

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CASA MARÍA."
TESIS DE GRADO**

RONIE ALEJANDRO ABIU MENDEZ
CARNET 12920-04

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CASA MARÍA."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
RONIE ALEJANDRO ABIU MENDEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARIA VICTORIA CABRERA ARMAS DE RAMIREZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLADYS ZAYDÉE JUAREZ HERNÁNDEZ DE CORADO

Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes para someter a su consideración la tesis del señor **RONIE ALEJANDRO ABIÚ MÉNDEZ**, con número de carné No. **12920-04**, titulada "**DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CASA MARÍA**" previo a optar el título académico de Licenciatura en Psicología clínica.

Asimismo, por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que me permito someterla a su consideración para que sea nombrado el revisor respectivo.

Atentamente:



Mgtr. María Victoria Cabrera Armas de Ramirez
Asesora



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051437-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante RONIE ALEJANDRO ABIU MENDEZ, Carnet 12920-04 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 05832-2016 de fecha 11 de abril de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CASA
MARÍA."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO CLÍNICO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 11 días del mes de abril del año 2016.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A Dios

Sobre todas las cosas y como primero en mi vida, por darme fuerzas sabiduría y saber que El y solo Él es el único que me ha permitido llegar hasta donde he llegado hoy MARCOS 16-15 "Id por todo el mundo y predicad el evangelio a toda criatura" Gracias Padre.

A mis padres

Mis padres terrenales que espero honrar.

A mis seres queridos

Isabel, Laura, Juanmarcos, Juan, Erick, Heidy, Tatiana y Gerardo. Gracias por el apoyo y ser parte de mi ahora.

A mi asesora

Licda. María Victoria, a usted que creyó en una manera diferente en mí y me hizo explorar nuevos horizontes, de los cuales nunca habría llegado de no ser por usted.

A mis seres queridos que ya no están entre nosotros

Abuelos Gregorio, Cirilo y Daniel seguro estarían alegres, Tío Juan no sabe cuánto me ayudo, Mónica estarías con una sonrisa, Miranda, Daniel, Erick ahora que se fueron veo la marca en mi vida que me dieron, gracias.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Adultos Mayores	16
1.2 Áreas Cognitivas	18
1.3 Deterioro Cognitivo	19
1.4 Deterioro Cognitivo y Demencia	21
1.4.1 Demencia Cortical	22
1.4.2 Demencia Subcortical.....	22
1.4.1 Demencias Axiales.....	23
1.4.1 Demencia Globales.....	23
1.5 Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores en Latinoamérica.....	25
1.6 Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores en Guatemala	26
1.7 Adulthood Mayor y Dependencia	28
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
2.1 Objetivos	32
2.2 Variables.....	33
2.3 Definición de Variables.....	33
2.3.1 Definición Conceptual de las Variables.....	33
2.3.2 Definición Operacional de las Variables.....	34
2.4 Alcances y Límites.....	34
2.5 Aporte.....	34
III.MÉTODO.....	36
3.1 Sujetos	36
3.2 Instrumento	36
3.3 Procedimiento	37
3.4 Diseño	38

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	39
V. DISCUSIÓN.....	46
VI. CONCLUSIONES.....	51
VII. RECOMENDACIONES.....	53
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS	

RESUMEN

El deterioro cognitivo del cual es objeto el ser humano a partir de los 65 años, puede ser severo, lo que provoca se pierdan facultades como la memoria, el lenguaje, la capacidad de análisis, atención, concentración y abstracción entre otros. Por lo que es importante el estudio y análisis del deterioro cognitivo, por tal razón se decidió realizar el presente estudio con el objetivo de determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores recluidos en Casa María. El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, para la recolección de datos se utilizó el test de CLIFTON. Se seleccionó una muestra de 25 adultos mayores, a los que se aplicaron de forma individual ambas escalas. Luego de analizar los resultados se concluyó que los adultos mayores hombres son los sujetos con mayor deterioro cognitivo- conductual y con mayor dependencia que las mujeres por lo que se recomienda brindar acompañamiento psicológico a los ancianos de Asilo Casa María con la creación de un área de atención clínica psicológica especializada en el adulto mayor.

I. Introducción

Uno de los cambios más representativos de la tercera edad es el deterioro cognitivo, y la falta de independencia que ésta conlleva. Conocer sobre la incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia física en el adulto mayor, ayuda a identificar las dificultades que encuentra el ser humano en esta etapa de la vida para adaptarse al medio que lo rodea, y así como para hacer conciencia en la sociedad, con el fin de poder brindar un cuidado digno a los adultos mayores, en especial los institucionalizados.

El deterioro cognitivo del cual es objeto el ser humano a partir de los 65 años, puede ser severo, lo que provoca se pierdan facultades como la memoria, el lenguaje, la capacidad de análisis, atención, concentración y abstracción entre otros. La pérdida de estas facultades provoca modificación de conducta, e incluso cambios afectivos, lo que ocasiona que su adaptación al medio ambiente se deteriore. Es aquí donde el problema radica: en la dificultad que enfrenta el adulto mayor, cuando se presentan: el olvido, los problemas de comprensión, la atención, el aprendizaje, dificultades en la habilidad verbal y psicomotora. Éstos generan frustración tanto para el anciano como para su familia, trabajo y comunidad.

Resulta difícil para el adulto mayor encajar en un mundo que no comprende, ya que no es consciente de la pérdida de sus capacidades. Él busca demostrar que es útil y necesita que lo vean capaz de realizar actividades, pues se niega a ser una carga y no le resulta fácil el aceptar su dependencia. Por esta razón, puede no medir el peligro, poniendo en peligro su salud e integridad.

Según Mejía (2013) la necesidad de mantener la integridad del adulto mayor, así como salvaguardar su vida, le van haciendo cada vez menos independiente en llevar a cabo

sus actividades vitales diarias, llegando incluso a la institucionalización, donde su dependencia física progresiva, su dependencia económica, funcional, e incluso emocional se hace cada vez más necesaria para sobrevivir.

La presente investigación pretende la detección del deterioro cognitivo en adultos mayores como parte un proceso involutivo, principalmente el adulto mayor institucionalizado en un asilo de ancianos. Esta detección puede ser parte del proceso que lleva a establecer intervenciones psicosociales para ancianos internos, así como para brindar a sus cuidadores panoramas más eficientes sobre las posibles intervenciones y entrenamientos de sus pacientes.

El Estado, en el artículo 51 de la Constitución Política de la República de Guatemala referente a los derechos de los adultos mayores indica que garantiza su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social” y según el artículo de Prensa Libre (2014) Gonzales A. Perfil del Adulto Mayor; solamente hay dos hogares estatales y 108 que funcionan con donativos privados como Casa María (centro de cuidado que interesa a esta investigación) y según el experto en Geriátrica, Josué Avendaño, la mayoría de estos centros privados no cuentan ni con la infraestructura adecuada, ni un equipo multidisciplinario que garantice su atención integral. Al poder medir el deterioro cognitivo y la dependencia de los adultos mayores de Casa María, se está dando un paso adelante en la atención integral que ellos necesitan.

Considerando lo anterior, se han llevado a cabo numerosos estudios a nivel nacional, los cuales ayudan a medir y presentar posibles alternativas para el deterioro cognitivo en adultos mayores. Por ejemplo, Mejía (2013) se propuso determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores con trastorno depresivo mayor que asisten a consulta externa del Departamento de Neuropsicología del Hospital general San Juan de Dios, por

medio de una evaluación neuropsicológica. Para el desarrollo de la investigación se realizó a los sujetos de estudio, una entrevista estructurada de 9 preguntas y una evaluación neuropsicológica, la cual consistió en una batería de escalas y test para la evaluación del deterioro cognitivo. Las escalas y cuestionarios utilizados fueron el Índice de Barthel, Cuestionario del estado mental Portátil de Pfeiffer (Portable Functional Assessment Questionnaire) y escala de depresión geriátrica de Yesavage. Durante la entrevista realizada al preguntarles a los sujetos de estudio acerca de cuáles creían que eran las dificultades que han presentado desde que padecen depresión el 100% de los sujetos evaluados refirieron que se les dificulta relacionarse con amigos y familiares. 100% de los sujetos de estudio refirieron presentar dificultad en la memoria desde que padece depresión así mismo el 100% afirmó que han perdido el interés por la actividad sexual. Para la evaluación del aspecto cognitivo de los adultos y adultas mayores se eligieron tres pruebas de evaluación neuropsicológica: entre ellas el Índice de Barthel, el Cuestionario del estado mental de Pfeiffer, Escala de Depresión geriátrica de Yesavage; que abarcan el estado cognitivo, la funcionalidad en las actividades diarias y estado afectivo de los sujetos, con las cuales se evaluó a los adultos y adultas mayores con trastorno depresivo mayor. La escala de depresión geriátrica de Yesavage se utilizó para evaluar el estado afectivo de los adultos y adultas mayores que participaron en la investigación, el 100% (n=6) de los sujetos evaluados resultó tener una depresión establecida, lo cual concuerda con el diagnóstico que presentan los sujetos evaluados, el trastorno depresivo mayor. Presentan características en común, tales como que han renunciado a actividades y pasatiempos, sienten un vacío en su vida, todos refieren tener fallos en la memoria, sin ánimo de realizar nuevos proyectos y aburridos la mayor parte del tiempo. Esta escala evalúa el estado afectivo de los sujetos, todos refieren estar

muy deprimidos a la hora de aplicarles la escala se observaban con un estado de ánimo bajo y depresivo, sin ninguna esperanza de mejorar. El 67% de los sujetos de estudio presentaron un Deterioro Cognitivo Leve según los resultados de las pruebas Neuropsicológicas aplicadas, Índice de Barthel, Cuestionario del estado mental de Pfeiffer y Escala de depresión Geriátrica de Yesavage. El 17% de los sujetos de estudio presentaron un deterioro cognitivo moderado. El 16% de los sujetos de estudio presentaron un deterioro cognitivo grave, lo que implica mayor deterioro en las funciones cognitivas. Las funciones cognitivas en las cuales los sujetos de estudio presentaron un mayor deterioro cognitivo son la memoria, orientación, atención y calculo. Con la aplicación del Índice de Barthel se logró identificar que un 66% de los sujetos de estudio son independientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. El 100% de la población estudiada presento una Depresión establecida según los resultados obtenidos con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage la cual mide el nivel de depresión en adultos mayores. Con el Cuestionario del Estado mental de Pfeiffer se logró identificar que el 100% de los sujetos evaluados presentó dificultades en la memoria reciente, orientación y capacidad de cálculo.

En el departamento de Quetzaltenango, Monterroso (2012) realizó una investigación en la cual se tomó como tema el grado de depresión en el adulto mayor, este se propuso con el fin de analizar los tipos de depresión en personas de la tercera edad, así a la vez poder brindar un apoyo a este problema que afecta de gran manera a todas las personas. Esta investigación se realizó con personas de la tercera edad miembros de la asociación del adulto mayor de Quetzaltenango, se les administró dos pruebas psicométricas para medir la depresión en los ancianos, la segunda para encontrar los tipos de depresión en

ellos, a 50 adultos mayores se les aplicó la prueba para conocer si presentan depresión, 35 mujeres la presentan, 15 hombres en menor grado. Después de haber realizado la prueba se concluyó que las mujeres padecen más de depresión que los hombres, ya que los cambios emocionales son más frecuentes en mujeres, por la situación en la que han vivido. 12 personas presentaron depresión moderada y 17 depresión grave.

