**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

****

**TEMA:**

**“EFECTOS DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CONDUCTA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN Y DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES QUE DISMINUYAN EL IMPACTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DENTRO DE LOS CENTROS DE ATENCION A ANCIANOS SARA ZALDÍVAR Y CIUDADELA DR. JULIO IGNACIO DÍAZ SOL”**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO POR**

**NOLASCO POLANCO, KARLA LISSETH**

**PARA OPTAR AL GRADO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**DOCENTE DIRECTOR**

**LICDA. SARA ARELI BERNAL**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, OCTUBRE 2012**

**INDICE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAPITULO I** | **INTRODUCCION** | | | **.........................................................................................** | | | | | | **i** |
| **CAPITULO II** | **JUSTIFICACION** | | | **.........................................................................................** | | | | | | **ii** |
| **CAPITULO III** | **OBJETIVOS** | | | **.........................................................................................** | | | | | | **4** |
| **CAPITULO IV** | **MARCO DE REFERENCIA** | | | | **...........................................................................** | | | | | **5** |
|  | **4.1 Adultez Mayor** | | | | | **............................................................** | | | | **5** |
|  | **4.2** | **Psicogerontologia …… .......................................................................** | | | | | | | | **6** |
|  |  | **4.2.1** | **Edad adulta en la etapa de Presenectud** | | | | **...............................................** | | | **7** |
|  |  | **4.2.2** | **Edad adulta en la etapa de Senectud** | | | | **................................................** | | | **8** |
|  |  | **4.2.3** | **Edad adulta en la etapa de Postsenectud** | | | | **................................................** | | | **9** |
|  | **4.3** | **Personalidad del adulto mayor** | | | | | **. .............................................** | | | **9** |
|  | **4.4** | **La involución de la conducta.** | | | | | **...............................................** | | | **10** |
|  |  | **4.4.1** | **Características del periodo involutivo del adulto mayor en etapa de senectud y post-senectud.** | | | | | **........................................** | | **11** |
|  |  | **4.4.2** | **Pérdidas sufridas por el adulto mayor en etapa de senectud y post-senectud.** | | | | | **........................................** | | **11** |
|  |  | **4.4.3** | **Cambios emocionales en las etapas de senectud y post-senectud.** | | | | | **........................................** | | **12** |
|  |  | **4.4.4** | **Modificaciones psicológicas** | | | | | **........................................** | | **14** |
|  |  | **4.4.5** | **Modificaciones conductuales** | | | | | **........................................** | | **15** |
|  | **4.5** | **Desarrollo de procesos cognitivos en la edad adulta.** | | | | | | **........................................** | | **16** |
|  | **4.6** | **Psicopatología de la vejez;** **Alteraciones psicológicas y de la conducta en enfermedades neurodegenerativas.** | | | | | | | **.......................................** | **19** |
|  | **4.7** | **Trastornos cognitivos relacionados con el envejecimiento** | | | | | | | **.......................................** | **25** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **4.7.1** | **El deterioro cognitivo muy leve o sin demencia.** | | | | | **......................................** | **25** |
|  |  | **4.7.2** | **El deterioro cognitivo leve**  **o con demencia dudosa.** | | | | | **......................................** | **25** |
|  |  | **4.7.3** | **Deterioro Cognitivo asociado con la edad.** | | | | | **......................................** | **26** |
|  |  | **4.7.4** | **El Deterioro Cognitivo Moderado.** | | | | | **......................................** | **27** |
|  |  | **4.7.5** | **Deterioro Cognitivo Serio.** | | | | | **......................................** | **28** |
|  |  | **4.7.6 Diagnóstico diferencial** | | | | | | **......................................** | **29** |
|  | **4.8** | **Comportamiento de una persona con demencia** | | | | | | **......................................** | **30** |
|  | **4.9** | **Estimulación Cognitiva.** | | | | | | **......................................** | **32** |
|  |  | **4.9.1** | **Áreas básicas que se deben reforzar en terapias de Estimulación Cognitiva.** | | | | | **......................................** | **34** |
| **CAPITULO V** | **PROCEDIMIENTO METODOLOGICO** | | | | | | | **.......................................** | **36** |
|  | **5.1** | **Tipo de Investigación.** | | | | **..............................................................** | | | **36** |
|  | **5.2** | **Gestión de la Información.** | | | | **..............................................................** | | | **36** |
|  | **5.3** | **Enfoque metodológico.** | | | | **..............................................................** | | | **37** |
|  | **5.4** | **Población** | | **........................................................................................** | | | | | **37** |
|  | **5.5** | **Muestra** | | **........................................................................................** | | | | | **37** |
|  |  | **5.5.1** | **Tipo de muestreo** | | | | **....................................................** | | **37** |
|  |  | **5.5.2** | **Descripción de la muestra** | | | | **....................................................** | | **37** |
|  |  | **5.5.3** | **Selección de la muestra.** | | | | **....................................................** | | **39** |
|  | **5.6** | **Sujetos** | | | **..........................................................................................** | | | | **40** |
|  | **5.7** | **Variables** | | | **..........................................................................................** | | | | **39** |
|  |  | **5.7.1** | **Variable Independiente: Deterioro Cognitivo.** | | | | **..................................................** | | **39** |
|  |  | **5.7.2** | **Variable Dependiente: Conducta del adulto mayor.** | | | | **..................................................** | | **40** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **5.8** | **Instrumentos** | | **...........................................................................** | | | **41** |
| **CAPITULO VI:** | **PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS** | | | | | **....................................................** | **43** |
|  | **6.1** | **Presentación de resultados de la prueba Minimental- Test.** | | | | **....................................................** | **43** |
|  | **6.2** | **Resultados obtenidos de la guía de entrevista a Adultos Mayores.** | | | | **....................................................** | **47** |
|  | **6.3** | **Resultados obtenidos de la guía de observación para Adultos Mayores.** | | | | **....................................................** | **55** |
|  | **6.4** | **Resultados obtenidos de la guía de entrevista dirigida Personal de Servicio en los centros de atención a ancianos.** | | | | **....................................................** | **70** |
|  | **6.5** | **Analisis de Resultados.** | | | | **....................................................** | **72** |
| **CAPITULO VII: CONCLUSIONES** | | | | | **……………………………………………………....** | | **78** |
| **CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES** | | | | | **……………………………………………………....** | | **80** |
| **CAPITULO IX:** | **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…………………………………………....** | | | | | | **81** |
| **CAPITULO X:** | **ANEXOS** | | **……………………………………………………………………….** | | | | **82** |

* + - 1. **INTRODUCCION**

El proceso de envejecimiento produce de manera natural un declive de los procesos cognitivos y de la velocidad en el procesamiento de la información que afecta fundamentalmente, a la memoria y a la capacidad de resolución de tareas complejas. Este declive se entiende como un proceso dentro de la normalidad, esperable con la edad, en el que no subyace una patología cognitiva.

El deterioro cognitivo es concebido como un cuadro clínico el cual constituye un nivel intermedio del continuo que abarca desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de los procesos cognitivos, como ocurre en los estadios finales de las demencias. Es por ello que en la presente investigación se busca la analizar las estructuras y el funcionamiento de los procesos cognitivos, con el fin de comprender, el impacto que se produce en el deterioro de la áreas cognitivas en la conducta humana, específicamente en la conducta del adulto mayor que se encuentra institucionalizado en centros de atención ancianos. Para ello se realizó la aplicación de una prueba estandarizada, una guía de observación y la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a los usuarios y cuidadores de las instituciones. Los datos obtenidos permitierón establecer una relación entre el nivel de deterioro cognitivo y las principales áreas conductuales que sufren el impacto y se manifiesta la afeccion a nivel conductual , asi tambien marca la pauta para realizar una propuesta de actividades de Estimulacion Cognitiva, que se implementarán en los centros de atencion a Adultos Mayores.

1. **JUSTIFICACION**

El periodo evolutivo que recorre todo ser humano se ve determinado por cambios dinámicos, los cuales requieren de un esfuerzo humano para adaptarse a nuevas condiciones dentro del proceso de envejecimiento a lo largo de el ciclo de vida .

El niño y el adulto joven buscan una adaptación al medio, En el caso del adulto mayor, la alternativa es envejecer, lo que supone doble esfuerzo al ajuste hacia un medio social con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable con el cambio o desaparición del sentido de la vida propia, de esta manera se van manifestando rasgos que habían estado ocultos tras la costumbre de una actividad creadora que caracteriza a la juventud, y se da paso a una serie de manifestaciones que, en su conjunto, podrían catalogarse como dificultades para mantener el equilibrio psico-social.

Este hecho ha generó el interés por realizar una investigación que permitio obtener datos sobre la relación del deterioro cognitivo de los adultos mayores con las manifestaciones conductuales de los mismos, dentro de los centros de cuido a adultos mayores en los cuales se encuentran internalizados, lo que consentirá brindar una fundamentación científica del comportamiento de los adultos mayores que en algunas oportunidades no suele ser comprendido por las personas responsables de su cuido. Por lo que se pretende brindar un aporte que les permita comprender su comportamiento como efecto del proceso de envejecimiento físico y mental, natural del ciclo de vida, que puede ser disminuido si se maneja bajo la perspectiva de comprensión y dedicación. Estos mismos datos pueden ser utilizados por las instituciones para brindar orientaciones a sus profesionales, personal operativo y familiares, sobre cómo manipular las situaciones que en ocasiones producen dificultades dentro de los centros de atención a adultos mayores, ya que atender a un adulto mayor hasta en sus más mínimas necesidades pueden resulta ser una tarea en extremo difícil y absorbente.

Es por ello que también se presentara una propuesta para implementar un programa que contendrá actividades que permitan controlar y disminuir el deterioro cognitivo en el adulto mayor que repercute en su conducta. Ya que existen nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad que enfocadas a la estimulación cognitiva necesaria para aumentar las potencialidades y disminuir las deficiencias que se presente en el adultos mayores de una manera considerable al deterioro cognitivo en relación a su edad. Todo lo mencionado anteriormente es un aporte con perspectiva psicológica, que se desea brindar con el fin de; mejorar la calidad de vida que se pretende brindar al adulto mayor en las instituciones de beneficencia, y ayudar con datos concretos a ampliar la perspectiva y la formación de esquemas cognitivos que perciben a la vejes como una enfermedad o como una preparación para la muerte, dejando de lado la importancia dicha etapa evolutiva como el disfrutar de experiencias nuevas, viviendo la alegría de sentirse sabios, tolerantes y queridos.

**CAPITULO III**

**OBJETIVOS**

**General:**

* Identificar los principales efectos del deterioro cognitivo en la conducta de los adultos mayores residencializados en centros de atención, obteniendo un parámetro para realizar un programa de actividades que permita mantener las capacidades mentales y mejorar rendimiento cognitivo, por medio de la estimulación cognitiva.

**Específicos:**

* Determinar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en los centros de atención a ancianos Sara Zaldívar y Ciudadela Julio Ignacio Díaz Sol.
* Identificar las principales dificultades conductuales manifestadas por los adultos ingresados dentro de los centros de atención a ancianos.
* Determinar los principales efectos del deterioro cognitivo del adulto mayor en la Conducta dentro de los centros de atención a ancianos.
* Diseñar la propuesta de un programa de actividades enfocadas a la disminución o mantenimiento del avance del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en los centros de atención a ancianos.

**CAPITULO IV**

**MARCO DE REFERENCIA**

**4.1 Adultez Mayor**

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, etc.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de 65 años, para otros es a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor a toda persona que cuente con 65 años cumplidos para los países desarrollados y 60 años cumplidos para los países en desarrollo .

Se estima que de la población del país (5,7 millones según el Censo 2007), aproximadamente 542,191 son personas mayores de 60 años de edad; lo cual corresponde al 11.1% de la población. Este grupo aumentará en 15 años al 20%; es decir, dos de cada diez personas serán mayores de 60 años.[[1]](#footnote-1)

El grupo que ha crecido más es el de personas de 85 años y quienes generalmente requieren mayor asistencia física, económica y emocional de otras personas.

La expectativa de vida ha aumentando en aproximadamente 26 años durante los últimos veinticinco años. Se estima un promedio de vida de 68.8 años para el hombre y 74.9 años para la mujer[[2]](#footnote-2).

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo. Es por ello que los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y a tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida.

