico y Manejo: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia16.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud . (S.f). *Evaluación funcional del adulto mayor*. Obtenido de Módulos de Valoración Clínica: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud . (S.f). *Insomnio*. Obtenido de Guía de diagnóstico y manejo : <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia23.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de Diagnóstico y Manejo* . Obtenido de Confusión Mental o Delirium : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia06.pdf>
- Oxford Dictionary. (12 de Abril de 2011). *Aging*. Obtenido de: <http://oxforddictionaries.com/?region=us>
- Papalia , D., Sterns , H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). Desarrollo del adulto y Vejez . En D. Papalia, H. Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Salud mental, afrontamiento y adaptación al envejecimiento* . México D.F: Mc. GrawHill .
- Papalia, D., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano* . México D.F : McGraw Hill.
- Papalia, D. E., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). Modelos de envejecimiento exitoso u óptimo. En D. E. Papalia, R. D. Feldman, & G. Martorell, *Desarrollo Humano* (pág. 579). México: Mc Graw Hill.
- Peña , F. (2014). *Gastrointegral.com*. Obtenido de Causas de la incontinencia fecal (encopresis) en el adulto y sus tratamientos : <http://www.gastrointegral.com/padecimientos/causas-de-la-incontinencia-fecal-encopresis-en-el-adulto-y-sus-tratamientos/>
- Pérez Martínez, V. (Abril de 2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2). Obtenido de El deterioro cognitivo: una mirada previsor.
- Pertusa, S. (Enero de 2015). *NeoDoctor.es* . Obtenido de Mareo en el anciano: <http://netdoctor.espanol.com/articulo/mareo-ancianos>
- Pilco Terán, Melissa Lorena. (2015). Evaluación del estado de salud de la población geriátrica de la Unidad de Adultos Mayores del IESS Loja, durante mayo a agosto de 2013. (Trabajo de Titulación de Médico). UTPL, Loja.

- Quezada , D. (2015). Delirium en el Adulto Mayor . *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 614, 3-7. Obtenido de Delirium en el adulto mayor.
- Quito, M., Paguay, M., & Pañi, D. (2014). *Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas*. . Obtenido de Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20570/1/TESIS.pdf>
- Ramos Esquivel , J., Meza Calleja , A., Maldonado Hernández , I., Ortega Medellín, M., & Hernández Paz , M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educacion y Desarrollo*, 50.
- Real Academia de la Lengua. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Envejecimiento. Madrid.
- Rebok , F., & Daray, F. (Abril de 2014). Tratamiento integral del insomnio. *Revista Argentina de Clínica*, 18(4), 30-231. Obtenido de Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18.
- Rodriguez Daza , K. D. (2011). Vejez y envejecimiento. *Escuela de medicina y ciencias de la salud* , 15.
- Roselli, M., & Ardilla, A. (Abril de 2012). Deterioro Cognitivo Leve, definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 151-162. Obtenido de Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
- Rosselli, M., & Ardilla, A. (28 de Agosto de 2010). *Department of Psychology. Florida Atlantic University*. Obtenido de La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica: http://acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_59-68.pdf
- Rubio , M. (Septiembre de 2011). *Tabaquismo: Grave problema de Salud* . Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf
- Ruiz , M., Mateos , V., Suárez , H., & Villaverde , P. (2006). *Síndrome Confusional Agudo*. Obtenido de Guía práctica de diagnóstico y tratamiento: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>
- Ruiz , M., Pedraza, M., Cruz, C., Barón, J., Muñoz, I., Rodríguez, C., . . . Guerrero, A. (2013). Cefaleas en la persona mayor: características de una serie de 262 pacientes . *Elsevier*, 29(6). doi:10.1016/j.nrl.2013.07.007
- Salado Morales , L. (2014). *La fragilidad en el anciano* . Obtenido de Universidad de Valdesilla : <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5126/SaladoMoralesL.pdf?sequence=1>
- Salado Morales , L. (2014). *La fragilidad en el anciano* . Obtenido de Universidad de Valdesilla : <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5126/SaladoMoralesL.pdf?sequence=1>
- Sánchez , R. (Julio de 2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.