Castañeda (2011) con el objetivo de comprobar si existe deterioro cognitivo en los ancianos y si éste se relaciona con el surgimiento de ideas irracionales, realizó una investigación en dos asilos de la ciudad de Quetzaltenango. En ambas instituciones se administró a 14 personas (5 hombres del Asilo de Indigentes y 9 mujeres de Santa Luisa de Marillac), todos mayores a 65 años de edad, dos pruebas cognitivas, siendo éstas el Test Mini Mental State para evaluar deterioro cognitivo y el Inventario de Ideas Irracionales III para adultos, para la evaluación del manejo de ideas irracionales. Los resultados indicaron que a mayor deterioro cognitivo, mayor nivel de ideas irracionales, o bien el nivel de deterioro de la persona o permite la comprensión lógica de los cuestionamientos que pueden darse. En las personas con deterioro cognitivo moderado no puede saberse con seguridad si debido al deterioro que padecen, manejan mayor número de ideas irracionales o simplemente el tener un nivel mayor de deterioro cognitivo no les permitió razonar lo que se les planteaba, conllevando dificultades para la resolución de problemas y toma de decisiones.

Contreras (2011) con el objetivo de establecer si la aplicación de un taller psicoterapéutico con enfoque Gestalt incrementaba el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados, realizó una investigación con un grupo de estudio conformado 24 adultas y adultos mayores que se encontraban entre las

edades de 60 a 85 años, todos institucionalizados, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con poco o ningún apoyo familiar y social. Se dividió el grupo en dos, quedando el grupo control y 12 el grupo experimental. Como instrumento de medición utilizó la Escala de Bienestar Psicológico para adultos -BIEPS-A. Al analizar estadísticamente los resultados obtenidos en la pre prueba y post prueba para evaluar los niveles de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados antes y después de la aplicación de un taller psicoterapéutico con enfoque Gestalt, se concluyó la eficacia del mismo como herramienta terapéutica para incrementar el nivel de bienestar psicológico.

Martínez (2011) realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a consulta al Departamento de Neurociencias del Hospital General San Juan de Dios por medio de una evaluación neuropsicológica. Se realizó la presente investigación con una muestra de 20 adultos y adultas mayores elegidos de forma no probabilística por conveniencia. Se utilizó una batería de pruebas formada por: el Mini Mental Test de Folstein, Test del Reloj, Test de Símbolo-Dígito y la Escala de Demencia de Blessed. Las mismas fueron aplicadas en una sesión de 50 minutos con cada sujeto y los resultados analizados del análisis de los resultados se concluyó que el uso de pruebas neuropsicológicas, como las aplicadas, permiten evaluar de manera correcta el estado de deterioro cognitivo de la población de adultos y adultas mayores. Además del hecho que a partir del proceso de envejecimiento existe, en general, una probabilidad alta de presentar una disminución en las funciones cognitivas como la memoria y la velocidad en el proceso de la información. Sin embargo, el hecho de envejecer no significa necesariamente que estas funciones deban, en todos los casos, estar alteradas. En la evaluación

neuropsicológica del deterioro cognitivo deben considerarse factores como estrés, ansiedad, uso de fármacos, etc., que en el momento de la evaluación pueden alterar ciertas funciones, sin que necesariamente estén con déficit. Por esto, es importante realizar reevaluaciones de las funciones cognitivas e incluir y analizar esta evaluación dentro del proceso de la Evaluación Geriátrica Integral.

Aguilar (2008) realizó una investigación con el Programa del Adulto Mayor Grupo EVE, el cual es coordinado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Cultura y Deporte y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, bajo la dirección del Centro de Salud No. 16 Zona 6, desarrollando el Tema “Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el Adulto Mayor ante la familia y la sociedad”, con el fin de brindar salud integral a este grupo, a través de los sub-programas de servicio, docencia e investigación, tanto del adulto mayor como de niños, adolescentes y adultos. Se realizó con el fin de educar, socializar e integrar al adulto mayor con una actitud positiva a la sociedad, ejerciendo así sus derechos como lo estipula el Decreto 80-96 de la Ley del Adulto Mayor. Determinando en esta oportunidad que el adulto mayor es una persona importante en el desarrollo de la familia, comunidad y a un nivel macro de la sociedad, en la cual es una figura muy importante para la transmisión de valores morales, culturales y espirituales en las futuras generaciones, siendo su mayor valorización en el interior de la república y sobre todo en el grupo étnico maya, ya que en otros lugares del país se le despersonaliza, marginándolos. Esta investigación fue desarrollada con éxito, llevando a cabo el proceso con una metodología e instrumentos adecuados a la investigación, alcanzando los objetivos y expectativas propuestas, comprobando así mismo la importancia de seguir luchando

por este grupo que es vulnerable ante la sociedad, buscando una justa y equitativa norma social para el Adulto Mayor.

Cajas (2007) realizó una investigación acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor, en la cual describe los rasgos más característicos de la vejez, tanto a nivel físico como mental. También pretendió describir las posibles causas que dan origen o que aceleran el deterioro cognitivo, así como los rasgos característicos del deterioro cognitivo, como lo son la pérdida de independencia y autonomía, trastornos en la memoria a corto plazo, problemas de comprensión, atención, aprendizaje, incapacidad de resolver problemas cotidianos y pérdida de vocabulario. Para realizar el estudio se contó con una muestra de 20 adultos y adultas mayores, entre las edades de 60 y más años, 10 de ellos institucionalizados, los cuales residen en el Hogar de Ancianos Cabecitas de Algodón ubicado en la Calzada Santa Lucía Sur No. 18 Antigua Guatemala; y 10 no institucionalizados, que viven con su familia en el área urbana de la ciudad capital. El objetivo era determinar los niveles de deterioro cognitivo y de adaptación psicosocial de los sujetos. Realizó un muestreo intencionado y aplicó el Mini Mental Test de Folstein y la escala de adaptación de Bell. Los resultados indicaron que un 20% de los sujetos presentaron deterioro cognitivo leve, 25% deterioro cognitivo moderado y 35% deterioro cognitivo severo. Concluyó que el Mini Mental Test de Folstein es un instrumento confiable para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo. El mismo, no influye en la adaptación psicosocial de los adultos mayores.

García (2005) presentó un artículo sobre Enfermedad de Alzheimer en Guatemala, en el cual menciona que los diferentes tipos de demencia, de acuerdo con el DSM-IV, comparten un síntoma común: el deterioro de la memoria, además de por lo menos un área de deterioro cognoscitivo, aunque se diferencian en su etiología. La enfermedad de

Alzheimer es el tipo más común de demencia. Se concluyó que para el tratamiento de este tipo de deterioro se utiliza el tratamiento no farmacológico y el farmacológico. El tratamiento no farmacológico enfatiza la rehabilitación. El paciente participa en actividades que estimulan el recuerdo, el lenguaje, la memoria, la actividad psicomotriz, los estímulos auditivos, visuales y físicos; todo tendiente a que el paciente permanezca independiente el mayor tiempo posible. El tratamiento farmacológico incluye medicamentos inhibidores de la acetil colinesterasa.

Molina (2005) en su investigación determinó el nivel de depresión que sufren las personas adultas mayores pacientes del servicio ambulatorio del Centro de Atención Medica Integral para Pensionados (CAMIP) en la ciudad capital. La muestra fue de 100 personas elegidas al azar, de las cuales 42 fueron hombres y 58 mujeres. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y se analizó si el nivel de depresión tenía relación con la edad de la población estudiada. También fueron tomadas en cuenta las variables: género, estado civil, persona con quien vive, profesión y escolaridad en relación con el grado de depresión presentado por la muestra. Se observó que no existe relación entre la edad de las personas mayores y el grado de depresión que presentaron. Las variables género, estado civil, profesión y escolaridad no mostraron relación significativa con el nivel de depresión. Sin embargo, la variable vive con, presentó una relación significativa en cuanto al nivel de depresión demostrando que las personas que viven con algún pariente que presenta un nivel de depresión menor.

Enríquez (2001), realizó una investigación con el objetivo de determinar cuál era el nivel de deterioro de la memoria en las personas de la tercera edad de ambos sexos. Para el efecto se tomó una muestra constituida por 60 personas, 30 de sexo masculino y 30 de sexo femenino, comprendidas entre los 60 y 85 años, que se quejaron de padecer pérdida de

memoria. Se realizó una evaluación con la escala Mini Mental State Exam (Mini Examen del Estado Mental); el cual es un examen breve estructurado que dirige el examinador de forma oral de manera individual, siguiendo una serie de preguntas que exploran la orientación, memoria, atención, capacidad de renombrar, comprensión, praxis y concentración, con la cual se determina el nivel de la memoria indicando si se presentó o no una demencia. Con esta investigación se estableció que se presentaron los mismos casos de demencia en los hombres que en las mujeres. El cuadro demencial se presentó a una edad más temprana y de forma más severa en las mujeres que en los hombres. Se pudo concluir que existe la misma probabilidad en las personas de la tercera edad de ambos géneros de padecer demencia, sólo que unos a edad más temprana y severa que otros.

A nivel internacional se han realizado numerosas investigaciones sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores, de las cuales existe mayor información que a nivel nacional. Por ejemplo, Ruiz, Aragón, Díaz y Herrera (2009) en México realizaron un estudio sobre la plasticidad cerebral en el adulto, en el que analizaron los cambios normales por envejecimiento y las diferencias del deterioro cognoscitivo por enfermedad. El objetivo de esta investigación era realizar una revisión de las técnicas de recuperación espaciada y de ayudas de memoria externas, para la rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido. Se determinó que la principal utilidad de las técnicas de recuperación espaciada y ayudas de memoria externas fue en el tratamiento de dificultades de memoria. La utilización de ayudas de memoria externas fue la técnica que en más ocasiones demostró ganancias en funcionalidad y mantenimiento a largo plazo. Para realizar la investigación los autores revisaron un total de investigaciones en las que se utilizaron estas técnicas en pacientes con deterioro cognitivo adquirido. La revisión de estas

investigaciones mostraron el creciente interés en el desarrollo de programas de rehabilitación efectivos en casos de Deterioro cognitivo.

En España Arza, Díaz–Marsá y López (2009) realizaron una investigación para evidenciar que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) padecen alteraciones neuropsicológicas significativas. En la investigación determinaron que la disfunción neurocognitiva del trastorno límite de la personalidad parece afectar principalmente a las funciones de las áreas prefrontales que participan en el procesamiento y manejo de la información y en la regulación de las respuestas conductuales complejas. A partir de esto se determinó que la terapia de rehabilitación neurocognitiva ha sido utilizada con éxito en trastornos psiquiátricos caracterizados por la presencia de disfunciones neuropsicológicas. Por ello se espera que la rehabilitación de las funciones neurocognitivas afectadas contribuya a la mejoría funcional de los pacientes. Para poner a prueba la investigación se realizó un trabajo en el cual se describió a una serie de cinco pacientes con Trastorno límite de la personalidad que presentaban disfunciones neuropsicológicas notables y que fueron tratados con éxito mediante un programa específico de rehabilitación neurocognitiva. Los resultados observados justifican la eficacia de esta técnica en el tratamiento.