**4.2 Psicogerontología**

El abordaje de todos los fenómenos relacionados en el proceso de envejecimiento han sido sujetos de diversos estudios los cuales se han profundizado y expandido en diversas ciencias, es por ello que en la actualidad el proceso de envejecimiento humano es de carácter multidisciplinario. El área de la psicológica no es la excepción, y Psicogerontología es la ciencia que trata de describir, explicar, comprender y modificar las actitudes del sujeto que envejece. Esta visión hace referencia a los aspectos psicológicos de la persona de edad, más que a los psiquiátricos.[[3]](#footnote-3)

La adultez mayor comprende tres periodos de edad con características diferenciadas, dentro del común denominador de una paulatina y “fisiológica” decadencia física que puede entorpecer o distorsionar la manifestación de unas capacidades psicosociales cada vez más cualificadas para la felicidad y el “éxitus[[4]](#footnote-4)”:

**4.2.1 Edad adulta en la etapa de Presenectud.**

Se agudizan los procesos de envejecimiento comenzados después de los 45 años. Con todo, el estado de las facultades psicofísicas permite aún, por regla general, el ejercicio del trabajo profesional.

El adulto situado en la etapa de presenectud se encuentra todavía profesionalmente en condiciones de rendir al máximo ya que suple con experiencia y madurez la posible falta de movilidad y dificultad para el cambio.

Desde el punto de vista psíquico es cuando verdaderamente está capacitado para cargos de responsabilidad. Al estar más por encima de las cosas y con una cierta distancia sobre la vida puede tener más sosiego, más equilibrio y objetividad para abordar los problemas y tomar decisiones importantes.

Después de los 60-65 aumenta al cansancio y se precisan esfuerzos más intensos para afrontar las exigencias de la vida profesional. De aquí que, en general, el momento elegido para la jubilación sea precisamente a los 65 años.

La disminución de la vitalidad afecta especialmente a la función sexual. En la mujer, por regla general, después del climaterio cesan el deseo y la facultad de goce sexual. En el hombre, el deseo sexual y la facultad de reproducción se mantienen más allá de los 60 años, aunque después de los 55 disminuyen visiblemente la potencia y el interés sexual, el apetito sexual se hace otra vez inseguro en su dirección pudiendo dar lugar, en personalidades menos maduras, a la emergencia de alteraciones y perversiones sexuales más o menos ocasionales.

La época comprendida entre los 65-70 años coloca al adulto situado en la etapa de presenectud ante acontecimientos vitales, como la jubilación y la separación de personas significativas cónyuge, hijos, amigos, etc., que van dando lugar a vivencias de soledad, a la sensación de un rápido transcurrir del tiempo y a una previsión de la muerte ya no tan lejana como en épocas anteriores.

Mientras las personalidades maduras superan esta crisis de separación capacitándose para la aceptación y afirmación de lo que “el destino” les impone, en personalidades no consolidadas, en el área familiar en su pasado pueden tener sentimientos tormentosos de miedo a la muerte, estados de ánimo melancólicos y graves depresiones que pueden llevar al suicidio.

**4.2.2 Edad adulta en la etapa de Senectud**

La senectud implica la definitiva disminución y decadencia de las fuerzas psicofísicas. Los rasgos más llamativos son las limitaciones corporales, menor fuerza y movilidad y menor capacidad de los sentidos- y la disminución de las funciones psíquicas.

El adulto en la etapa de Senectud presenta una actitud predominantemente introvertida. El sosiego de los impulsos facilita el cultivo de los intereses espirituales, las aspiraciones normativas transcendentes y la disminución de la tendencia a imponerse. Se acrecienta la orientación de la voluntad hacia el interior y el perfeccionamiento de la propia configuración espiritual a través de la consolidación del autodominio.

Todo ello da lugar a lo que se ha llamado actitud contemplativa. El hombre contempla el mundo desde una distancia interior. Esta actitud y la disminución de la intensidad del sentimiento, hacen que el pensamiento de la muerte pierda lo que tenía de espantoso. Aunque no se ansía la muerte, se acepta como liberación.

El cambio de estructura que sufre el psiquismo compensa las debilidades biológicas y permite, pese al descenso de la vitalidad corporal, una elevación espiritual: La curva fisiológica del envejecimiento y la curva espiritual de la maduración no coinciden: Las personalidades bien dotadas muestran, conforme avanza la edad, un creciente rendimiento productivo.

Con todo, hay que advertir que en la senectud se tienden a agudizarse los rasgos del carácter y la personalidad previa. De aquí que en personalidades primitivas, que no cultivaron una orientación espiritual, pueda pasar a un primer plano el impulso de auto conservación, dando lugar a actitudes de materialismo y avaricia seniles, o que ante la inseguridad interior y el sentimiento de no poder hacer ya frente a la vida, se protejan con la preocupación, modosidad, desconfianza y recelo.

**4.2.3 Edad adulta en la etapa de Postsenectud**

Aumenta la decadencia física y adquieren mayor relevancia los aspectos sociales de soledad y necesidad de asistencia. Las tareas de la edad se confunden con las de la edad anterior, aunque hacen especial referencia a los autocuidados y al mantenimiento de la autosuficiencia.

**4.3 Personalidad del adulto mayor**

Sobre la base de los estudios realizados por Naugarten, Hauighurt, y Tobin en el año de 1998 se presentan datos de los principales tipos de personalidad presentados por los adultos mayores[[5]](#footnote-5):

1. *Integrada:* Las personas integradas funcionan bien, con una vida interior compleja, con ego competente, capacidades cognoscitivas intactas y un nivel alto de satisfacción de uno o dos roles, con autonomía al realizar actividades básicas.
2. *Protegida:* Las personas protegidas están orientadas hacia el logro personal y permanecen bastante activas, socialización y experiencia, niveles altos y moderados de satisfacción.
3. *Pasiva- Dependiente:* las personas buscan la comodidad, dependen de otros, moderadamente activos y satisfechos.
4. No integrada: Son personas desorganizadas, con grandes fallas en el funcionamiento psicológico, escaso control sobre sus emociones y con deteriorados procesos de pensamientos, poca actividad y satisfacción.

Así mismo, puede aparecer como un último y desesperado intento de imponerse, un exacerbado espíritu de contradicción y afán de crítica, avidez de intrigas, espíritu vengativo, despotismo e intolerancia. De esta forma pueden ir perdiendo el contacto con la vida, aislarse de los que les rodean y llevar una existencia solitaria, preocupados únicamente, por miedo a la enfermedad y la muerte, en registrar hipocondriacamente su estado de salud física.

**4.4 La involución de la conducta.**

Después del estudio de los periodos de desarrollo y madurez del llamado ciclo vital del ser humano, el tercer y último periodo es el llamado *involutivo o senil.* La senectud es la etapa de la vida en el que el ser humano pasa a ser anciano.

**4.4.1 Características del periodo involutivo del adulto mayor en etapa de**

**Senectud y post-senectud.**

Con la transición de la edad adulta a la tercera edad surgen en la persona algunas amenazas y no solo circunstancias nuevas de variada naturaleza; algunas de carácter biológico, otras de temas sociales y psicológicas propias de la edad de la persona.

En la tercera edad suelen acumularse los achaques, dolencias y enfermedades, pero envejecimiento, no equivale a enfermedad ni la incapacidad esto lo podemos retomar como la etapa en la cual la persona está más susceptible a los cambios físicos de su cuerpo, el cansancio y la manera de interactuar con su medio, se podría decir que existe un retroceso hacia la infancia, quedan a expensas de su entorno y sus relaciones con los demás.

El envejecimiento entonces se ve como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversible, es un deterioro de un organismo maduro. Con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioro, sino también conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Envejecer no constituye un proceso simple y unitario sino una variedad amplia de procesos que tienen una relación entre estos mismos, produciéndose en diferentes áreas como psicológico, social y físico.

**4.4.2. Pérdidas sufridas por el adulto mayor en etapa de senectud y**

**post-senectud.**

Estas pérdidas son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo.

1. Entre las pérdidas físicas están;

* Pérdida o disminución en la movilidad.
* Pérdida o disminución en el estado de salud.
* Pérdida o disminución en la capacidad sexual.

*b. Entre las pérdidas sociales están;*

*­ Pérdida del trabajo por la jubilación por ello hay: Y Pérdida de*

*status.*

*­ Pérdida de amigos.*

*­ Pérdida de ingresos económicos.*

***4.4.3 Cambios emocionales en las etapas de senectud y post-***

***senectud.***

El deterioro de las facultades mentales no es independiente de la forma en que el hombre acepta su vejez, y por eso influye su afectividad y emotividad.

En la senectud se va adquiriendo una incapacidad de adaptación emocional al medio ambiente, con una disminución en el contra de las reacciones emotivas, aunque su sensibilidad sigue siendo extrema.

Los cambios de comportamiento de los adultos mayores deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, ya que también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica.

La perdida de facultades físicas que quizá obligue a aceptar, por parte del adulto mayor; el cuidado de otros, el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo, la viudez y la muerte de los amigos y seres queridos, son eventos que minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión.

Hay ancianos que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida; pero, en muchos casos, lo normal es la falta, de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales.

La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del anciano y la forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable.

Las diferencias principales respecto a la edad adulta seguramente residen en los estados de ánimo prevalecientes a menudo son[[6]](#footnote-6):

1. Una profunda melancolía.
2. Cambios en estilos de afrontamiento como: estilos de defensa,

actitudes y valores.

1. auto-estima y auto-concepto.
2. motivación de logro.
3. aspiraciones y variables afectivas, como ansiedad y depresión.

Este periodo se inicia con el deterioro de las funciones físicas y psíquicas, y se continúa con un progresivo derrumbamiento de estas funciones, y como consecuencia se produce un cambio de afectividad.

La reacción de cada persona a envejecimiento es específica de cada individuo y depende estrechamente del tipo de personalidad anterior que tuvo el sujeto. Esta reacción ante un cambio de actitud que produce inadaptaciones sociales y familiares.

**4.4.4 Modificaciones psicológicas.**

Como consecuencia de la desorganización física en la senectud, se produce también una desorganización a nivel de las funciones psíquicas, es decir, se produce un deterioro en el rendimiento de estas funciones. El deterioro que se manifiesta en diversas formas en cada una de las funciones específicas, está disminución no se presenta de manera uniforme en todos sus rendimientos mentales, sino solo de una parte de ellos de manera paulatina.

El deterioro de las funciones intelectuales, se hace evidente en el enlentecimiento psíquico, determinado por los factores de tipo fisiológico y por las peculiaridades psíquicas de la vejez.

Con la edad se produce una disminución del caudal de información que el sujeto puede utilizar en cada momento, en la medida que tiene más dificultades para recoger y almacenar la información. Esto nos lleva a tener en cuenta la alteración de la memoria en sus facetas de codificación, almacenaje y recuperación. El déficit de la memoria no se suele concretar en ninguna de estas tres facetas, sino que afecta en mayor o menor medida a todas. Se sabe que los adultos mayores suelen presentar dificultades para evocar los acontecimientos recientes, mientras que, por el contrario, conservan los remotos.

La capacidad de aprender disminuye con la edad, y las alteraciones de la memoria se manifiestan con dificultades en el aprendizaje. Por otro lado, la dificultad de mantener la información se manifiesta también en la resolución de problemas, ya que el rendimiento disminuye con la edad.

Es difícil decidir claramente sobre la forma y cuantía del deterioro y destrucción de las funciones psicológicas en la senectud. Pero lo que sí se puede decir que está pasando es una desintegración de las funciones que fueron apareciendo a todo lo largo de la evolución psicológica.

**4.4.5 Modificaciones conductuales.**

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal, que da lugar tarde o temprano al estado de la senectud, que ya es propiamente patológico.

En el período de la senectud se manifiestan trastornos del humor y del carácter de los sujetos, con una actitud agresiva y desconfiada respecto a los demás. Se van haciendo frecuentes las neurosis y las psicosis especialmente, las depresiones involuntarias debidas al climaterio: es un periodo de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas.

En el periodo de la senectud la manifestación psicológica típica es la demencia senil. Esta se produce con diferente cronología según los sujetos, y es resultado del envejecimiento que afecta al cerebro.

La demencia senil se empieza a manifestar por pequeños trastornos de memoria, por cambios de carácter, y síntomas depresivos acompañados de ideas hipocondríacas o de vivencias angustiosas. Posteriormente se presentan alteraciones de orientación en el espacio y en el tiempo, que pueden ser más o menos intensas.

La atención va siendo cada de más débil, perdiendo poco a poco la capacidad de concentración. En general, la evolución de la demencia senil se hace progresivamente más profunda, que junto con el deterioro físico, determina un próximo final.