- Sarró, M., Ferrer , A., Rando , Y., Formiga , F., & Rojas , S. (20 de Marzo de 2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen-Medicina de familia* , 39(7). doi:DOI: 10.1016/j.semerg.2013.01.007
- Schuire, K., & Willis , S. (2003). Dependencia . En *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez* (págs. 86, 87, 90, 91). Madrid : Pearson .
- Secretaría Técnica de Drogas . (2014). *Indicadores del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas* . Obtenido de Porcentaje de prevalencia de consumo de drogas en población de 12 a 65 años: http://186.46.218.227/consep/public/indicador3_2_1
- Secretaría Técnica de Drogas. (2014). *Indicadores del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas*. Obtenido de Porcentaje de prevalencia de consumo de drogas en población de 12 a 65 años : http://186.46.218.227/consep/public/indicador3_2_1
- Simon, A., & Compton Hodges, L. (1998). Teoría del envejecimiento. En A. Staab, & H. L.C, *Enfermería gerontológica* (págs. 8,9,10). México: Mc. Graw Hill.
- Sistema Nacional de Salud. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención* . Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
- Soberanes Fernández , S., González Pedrasa, A., & Moreno Castillo , Y. (2009). *Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida*. Obtenido de Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>
- Stassen Berger , K., & Thompson , R. (2000). La vejez: El desarrollo biosocial. . En K. Stassen Berger, & R. A. Thompson, *Psicología del desarrollo. Adulter y Vejez* (págs. 144, 145, 146, 147). Madrid: Editorial Panamericana .
- Stassen, K., & Thompson, R. A. (2001). *Psicología del desarrollo Adulter y Vejez*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Tarragó , O. (2008). Ética para Psicólogos. En *Ética para Psicólogos* (págs. 186, 187). España: Desclée de Brouwer .
- TEA. (Julio de 2016). *TEA, a la vanguardia de la educación psicológica*. Obtenido de CAMDEX-R. Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez: <http://web.teaediciones.com/camdex-rprueba-de-exploracion-cambridge-revisada-para-la-valoracion-de-los-trastornos-mentales-en-la-vejez.aspx>
- Toledo , Á. (Diciembre de 2010). La cuarta edad. Perfil conceptual de la vejez. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*(20), 2-8. Obtenido de Poiésis. Revista electrónica de Psicología Social.
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la Vejez*. En C. T. Villar, *El envejecimiento Satisfactorio* (págs. 23, 61). Madrid: Alianza Editorial.

- Ugalde , O. (2010). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeríatricos* . Obtenido de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz :
http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf
- Universidad Complutense de Madrid . (2013). *Examen Cambridge para Trastornos Mentales en la Vejez, Camdex*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid :
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%20006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESI COS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/CAMDEX/CAMDEX_F.PDF
- Universidad Complutense de Madrid . (s.f) . *Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica* . Obtenido de
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%20006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESI COS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DEL%20ESTADO%20MENTAL/MEC_F.pdf
- University of Maryland . (2016, a). *Medical Center* . Obtenido de Accidente Cerebrovascular :
<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/accidente-cerebrovascular>
- University of Meriland Medical Center (UMMC). (2016). *Health Information*. Obtenido de Accidente Cerebrovascular : <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/accidente-cerebrovascular>
- Urbano, C., & Yuni, J. (2014). El ciclo de la ancianidad. En C. A. Urbano, *Psicología del Desarrollo* (págs. 101, 102, 103, 104). Argentina: Brujas.
- Urbano, C., & Yuni, J. (2016). Psicología del Desarrollo . En C. Urbano, & J. Yuni, *El ciclo de la ancianidad* (págs. 137,138). Argentina : Editorial Brujas .
- Werner , H., & Iwarsson, S. (2009). Importancia de las relaciones Persona-Ambiente en el envejecimiento. En R. F. Ballesteros, *PsicoGerontología* (págs. 87, 88). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Willis , S., & Schaie , K. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez . En S. L. Willis, & K. W. Schaie, *Inteligencia y Edad* (págs. 377, 390, 391). Madrid: Pearson Prentice Hall .

ANEXOS

	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 define?"

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
166. Relación del informante con el sujeto			

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.

219. ¿Hay una pérdida general de interés y de ilusión por las cosas?		NO	SI
	Ningún cambio	Más sociable	Menos sociable pero con alguna interacción social
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?			Mucho menos sociable con poca o ninguna interacción

221. ¿Tiene a avergonzarse o a sentirse culpable sin motivo alguno?		NO	SI
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

227. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		NO	SI
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.

234. ¿Se ha quejado de ser injustamente espiado o perseguido por otros?		NO	SI
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: _					