Jacas (2008) en Barcelona, investigó qué protocolo de evaluación neuropsicológica puede ser el más adecuado utilizar en Psicogeriatría. Esta investigación se enfocó en tres áreas fundamentalmente: Personalidad y conducta, Estado emocional, Funciones cognoscitivas. El autor indicó que se debe orientar la evaluación mediante el uso de no tan sólo una entrevista clínica estructurada, sino también cuestionarios que se pueden administrar al paciente y a su familiar o cuidador. Así como disponer de materiales o pruebas enfocadas al estudio de las

funciones cognitivas específicas. Para la valoración de estas áreas en psicogeriatría, el autor recomendó utilizar principalmente los siguientes cuestionarios: Test del Informador, Escala de Blessed, Neuropsychiatric Inventory, Frontal Behavioral Inventory, Test de Depresión de Hamilton o Hospital Anxiety and Depression Scale, la escala de depresión geriátrica de Yesavage o la SCL-90-R de Derogatis. Cuando se esté trabajando con pacientes con un deterioro cognitivo grave, aconseja la batería SCIP (Severe Cognitive Impairment Profile). Debe de ser utilizada con pacientes con demencia grave o a aquellos con un Mini Mental menor a 11. Otra batería que se puede utilizar es el SIB (Severe Impairment Battery)

Cerquera (2007) realizó un estudio en Colombia para determinar la relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores. Para el estudio se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (el Mini mental y la Escala Geriátrica de Depresión de Beck), y la entrevista a profundidad. Se trabajó con un muestreo probabilístico de 67 adultas mayores de la población estudiada, y se encontraron elementos correlacionales de deterioro y depresión con eventos significantes del ciclo vital. Esta investigación se basó en la necesidad de establecer condiciones reales de las adultas mayores en cuanto a las dos variables y su correlación, para así mejorar la salud mental y emocional de esta población, a partir de acciones emprendidas por los profesionales que las asisten. Los resultados permiten concluir que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

En México, Ibarra, Pérez y Martínez (2006) con el objetivo de determinar la distribución de calificaciones según el Mini Mental State Examination (MMSE) de los pacientes del servicio ambulatorio geriátrico en Monterrey, realizaron un estudio observacional de

corte transversal de una muestra aleatoria de pacientes bajo cuidado activo en el servicio de geriatría durante el año 2004. Las variables fueron: edad, género, escolaridad y puntajes del MMSE, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), de las actividades del diario-vivir (Katz) y de las instrumentales de Lawton (LW). Los datos se analizaron por distribución de edad y escolaridad según el MMSE y el DSM IV TR. Se evaluaron 142 sujetos, 46 de ellos eran varones. Un total de 33 pacientes comprendieron edades de 60 a 69 años; 54 de 70 a 79 y 55 tenían más de 80 años. Cuarenta y cinco de ellos padecían demencia, 34 trastorno cognitivo y 63 estaban dentro de lo normal. Debido a que 74.5% de los pacientes no terminaron la educación primaria, se establecieron como normales puntajes de 21 o superiores, en lugar de 26. Los datos señalaron que 59% de los individuos que padecían trastorno cognitivo no terminaron la primaria. Puntuaciones desfavorables en la Escala de Depresión Geriátrica y de Lawton indicaron la existencia de un trastorno cognitivo y demencia y en la escala Katz solamente demencia. Con lo que concluyeron que la frecuencia del trastorno cognitivo sin demencia fue de 24% y se observó, sobre todo, en los pacientes de mayor edad, de baja escolaridad y con depresión moderada.

Calero y Navarro-González en Madrid, España (2006) con el objetivo de analizar el efecto de un entrenamiento en memoria en el mantenimiento cognitivo de ancianos con y sin deterioro cognitivo, realizaron una investigación en la cual participaron 98 ancianos (59 grupo tratamiento y 39 grupo control) que fueron evaluados en tres momentos temporales (antes del entrenamiento, después del mismo y tras 9 meses) con diversas pruebas de funcionamiento cognitivo. Las personas del grupo tratamiento participaron en un programa de entrenamiento en memoria de 14 sesiones. De esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: los ancianos del grupo tratamiento

mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores al entrenamiento mientras que las del grupo control sufren un declive de tal manera que, aunque no existen diferencias significativas de partida entre grupos, éstas sí que se producen una vez introducida la fase de entrenamiento. Por lo que llega a la conclusión que los resultados muestran los efectos positivos de este tipo de intervenciones cuando se trabaja con población anciana.

En Colombia, Rodríguez, Molina y González (2005) realizaron una investigación en la cual buscaron describir el nivel de depresión y deterioro cognitivo en los hombres mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali (Colombia). Se conformó una muestra compuesta por 84 adultos mayores entre los 60 y 96 años de edad. El tipo de investigación fue transversal. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Yesavage (versión reducida) y el test de Pfeiffer. Los hallazgos más significativos obtenidos en la investigación son: la ausencia de depresión y deterioro cognitivo en el 58.3% de los hombres adultos mayores. Y se presenta depresión establecida en el 8% de los hombres. Existen diferencias significativas en el grado de depresión y en el deterioro cognitivo en función del nivel de los ingresos. Por tanto, la depresión y el deterioro cognitivo son variables fundamentales a tener en cuenta en los programas de intervención en la población adulta.

Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) quisieron conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses. Asimismo, conocer el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por éstos, de acuerdo al género. Participaron en el estudio 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres), entre 60 a 75 años de edad, de 21 centros

diurnos. Se les aplicó dos instrumentos elaborados por los investigadores: un cuestionario de calidad de vida y una encuesta sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. En cuanto al género, la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ($F=5.86$). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron: sentirse más reanimados, más alegres, con energía, así como el alivio de dolores. Los resultados de la investigación indicaron que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprobó que la actividad física recreativa le permite al adulto mayor obtener resultados positivos mientras más tiempo le dedique a la misma.

En Perú, Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. Méndez, F. (2004) realizaron un estudio con el fin de determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. La información procede del estudio Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional que fue de tipo prospectivo, transversal y descriptivo. La población estuvo formada por 312 pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina de hospitales nacionales nivel III y IV, que pudieron responder al cuestionario de Pfeiffer el cuál es una prueba breve, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y

problemas geriátricos. Como resultados se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. La presencia de insomnio y deprivación visual no presentó asociación significativa. Como conclusión encontraron que la frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

Ramírez, Argimon, Vila, Pueyo, Cabezas y Vinyoles (2002) con el objetivo de estudiar la prevalencia de positivos a un test de detección de deterioro cognitivo (DC) en la población mayor de 64 años de Cataluña y sus factores determinantes. Se utilizó como muestra a 5,300 individuos no institucionalizados mayores de 64 años. La detección de DC se realizó en las consultas de atención primaria mediante el test Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), y el Settest de Isaacs en caso de analfabetismo, con los Puntos de corte, < 24 (MMSE) o < 27 (Settest), se realizó el análisis de variables predictoras (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios) de posible DC mediante regresión logística. Con esta investigación se concluyó que la prevalencia de posible deterioro cognitivo aumenta con la edad y es menos frecuente en los individuos con mayor nivel de estudios. Mediante el MMSE y Set-test se detectó un gran número de posibles DC en la población.

Tanto autores nacionales como internacionales coinciden que es importante contar con la correcta evaluación del adulto mayor, dándole importancia a la evaluación neuropsicológica por medio de la aplicación de tests, escalas, y pruebas a los adultos

mayores que presentan deterioro cognitivo, con o sin síntomas depresivos para poder determinar qué áreas cognitivas se ven afectadas y qué nivel de deterioro cognitivo presentan. Así mismo, llegan a la conclusión que la depresión y otros trastornos emocionales están relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores. A continuación se detallan definiciones y aspectos teóricos que apoyaron las bases de la investigación.

1.1 Adultos Mayores

Según la Organización Mundial para la salud (OMS, 2009) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad.

Las Naciones Unidas (ONU, 2005) considera anciana a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. Lo que significa que en Guatemala se considera un adulto mayor a partir de los 60 años.

Según Morris y Maisto (2005), la etapa del envejecimiento representa cierto deterioro físico que es inevitable, a partir de la madurez y durante la vejez, los adultos mayores cambian de apariencia, así mismo se presentan cambios en el funcionamiento de todos los órganos, el cabello se adelgaza y se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos se vuelven más frágiles, los músculos pierden fuerza y las articulaciones se endurecen o se desgastan, la circulación se hace más lenta, la presión sanguínea aumenta y debido a que los pulmones contienen menos oxígeno, menor cantidad de energía, la forma corporal y la postura cambian, el envejecimiento es inevitable, la herencia y el estilo de vida influyen en el inicio de este proceso.

Hansen (2003), define algunas características predominantes de la vejez, los adultos mayores presentan una disminución en la capacidad de adaptación, una reducción en la velocidad de desempeño y un aumento en la susceptibilidad de enfermedades, los efectos perjudiciales del envejecimiento se manifiestan de dos maneras, en primer lugar, se reduce la capacidad del individuo para responder de manera eficaz a los estresores externos, en segundo lugar el envejecimiento se vincula con una mayor probabilidad de muerte, el aumento en el riesgo de mortalidad puede derivarse de una menor capacidad para mantener la homeostasis, es decir, el estado de equilibrio fisiológico relacionado con aspectos como la temperatura, y el nivel de azúcar en la sangre.

Según la Organización Panamericana para la Salud (OPS, 2010), es frecuente que se presenten síntomas de deterioro cognitivo, con alteración en áreas como lenguaje, atención, memoria, comprensión y pensamiento. La depresión es uno de los trastornos que está ligado al deterioro cognitivo en adultos mayores.

Casanova (2004), refiere que en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida, de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales.

Papalia (2006), describen los cambios físicos que suelen presentarse en adultos mayores: la mayoría de los sistemas corporales por lo general continúan funcionando bien, el corazón se vuelve más susceptible a las enfermedades y la capacidad de reserva de energías disminuye. El cerebro cambia con la edad, las variaciones por lo general incluyen pérdida o reducción de las células nerviosas y respuestas más lentas. Sin embargo, el

cerebro es capaz de producir nuevas neuronas y construir nuevas conexiones en la vejez. Los problemas visuales y de audición interfieren con la vida diaria de los adultos mayores, pero a menudo pueden ser corregidos. Las pérdidas del gusto y el olfato conducen a una mala nutrición. Los ancianos suelen ser susceptibles a accidentes o caídas. Algunos adultos mayores son sexualmente activos. Así mismo, el funcionamiento del sistema nervioso central es más lento, afecta la velocidad del procesamiento de la información.

1.2 Áreas Cognitivas

La clasificación de las funciones cognitivas, propuesta por Ardilla y Roselli (2007), señalan las funciones cognitivas que se evalúan en neuropsicología son:

1. Conciencia: Definida como el conocimiento simultáneo, en la unidad del tiempo, de sí mismo y del mundo circundante y, por tanto, el reflejo de la realidad.
2. Motricidad: Capacidad de movimiento posibilitado por neuronas presentes en la corteza del lóbulo pre frontal, en el área motriz situada inmediatamente delante de la cisura de Rolando.
3. Atención: Capacidad para seleccionar los estímulos y de poner en acción los mecanismos responsables del almacenaje de las informaciones en los depósitos de la memoria de corto y largo plazo con influencia directa en la eficiencia de las capacidades de respuesta en las tareas de vigilancia.
4. Orientación: Es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, y que permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.

5. Lenguaje: Conjunto de códigos que permiten transmitir, conservar y elaborar informaciones mediante signos intersubjetivos capaces de significar algo diferente de lo que son en sí mismos.
6. Percepción: Conjunto de funciones que permiten captar los estímulos del mundo exterior, adquirir información y determinar cambios en el entorno.
7. Memoria: Capacidad para conservar las huellas de sus experiencias pasadas y servirse de ellas para relacionarse con el mundo y con los acontecimientos futuros.