**4.5 Desarrollo de procesos cognitivos en la edad adulta.**

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente, el ser humano responde a esa información. En ese sentido, el individuo debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla. En realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancia externas como de esas funciones psicológicas aprendidos a su vez a lo largo del proceso de aprendizaje.

En definitiva, cabe preguntarse, ¿qué funciones cognitivas cambian con el paso del tiempo y cuáles permanecen estables?

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Uno de los principales cambios cognitivos durante la edad adulta avanzada está relacionado con la disminución en la velocidad del desempeño (tanto mental como físico).  Los estudios plantean que las funciones intelectuales que dependen de dicha velocidad declinan en los ancianos: tienen mayores tiempos de reacción, capacidades más lentas de procesamiento de las percepciones y en general procesos cognitivos menos rápidos.

Existen otras investigaciones que han demostrado, que la declinación de la memoria. Como de otros procesos cognitivos, relacionados con la edad no es tan general, tan representativa ni tan grave como se pensaba.  Muchos de los problemas de memoria que sufren algunos ancianos no suelen ser consecuencias inevitables de su edad, sino que se deben a otros factores tales como depresión, inactividad o efectos colaterales de los medicamentos.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto poco consensuado, que refleja 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 y habilidad viso-espacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o desgaste respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable.

1. *El lenguaje:* Para Petrovsky “Es un sistema de signos verbales, que se trasmite a cada individuo por la sociedad”

El lenguaje en las personas adultas mayores, puede verse afectado por la aparición de trastornos mentales como la demencia.

Otro aspecto que afecta el lenguaje en las personas de edad adulta tardía, es la dificultad o disminución de la audición. El lenguaje en las personas de esa adulta tardía, se vuelve lento y en otros es difícil de comprender[[7]](#footnote-7).

1. *La Memoria:* es definida por Petrovsky como “La memorización, almacenamiento y ulterior reproducción de la experiencia por el individuo”.

En las personas adultos mayores, las dificultades de la memoria es un signo de envejecimiento. Estas personas son capaces de recordar acontecimientos pasados, como situaciones que fueron agradables vivencias o hechos históricos; conocidos científicamente como “memoria a largo plazo”. Sin embargo no son capaces de recordar que desayunaron el mismo día o el anterior. Se presentan también los extravíos de objetos que manipularon momentos antes o donde los dejaron, dificultad de repetición de una secuencia de palabras después de una interrupción, estos hechos son conocidos científicamente como; Memoria a corto plazo”. Este proceso se ve afectado en gran manera en la adultez mayor dentro de las etapas de Senectud y Post-senectud.

1. *Pensamiento:* Es definido según Petrovsky como; “Los procesos Psíquicos socialmente condicionados de búsquedas y descubrimientos de lo esencialmente nuevo y está indisolublemente ligado al lenguaje.”

El pensamiento es una forma de reflejo mediato, generalizado de la realizada objetiva que lleva al descubrimiento de las relaciones entre los objetos y fenómenos. Este proceso se ve afectado en la adultez mayor dentro de las etapas de Senectud y Post-senectud, y se manifiesta con alteraciones como la incoherencia en la forma de expresarse o recordar situaciones vividas en el pasado, existe desubicación en tiempo y espacio, en ocasiones se presentan ideas paranoides, y la formación de constructos cognitivos erróneos en algunas ocasiones en relación al abandono familiar o a la forma de cuido por parte del personal del centro de atención, por lo que son considerados como una perseverancia de pensamiento que afecta la conducta del adulto mayor.

1. *La Sensación y Percepción:* Según Petrovsky” El proceso más sencillo consiste en el reflejo de las propiedades aisladas de los objetos y fenómenos del mundo material, así como el estado interno del organismo, por medio de la acción directa de los estímulos materiales en los receptores correspondientes”

Aunque las personas con adultez tardía presentan esta declinación aguda en el funcionamiento sensorial y psicomotor, otras no experimentan estos cambios.

**4.6 Psicopatología de la vejez; Alteraciones psicológicas y de la conducta**

**en enfermedades neurodegenerativas.**

Referidas muchas veces bajo el epígrafe de síntomas no cognitivos, estas alteraciones son un conjunto de manifestaciones de estas enfermedades de tipo no estrictamente cognitivo ni estrictamente motor, que a menudo se presentan en pacientes con demencia, sea ésta secundaria a enfermedades neurodegenerativas o a otro tipo de enfermedades. La International Psychogeriatric Association (IPA) incluye en este grupo las alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o meramente las de tipo conductual[[8]](#footnote-8) .Como grupo, provocan muchas veces dependencia del paciente y angustia del cuidador; en cambio, suelen ser reconocibles y terapéuticamente abordables. Son parte importante de las manifestaciones de la enfermedad y plantean problemas a los pacientes, a los cuidadores, que sufren el correspondiente desgaste, y a la sociedad, que a menudo con la familia comparte sus consecuencias económicas.

Pueden considerarse conductuales las alteraciones identificables mediante la observación del paciente, como por ejemplo, la agresión física, chillidos, inquietud, agitación, vagabundeo, conductas inapropiadas, desinhibición sexual, acaparamiento, indiscreciones verbales y seguimiento. Pueden considerarse psicológicos los identificables en la entrevista, la ansiedad, la depresión, las alucinaciones y las ideas delirantes.

A continuación se enumeran, sin entrar en definiciones detalladas, estas alteraciones:

1. **Pérdida de memoria**. Envejecer no ha de interpretarse como unido inexorablemente a la pérdida de las funciones intelectivas:

En personas de edad avanzaday óptimamente sanas, únicamente se produce un enlentecimiento en el procesamiento de la información y cierta ineficacia a la hora de encontrar estrategias de solución a nuevos problemas.

El síndrome de pérdida de memoriaen el anciano se debe en la mayoría de los casos a un síndrome de demencia, y especialmente a una enfermedad neurodegenerativa, la enfermedad de Alzheimer.

1. **Confusión aguda (delirium):** Es uno de los trastornos más frecuentes en los ancianos, aunque es difícil de estimar, ya que son muchos los episodios que no se detectan debido a su brevedad.

Puede presentarse en cualquier edad, sin embargo es más frecuente en ancianos debido a la mayor disminución de la "reserva cerebral", especialmente por la preexistencia de demencia.

Es síndrome de mal pronóstico: Cuando se diagnostica en un paciente anciano durante una hospitalización, ésta suele alargarse y tanto durante como después de la hospitalización hay un aumento de la mortalidad.

Entre el 15-20% de los pacientes hospitalizados con delirium mueren durante la hospitalización.

1. **Depresión:** No es infrecuente que la depresión aparezca por primera vez después de los 60 años, aunque la mayoría de las depresiones graves, tras cumplir dicha edad, son recaídas. En la población anciana, la depresión con frecuencia es mal diagnostica, no se reconoce, o queda enmascarada por síntomas somáticos o por deterioro cognoscitivo.

La depresión en el anciano es considerada como una consecuencia natural del proceso de envejecimiento o de otras enfermedades concomitantes.

Los síntomas de la depresión en los ancianos pueden ser diferentes de los que aparecen en adultos más jóvenes, la depresión en los ancianos se asocia con frecuencia a las enfermedades médicas que pueden enmascararla.

Las dificultades para el diagnóstico conducen a que un elevado porcentaje de depresiones en el anciano carezca del tratamiento apropiado: a no emplear los tratamientos para la depresión, que alcanzan actualmente un alto grado de eficacia. La depresión no tratada puede tener consecuencias dramáticas, como la institucionalización, enfermedades físicas, deterioro psicosocial o el suicidio.

La prevalencia de depresión es mucho mayor entre los ancianos institucionalizados. Aproximadamente, entre el 10-20% de los individuos de edad igual o superior a 60 años ingresados en camas hospitalarias sin deterioro cognitivo tienen una depresión mayor.

1. **Insomnio;** Gran porcentaje de adultos mayores presenta problemas de sueño, especialmente de insomnio. En esta etapa los cambios en el sueño son más frecuentes ya que con la edad el sueño es más escaso, fragmentado y superficial, y la latencia de sueño es mayor. Seis a ocho horas de sueño al día suelen ser suficiente en personas mayores. También se produce con mayor frecuencia somnolencia diurna, y se pasa más tiempo en la cama, la respiración alterada durante el sueño (apnea del sueño) y mioclonus nocturno (movimientos o sacudidas periódicas de las piernas que alteran el sueño).

Es frecuente que estos cambios se perciban como anomalías en múltiples trastornos psiquiátricos y los factores psicológicos como la soledad o el aburrimiento produzcan una queja de insomnio, así también los problemas médicos que contribuyen a los trastornos del sueño, como el dolor crónico.

1. **Ansiedad:** La ansiedad es un síntoma relativamente menos frecuente en ancianos que entre sujetos más jóvenes, especialmente las formas de comienzo a edad avanzada.

Entre los ancianos abundan los síntomas somáticos de ansiedad. Esta ansiedad “somatizada”, que se traduce en una queja o en una demanda de atención a nivel somático, generalmente a un médico no especialista, suele pasar fácilmente inadvertida.

En el anciano, también hay que tener siempre en cuenta: Las formas de ansiedad asociadas a enfermedades médicas y, la ansiedad acompaña con frecuencia a casi cualquier tipo de trastorno psiquiátrico, pero de forma especial en el anciano a las demencias y a los trastornos depresivos.

Los síntomas de ansiedad debidos a un miedo justificado son presentadas en numerosas situaciones que pueden causar miedo e inseguridad a las personas mayores, especialmente las amenazas a su seguridad personal.

1. **Suspicacia**: Las ideas de persecución cuando se presentan en los ancianos son causa de graves alteraciones tanto en la convivencia familiar y social, como en el ámbito sanitario para los cuidadores o los profesionales.

Las ideas delirantes; Suelen ser tardías. Incluyen las de robo, abandono, infidelidad, el pensamiento de que el cuidador es un impostor o de que el domicilio no es el propio y suele presentarse en cuadros de:

* + - La esquizofrenia crónica de inicio temprano en la vida.
    - Cuadros demenciales en los cuales los pensamientos paranoides pueden dominar otros síntomas, sobre todo en fases iníciales de la enfermedad, y dificultar enormemente el abordaje de estos enfermos al enfrentarnos con pacientes sumamente suspicaces, hostiles y agitados.
    - Síndromes orgánicos cerebrales debidos a la ingesta de diversos medicamentos, al abuso de alcohol o por lesiones cerebrales localizadas.

1. **Apatía:** Es muy habitual. Consiste en una falta de interés en las actividades diarias y los autocuidados, con disminución de la interacción social, la expresividad facial, las inflexiones vocales, la respuesta emocional y la iniciativa.
2. **Errores de identificación**: Generalmente tardíos. Posiblemente se trate de trastornos perceptivos que pueden mantenerse mediante ideación delirante; entre ellos se incluyen los llamativos síndrome del huésped fantasma, síndrome de Capgras (todos son impostores), fenómeno de Frégoli (todos van disfrazados) y de intermetamorfosis y, sin ideación delirante asociada, identificación errónea en la televisión, en el espejo o con otras personas.
3. **Actividad motora continúa:** El típico vagabundeo, que suele ser mantenido en los casos en que se produce, es el mejor ejemplo, aunque es más corriente el seguimiento al cuidador.
4. **Trastornos alimentarios:** De causa compleja en estas enfermedades, generalmente no son precoces. La anorexia puede deberse a errores de identificación, trastornos delirantes o a efectos secundarios de fármacos, o puede ser un síntoma depresivo o una somatización. El capricho alimentario más típico es la tendencia a comer dulces.
5. **Alteraciones en la conducta sexual:** Generalmente no precoces. La hipersexualidad es un síntoma temible en la clínica, pero es mucho más frecuente, y mejor tolerada, la disminución de la libido.
6. **Agitación:** Fenómeno tardío y complejo en este grupo de enfermedades. Como referimos en esta enumeración, no todos son propios de las primeras fases de la enfermedad, las que corresponden al deterioro cognitivo leve. Jost y Grossberg citan como propias de las fases previas a la demencia el apartamiento social, los síntomas depresivos (incluyendo las ideas de suicidio), ideas de perjuicio, ansiedad y cambios del ritmo circadiano; y posteriores al diagnóstico, ya en la fase de estado, las alucinaciones, el delirio, la agitación, la actividad motora continua como el vagabundeo, la inadaptación social, indiscreciones sexuales o las agresiones[[9]](#footnote-9).

**4.7 Trastornos cognitivos relacionados con el envejecimiento**

El estudio de las alteraciones cognitivas analiza las estructuras y el funcionamiento de los procesos mentales con el fin de comprender la conducta humana y diferencia entre los procesos mentales inferiores (la percepción, la atención, y la memoria) y los procesos mentales superiores (como son la inteligencia, el pensamiento y el lenguaje).