1.3 Deterioro Cognitivo

Pérez (2005) define el deterioro cognitivo como una disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes:

- Memoria
- Orientación
- Pensamiento abstracto
- Lenguaje
- Capacidad de juicio y razonamiento
- Capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva
- Capacidad de aprendizaje
- Habilidad viso espacial

Es obligatorio realizar una correcta valoración del estado mental de la persona, que incluirá la evaluación de las capacidades cognitivas y de la función ejecutiva, así como la valoración de su estado emocional. Se valorará conjuntamente el estado

funcional del individuo que abarcará la personalidad y su conducta, además del grado de afectación de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

Según la clasificación de Ardila y Rosselli (2007), los tipos de alteraciones en las funciones cognitivas son las siguientes:

1. Motricidad: Negligencia e impersistencia motora, tono anormal, anormalidades en la marcha, cambios en el control de los esfínteres, hiperactividad, ecopraxia, conducta de utilización, desorganización comportamental, perseveración.
2. Atención: Cambios en la activación, cambios en las respuestas de orientación, disminución de las formas dirigidas de atención.
3. Lenguaje: Afasia, mutismo, errores en la denominación, carencia de control verbal sobre el comportamiento, concretismo verbal.
4. Percepción: Limitaciones en los movimientos oculares, inadecuada interpretación perceptual.
5. Memoria: Improductividad en pruebas de retención, amnesia inespecífica, desorganización secuencial de la memoria, defectos de la meta memoria, defectos en la memoria de trabajo, alteraciones en la vivencia del tiempo.

1.4 Deterioro Cognitivo y Demencia

Gispert (1998), considera que existen varias enfermedades que se presentan a raíz del deterioro cognitivo como la Demencia Senil y Alzheimer, que afectan al adulto mayor y que alteran su adaptación al medio, debido a que el paciente necesita un cuidado especial, pues poco a poco pierde la capacidad de valerse por sí mismo. La demencia es una enfermedad degenerativa consistente en daño neuronal progresivo

que afecta diferentes áreas cognitivas, como la memoria, el lenguaje, habilidades viso espaciales, la personalidad, el estado emocional, el juicio, el cálculo y la abstracción.

Cuando se presenta la demencia en el adulto mayor recibe el nombre de demencia senil, en la actualidad representa el tercer problema de salud en países desarrollados luego de la patología cardiovascular y el cáncer. Afecta fundamentalmente a población mayor de 65 años (de un 5 al 10%), aumentando la incidencia a un 20-25% entre los mayores de 80 años.

La demencia senil o tardía es común a partir de los 75 años y se asocia a patologías del cromosoma 19. Existe también una Demencia temprana, la cual puede iniciar a los 50 años y se asocia al cromosoma 14. La demencia es un síndrome, o un conjunto de síntomas y signos que se repiten en cierto número de enfermedades y que son comunes a un grupo patológico determinado. El diagnóstico es esencialmente clínico, basado en conductas, alcanzando una alta precisión gracias a la utilización de pruebas psicológicas como el Test Minimental de Deterioro Cognitivo de Folstein, así como al empleo de entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas.

La clasificación clínico-anatómica se basa en la localización de una lesión. El cuadro clínico dependerá, esencialmente de las estructuras cerebrales dañadas. Según el lugar dañado puede ser:

- 1- Demencia cortical.
- 2- Demencia subcortical.
- 3- Demencia tipo axial.
- 4- Demencia Global.

1.4.1 Demencia Cortical:

Se caracterizan por un deterioro en la capacidad de abstracción, juicio, orientación y memoria. Se encuentran dañadas las áreas asociativas corticales que intervienen en el lenguaje, en la praxis y en el reconocimiento sensorial, dando lugar al síndrome afaso-apraxo-agnósico. Tienden a acentuarse los rasgos previos de personalidad. El paciente puede tornarse excéntrico; en otras ocasiones apático. Es incapaz de realizar operaciones mentales complejas. En cuanto a la afectividad se torna inconstante, como la demencia tipo Alzheimer.

1.4.2 Demencia subcortical:

Se caracterizan por un enlentecimiento de la memoria, la orientación y el pensamiento abstracto. Toda la actividad del paciente se encuentra retardada, la atención disminuye, la apariencia es descuidada y se produce una tendencia al aislamiento. Esto afecta al trabajo y las relaciones interpersonales. Tienden a presentar dificultades en la concentración así como distraibilidad, tornándose olvidadizos y faltos de motivación más que amnésicos. Pueden presentarse trastornos en el habla la cual va desde una hipofonía a la disartria, la cual se refiere a la dificultad en la producción de un discurso, debido a la falta de coordinación del aparato de fonación. En el plano psicomotriz se produce también un enlentecimiento global, siendo frecuentes trastornos como Parkinson.

1.4.3 Demencias axiales:

En ellas las estructuras predominantemente afectadas son la porción media del lóbulo temporal, el hipocampo, hipotálamo y cuerpos mamilares. Se afectan

predominantemente la memoria reciente y el aprendizaje. Suele aparecer una aparente falta de conciencia llamada anosognosia, por lo que el paciente se muestra a menudo plácido y colaborador, como en el Síndrome de Wernicke-Korsakov.

1.4.4 Demencias globales:

En este tipo de demencias la afectación es córtico-subcortical, apareciendo en la clínica síntomas propios de una y otra, como en la demencia tipo Alzheimer en estadios tardíos, demencia multi infarto, demencia post encefalítica.

La demencia senil puede manifestarse por los siguientes factores: La apariencia se ve descuidada, al presentar errores al vestir como zapatos distintos, dos chaquetas, botones mal arreglados. El lenguaje presenta alteraciones al no comprender instrucciones simples o no encontrar palabras adecuadas para expresarse, también se presentan alteraciones motoras como pragmatismos que se refiere a una alteración gramatical, paráfrasis que es la sustitución de palabras por otras y perseveraciones que se presenta con repeticiones excesivas de palabras o frases. Algunas personas de la tercera edad suelen olvidar el nombre de los objetos, y al no recordarlos les atribuyen otros. En estados muy avanzados de la demencia es común que el anciano escuche alguna frase o palabra y se quede repitiéndola por un período largo de tiempo. El humor o estado de ánimo del adulto mayor con demencia puede reflejarse en carencia de control sobre su emotividad. El comportamiento del paciente con demencia senil es con frecuencia agitado. No debe de ignorarse la depresión que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda, la cual se presenta en el adulto mayor a través de lentitud o retardo psicomotor, estreñimiento, pérdida de peso, o incluso rasgos hipocondriacos.

Vallejo Ruiloba (2000) indica que las alteraciones perceptivas son en muchas ocasiones la base del comportamiento anormal, las alucinaciones que sufren los enfermos con demencia suelen ser auditivas o visuales. La orientación también se ve afectada en las demencias, y va unida a la alteración de la memoria, primero se pierde la orientación temporal, luego la espacial y finalmente la personal.

Es común que el adulto mayor que presenta demencia como consecuencia del deterioro cognitivo, hable de personas que ya fallecieron o de visitas que no se han presentado; la reacción de la familia en muchas ocasiones es burlarse o pensar que al adulto mayor le gusta mentir, esto ocurre debido a que se desconocen los factores que se alteran debido al deterioro cognitivo.

La demencia tipo Alzheimer es la pérdida de células nerviosas las cuales son las encargadas de desarrollar las capacidades mentales del individuo, viéndose estas afectadas a consecuencia del deterioro de estas. En Guatemala es el tipo de Demencia más común. Alois Alzheimer describió el caso de una paciente de 51 años que presentaba trastornos de memoria, desorientación, paráfrasis que es el confundir palabras al hablar y reducción en el nivel de comprensión del lenguaje. Sus trastornos fueron agravándose y falleció después de 4 años. Kraepelin en 1910 fue el primero en usar esta denominación aplicándosela a las demencias de tipo presenil.

1.5 Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores en Latinoamérica

Aranibar (2001) en su acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, proyecto del CELADE-FNUAP indica que, la dependencia es un concepto poderoso para analizar el bienestar social de los ancianos, que puede depender del Estado si la disponibilidad económica de los ancianos está sujeta fundamentalmente a las

prestaciones monetarias o de servicios. Tradicionalmente, este tipo de dependencia se relaciona con la dependencia de los ancianos con respecto a generaciones más jóvenes, generalmente hijos adultos. Sin embargo, este enfoque no considera que en muchas oportunidades los ancianos juegan un papel activo en la provisión de servicios y recursos financieros que favorecen a las generaciones más jóvenes. Este informe pone el acento en la forma en que esta relación de dependencia produce una conciencia de marginación o segregación, de la cual solo están exentos los ancianos que disponen de otros y más cuantiosos recursos.

Este mismo informe nos habla de una “dependencia estructurada”. Desde esta perspectiva los problemas de la dependencia y el envejecimiento se sitúan en relación directa con la estructura social. En su parte medular postula que la dependencia de los viejos es “socialmente creada” y examina la relación estructural entre los distintos grupos de edad y el impacto de la división del trabajo en las sociedades capitalistas modernas. La vejez no es una realidad biológica, sino que es una posición, un status socialmente construido, producto de la forma de división del trabajo y de la estructura de desigualdad vigente en cada sociedad y de las formas ideológicas. Este enfoque aporta importantes líneas de análisis en cuestiones importantes.

La constante reiteración de la relación entre personas mayores y dependencia, entre ancianos y pobreza, desigualdad y categoría inferior, conlleva el riesgo de reforzar las percepciones negativas, sobre todo las de las mujeres ancianas más pobres, aunque su intención sea precisamente elevar su perfil político. Un mayor énfasis en la relación entre acción y estructura impulsaría un progreso sociológico consistente, ya que remarca la necesidad de cotejar la “documentación de los problemas” con pruebas empíricas acerca de las formas en que los afrontan las personas mayores, es decir recopilar

la información y hacerla útil o más útil llevándola a la práctica y dar respuestas o soluciones viables a los problemas que enfrenta el adulto mayor.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2001) la desigualdad, de dependencia y vulnerabilidad, se usan para analizar la vejez como fenómeno social y reconoce el sustrato fisiológico de la ancianidad, pero da mayor importancia a los factores socioculturales para explicar el papel de las personas de edad, dentro de sus comunidades y familias, e insiste que es preciso revisar las tendencias de vulnerar al anciano en salud, empleo y seguridad social, y que esto es trabajo político del estado, de la sociedad civil y de las familias.

1.6 Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores en Guatemala.

De acuerdo a la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHAG, 2013), hasta hace una década, el tema de los adultos mayores no era visto en el país como un tema que planteara urgencia de abordaje, pero las demandas de la realidad de las personas mayores y los informes de organismos internacionales, así como encuestas elaboradas por el Estado, han puesto en evidencia las condiciones de pobreza y exclusión de los adultos mayores en Guatemala. Esta oficina recibió durante el año 2003, 181 denuncias de maltrato, de las cuales 46% fueron de violencia intrafamiliar (maltrato económico y familiar) y el 54% fueron denuncias de violación a sus derechos (salud, laboral, seguridad, vivienda, seguridad social y otros). Esto quiere decir, que el no tomar en cuenta el deterioro cognitivo de la mano con falta de dependencia que éste causa en los adultos mayores, es una violación a sus derechos humanos. 20 de cada 100 personas de 65 años en adelante mueren por falta de cuidado al deterioro de sus capacidades físicas y mentales, como es el caso de la artritis, atrofas, demencia senil, etc.

Este mismo informe da a conocer que la situación es grave debido a la escasa cobertura y deficiente calidad de los distintos programas de jubilación y atención de población mayor, aunada a la infraestructura institucional. Además el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, a través del programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS) no logra cubrir un salario adecuado para cada inscrito en el programa, oscilando las mensualidades entre Q80.00 a Q400.00 mensuales para el 80% de la población inscrita. Además esto no incluye un programa de apoyo al deterioro personal y físico, sino únicamente médico ambulatorio sin especialización, sino únicamente a quienes logran que los médicos les trasladen con un especialista.

Desde el 2013, la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, inició el programa “Mis Años Dorados” que consiste en brindar a los adultos mayores en pobreza, y pobreza extrema, servicios de atención integral diaria en salud, terapias ocupacionales y físicas, recreación y alimentación. Los integrantes del programa en cada municipio son ambulatorios, es limitado a un número de participantes. (Sosep 2015) Además de los servicios ya mencionados “Mis Años Dorados también brinda alimentación. Estos centros funcionan con el apoyo de las municipalidades, y ya se han aperturado 54 centros en todo el país, con 3,500 adultos mayores afiliados.

Las conclusiones a las que llega la ODHAG es que el mayor problema de los adultos mayores es la exclusión y la vulnerabilidad, pues deben ser visualizados como actores en abordaje y no como objeto de atención y compasión. Eso quiere decir que el adulto mayor debe de cobrar protagonismo, y dejar el papel histórico que ha venido desarrollando en Guatemala, para crear condiciones para su ejercicio de ciudadanía plena, por lo que todo proceso de acompañamiento por instituciones tiene que tener claras las

condiciones y tomar en cuenta que es necesario generar capacidades en los Adultos Mayores.

1.7 Adulthood Major and Dependence

Tomando en cuenta los antecedentes, en este estudio definió dependencia como la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales. Minsal, (2008) indica que conocer el alcance de la dependencia, el número de personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto en los programas de protección psicosocial de todo centro asistencial para adultos mayores. Sirve para delimitar mejor lo que es problema de salud y problema social. Según Dorantes, Ávila, Mejía, Gutiérrez, (2001), es el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Este mismo estudio indica que la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Los autores indican que la mayor edad es un factor independientemente asociado con la dependencia para realizar tanto actividades básicas de la vida diaria, como actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores.

Entre otros factores determinantes significativos se encuentran tener un "miembro amputado, padecer un mayor número de enfermedades crónicas, presentar síntomas depresivos y dolor y tener enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral). El conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud basados en la evidencia científica, que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e

implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso, como por ejemplo, la búsqueda sistemática de síntomas depresivos en los adultos mayores y la aplicación de tratamientos oportunos podrían reducir o evitar el deterioro funcional asociado con este trastorno. Además, un tratamiento adecuado con analgésicos podría ayudar a reducir el número de personas que son dependientes debido al dolor que sufren. Ellos indican que las investigaciones no solamente deben identificar los factores asociados con el desarrollo de la dependencia funcional, sino que también deben identificar los mecanismos que llevan a ese desenlace en los adultos mayores.

Guillén y Herrera (2011), refieren que en lo que concierne a las actividades de la vida diaria del adulto mayor en las que existe mayor dependencia se han podido identificar, organizadas de menor a mayor: arreglarse, comer, deposición, ir al inodoro, vestirse, lavarse-bañarse, trasladarse sillón-cama, micción, deambulación y subir y bajar escaleras, siendo esta última la que mayor peso tiene de todas al reportarse una dependencia del 76.6%, porcentaje que está muy por encima de las actividades de la vida diaria con mayor incidencia; más próxima a ella: micción y deambulación (51.6%) respectivamente. Los resultados obtenidos para la actividad de la vida diaria con mayor dependencia permiten concluir, que dicha actividad se ve afectada con mayor proporción a un hecho fisiológico más que patológico, ya que, el cuerpo sufre cambios, uno de ellos y el primero que se da a notar es la pérdida de la función articular que es la que permite flexionar codos, cuello y en este caso las rodillas imposibilitando el subir y bajar escaleras que fue la variable con mayor dependencia en esta población estudiada.

Toda persona mayor de los 60 o 65 años dependiendo del país en que viva, estaría atravesando el proceso de vejez el cual significa sin excepción alguna la presencia del

deterioro físico y cognitivo siendo en unos casos donde se presente un excesivo deterioro cognitivo como físico el cual obligue al adulto mayor a ser dependiente para algunas o todas sus actividades del diario vivir. El deterioro cognitivo en un grado considerado está asociado con la demencia siendo esta llamada en estos casos demencia senil la cual representa una dependencia del adulto mayor para su dependencia o bien pasaría a ser casi una dependencia total.

Es por todo lo anteriormente expuesto que el segmento poblacional del adulto mayor necesita de una atención especial tanto en el seno del hogar y en este caso en específico institucionalizado, por lo que es prudente considerar la evaluación los aspectos cognitivos y grados de dependencia que pueda presentar el paciente para tenerle un seguimiento y brindarle una atención especializada.

II. Planteamiento del Problema

El adulto mayor en Guatemala es un segmento poblacional no atendido adecuadamente, el Artículo 51, Capítulo II de la Constitución Política de la República de Guatemala, que se refiere a los Derechos Sociales, Familia, Protección a Menores y Ancianos, así como el Decreto 80-96 “Reglamento de la Ley para la Protección de las Personas de la Tercera Edad” no han sido cumplidas eficientemente en su intento de llevar a cabo las garantías mínimas de hogar, cuidado y protección del adulto mayor, tan vulnerable, tanto por su deterioro físico, como cognitivo.

En La Antigua Guatemala, existen tres asilos para ancianos, cuya situación actual refleja áreas de oportunidad, tanto en el aspecto económico (con presupuestos estrechos para cubrir necesidades básicas de pacientes y capacitación de personal) así como falta de Áreas Psicológicas formales dentro de dichas instituciones. También ya se cuenta con 2 programas “Mis Años Dorados” de SOSEP.

Casa María cuenta con personal directivo calificado, así como personal de enfermería y atención. Las áreas fuertes de dicho centro de atención al adulto mayor es el cuidado nutricional y médico; sin embargo, la atención psicológica para los pacientes es deficiente, limitándose a terapia ocupacional específico en el área de manualidades. Dicha actividad ocupacional es satisfactoria, siempre y cuando se tome en cuenta el daño cognitivo de los pacientes, y se ajuste a las necesidades y deterioro de cada adulto mayor de forma individual, y esto sólo se puede lograr, con una atención psicológica eficiente.

Es por ello que un departamento psicológico interno es necesario para atención multidisciplinaria, a fin de asegurar la calidad de vida y la dignidad de los adultos mayores institucionalizados en Casa María.

Esta investigación presenta resultados del deterioro cognitivo de los pacientes de Casa María, y demuestra la necesidad del departamento interno de Psicología dentro de dicho centro de atención.

Debido a la importancia de saber el deterioro cognitivo del adulto mayor para mejorar la calidad de vida de los internos en Casa María, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo o grado de dependencia que presenta el paciente geriátrico institucionalizado en el centro de atención al adulto mayor, Casa María?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General:

- Determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores reclusos en Casa María.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el área cognitiva más afectada en los adultos mayores institucionalizados en Casa María, sea Ausencia de deterioro, Deterioro ligero, Deterioro moderado, Deterioro Acusado y Deterioro grave.

- Determinar si existe relación entre deterioro cognitivo y dependencia de la población de Casa María.
- Evaluar el estado de deterioro cognitivo en los ancianos institucionalizados en Casa María, y hacer la comparación entre género.

2.2 Variables

Variable Dependiente

- Deterioro Cognitivo
- Dependencia

Variable independiente

- Adulto Mayor

2.3 Definición de Variables:

2.3.1 Definición Conceptual:

El deterioro cognitivo es el conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social (Gómez, 2003).

Dependencia se refiere a la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales en adultos mayores, (Dorantes, Ávila, Mejía, Gutiérrez, 2001).

Adulto mayor, para la Organización Mundial para la salud (OMS) (2009), es toda persona mayor de 60 años.

2.3.2 Definición Operacional

En esta investigación el deterioro cognitivo es la disminución de las aptitudes intelectuales; memoria, pensamiento y lenguaje. El adulto mayor en la presente investigación es para la Organización Mundial para la salud (OMS) (2009), es toda persona mayor de 60 años.

2.4 Alcances y Límites

La presente investigación abarcó adultos mayores de ambos sexos, comprendidos entre los 65 y 80 años, internados en Asilo Casa María de La Antigua de Guatemala, durante el año 2015.

El estudio se limitó exclusivamente a la población antes mencionada, y a la identificación del nivel cognitivo de la muestra poblacional únicamente, y no se realizó ninguna intervención terapéutica. Tomando en cuenta el tamaño de la muestra, los resultados obtenidos no pueden generalizarse.

2.5 Aporte

Al finalizar esta investigación se presentarían los resultados a las autoridades de la Junta Directiva del Asilo Casa María, con los cuales se logró determinar qué áreas cognitivas son más afectadas en los pacientes adultos y adultas mayores internados y el grado de deterioro cognitivo que presentaron los sujetos evaluados. Uno de los aportes que buscó esta investigación fue beneficiar en primer lugar a los pacientes adultos mayores que residen en dicho centro de cuidado, a través de brindar el estudio de la situación actual de deterioro cognitivo y dependencia de cada residente de Casa María, y se propuso una aproximación personalizada a sus directivos para poder brindar una mejor

calidad de vida a los pacientes. Así mismo, se benefició a los médicos y psicólogos del área de cuidados de los pacientes, ya que se facilita el diagnóstico de los pacientes.

Con los hallazgos de dicho trabajo podrían surgir nuevos planes de tratamiento, o bien se podrían crear e implementar programas adecuados para mejorar la calidad de vida del adulto mayor que presenta algún deterioro cognitivo.

III. Método

3.1 Sujetos

Los sujetos de estudio fueron 25 pacientes adultos mayores de 65 años que viven en el Centro de Cuidados para el Adulto Mayor Casa María, de La Antigua Guatemala

Los sujetos de estudio fueron 12 hombres y 13 mujeres, provenientes de diferentes departamentos de la República, seleccionados por el personal de Casa María.

3.2 Instrumento

Para el desarrollo de la investigación se realizó a los sujetos de estudio, una evaluación psicológica. La escalas y cuestionario que se utilizó fue el Test de CLIFTON (Procedimientos de Evaluación de Ancianos), también denominado Test CAPE (Clifton Assesment Procedure for the Elderly) es un instrumento de aplicación individual destinado a valorar el posible grado de deterioro y dependencia. Esta es la descripción de dicho test:

Escala de Evaluación Cognitiva (CAS, Cognitive Assesment Scale): permite la evaluación rápida y sencilla del nivel cognitivo del anciano sin resultar estresante para la población objeto de la evaluación. Puede aplicarse a sujetos con niveles de capacidad muy diferentes.

Escala de Evaluación del Comportamiento (BRS, Behaviour Rating Scale): está destinado al diagnóstico de su nivel conductual mediante un observador externo. De gran utilidad para la clasificación y orientación de ancianos internados o dependientes, permite diagnosticar en muy poco tiempo el nivel global de discapacidad en que se encuentra la

persona en las principales áreas de incapacidad conductual: Incapacidad **física, Apatía, Dificultades de comunicación y Perturbación social.**

Las puntuaciones obtenidas se transforman en cinco niveles que corresponden a grados diferentes de deterioro funcional.