**4.7.1 El deterioro cognitivo muy leve o sin demencia.**

En el primer caso se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor, no interfiere en las actividades de la vida diaria. El seguimiento clínico del paciente cada 6 meses no evidencia el empeoramiento del déficit. El aumento de la incidencia de este trastorno en el anciano con respecto a otros grupos de edades, se debe a factores sociales que limitan los estímulos vitales de estas personas y a su mayor preocupación por los problemas relacionados con su salud.

**4.7.2 El deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa.**

Es un trastorno más pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas solo para las tareas complejas previamente bien desarrolladas, pero el déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, es decir, no afectará su vida de relación, por lo que la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia.

**4.7.3 Deterioro Cognitivo asociado con la edad.**

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial. Los criterios que se emplean con mayor frecuencia para el diagnóstico del DCL son los propuestos por Petersen[[10]](#footnote-10) que se recogen a continuación:

a) existencia de quejas de memoria corroboradas por un informador.

b) presencia de deterioro objetivo de la memoria, definida como un rendimiento menor por debajo de la media del grupo normativo por edad y nivel educativo.

c) funcionamiento cognitivo general normal.

d) mantenimiento de las actividades de la vida diaria.

e) ausencia de diagnóstico de demencia.

La clasificación de pacientes con DCL se realiza en función de tres subtipos diferentes: Deterioro cognitivo leve amnésico puro, Deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas con amnesia y Deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas sin amnesia.

Las alteraciones cognitivas siguen deteriorándose, siendo las más destacadas las siguientes: déficit grave en la memoria reciente; amnesia anterógrada y dificultades en la evocación de información antigua; amnesia retrógrada, progresiva desestructuración del lenguaje; afasias y parafasias, deterioro de las práxias; construccional e ideomotora.

**4.7.4 El Deterioro Cognitivo Moderado.**

Presenta como síntomas la afección de diversas áreas en la vida del adulto mayor como; la dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo-espacial y error en las funciones de cálculo numérico, también en los cambios conductuales son frecuentes, en ellos se puede observar la agitación, cambios de humor repentino, agresividad y ansiedad.

La pérdida significativa de las capacidades funcionales básicas, o actividades básicas de la vida diaria marca el comienzo de la demencia moderada: el paciente necesita ayuda o supervisión en las actividades básicas de la vida diaria como; recordarle el aseo personal o seleccionarle la ropa, y con el tiempo precisará ayuda para colocarse la ropa en forma y orden correctos, para asearse y para controlar esfínteres. Esta fase moderada es la más propensa a la aparición de alteraciones de la conducta, siendo las más frecuentes: la agresividad verbal, tristeza, apatía, ansiedad, delirios y alucinaciones[[11]](#footnote-11)

La pérdida de capacidades funcionales, guardando una cierta semejanza inversa con las habilidades que adquiere un niño, fue descrita inicialmente por De Ajuriaguerra, y ha sido recientemente reformulado por Reisberg [[12]](#footnote-12)como teoría de la “retrogénesis”.

**4.7.5 Deterioro Cognitivo Serio.**

En esta última fase, las alteraciones cognitivas, funcionales y conductuales suelen ser severas, siendo la persona incapaz de valerse por sí misma y requiriendo cuidados y supervisión constantes según Backman y Small, 2001.

El repertorio lingüístico queda reducido a algún monosílabo que a veces el enfermo repite mecánicamente (palilalia), pasando más tarde a emitir sonidos guturales o vocalizaciones. Lentamente va perdiendo la capacidad de valerse por sí mismo y requiere supervisión y cuidados constantes. Y en los estadios finales, el paciente queda limitado a la cama, necesitando mucha ayuda en los cuidados personales y siendo a menudo incontinente.

Con las técnicas de neuroimagen puede observarse una atrofia cortical evidente y enlentecimiento del registro electroencefalográfico.

Después de exponer las alteraciones y características más significativas de cada una de las fases clínicas de la EA, nos detendremos en el diagnóstico clínico de esta enfermedad.

1. *La demencia*: Es un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afectación de al menos tres áreas de la actividad mental, como trastornos del lenguaje y de la memoria; trastornos emocionales o de la personalidad, y trastornos cognitivos. Al presentar algún tipo de demencia se produce un claro deterioro en el control emocional, de la conducta social y/ o de la motivación.
2. Las demencias tienen una prevalencia entre un 5% a un 8% en la población adulta mayor; aumenta en forma progresiva con la edad y es muy frecuente en los hogares de ancianos. Se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebro vascular, y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Es importante examinar a los pacientes buscando este síndrome, demencias, pues no es un motivo frecuente de consulta, y no siempre es diagnosticado por los médicos.

El que se diagnostique una demencia, es porque da claras señales de deficiencia en la memoria, la concentración, el razonamiento, el lenguaje y el comportamiento. Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía y alteran la convivencia cotidiana de la persona, por lo cual es necesario acudir a un especialista en salud mental, de preferencia a un psicogeriatría, pues es e psicólogo especialista en adultos mayores, quien recomendará el seguimiento adecuado.

**4.7.6 Diagnóstico diferencial**

Los principales procesos con los que se debe hacer el diagnóstico diferencial son:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delírium | Depresión | Demencia |
| El curso clínico suele ser agudo sub-agudo, con fluctuaciones importantes en el estado mental, y alteraciones en el grado de atención y en el nivel de conciencia. Es importante su detección porque indica la existencia de enfermedades médicas subyacentes con elevada mortalidad si no se tratan a tiempo. | Influye negativamente sobre las funciones cognitivas, y puede confundirse con una demencia, aunque también pueden coexistir en el mismo paciente. Los pacientes con depresión suelen tener más quejas subjetivas de pérdida de memoria, con frecuencia tienen enlentecimiento psicomotor y escasa motivación en la realización de actividades cotidianas. | Son las deficiencias claras en la memoria, la concentración, el razonamiento, el lenguaje y el comportamiento. Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía y alteran la convivencia cotidiana de la persona, por lo cual es necesario acudir a un especialista en salud mental. |

**4.8 Comportamiento de una persona con demencia.**

Pero para comenzar con el tema con respecto a la conducta senil de algunos ancianos vamos a definir lo que es conducta: esta es el modo de ser del sujeto y todas las acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. El término llamado conducta es la capacidad de adaptación y de cómo el ser humano actúa con respecto al trato psicológico, social y físico que está en nuestro alrededor.   
  
Ahora el termino senil: deterioro intelectual y físico del anciano en sí, todo esto producido por la edad, calidad de vida y agentes etiológicos genealógicos.   
Algunos de los signos más evidentes de que nuestro anciano está en una etapa de conducta senil son:

1. *El robo*: Las personas dementes no tienen la capacidad de formular un plan de disimulo para obtener ventaja personal. Por otra parte es frecuente que la persona con demencia acuse a alguien de haberle robado una pertenencia.
2. *Administración del dinero*: Para una persona demente el interés en el dinero y su afán de poseerlo están más profundamente arraigados que las capacidades requeridas para administrarlo.
3. *Higiene personal:* Las personas dementes pueden olvidarse del baño, considerarlo innecesario o haberse olvidado cómo hacerlo.
4. *El deambular:* Esto puede ser un problema preocupante que le toque manejar La persona enferma puede deambular por la casa o salir a deambular por la colonia, con el riesgo de perderse.
5. *La violencia y agresión*: Ocasionalmente la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta. Puede ser por varias razones como la pérdida de control social y discernimiento, pérdida de la habilidad para expresar sin violencia sus sentimientos negativos.
6. *Comportamiento sexual inapropiado*: La persona con demencia puede desnudarse en público, acariciar sus genitales, o tocar a otra persona en forma inconveniente.

Adulto mayor dependiente. Cuando por alguna enfermedad o discapacidad el adulto mayor deja de ser independiente y se convierte en dependiente, la familia juega un papel importante en el apoyo tanto físico como emocional que le brinda, y del cual dependerá el bienestar y calidad de vida del adulto mayor en sus últimos años.

La familia que cuida y atiende al adulto mayor enfermo o discapacitado vive con frecuencia la situación como un problema, debido a las exigencias que esto implica. Es por esto que se requiere que los cuidados del adulto mayor sean apoyados y compartidos por todos los miembros de la familia.

**4.9** **Estimulación Cognitiva.**

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permite aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad. Siendo el envejecimiento un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, “hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” [[13]](#footnote-13) Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.

Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, y el hecho de tener una salud frágil, una educación pobre, la presencia de algún tipo de patología, una falta de motivación, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales. Pero no sólo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva, este hecho abre una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales[[14]](#footnote-14), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

Arriola e Inza (1999) mencionan que el cerebro humano es una máquina de una capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero que a su vez mantiene un buen funcionamiento en un delicadísimo equilibrio.

Hay una gran cantidad de factores que a lo largo de la vida pueden alterar ese funcionamiento, pero la vejez es con diferencia y motivos obvios, la etapa de mayor fragilidad y vulnerabilidad en este sentido.

El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore.

En las personas de la tercera edad, “los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal” ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciable.

La primera línea de combate del deterioro cognitivo, se realiza sobre el anciano mentalmente sano; Es la línea preventiva por medio de actividades de mantenimiento cognitivo. Tras utilizar las adecuadas herramientas de evaluación y medición de deterioro cognitivo, y estas arrojen como resultado algún tipo de existencia de patología, es el momento de plantear la inclusión del anciano en el programa de rehabilitación cognitiva. [[15]](#footnote-15) Dichas autoras señalan que los resultados del trabajo en este campo de la rehabilitación cognitiva, no pueden ser medidos en términos de curación, sino de mejora en una primera fase; es decir, una instalación en su nivel real de deterioro y de mantenimiento y disminución del deterioro.

**4.9.1 Áreas básicas que se deben reforzar en terapias de Estimulación**

**Cognitiva.**

Un programa de rehabilitación y mantenimiento cognitiva busca intervenir

y estimular las siguientes áreas:

1. Orientación y atención: Ambas funciones son fundamentales para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas, no obstante definir sus características específicas resulta ciertamente dificultoso.

En casos de alteración de la atención aparece falta de persistencia, facilidad de distracción, gran vulnerabilidad a la interferencia y dificultad para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas. En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

1. Memoria: Existen diferentes modelo teóricos sobre la memoria, desde los que afirman que la memoria consta de diferentes procesos, hasta los que opinan que la memoria está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.
2. Funciones ejecutivas frontales: Son las funciones que se le atribuyen al lóbulo frontal o también conocidas como funciones frontales, se podrían denominar como ejecutivas o conducta adaptativa, es decir, una conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas Impulsivas disruptivas. Estas conductas deben controlar los cambios en el ambiente y, si es posible, prevenirlos. También está ligada al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de auto cuidado, de ahí que las personas con deterioro de esta área cerebral (por ejemplo, demencias) sufran un importante deterioro en este tipo de conductas y que en muchos casos es uno de los deterioros fácilmente observables, especialmente en personas que tenían muy desarrolladas las habilidades y capacidad de auto cuidado.
3. Lenguaje: Se va a entender lenguaje no solamente al hablado, sino al habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.
4. Cálculo: Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.
5. Práxias: Se consideran práxias a la capacidad de realizar ciertos movimientos, en diferentes regiones del cuerpo: bucofacial y extremidades superiores.[[16]](#footnote-16)

No existe en estos momentos mejor fórmula que el entrenamiento cognitivo, ya que éste proporciona una ayuda para afrontar el deterioro multifuncional y entrena las capacidades que se encuentran preservadas o menos afectadas. “La estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el período de autonomía del paciente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad” [[17]](#footnote-17) Señalan López, López y Ariño (2002) que la mejoría del estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma. El paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida. Pretendiéndose que la estimulación cognitiva estimule las áreas en las que presentan déficit, favoreciendo a que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada.

**CAPITULO V**

**PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.**

**5.1 Tipo de Investigación.**

La investigación que se realizó es de tipo Diagnostica, de la cual se buscó descubrir los factores del deterioro cognitivo en adultos mayores que incide en las principales dificultades conductuales en ancianos residencializados en centros de atención a adultos mayores. En estos casos y de acuerdo a los objetivos de la investigación se logra describir los factores o condiciones, generales o específicas del fenómeno, que interfieren como posibles efectos en la conducta del Adulto Mayor al sufrir deterioro cognitivo.