3.3 Procedimiento

1. Se seleccionó el tema de investigación, se plantearon objetivos generales y específicos, y el elemento de estudio, así como la muestra.
2. Se solicitó la autorización a las autoridades del Asilo de Ancianos Casa María, para poder aplicar el instrumento a la muestra elegida.
3. Se seleccionó la muestra de 25 individuos entre todos los pacientes adultos mayores internados en Casa María, La Antigua Guatemala.
4. Se investigó acerca de antecedentes de investigaciones nacionales e internacionales acerca del deterioro cognitivo en adultos mayores, internados en centros asistenciales para el adulto mayor.
5. Se recopiló información teórica del tema de estudio.
6. Se seleccionó la prueba psicométrica que se aplicará a los sujetos de estudio.
7. Se realizó una entrevista con el paciente y/o su encargado.
8. Se realizó la aplicación del test de forma individual en sesiones de 15 minutos aproximadamente
9. Se tabularon los resultados, según las instrucciones dadas por los autores de las mismas.

10. Con los resultados obtenidos, se redactaron conclusiones y recomendaciones del tema de estudio.

11. Se realizó el informe final.

3.4 Diseño

El diseño del presente estudio fue descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), con este tipo de investigación se pretende especificar las propiedades, características y perfiles de ciertos sujetos, grupos, comunidades u objetos.

El estudio descriptivo mide, evalúa o recolecta datos sobre distintos conceptos o variables, aspectos y componentes del fenómeno.

En la investigación se utilizó el Test CLIFTON (1997), para ancianos. Así mismo, las puntuaciones ajustadas se trasladaron a una gráfica. Para la presente investigación se manejó;

- Frecuencia: número de veces que el valor de una variable se repite.
- Porcentaje: expresión de una proporción de 100.
- Porcentaje acumulado: la sumatoria de los porcentajes anteriormente calculados.
- Media: promedio de un conjunto de datos. Se calcula dividiendo la suma del conjunto de datos entre el total de ellos.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la investigación, luego de aplicar las dos escalas que componen el test de Clifton procedimientos para evaluación de ancianos en Casa Geriátrica María, en tablas y gráficas.

Tabla. No. 1

EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS) Y VALORACIÓN DE LA CONDUCTA (BRS)

Hombres						
No.	Dimensión		Evaluación Cognitiva (CAS)		Valoración de la Conducta (BRS)	
	Edad	Estado Civil	Punteo Directo	Porcentaje / 36	Punteo Directo	Porcentaje / 36
1	60	Soltero	7	19%	16	44%
2	70	Soltero	3	8%	14	39%
3	72	Soltero	6	17%	8	22%
4	65	Soltero	23	64%	7	19%
5	77	Soltero	28	78%	6	17%
6	60	Soltero	11	31%	14	39%
7	60	Soltero	20	56%	15	42%
8	78	Soltero	5	14%	27	75%
9	73	Soltero	11	31%	19	53%
10	71	Soltero	18	50%	18	50%
11	67	Soltero	29	81%	10	28%
12	74	Soltero	32	89%	9	25%
TOTALES			45%		38%	

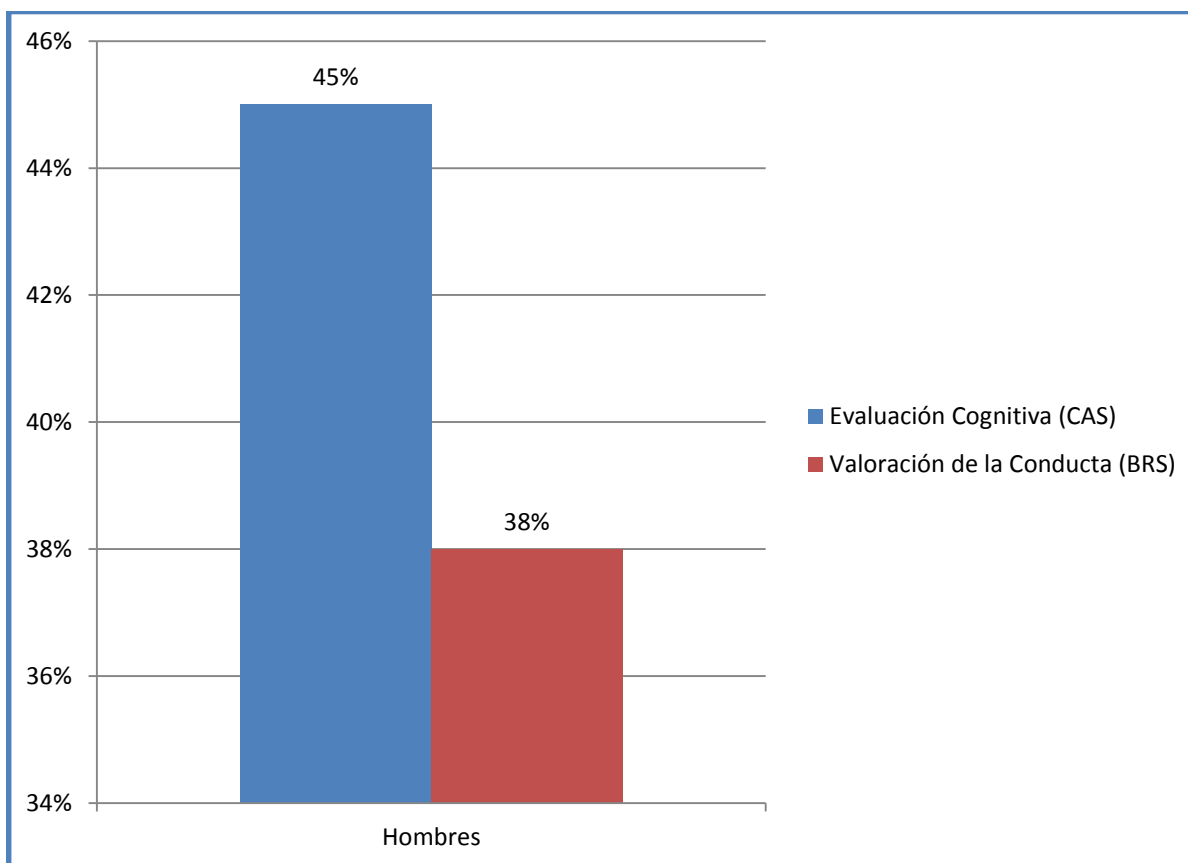
HOMBRES

La tabla demuestra el nivel de la evaluación Cognitiva (CAS) en los adultos mayores hombres con un 45 %. En cuanto a la valoración de la Conducta (BRS) los sujetos de estudio presentan un nivel del 38%, evidenciando que dicho grupo de estudio presenta un nivel bajo en las áreas cognitivas y de conducta.

Gráfica No.1

EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS) Y VALORACIÓN DE LA CONDUCTA (BRS)

HOMBRES



Se observa que el área más afectada en los adultos mayores hombres es la referente a Valoración de la Conducta (BRS) con un 38%, en cuando a la Evaluación Cognitiva (CAS) se muestra un nivel bajo con un 45%.

Tabla. No. 2**EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS) Y VALORACIÓN DE LA CONDUCTA (BRS)****MUJERES**

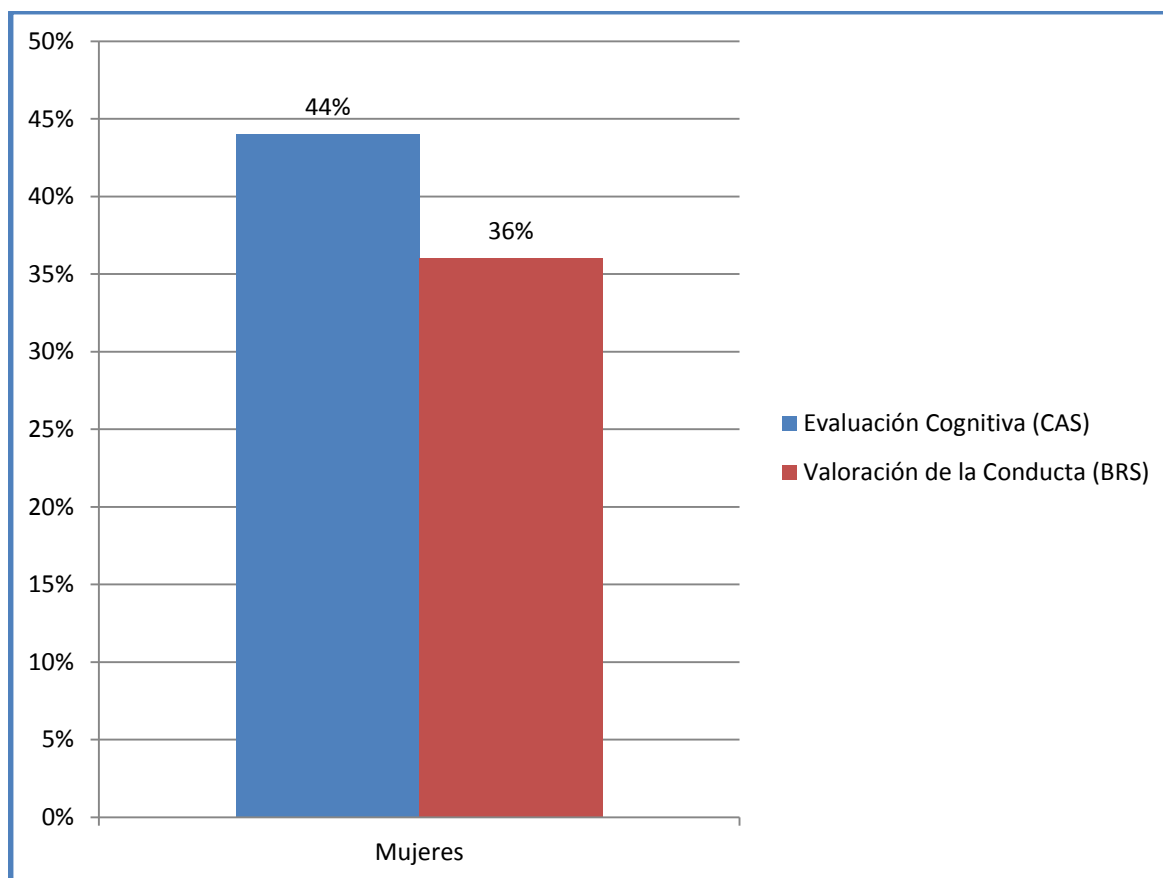
MUJERES						
No.	Dimensión		Evaluación Cognitiva (CAS)		Valoración de la Conducta (BRS)	
	Edad	Estado Civil	Punteo Directo	Porcentaje / 36	Punteo Directo	Porcentaje / 36
1	85	Soltera	14	39%	6	17%
2	63	Soltera	13	36%	10	28%
3	65	Soltera	5	14%	17	47%
4	64	Soltera	8	22%	9	25%
5	80	Soltera	7	19%	10	28%
6	71	Soltera	30	83%	10	28%
7	81	Soltera	20	56%	12	33%
8	77	Soltera	22	61%	15	42%
9	69	Soltera	3	8%	29	81%
10	73	Soltera	24	67%	14	39%
11	76	Soltera	16	44%	2	6%
12	79	Soltera	27	75%	9	25%
13	75	Soltera	18	50%	24	67%
Totales				44%		36%

La tabla demuestra el nivel de la evaluación Cognitiva (CAS) en los adultos mayores mujeres con un 44 %. En cuanto a la valoración de la Conducta (BRS) los sujetos de estudio presentan un nivel del 36%, evidenciando que dicho grupo de estudio presenta un nivel bajo en las áreas cognitivas y de conducta.

Gráfica No.2

EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS) Y VALORACIÓN DE LA CONDUCTA (BRS)

MUJERES

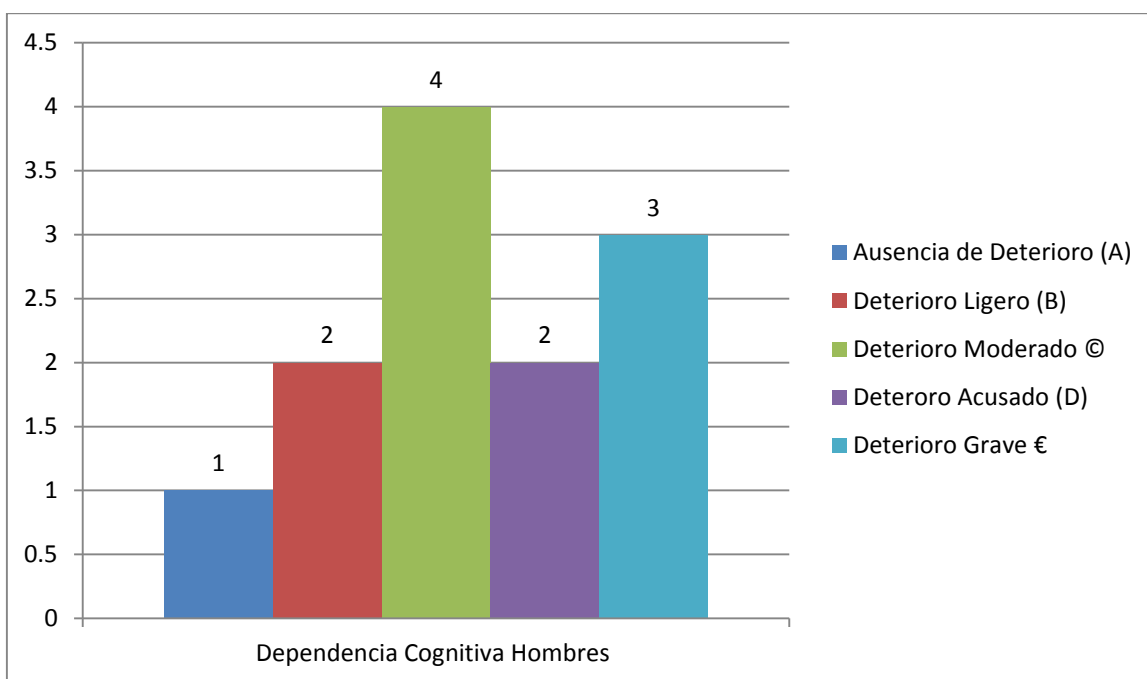


Se observa que el área más afectada en los adultos mayores mujeres es la referente a Valoración de la Conducta (BRS) con un 36%, en cuando a la Evaluación Cognitiva (CAS) se muestra un nivel bajo con un 44%.

Tabla. No. 3

A	B	C	D	E
1	2	4	2	3

Gráfica No.3

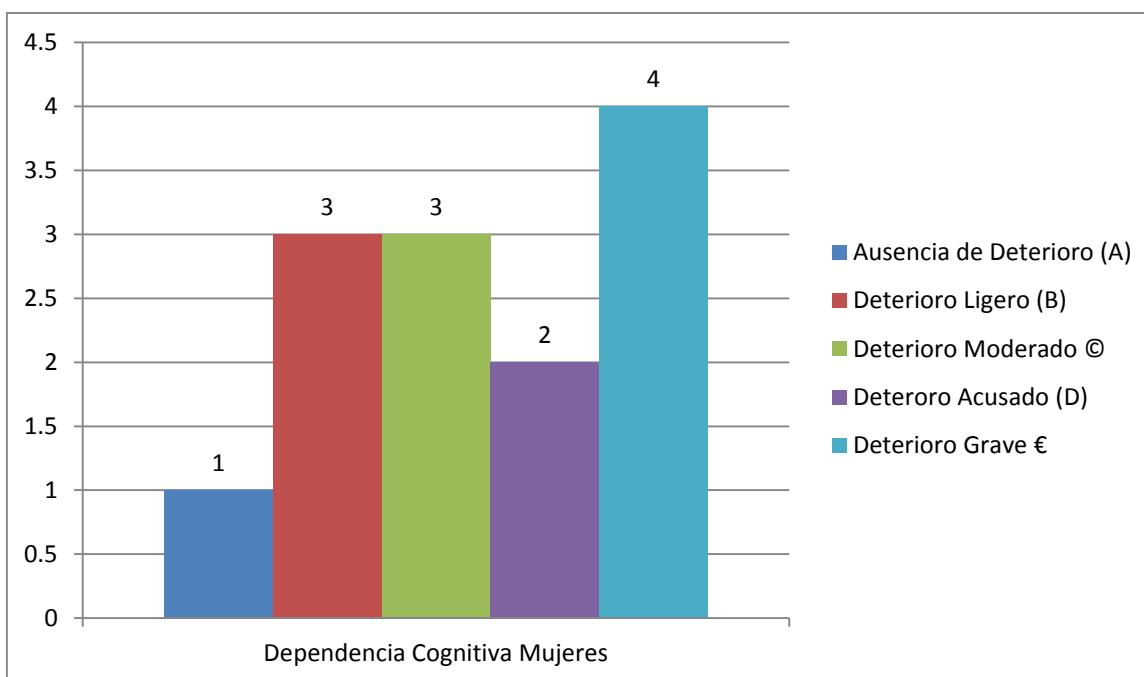


Se observa que El Deterioro Moderado es el diagnóstico según el Test Clifton es el que más predomina dentro de los sujetos de estudio representando un 33.33%, siendo El Deterioro Grave el segundo diagnóstico que predomina en la población masculina siendo este un 25% del total.

Tabla. No. 4

A	B	C	D	E
1	3	3	2	4

Gráfica No.4



Se observa que El Deterioro Grave es el diagnóstico según el Test Clifton es el que más predomina dentro de los sujetos de estudio representando un 30.76%, siendo El Deterioro Moderado y Ligero el segundo diagnóstico que predomina en la población femenina siendo cada uno de estos 23.07% del total.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la Organización Mundial para la salud (OMS, 2009) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad. En cambio las Naciones Unidas (ONU, 2005) considera anciana a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. Por lo que la investigación se basó en considerar adulto mayor a las personas de sesenta años ya que Guatemala es un país en vías de desarrollo.

La etapa del envejecimiento representa cierto deterioro físico que es inevitable, a partir de la madurez y durante la vejez, los adultos mayores cambian de apariencia, así mismo se presentan cambios en el funcionamiento de todos los órganos, el cabello se adelgaza y se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos se vuelven más frágiles, surgen problemas en el área cognitiva que es la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectivas. Por tal razón se decidió realizar un estudio para evaluar el deterioro cognitivo y dependencia en adultos mayores institucionalizados del centro de atención al adulto mayor Casa María, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús. Al respecto Según Morris y Maisto (2005) la etapa del envejecimiento representa cierto deterioro físico que es inevitable, a partir de la madurez y durante la vejez, los adultos mayores cambian de apariencia, así mismo se presentan cambios en el funcionamiento de todos los órganos. Con respecto a lo anteriormente expuesto y en base a los resultados obtenidos, se confirma lo descrito por Morris y Maisto (2005) ya que los adultos mayores que pertenecen al Asilo Casa María presentan

dependencia de los enfermeros de la institución ya que aunque los adultos mayores tengan el deseo o impulso de hacer cosas que no le sugieren o bien de querer cuidarse su propia apariencia como bañarse, asearse entre otros, no lo pueden realizar de manera independiente , porque aunque lo comiencen a hacer por sí solos terminan con apariencia descuidada y por ende comienza el apoyo de los enfermeros para auxiliarlos en sus necesidades. Se crea cierto grado de dependencia, que es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.

Según la Organización Panamericana para la Salud (OPS, 2010) es frecuente que se presenten síntomas de deterioro cognitivo, con alteración en áreas como lenguaje, atención, memoria, comprensión y pensamiento. La depresión es uno de los trastornos que está ligado al deterioro cognitivo en adultos mayores.

Casanova (2004) refiere que en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida, de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Dicho fundamento se afirma al evaluarse los niveles cognitivos y se obtuvo como resultado que los adultos mayores partícipes del estudio se encuentran en un nivel medio por lo consiguiente tal deterioro provoca que los sujetos dependan de los cuidados personalizados por parte de los

colaboradores de un centro o de los familiares ya que demandan un alto grado de cuidado y de atención.

Papalia (2006), describe los cambios físicos que suelen presentarse en adultos mayores: la mayoría de los sistemas corporales por lo general continúan funcionando bien, el corazón se vuelve más susceptible a las enfermedades y la capacidad de reserva de energías disminuye. Lo anterior es visible entre los ancianos del asilo Casa María dado que muchos de los ancianos pasan horas en cama realizando actividades como escuchar música, ver televisión o bien sentados en alguna silla solos o alrededor de más compañeros institucionalizados, permaneciendo todos sentados sin realizar alguna acción y muchas veces sin entablar conversaciones.

Departamento de la Economía de La Salud (MINSAL, 2008) cita a Aranibar quien indica que conocer el alcance de la dependencia, el número de personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto en los programas de protección psicosocial de todo centro asistencial para adultos mayores. Con el estudio anterior se concuerda con que debido a la dependencia presentada por los adultos mayores institucionalizados en Casa María es importante el crear programas para fortalecer ya actualizar el conocimiento del personal a cargo de los cuidados personalizados de los adultos mayores.

Según Ardila y Rosselli (2007), en su clasificación de los tipos de alteraciones en las funciones cognitivas se determina varios conceptos tal es el caso de la motricidad que es la impersistencia motora lo que se expresa en los resultados ya que muchos de los adultos mayores en la evaluación manifestaron gran deterioro motriz por lo que en su mayoría las funciones físicas han ido disminuyendo y algunos de ellos han perdido la movilidad.

En cuanto a la atención determinaron los mismos autores que son los cambios en la activación y cambios en las respuestas de orientación, lo anterior se presencia en los Adultos Mayores de Casa María porque muchos de ellos expresaban que tenían una edad mucho menor a la que tienen actualmente, al igual que se encontraban desorientados en la vivencia del tiempo.

Otro aspecto tomado en cuenta por Ardila y Rosselli (2007) fue el lenguaje en cuanto a errores en la denominación o carencia de control verbal, lo que se evidenció en los sujetos de estudio ya que la mayoría hacía un esfuerzo al querer transmitir algún pensamiento y lo hacían de manera enlentecida, al igual se puede mencionar que habían personas que ya no podían articular ningún tipo de mensaje.

El deterioro cognitivo y dependencia de los adultos mayores resulta ser un tema de interés, debido a que en sociedades como la guatemalteca, en donde residen adultos mayores de diversas culturas a veces no se les da o se pierde el interés al velar por las necesidades de

los adultos mayores. Con la realización de la investigación fue posible identificar el grado de deterioro o dependencia que los adultos mayores institucionalizados presentan, por lo tanto se finaliza mediante los datos obtenidos en la investigación con que los adultos mayores hombres pertenecientes al asilo Casa María son los que presentan mayor grado de deterioro y dependencia.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con la presente investigación se presentan las siguientes conclusiones, que permiten analizar el grado de deterioro y dependencia que presentan la población estudiada del asilo Casa María.

1. El género con mayor deterioro cognitivo es el femenino mientras que el género masculino es el que presenta una menor dependencia.