**5.2 Gestión de la Información.**

Se visitó las instituciones del Centro de atención a ancianos Sara Zaldívar y Ciudadela Julio Ignacio Díaz Sol, de las cuales se realizó la selección de la muestra solicitando la orientación de los responsables, sobre los pabellones con los internos que cumplen los requisitos para constituir la muestra de la investigación.

Es importante mencionar que la apertura para ejecutar la investigación en el Centro de atención a ancianos Sara Zaldívar, se efectuó al realizar una carta compromiso, el cual contenía un acuerdo de diseñar una propuesta para el abordaje de la sexualidad en adultos mayores que se encuentran residencializados en el centro de atención, como un documento adicional al proceso de tesis que se realizaría dentro de la Institución.

**5.3 Enfoque metodológico.**

Se utilizó metodología combinada con las técnicas cualitativas como: las guías de entrevista, observación, técnicas cuantitativas como el test Mini-mental .

**5.4 Población**

La población seleccionada para la investigación fueron Adultos Mayores institucionalizados en centros de atención a ancianos benéficos y nacionales, dentro del área metropolitana de san salvador.

**5.5 Muestra**

Para el desarrollo del presente estudio se obtuvo dos muestras de sujetos extraídos de dos instituciones del departamento de San Salvador que tienen como una de sus principales funciones el cuidado y la atención de personas mayores de 60 años de edad.

**5.5.1 Tipo de muestreo**

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística, la cual constó de 30 adultos mayores entre las dos instituciones que cumplían con los requerimientos de los sujetos.

**5.5.2 Descripción de la muestra**

La población de la presente investigación lo constituyeron los usuarios atendidos en el Centro de atención a Ancianos Sara Zaldívar y Ciudadela Dr. Julio Ignacio Díaz Sol.

*El Centro de atención a Ancianos Sara Zaldívar* es una dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, ISRI, encargado de la atención a hombres y mujeres mayores de 70 años, carentes de recursos económicos, familiares o redes de apoyo sociales.

Dicha institución tiene como Objetivo, proporcionar al adulto mayor la atención integral y cuidados prolongados, adaptados a sus capacidades físicas, mentales y sociales.

En el centro de atención ingresa a Adultos Mayores de   
70 años de edad, que carezcan de familia en primero y segundo grado de consanguinidad y primero por afinidad o se encuentren es estado de abandono, riesgo y fragilidad socioeconómica. La población que se retomara será de 20 sujetos que no cuenten en la actualidad con tratamiento de dificultades psiquiátricas.

*La ciudadela Dr. Julio Ignacio Díaz Sol,* tiene como objetivo principal, integrar al anciano, a una gran familia para que vivan con dignidad, recibiendo una atención integral, tomándose en cuenta las consideraciones especiales que cada uno requiere.

Áreas de trabajo dentro de la ciudadela, es un centro de atención integral que brinda protección al adulto mayor y al niño contra el desamparo y el abandono. Ofreciéndoles integridad personal, física, sicológica, social y espiritual; principalmente al que carece de familiares y/o personas que no le puedan proporcionar el tiempo adecuado para su cuido.

Provee servicios multidisciplinarios de apoyo, los cuales se inician con una buena administración de los recursos humanos y materiales; Médicos: Geriatra, Psiquiatra, Generales y otras especialidades; Paramédicos: Fisioterapistas, Nutricionista, Trabajadora Social, Licenciados (a) y Técnicos (a) en enfermería y bachilleres en salud, conformando un equipo integral, para ofrecer una atención personalizada.

La población a la cual se tomara en cuenta para la realización de la investigación será de 10 adultos mayores que no se encuentren en tratamiento psiquiátrico.

**5.5.3 Selección de la muestra.**

La muestra lo constituyerón 30 usuarios, 20 fueron del Centro de atención a ancianos Sara Zaldívar y los 10 restantes fueron usuarios de la Ciudadela julio Ignacio Díaz Sol, quienes han cumplido con los criterios de selección para su selección, y de acuerdo con los diagnósticos obtenidos con la aplicación del Mini- Mental Test.

**5.6 Sujetos**

Las características especificas para seleccionar los sujetos fue de adultos mayores que tuvieran un grado de deterioro cognitivo, con los cuales se pudo registrar la conducta del adulto mayor en relación a la variable independiente.

**5.7 Variables**

**5.7.1 Variable Independiente: Deterioro Cognitivo.**

El Deterioro cognitivo refleja 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 y habilidad viso espacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive en relación al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, además, las capacidades cognoscitivas que tienen que ver con las llamadas inteligencia social e inteligencia emocional que son manifestadas a nivel conductual[[18]](#footnote-18).

**5.7.2 Variable Dependiente: Conducta del adulto mayor.**

Todos los seres humanos tenemos en nuestra vida Áreas básicas de nuestra conducta como: Física, Sexual, Intelectual o de Trabajo, Espiritual, Emocional, Familiar, Área Social. Estas son sumamente importantes porque influyen en el equilibrio físico, psíquico y emocional de cada uno de nosotros. Todas tienen igual valor y una estrecha relación, los problemas o el mal funcionamiento de alguna, afecta a las demás.

El esfuerzo del organismo en la adultez mayor es superior para mantener el equilibrio de todas las áreas, además internamente pueden sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente, lo que dificulta las cosas para ellos mismos y para aquellos que tienen que cuidarlos o con quienes viven. Su habilidad para acomodarse a las alteraciones que se producen es muy debilitada, por lo que sus manifestaciones conductuales dentro de las instituciones de atención a ancianos pueden ser un problema de disciplina dentro de la entidad.

**5.8 Instrumentos**

1. Entrevistas dirigidas al personal encargado de brindar los cuidos: El Conocer cuáles son las principales dificultades conductuales presentan los adultos mayores dentro de la institución.

El instrumento elaborado para obtener datos relevantes fue evaluado por el psicólogo dentro del centro de atención a ancianos Sara Zaldívar, en las que se obtuvo como aporte el integrar el tiempo del adulto mayor de estar institucionalizado ya que tiene un efecto en el área afectiva y presenta una correlación con el deterioro cognitivo por lo que se aumenta este criterio en la recolección de datos incluyendo este apartado . (Ver anexo #1)

1. Entrevistas dirigida a los adultos mayores: El Obtener información relevante sobre la percepción del adulto/a mayor ante situaciones que provoquen respuestas emocionales y conductuales al interaccionar socialmente dentro del centro de atención en el que se encuentran institucionalizados.

La entrevista fue sometida a una prueba piloto con 5 adultos mayores que se encontraban fuera de la muestra para la investigación pero siempre usuarios de ambas intituciones, con el objetivo de corroborar la validez y fiabilidad de la misma. Los resultados que se obtuvieron en la aplicación de la prueba piloto fue en la pregunta numero 6 ya que en todos los casos incluían esta respuesta en la pregunta numero 5 por lo que se eliminó del instrumento. (Ver anexo #2)

1. Observación Directa: A través de esta técnica se observará las conductas de las personas de los adultos mayores en las actividades cotidianas a realizar dentro de la institución.

Las técnicas de Observación Directa se sometieron a una prueba piloto, para poder comprobar su validez y fiabilidad.

Dicha prueba piloto se realizó con cinco personas responsables del cuido de adultos mayores que se encontraban fuera de un centro de atención, con el fin de poder corroborar su fiabilidad y validez. La dinámica fue realizada con la aplicación de la guía de observación a los cuidadores o personas más cercanas a los adultos mayores de la prueba piloto, algunos criterios a evaluar no se aplicaban a la situación natural de la prueba piloto sin embargo se obtuvo como resultado que la prueba cumplía su objetivo general y solo se realizarían cambios en aspectos de redacción. (Ver anexo # 3)

1. Mini mental –Test: Fue aplicado a Adultos Mayores residencializados en centros de cuido a ancianos, con el fin de evaluar el funcionamiento de los procesos cognitivos y obtener los datos que permitieron clasificar a los sujetos segun el deterioro cognitivo que reflejarón en sus resultados, (Ver anexo #4).

El diseño de una propuesta con actividades enfocadas a los adultos mayores, es constituida por un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento) que intentan mantener conservadas las habilidades intelectuales, anteriormente mencionadas, en el máximo tiempo posible, con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quién se le aplique, así también aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual y lo social ( ver nexo # 5).

**CAPITULO VI**

**PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

El objetivo de la investigación fue determinar los efectos que existente entre el deterioro cognitivo, en la conducta de los adultos mayores institucionalizadas en los centros de atención a ancianos Sara Zaldívar y Ciudadela Dr. Julio Ignacio Díaz Sol.

Como primer punto se realizó la evaluacion de el deterioro cognitivo del adulto mayor por medio de la Test minimental que brindó un rango de deterio cognitivo, los cuales serán presentados por medio de tablas que reflejarán el calculo de los porcentajes obtenidos, siendo estos datos la base para el análisis que relaciona los datos derivados de la exploración de areas conductuales dentro de la investigacion, dicha informacion se obtuvo por medio de realizacion de entrevitas semi-estructuradas al personal a cargo del cuido de los adultos mayores dentro de la instittucion cuyas respuestas fueron sistematizadas por medio de cuadros resumen que clasificaron las respuestas por su similitud, brindando tambien categorias a las que fueron aportes únicos. La misma estrategia se realizó para ordenar los datos que brindarón el personal del cuido de los adultos mayores dentro de las instituciones.

**6.1 PRESENTACION DE RESULTADOS DE LA PRUEBA MINIMENTAL- TEST.**

La puntuación obtenida en la aplicación del test mini mental determinará el nivel de deterioro cognitivo de cada sujeto evaluado, los resultados se presentarán clasificados en cuatro cuadros resumen que representan los niveles de deterioro cognitivo de la prueba aplicada a adultos mayores institucionalizados en los centros de atención de la población establecida para esta investigación.

**CUADRO N° 1: NINGUN NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sujetos** | **Orientación Témpora** | **Orientación Espacial** | **Memoria**  **inmediata** | **Atención- Cálculo** | **Recuerdo** | **Lenguaje** | **Puntuación**  **Total** |
| S. 8 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 8 | 28 |
| S. 19 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 8 | 28 |
| S. 22 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 6 | 26 |
| S. 24 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 8 | 28 |

El cuadro refleja la clasificación determinada por el test aplicado , el cual indica que no existirá deterioro cognitivo si al contabilizar los puntos obtenidos en las seis áreas evaluadas el resultado es de veinticinco o más puntos, por lo que se clasifica a los sujetos , ocho, diecinueve, veintidós y veinticuatro como sujetos sin ningún nivel de deterioro cognitivo, representando así el 13. 33 % de la población total en esta categoría.

**CUADRO N° 2: NIEVEL DE DETERIORO COGNITIVO LEVE**

El Deterioro Cognitivo Leve, es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, dicho deterioro no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificado de demencia puesto que no impide que el paciente pueda llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sujetos** | **Orientación Témpora** | **Orientación Espacial** | **Memoria**  **Inmediata** | **Atención- Cálculo** | **Recuerdo** | **Lenguaje** | **Puntuación**  **Total** |
| S. 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 6 | 20 |
| S. 7 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 6 | 22 |
| S. 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 8 | 23 |
| S. 10 | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 7 | 21 |
| S. 18 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 8 | 23 |
| S. 20 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 4 | 21 |
| S. 21 | 5 | 3 | 3 | 0 | 3 | 6 | 20 |
| S. 23 | 5 | 5 | 2 | 5 | 0 | 4 | 21 |
| S. 25 | 4 | 5 | 3 | 0 | 0 | 8 | 20 |
| S. 26 | 4 | 5 | 3 | 0 | 3 | 5 | 20 |

El presente cuadro muestra lo resultados obtenidos en cada área evaluada en la prueba aplicada, clasificando las puntuaciones que oscilan entre 24 y 20 puntos como sujetos que presentan niveles de deterioro cognitivo leve. Representando dentro de la investigación el 33.33% de la población evaluada.