2. En base a los resultados obtenidos mediante la investigación realizada en el Asilo Casa María, se determinó que el área más afectada en los adultos mayores hombres es la valoración cognitiva, dicha área puntea con 38% por lo que los sujetos de estudio tienen un alto grado de dependencia conductual, los adultos mayores mujeres el área más deteriorada es valoración de la conducta lo cual se manifiesta con el 36 % de la población estudiada siendo el género femenino que presenta menor nivel de dependencia.

3. Existe una leve relación entre deterioro cognitivo y dependencia del adulto mayor en Asilo Casa María siendo estos muy similares en cuanto a porcentaje promedio en cada individuo, es decir encontrándose por debajo de la media.

4. La apatía, las dificultades de comunicación, perturbación social e incapacidad física son ítems del test CLIFTON que engloban el deterioro conductual o bien el grado de dependencia, el cual promedia un 37% del punteo lo que significa que en los aspectos evaluados anteriormente el deterioro es acusado, alto grado de dependencia.

5. El deterioro cognitivo en los hombres un 45% presentan deterioro moderado, por lo que los adultos mayores de la muestra del Asilo Casa María presentan una dependencia media,

mientras en las mujeres el deterioro representa un 44%, por lo que los adultos mayores mujeres de la muestra del Asilo Casa María presentan una dependencia media, siendo este último genero el que presenta un menor nivel de deterioro cognitivo.

6. Las gráficas 1 y 2 de hombres y mujeres nos muestran que el área conductual es la más afectada entre los sujetos de estudio siendo hombres una puntuación de 38% y mujeres con un 36%.

7. Por lo que en el Asilo Casa Santa María, se demuestra que el deterioro cognitivo es el menos dañado sin embargo esto no significa que el paciente no necesite de ningún tipo de cuidado.

VII. RECOMENDACIONES

El presente estudio permitió observar aspectos de la muestra poblacional los cuales se brindan a continuación las siguientes recomendaciones:

1. Brindar un mayor soporte en el área cognitiva a los hombres de Casa María y un mayor soporte a las mujeres debido a su alto nivel de dependencia global que presentan.
2. Presentar atención especializada concentrada en el área de dependencia puesto que esta es el área mayormente afectada entre ambos géneros.
3. Si bien el área de dependencia presenta un mayor deterioro se encontró una leve relación entre dependencia y deterioro cognitivo por lo que el cuidado especializado no deberá de dejar por un lado el aspecto cognitivo del paciente.
4. El test de Clifton se compone por dos escalas por lo que se presentó una valoración global, sin embargo estas escalas miden por si mismas aspectos como, incapacidad física, apatía, dificultades de comunicación y perturbación social, por lo que se recomienda valorar cada aspecto por individual con el paciente puesto que en algunos casos un impedimento físico (ceguera, sordera y artritis) fue el que determino un bajo punteo global.
5. Se recomienda dar un enfoque especial al aspecto cognitivo ya que a nivel global de los individuos se encuentra en un nivel medio y no debería dejarse pasar desapercibido.
6. La dependencia es un factor que aparece deteriorado a nivel global de los individuos por lo que se recomienda dar un tratamiento adecuado a este.

7. Se recomienda reevaluar a los pacientes de cada área, para su reacomodamiento en base a los resultados obtenidos.
8. Realizar un estudio enfocado a investigar la posible presencia de depresión que pueden llegar a manifestar los adultos mayores, debido al deterioro cognitivo o conductual que presentan.
9. Al encontrarse con áreas cognitivas y conductuales a nivel bajo es importante evaluarlos constantemente para identificar si se presencia alguna reducción de los índices.
10. Crear talleres de actividades adecuadas para el personal a manera de seguir fortaleciendo la actitud positiva ya que independientemente de la situación actual de los adultos mayores, ellos perciben de alguna manera las actitudes de los demás y por ende son casi único contacto directo que los adultos mayores mantienen
11. Promover el respeto y cuidado hacia los adultos mayores del Asilo Casa María ya que la mayoría de los individuos no reciben visita constante de sus familiares.
12. Brindar acompañamiento psicológico a los ancianos de Asilo Casa María con la creación de un área de atención clínica psicológica especializada en el adulto mayor.
13. Fortalecer vínculos afectivos con personas cercanas a los pacientes institucionalizados para la motivación tanto del paciente como la de estas personas.

VIII. Referencias

- Aguilar, G. (2008). *Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el adulto mayor ante la familia y la sociedad*. Tesis Inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Aranibar, Paula (2001). *Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en Latinoamérica*. CELADE-FNUAP. Santiago de Chile.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Arza, R., Díaz-Marsá, M. , López, C. ,et al. (2009) *Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos*. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos Artículo. Páginas 236-239. Madrid, España
- Cajas, L. (2007). *Deterioro Cognitivo y vejez*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Calero, M. & Navarro,E. (2006). *Programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo*. Clínica y Salud. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Madrid, España
- Casanova, S. (2004). *Deterioro Cognitivo en la tercera Edad*. Revista Cubana de Medicina Integral. La Habana, Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm

- Castañeda, E. (2011). *Deterioro cognitivo y su relación con las ideas irracionales en personas de la tercera edad: estudio realizado en los asilos Santa Luisa de Marillac y asilo de Indigentes de la ciudad de Quetzaltenango*. Tesis Inédita, Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landivar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.
- Cerquera, A. (2007). *Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga*. Tesis Inédita, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Contreras, B. (2011) *Efectividad de un taller psicoterapéutico con enfoque Gestalt en el bienestar psicológico de adultos mayores institucionalizados*. Tesis inédita. Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landivar, Guatemala.
- Dorantes, G. Ávila, F. Mejía, S. Gutiérrez, Robledo. (2001) *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*. Rev Panam Salud Pública. 2007;22(1):1–11.
- Enríquez A. (2001) *Alteraciones de la memoria. Su relación con la edad y género*. Tesis inédita, Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landivar, Guatemala.
- Garay, M. (2007). *Relación entre depresión y deterioro cognitivo*. Tesis Inédita. Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- García, J. (2005) *Introducción a la Estimulación cognitiva*. Departamento de Psicología Básica y Metodología (UMU).

- Gispert, C. (1998) Enciclopedia de la Psicología. Océano. 4To. Tomo. España.
- González, Ana Lucía (2014). *Perfil del Adulto Mayor*. Revista D. Prensa Libre. Disponible en http://www.prensalibre.com/revista_d/maltrato_en_la_vejez_adultos_mayores-cifras_adultos_mayores_guatemala_o_1156284585.html.
- Guillén, Diana y Grecia Herrera. (2011) *Nivel de Dependencia del Adulto Mayor en una Comunidad Rural del Sur de Veracruz*. Universidad Veracruzana. México.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. (3ra. ed.) México: Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª. ed.). México: McGraw-Hill.
- Ibarra, L., Pérez, J. & Martínez, R. (2006) *Capacidad cognitiva de los pacientes de un servicio geriátrico ambulatorio en Monterrey, México*.
- Jacas (2008) *Protocolos de evaluación neuropsicológica en Psicogeriatría*. Neuropsicología. Unidad de Geriatría, Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Facultad de Medicina. Barcelona
- Martínez, R. (2011). *Evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a consulta del Departamento de Neurociencias del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Mejía, M (2013). *Deterioro cognitivo en adultos mayores con Trastorno Depresivo Mayor, que asisten al área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

MINSAL (2008) Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Súper Intendencia de Salud de Chile.

Monterroso, K. (2012). *“Tipos de depresión en personas de la tercera edad”* (estudio realizado en la asociación del adulto mayor de la cabecera departamental de Quetzaltenango). Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Molina, I. (2005). *Depresión en el adulto mayor en miembros del centro de atención médica integral para pensionados (CAMIP) en Guatemala*. Tesis Inédita. Universidad Francisco Marroquín, Guatemala.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. Revista MHSalud, Vol. 1. Nº. 1., 1-12.

Morris, C., Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. (12ma. ed.) México

Naciones Unidas. (ONU) (2005). *Que es un adulto mayor*. México. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (2005). *Adulto Mayor y Situaciones de Exclusión en Guatemala*. Guatemala.

Organización Panamericana para la salud (OPS). (2010). *Adultos mayores y salud mental*. México. Disponible en [:http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1167Itemid=353](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1167Itemid=353)

Organización Mundial de la Salud (2010). *Definiciones Intox*. (En red) Disponible en: http://www.who.int/ipcs/poisons/en/definitions_es.pdf

Papalia, D., Olds S. y Feldman R. (2006). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill. USA

Pérez, V. (2005). *El deterioro cognitivo: una mirada previsor*. Revista Cubana de Medicina Integral. La Habana, Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi171-205t.htm

Ramírez, E., Argimon, J. , Vila, J., Pueyo, T. , Cabezas, C. Y Vinyoles, E. (2002) *Detección del deterioro cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto Cuidad*. España.

Rodríguez, A., Molina, J., González, A. (2005). *Depresión y deterioro cognitivo en hombres mayores colombianos*. Revista iberoamericana de geriatría y gerontología. Cali, Colombia. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=16723>

Ruiz, K., Aragón, C., Díaz M. & Herrera, A. (2009). *Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido: ayudas de memoria externas y recuperación espaciada*. Psicología desde el Caribe. Volumen 24; Páginas 147-179

Vallejo Ruiloba, J. (2003) *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Editorial Masson SA España.

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M., Méndez, F. (2004). *Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional*. Revista de la sociedad Peruana de Medicina interna. Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2.pdf>

Ramirez, T. (1999). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas: Editorial Panapo. (En red) Disponible en: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/09/disenodocumentalsegun-tulio-ramirez.html>

Samperio, Roberto. *Metodología de la Investigación*. (1985) Editorial McGrawHill, México.

ANEXOS

Ficha Test CLIFTON

El Test de CLIFTON (Procedimientos de Evaluación de Ancianos), también denominado Test CAPE (Clifton Assesment Procedure for the Elderly) es un instrumento de aplicación individual destinado a valorar el posible grado de deterioro y dependencia.

La Batería CLIFTON consta de dos subtests:

1- La Escala de Evaluación Cognitiva (CAS, Cognitive Assesment Scale).

El objetivo del test CAS es la valoración del nivel cognitivo del anciano.

2- La Escala de Evaluación del Comportamiento (BRS, Behaviour Rating Scale).

El objetivo del test BRS es valorar el nivel conductual del anciano, siguiendo estas áreas de incapacidad:

-Incapacidad física

-Apatía

-Dificultades de comunicación

-Perturbación social.

La valoración conductual la realiza un familiar, cuidador o persona cercana al anciano.

Consiste en dos medidas independientes (**CAS y BRS**) desarrolladas en el Hospital Clifton de York para el diagnóstico de ancianos para evaluar principalmente su grado de deterioro y dependencia.

El **CAS, Escala de evaluación cognitiva**, permite la evaluación rápida y sencilla del nivel cognitivo del anciano sin resultar estresante para la población objeto de la evaluación. Puede aplicarse a sujetos con niveles de capacidad muy diferentes.

El **BRS, Escala de valoración de la conducta**, está destinado al diagnóstico de su nivel conductual mediante un observador externo. De gran utilidad para la clasificación y orientación de ancianos internados o dependientes, permite diagnosticar en muy poco tiempo el nivel global de discapacidad en que se encuentra la persona en las principales áreas de incapacidad conductual: **Incapacidad física, Apatía, Dificultades de comunicación y Perturbación social**.

Las puntuaciones obtenidas se transforman en cinco niveles (del A al E) que corresponden a grados diferentes de deterioro funcional.