**CUADRO N° 3: NIEVEL DE DETERIORO COGNITIVO MODERADO**

El Deterioro Cognitivo Moderado presenta como síntomas la afección de diversas áreas en la vida del adulto mayor como; la dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo-espacial y error en las funciones de cálculo numérico. La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria se observan en el enlentecimiento de su ejecución.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sujetos** | **Orientación Témpora** | **Orientación Espacial** | **Memoria**  **Inmediata** | **Atención- Cálculo** | **Recuerdo** | **Lenguaje** | **Puntuación**  **Total** |
| S. 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 5 | 16 |
| S. 3 | 4 | 4 | 3 | 0 | 3 | 5 | 19 |
| S. 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 17 |
| S. 6 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 18 |
| S. 11 | 2 | 5 | 3 | 0 | 0 | 7 | 17 |
| S. 12 | 4 | 3 | 3 | 0 | 2 | 6 | 18 |
| S. 13 | 3 | 4 | 3 | 0 | 3 | 3 | 16 |
| S. 14 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 8 | 19 |
| S. 16 | 5 | 3 | 3 | 0 | 3 | 4 | 18 |
| S. 17 | 3 | 5 | 2 | 3 | 0 | 3 | 16 |

Los resultados que muestra el cuadro resumen categorizan a los sujetos que obtuvieron en la prueba aplicada puntuaciones entre los 19 a los 16 puntos, los cuales determinan que existen áreas cognitivas con un nivel de deterioro moderado. La población que se encuentra en esta categoría representa el 33.33% de la población evaluada en la investigación.

**CUADRO N° 4: NIEVEL DE DETERIORO COGNITIVO SERIO**

Las personas que presentan el nivel de Deterioro Cognitivo Serio exhiben diversas dificultades de las funciones cognitivas, las cuales convierten el proceso de comunicación en una tarea difícil ya que muchas veces no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. De igual manera se presenta la pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. Es adulto mayor se convierte en una persona totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sujetos** | **Orientación Témpora** | **Orientación Espacial** | **Memoria**  **Inmediata** | **Atención- Cálculo** | **Recuerdo** | **Lenguaje** | **Puntuación**  **Total** |
| S. 2 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 4 | 11 |
| S. 15 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 4 | 13 |
| S. 27 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 | 9 |
| S. 28 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 6 | 11 |
| S. 29 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 | 13 |
| S. 30 | 1 | 2 | 0 | 5 | 0 | 2 | 5 |

El nivel de deterioro cognitivo serio se encuentra formado por los sujetos que obtuvieron en la realización de la prueba un puntaje entre el rango de 15 a 0 puntos. Los cual indica que hay muchas áreas cognitivas las cuales ya no cumplen con su función de manera adecuada. Esta población representa el 20% de los sujetos que participan en la investigación.

La siguiente grafica muestra los resultados promediados según la categoría de deterioro cognitivo, en la que se puede observar la variación de puntajes en cada área evaluada.

**6.2 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE ENTREVISTA A ADULTOS**

**MAYORES.**

Los cuadros que se presentarán en este apartado reflejan la sistematización de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a adultos mayores, que muestran la percepción del adulto mayor en cuanto a situaciones presentadas dentro de las instituciones las cuales serán detalladas a continuación en los cuadros resúmenes, segmentando los resultados en relación al deterioro cognitivo. Se entenderán las siglas utilizadas en cada cuadro resumen como:

**SDC:** Sin deterioro cognitivo.

**DCL:** Deterioro cognitivo leve.

**DCM:** Deterioro cognitivo moderado.

**DCS:** Deterioro cognitivo serio.

Esta información se presentará por cada pregunta realizada en la guía de entrevista los resultados obtenidos se presentaran en dos cuadros, el primero mostrará la tabulación de resultados con el puntaje directo, el segundo mostrará los resultados porcentuales de los datos obtenidos en la guía de entrevista realizada a los adultos mayores.

1. **¿Cómo se relaciona con sus compañeros/as dentro del asilo?**

| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bien | 3 | 5 | 4 | 2 |
| Bien, pero su interacción es de manera reservada. | 0 | 3 | 5 | 0 |
| Mal | 0 | 1 | 1 | 0 |
| No muestran motivación para interactuar por razones justificadas. | 1 | 1 | 0 | 1 |
| No contesta la pregunta | 0 | 0 | 0 | 1 |
| No responde la pregunta de manera coherente | 0 | 0 | 0 | 2 |

| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bien | 75% | 50% | 40% | 33.33% |
| Bien, pero su interacción es de manera reservada. | 0% | 30% | 50% | 0% |
| Mal | 0% | 10% | 10% | 0% |
| No muestran motivación para interactuar por razones justificadas. | 25% | 10% | 0% | 16.66% |
| No contesta la pregunta | 0% | 0% | 0% | 16.66% |
| No responde la pregunta de manera coherente | 0% | 0% | 0% | 33.33% |

La pregunta N° 1 se enfoca en la percepción de los sujetos ante las actividades de socialización. Obteniendo los resultados siguientes que se han clasificado en las áreas establecidas de deterioro cognitivo, los cuales indican que: La clasificación SDC: muestra que 75% de sujetos dice tener aceptación en las actividades de socialización entre iguales, y el pequeño porcentaje del 25% justifica su alejamiento entre iguales por razones como; el no poder tener una conversación lógica con ellos. La clasificación DCL; muestra que 80% de los sujetos le agrada entablar relaciones entre iguales, siempre realizando la selección personal de sujetos con los que puedan interactuar de manera adecuada. La categoría DCM mencionan tener el 40% de buenas relaciones, un 50% lo realiza de manera reservada y un 10% menciona tener malas relaciones. Existe una notoria diferencia de la percepción de socialización de la clasificación de DCS; los cuales muestran que un porcentaje de 33.33% dice interactuar adecuadamente con sus iguales, sin embargo un 16.66 % de la población entrevistada en esta categoría no responden la pregunta y otro 33.33% no responde de manera coherente.

1. **¿Ha tenido alguna dificultad con alguno de sus compañeros?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Con pocos porque están mal de la mente. | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Si hay gente con malos hábitos( roba y ultrajan y agreden físicamente) | 0 | 3 | 3 | 1 |
| No sustenta la respuesta de manera coherente | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Ninguno | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Se aleja de los compañeros cuando hay problemas. | 0 | 4 | 1 | 0 |
| No sustenta la respuesta de manera coherente | 0 | 0 | 1 | 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Con pocos porque están mal de la mente. | 50% | 0% | 10% | 16.66% |
| Si hay gente con malos hábitos( roba y ultrajan y agreden físicamente) | 0% | 30% | 30% | 16.66% |
| No sustenta la respuesta de manera coherente | 0% | 0% | 10% | 33.33% |
| Ninguno | 50% | 30% | 30% | 33.33% |
| Se aleja de los compañeros cuando hay problemas. | 0% | 40% | 10% | 0% |
| No sustenta la respuesta de manera coherente | 0% | 0% | 10% | 0% |

La pregunta número dos está relacionada con la percepción de los Adultos Mayores en relación a la socialización y la inhibición de impulsos. Los datos que se obtuvieron en la categoría SDC; muestran que un 50 % de sujetos mencionaron haber tenido dificultades con iguales que cuentan con alguna deficiencia mental o diversas psicopatología, y el otro 50% mencionó no haber tenido ningún inconveniente. La categoría DCL; se refieren a las dificultades entre iguales por robos o por gente que agrede física y verbalmente por cosas insignificantes, el 30% no ha tenido dificultades y un 40% menciona que se alejan de las personas que buscan problemas. Los sujetos de la categoría DCM mencionaron que un 10% no ha tenido dificultades con sus compañeros, el 30% mencionó haber tenido dificultades con los iguales que agreden física y verbalmente, un 10 % prefiere alejarse de los personas que causan dificultad y en esta categoría hay sujetos que no contestan con coherencia a la pregunta los cuales representan un 10%.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Ninguno | 3 | 8 | 7 | 2 |
| Somos bien atendidos | 1 | 0 | 0 | 0 |
| No sustentan la respuesta de manera coherente | 0 | 0 | 0 | 2 |
| A ser agredido físicamente | 0 | 1 | 2 | 2 |
| Perder el derecho de vivir en el asilo | 0 | 1 | 1 | 0 |
| De perder la razón | 0 | 0 | 1 | 0 |

1. **¿Tiene usted algún temor cuando permanece dentro del asilo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Ninguno | 75% | 80% | 70% | 33.33% |
| Somos bien atendidos | 25% | 0% | 0% | 0% |
| No sustentan la respuesta de manera coherente | 0% | 0% | 0% | 33.33% |
| A ser agredido físicamente | 0% | 10% | 20% | 33.33% |
| Perder el derecho de vivir en el asilo | 0% | 10% | 10% | 0% |
| De perder la razón | 0% | 0% | 10% | 0% |

La pregunta número tres, está referida a los temores sobre diversas situaciones o amenazas a nivel personal, la cual representa un síntoma de la ansiedad que puede presentarse como deterioro cognitivo de la adultez mayor. Los resultados obtenidos de la categoría SDC; el 75% mencionaron no tener miedo a nada, el 25% mencionaron el ser adecuadamente atendidos por el personal dentro de las instituciones. La categoría DCL; menciona en un 80% que no hay motivos por qué temer, sin embargo un 10% teme ser agredido físicamente por un igual y otro 10% teme perder la oportunidad de vivir en la institución. La categoría DCM; muestra la opinión que en un 70% no le temen a nada, un 10% a ser agredido físicamente, otro 10% el ser desalojado de la institución y el 10% restante perder la razón.

1. **¿Cómo reacciona usted cuando alguien le hace algo malo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Se defiende, haciendo lo mismo que le hicieron | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Se defiende pero no de manera violenta | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Se enferma con dolor de cuerpo | 0 | 0 | 0 | 1 |
| No hace nada | 2 | 0 | 2 | 4 |
| No hace nada, solo se aleja | 1 | 9 | 3 | 0 |
| Responde sin coherencia | 0 | 0 | 2 | 1 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Se defiende, haciendo lo mismo que le hicieron | 0% | 0% | 20% | 0% |
| Se defiende pero no de manera violenta | 25% | 10% | 10% | 0% |
| Se enferma con dolor de cuerpo | 0% | 0% | 0% | 16.66% |
| No hace nada | 50% | 0% | 20% | 66.66% |
| No hace nada, solo se aleja | 25% | 90% | 30% | 0% |
| Responde sin coherencia | 0% | 0% | 20% | 16.66% |

La pregunta número cuatro va enfocada a la percepción que tiene el Adulto Mayor hacia el control o inhibición de impulsos y la irritabilidad ante alguna agresión dentro de la institución, los datos que se obtuvieron en la categoría SDC; muestran que hay defensa sin agresión física en un 25% de los sujetos, el 50% menciona no hacer nada, el otro 25% indicó alejarse de la situación incómoda. La categoría DCL; muestra en un 10% la defensa sin agresión física y un 90% indicaron que se alejan de la situación incómoda. La categoría DCM; mencionan que en un 20 % se defienden haciendo lo mismo que le hicieron de la población, el 10% responde defendiéndose pero sin agresión física, otro 20% no hace nada, y 30% restante se aleja de la situación incómoda y un 20% responde sin coherencia la pregunta. La categoría de DCS el 66.66 % no hace nada, un 16.66 % psicomatiza la afección producida por las dificultades entre iguales y un 16.66% responde sin coherencia.

1. **¿Cómo se lleva con las personas que cuidan de usted dentro de la institución?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Bien, son ambles y nos cuidan | 4 | 10 | 6 | 2 |
| Mal, Nadie ayuda a nada | 0 | 0 | 3 | 1 |
| Mal, Nos regañan si nos ensuciamos | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Responde sin coherencia | 0 | 0 | 0 | 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Bien, son ambles y nos cuidan | 100% | 100% | 60% | 33.33% |
| Mal, Nadie ayuda a nada | 0% | 0% | 30% | 16.66% |
| Mal, Nos regañan si nos ensuciamos | 0% | 0% | 10% | 0% |
| Responde sin coherencia | 0% | 0% | 0% | 50% |

La pregunta número cinco se enfoca en la exploración de las interacciones sociales con los cuidadores y la dependencia que se puede generar hacia ellos por parte de los adultos mayores. Los datos obtenidos varían según la categoría de deterioro cognitivo, en la categoría de SDC; mencionan en un 100% , que si existe una buena relación y cuido por parte del personal que los atiende, este dato es compartido por los sujetos categorizados en DSL, los cuales comparten la opinión en un 100% de igual manera. El rango de DCM; opina con un 60% que la atención es buena , sin embargo un 30% menciona no ser atendidos y el 10 % restante menciona ser objetos de regaño si se ensucian. La categoría DCS; menciona con un 33.33% que si hay excelente servicio y atención por parte de los cuidadores, un 16.66% menciona que no son atendidos de manera adecuada, pero un 50% responde sin coherencia.

1. ¿**Le han llamado la atención por algún motivo dentro de la Institución?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| No, nunca | 4 | 6 | 8 | 6 |
| Sí, nos regañan por todo no nos conocen son personal rotativo. | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Si por qué no comemos cuando la comida es fea | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Cuando se Guardan cosas que no están permitidas dentro de la institución. | 0 | 2 | 0 | 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| No, nunca | 100% | 60% | 80% | 100% |
| Sí, nos regañan por todo no nos conocen son personal rotativo. | 0% | 0% | 20% | 0% |
| Si por qué no comemos cuando la comida es fea | 0% | 20% | 0% | 0% |
| Cuando se guardan cosas que no están permitidas dentro de la institución. | 0% | 20% | 0% | 0% |

La pregunta número seis explora la percepción del adulto mayor sobre el seguimiento de las indicaciones dentro de la institución y la discriminación de la conducta apropiada e inapropiada dentro de la misma. Los resultados que se obtuvieron en la categoría de SDC es que con un 100% nunca les han llamado la atención, este porcentaje lo presentan también la categoría DCS. En la categoría DCL a un 60% le han llamado la atención dentro de la institución por diversas razones, el 80% es el porcentaje que refleja la categoría de DCM .

1. **¿Qué hace usted cuando no le permiten hacer algo dentro de la institución?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Nada | 4 | 9 | 7 | 1 |
| Me molesto. Y lo hago cuando no me ven | 0 | 1 | 3 | 1 |
| Responden sin coherencia | 0 | 0 | 0 | 3 |
| No responden nada | 0 | 0 | 0 | 1 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| Nada | 100% | 90% | 70% | 16.66% |
| Me molesto. Y lo hago cuando no me ven | 0% | 10% | 30% | 16.66% |
| Responden sin coherencia | 0% | 0% | 0% | 50% |
| No responden nada | 0% | 0% | 0% | 16.66% |

La pregunta número siete se enfoca el explorar en los sujetos las dificultades en la adaptación nuevos contextos o contextos muy diferentes a los que habitualmente percibían, por lo que se les pregunto cuál sería su reacción ante una situación que no le permita hacer lo que ellos desean, los sujetos de la categoría SDC; mencionan en un 100% que no hacen nada. La categoría DCL; menciona que se molesta y lo hacen después cuando se da la oportunidad en un 10.0%, y 30% de la categoría DCM hace lo mismo. Con un 50% la población de la categoría DCS responden sin coherencia a la pregunta y el 16.66 no responden nada.

1. **¿Confía usted de las demás personas que lo rodean en el asilo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| No, porque hay compañeros que agreden, más que todo los que tienen problemas mentales | 3 | 1 | 4 | 2 |
| No por que roban todas las cosas | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Responde sin coherencia | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Si, por que tratan de ayudarnos | 1 | 8 | 6 | 2 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPUESTAS** | **SDC** | **DCL** | **DCM** | **DCS** |
| No, porque hay compañeros que agreden, más que todo los que tienen problemas mentales | 75% | 10% | 40% | 16.66% |
| No por que roban todas las cosas | 0% | 10% | 0% | 16.66% |
| Responde sin coherencia | 0% | 0% | 0% | 33.33% |
| Si, por que tratan de ayudarnos | 25% | 80% | 60% | 33.33% |

La pregunta número ocho explora los miedos justificados o injustificados en relación a la interacción entre iguales .Se obtuvieron datos que muestran que los sujetos clasificados en la categoría SDC ; justifican el miedo de interactuar con iguales dentro de la institución con un 75% de los entrevistados y un 25% mencionan que si confían en sus compañeros por que se ayudan mutuamente. La categoría DCL; muestra que un 10% tiene miedo porque algunos compañeros no poseen todas las facultades mentales normales, otro 10% mencionan que poseen miedo porque les roban sus pertenencias, y el 80% mencionan que si confían en sus compañeros por que se tratan de ayudar. La categoría de DCM; presenta un porcentaje de 40% de falta de confianza hacia compañeros que no presentan sus facultades mentales normales. La categoría DCS; indican un 16.66% en no confiar en sus compañeros que presentan problemas mentales y el mismo porcentaje debido al robo de objetos personales. El 33.33% mencionan que si confían por que tratan de ayudarlos y otro 33.33% responde sin coherencia a las interrogación.

**6.3 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE OBSERVACION PARA ADULTOS**

**MAYORES.**

Los presentes cuadro muestra el puntaje directo de los resultados obtenidos por la guía de observación aplicada a cada uno de los sujetos participantes de la investigación , estos datos han sido categorizados por el nivel de deterioro cognitivo según la prueba “ Mini mental –Test”, en el segundo cuadro de cada área evaluada se mostrarán los resultados obtenidos porcentualmente, utilizando las siguientes siglas para determinar el nivel de deterioro cognitivo; **SDC:** Sin deterioro cognitivo. **DCL:** Deterioro cognitivo leve. **DCM:** Deterioro cognitivo moderado. **DCS:** Deterioro cognitivo serio.

Los criterios que se tomaron en cuenta en la guía de observación son clasificados por las áreas en las cuales pueden generarse cambios conductuales en la etapa de involución. Es importante mencionar que el proceso de la observación se realizó en diversas actividades diarias en las que participaban los sujetos en los centros donde se encuentran institucionalizados. La guía de observación utilizada, retoma diversos criterios conductuales de evaluación en el adulto mayor que teóricamente están documentados como cambios en el proceso de involución del ser humano, es por ello que se realizo la segmentación de criterios a observar.

**SOCIABILIZACIÓN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. El/La adulto/a mayor evita formar grupos entre iguales. | 2 | 2 | 7 | 3 | 5 | 5 | 4 | 2 |
| 2. El/La adulto/a mayor tiende a socializar más con las persona que lo cuidan en lugar de sus iguales. | 3 | 1 | 6 | 4 | 6 | 4 | 2 | 4 |
| 3. El/La adulto/a mayor prefiere estar sola. | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 4. El/La adulto/a mayor se integra a grupos de iguales de manera reservada. | 2 | 2 | 6 | 4 | 7 | 3 | 2 | 4 |
| 5. El/La adulto/a mayor interactúa con las personas que no conoce. | 4 | 0 | 5 | 5 | 9 | 1 | 2 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS A EVALUAR** | **SDC** | | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 1. El/La adulto/a mayor evita formar grupos entre iguales. | 50% | 50% | | 70% | 30% | 50% | 50% | 66.66% | 33.33% |
| 2. El/La adulto/a mayor tiende a socializar más con las persona que lo cuidan en lugar de sus iguales. | 75% | 25% | | 60% | 40% | 50% | 50% | 33.33% | 66.66% |
| 3. El/La adulto/a mayor prefiere estar sola. | 25% | 75% | | 50% | 50% | 40% | 60% | 50% | 50% |
| 4. El/La adulto/a mayor se integra a grupos de iguales de manera reservada. | 50% | 50% | | 60% | 40% | 70% | 30% | 33.33% | 66.66% |
| 5. El/La adulto/a mayor interactúa con las personas que no conoce. | 100% | 0% | | 50% | 50% | 90% | 10% | 33.33% | 66.66% |

La sociabilización dentro de la institución es un criterio que puede verse afectado debido a que el adulto mayor a medida que va avanzando su deterioro cognitivo se pueden presentar dificultades para poder entablar relaciones sociales o no tener el criterio para poder identificar quienes pueden interactuar de manera adecuada , brindándoles la oportunidad de mantener una conversación lógica sin que posean dificultades de raciocinio, de un sujeto que si posea esta dificultad y que les brinde una interacción con diversas limitantes para tener una interacción normal. La sociabilización dentro de los centros de atención a ancianos muestra categorías segmentadas por el deterioro cognitivo. Los criterios a evaluar numero 1, 3 y 4 que exploraban la existencia de dificultad para interactuar entre iguales muestra los siguientes resultados; el criterio numero uno muestra que la categoría SDC refleja un porcentaje 50% de los sujetos evitando la formación de grupos entre iguales; La categoría de DCL y DCM muestra el 70% de la población con esta dificultad y la categoría de DCS presenta un porcentaje de 66.66% de la población preside de formar grupos entre adultos mayores que se encuentran en la misma situación de institucionalización en centros de atención a ancianos.

El criterio numero 3; se enfoca en evaluar la preferencia del adulto mayor a permanecer solo: La categoría SDC; muestra una población del 25% con esta preferencia. La categoría DCL; refleja que el 50% de esta población prefiere permanecer solo. La categoría DCM tiene una población del 40% con esta tendencia. La categoría de DCS muestra un porcentaje del 50% de la población con la tendencia a permanecer solo.

El criterio de evaluación numero 4; Evaluaba la tendencia de El/La adulto/a mayor se integra a grupos de iguales de manera reservada. En la categoría de SDC, se refleja un porcentaje de 50% de la población con dichas reservas de interacción. La categoría de de DCL; muestra un 60% de selección de compañeros para interactuar. La categoría de DCM; refleja un 70% de la población se relaciona con su población de manera reservada. Y la categoría DCS refleja un 66.66% que se relaciona de forma reservada con sus iguales.

En el criterio N° 2 evalúa la afinidad a permanecer solos. La categoría de SDC muestra un 25% de aceptación a estar solos. La categoría DCL muestra el 60% de la población a tener tendencias a permanecer solo. La categoría DCM muestra un 50% de aceptación a estar solo. La categoría DCS muestra que un 33.33% de la población prefiere estar solo.

En el criterio N° 5 evalúa la dificultad de interaccionar con el personal de cuido y con los visitantes como; voluntarios, personas de servicio social o practicantes de diversas disciplinas profesionales en relación a sus iguales. Las categorías de SDC refleja un 100% de interacción con personas que no conocen. La categoría DCL refleja que su interacción con desconocidos es del 50%. La categoría DCM muestra una variación ya que acepta con un 90% de la población el interactuar con desconocidos y la categoría DCS muestra 33.33% un porcentaje más bajo en relación a las otras categorías de baja sociabilización.

**INHIBICIÓN DE IMPULSOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | | **DCM** | | **DCS** | | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | |
| 6. El/La adulto/a mayor atiende adecuadamente las indicaciones que se le dan. | 4 | 0 | 8 | | 2 | 7 | 3 | 4 | | 2 |
| 7. El/La adulto/a mayor al realizar una cualquier actividad se retira espontáneamente. | 1 | 3 | 1 | | 9 | 4 | 6 | 2 | | 4 |
| 8. El/La adulto/a mayor comienza una actividad y luego se pasa a otra sin terminar la primera. | 1 | 3 | 1 | | 9 | 3 | 7 | 2 | | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 6. El/La adulto/a mayor atiende adecuadamente las indicaciones que se le dan. | 100% | 0% | 80% | 20% | 70% | 30% | 66.66 % | 33.33% |
| 7. El/La adulto/a mayor al realizar una actividad se retira espontáneamente. | 25% | 75% | 10% | 90% | 40% | 60% | 33.33% | 66.66% |
| 8. El/La adulto/a mayor comienza una actividad y luego se pasa a otra sin terminar la primera. | 25% | 75% | 10% | 90% | 30% | 70% | 33.33% | 66.66% |

La inhibición de impulsos en el adulto mayor es una de las áreas las cuales puede presentar grandes variaciones en la personalidad del sujeto , debido a que existe menor control racional de los reflejos y reacciones inmediatas a medida que incrementa el nivel de deterioro cognitivo .

Los criterios N° 6, 7, 8; retoman la evaluación de situaciones en las que se requiere de la inhibición de impulsos de parte de los sujetos evaluados obteniendo los siguientes resultados: La categoría SDC; muestra mayor control de impulsos al mostrar un 100% de su población la atención adecuada de las indicaciones, en un 75% de su población el autocontrol al realizar las actividades hasta su culminación y con el mismo porcentaje de la población muestra el control necesario para realizar sus actividades de manera organizada, terminado una actividad y después pasando a la siguiente.

La categoría DCL muestra el 80% de su población mayor control en al seguir las indicaciones, y un 90% de su población refleja control hasta culminar las actividades, el 90% comienza una actividad y pasa a la siguiente hasta haberla terminado completamente, por lo que demuestra mayor control en sus acciones.

Los sujetos que muestran Deterioro Cognitivo Moderado siguen adecuada mente las indicaciones en un 70% , y su población realiza actividades hasta culminarlas en un 60%, así también el 70% comienza otra actividad hasta culminar la anterior.

La categoría de DCS muestra el 33.33% de su población comprende y realiza las indicaciones que se le brindan , el 66.66% de su población refleja autocontrol hasta culminar las actividades, el 66.66% comienza una actividad y pasa a la siguiente hasta haberla terminado completamente, por lo que demuestra mayor control en sus acciones.

**NEGATIVIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 9. Cuando al adulto/a mayor se le pide algo usualmente se niega a realizarlo. | 1 | 3 | 1 | 9 | 5 | 5 | 2 | 4 |
| 10. El/La adulto/a mayor se niega a compartir con sus iguales o cuidadores. | 1 | 3 | 6 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 11. El/La adulto/a mayor se encuentra en desacuerdo ante las personas que lo rodean. | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 4 | 4 | 2 |
| 12. Al adulto mayor todo le causa desagrado. | 0 | 4 | 2 | 8 | 1 | 9 | 1 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 9. Cuando al adulto/a mayor se le pide algo usualmente se niega a realizarlo. | 25% | 75% | 10% | 90% | 50% | 50% | 33.33% | 66.66% |
| 10. El/La adulto/a mayor se niega a compartir con sus iguales o cuidadores. | 25% | 75% | 60% | 40% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| 11. El/La adulto/a mayor se encuentra en desacuerdo ante las personas que lo rodean. | 25% | 75% | 50% | 50% | 60% | 40% | 66.66% | 33.33% |
| 12. Al adulto mayor todo le causa desagrado. | 0% | 100% | 20% | 80% | 10% | 90% | 16.66% | 83.33% |

La negatividad ante diversas actividades o situaciones comunes dentro de las instituciones de cuido son un reflejo dela formación de constructos cognitivos erróneos. Es muy habitual que exista falta de interés en las actividades diarias y los autocuidados, con disminución de la interacción social, la expresividad facial, las inflexiones vocales, la respuesta emocional y la iniciativa, por lo que son considerados como una preservación de pensamiento que afecta la conducta del adulto mayor.

El criterio N°9 evalúa la negatividad del adulto mayor ante la solicitud de alguna actividad, la categoría SDC presenta un 75% de su población con apertura para realizar alguna actividad, la población de la categoría DCL presenta un 90% de la población sin dificultad en la ejecución de dichas actividades. La categoría DCM presenta un porcentaje menor del 50% de su población en este criterio y la categoría DCS tiene un 33.33% de negatividad en la ejecución de dichas actividades.

El criterio N°10 exploró la relación de la negatividad hacia la interacción entre iguales la categoría SDC presenta un 25% con la negatividad a esta actividad. La categoría DCL muestra un 60% de su población con esta dificultad. La categoría DCM muestra un 50% de negatividad y la categoría DCS tiene un 50 % de su población con negatividad hacia la interacción con iguales, por lo que se puede determinar que esta negatividad hacia la socialización se presenta con mayor frecuencia en relación al nivel de deterioro cognitivo en la dinámica de correlación: a mayor nivel de deterioro cognitivo mayor negatividad hacia la interacción social.

El criterio N°11, evalúa la negatividad e inadaptación del adulto mayor a las personas que lo rodean ya sea el personal de cuido o iguales dentro del centro de atención en general. Los datos que se obtuvieron son los siguientes: La categoría de SDC muestra que el 25% presenta dicha dificultad. La categoría DCL muestra un 50% de su población con dificultades de adaptación y negatividad en esta área. La categoría DCM muestra un 60% muestra inadaptación y negatividad y el 66.66% de la población de la Categoría DCS muestra esta dificultad. Por lo que se infiere que el avance del deterioro cognitivo tiene un efecto en la negatividad y dificultades de adaptación social en el adulto mayor que lo presenta.

El criterio N°12 evalúa el total desagrado a cualquier situación dentro del centro de atención, por lo que retoma la negatividad y total apatía que pueda sentir el adulto no muestra ningún porcentaje de su población registrada dentro este criterio. La categoría DCL manifiesta esta dificultad en un 20% de su población. La categoría DCM muestra un 10% de su población con negatividad en este criterio y la categoría DCS se mantiene en el rango con un 16.66% de la población , por lo que se argumenta que no existe una negatividad tan generalizada en los sujetos con deterioro cognitivo ya que no trasciende de un porcentaje de 20% de la población que lo presenta de manera no recurrente.

**INADECUACIÓN AL ENTORNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 13. El/La adulto/a mayor se queja cuando no está de acuerdo con algo dentro de la institución. | 3 | 1 | 8 | 2 | 6 | 4 | 2 | 4 |
| 14. Muestra preocupación cuando ha infringido alguna de las reglas de la institución. | 2 | 2 | 8 | 2 | 6 | 4 | 1 | 5 |
| 15. El/La adulto/a mayor acepta apoyo cuando le han llamado la atención. | 4 | 0 | 10 | 0 | 8 | 2 | 4 | 2 |
| 16. El/La adulto/a mayor mantiene sus cosas cerca del / Ella. | 3 | 1 | 6 | 4 | 7 | 3 | 3 | 3 |
| 17. El/La adulto/a mayor guarda sus cosas donde no se la puedan ver los demás. | 3 | 1 | 6 | 4 | 6 | 4 | 2 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 13. El/La adulto/a mayor se queja cuando no está de acuerdo con algo dentro de la institución. | 75% | 25% | 80% | 20% | 60% | 40% | 33.33% | 66.66% |
| 14. Muestra preocupación cuando ha infringido alguna de las reglas de la institución. | 50% | 50% | 80% | 20% | 60% | 40% | 16.66% | 83.33% |
| 15. El/La adulto/a mayor acepta apoyo cuando le han llamado la atención. | 100% | 0% | 100% | 0% | 80% | 20% | 66.66% | 33.33% |
| 16. El/La adulto/a mayor mantiene sus cosas cerca del / Ella. | 75% | 25% | 60% | 40% | 70% | 30% | 50% | 50% |
| 17. El/La adulto/a mayor guarda sus cosas donde no se la puedan ver los demás. | 75% | 25% | 40% | 60% | 60% | 40% | 33.33% | 66.66% |

El criterio N° 13 valora los sentimientos de inadecuación ante situaciones dadas dentro del centro de atención, específicamente las que son justificadas o injustificadas, los todos obtenidos son los siguientes : La categoría SDC muestra un 75% de expresión justificada ante situaciones que producen disgusto. La categoría DCL revela un 80% de desacuerdo justificado ante diversas situaciones dentro del contexto de la institución, sin embargo la categoría DCM muestra inadecuaciones en un 60% de su población. La categoría de DCS muestra un 33.33% de la población con dificultades en este criterio. Se infiere que la dificultad de expresar verbalmente lo que no le agrada se basa en la dificultad de recordar y razonar las normas que rigen la institución a la que están sujetos, así también se observo que los usuarios que expresan sus desacuerdos lo realizan de una manera adecuada con el personal de servicio.

El criterio N° 14, sondeo la preocupación al infringir reglas dentro de la institución con el fin de poder considerar la resistencia a la adaptación y el seguimiento de indicaciones en los adultos mayores institucionalizados, esto arrojo los siguientes datos: La categoría SDC; muestra que el 50% de su población si muestra preocupación. La categoría DCL muestra un 80% de preocupación al infringir las reglas. La categoría DCM muestra un 60% de la población intranquila al infringir reglas y la categoría DCS; muestra un 16.66% de inquietud al quebrantar reglas de la institución. Los datos nos demuestran que existe un menor porcentaje de población en la categoría de deterioro cognitivo serio por lo que se infiere que la dificultad para resolver problemas mediante la reflexión o utilizando el razonamiento lógico tiene relación en la dificultad para tener mayor control de impulsos o de recordar las normas dentro de la institución.

El criterio N° 15 indaga sobre la aceptación del adulto mayor a aceptar ayuda de los demás, si su demanda es excesiva y justificada, colocando al adulto mayor en una situación de dependencia hacia los demás de manera justificada. La evaluación de este criterio arrojó los siguientes datos: Las categorías SDC y DCL , muestra que su población en un 100% si acepta el apoyo . La categoría DCM refleja que su población acepta ayuda en un 80% y la categoría DCS presenta una aceptación de ayuda del 66.66% de su población. Lo cual permite inferir que si existe una aceptación de ayuda por parte de terceros en el adulto mayor.

El criterio N° 16. Valora la necesidad del adulto adulto/a mayor conserva sus cosas personales cerca de Él / Ella, los datos que se obtuvieron muestra que en la categoría SDC el 75% tiene sus pertenencias cerca ; la categoría DCL muestra el 60% de su población realiza dicha actividad; La categoría DCM refleja 70% de la población tiene cerca sus pertenencias y la categoría DCS refleja que 50% tiene sus pertenencias junto a ellas.

El criterio N° 17 estima la habilidad de los adultos mayores de reflexionar y guardas sus objetos personales en un lugar el cual no puedan ser sustraídos ya sea porque la institución no permite guardar objetos personales o que sean sustraídos sin permiso por sus iguales. La categoría SDC muestra que el 75% de su población si esconde sus pertenencias. Las categorías DCL y DCM expresan que cada una de las categorías representan un 60% de su población con esta tendencia y la categoría DCS muestra un 33.33% de la población muestra la capacidad de guardar sus pertenencias personales.

La justificación de la acción de guardar los objetos personales de manera adecuada para que no sean asaltadas, es debido a las características propias de los centro de atenciones a adultos mayores ya que al no tener la capacidad de tener cerca de ellos objetos personales ; por políticas dentro de estas instituciones; es que los usuarios toman la opción de guardarlas sus pertenencias en lugares en las cuales no puedan ser observados para no ser robados por iguales o decomisados por el personal de cuido.

**CAMBIOS REPENTINOS DE CONDUCTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 18. El/La adulto/a mayor muestra tristeza, seguida de expresiones de alegría. | 0 | 4 | 2 | 8 | 1 | 9 | 6 | 0 |
| 19. El/La adulto/a mayor es amable y repentinamente se enoja con facilidad. | 0 | 4 | 1 | 9 | 2 | 8 | 3 | 3 |
| 20. El/La adulto/a mayor está conversando y repentinamente se queda en silencio. | 1 | 3 | 0 | 10 | 5 | 5 | 5 | 1 |
| 21. El/La adulto/a mayor muestra entusiasmo al realizar una actividad y luego se desanima con facilidad. | 1 | 3 | 1 | 9 | 3 | 7 | 4 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARITERIO A EVALUAR** | **SDC** | | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 18. El/La adulto/a mayor muestra tristeza, seguida de expresiones de alegría. | 0% | | 100% | 20% | 80% | 10% | 90% | 100% | 0% |
| 19. El/La adulto/a mayor es amable y repentinamente se enoja con facilidad. | 0% | | 100% | 10% | 90% | 20% | 80% | 50% | 50% |
| 20. El/La adulto/a mayor está conversando y repentinamente se queda en silencio. | 25% | | 75% | 0% | 10% | 50% | 50% | 83.33% | 16.66% |
| 21. El/La adulto/a mayor muestra entusiasmo al realizar una actividad y luego se desanima con facilidad. | 25% | | 75% | 10% | 90% | 30% | 70% | 66.66% | 33.33% |

Los cambios repentinos de conducta son efecto de el deterioro de facultades mentales y la concepción errónea sobre el proceso de vejez que influyen directamente en la afectividad , autoestima, etc. del adulto mayor. Aunado a la baja capacidad de juicio y raciocinio que inhibe el control emocional. Es por ello que se retoma este criterio de evaluación en tres aspectos a observar.

El criterio N°18 exploró el cambio repentino de estado emocional entre la tristeza, seguida de expresiones de alegría o viceversa o algún otro cambio emocional evidente, Obteniendo los siguientes resultados. La categoría SDC muestra que no existe este cambio de conducta repentino. La categoría DCL revela que un 80% de su población no presenta cambios emocionales repentinos. La categoría DCM presenta un 70% de su población sin estos cambios emocionales súbitos, y la categoría DCS presenta un 66.66% de su población muestra cambios repentinos . Dichos datos muestran el impacto del deterioro cognitivo en los procesos de juicio y raciocinio propios de la capacidad de pensamiento.

El criterio N° 19 evalúa los cambios de conducta entre la amabilidad y enojo o viceversa: la Categoría SDC no muestra estos cambios de conducta repentinos; la Categoría DCL muestra un 10% de su población con estos cambios repentinos de conducta; La categoría DCM tiene una población del 20% con cambios repentinos de su conducta y la categoría del DCS muestra un incremento de su porcentaje en relación a las otras categorías mostrando un 50% de su población con cambios repentinos de conducta.

EL criterio N° 20 evalúa la dificultad del adulto mayor te sostener una conversación; la categoría SDC muestra que un 75% de su población tiene la habilidad de realizar de manera adecuada una conversación; La categoría DCL muestra el 100% de su población con esta habilidad; la Categoría DCM presenta un 50% de su población con esta habilidad y el 66.66% de su población muestra dificultad para mantener una conversación adecuada, mostrando momentos de silencio durante la conversación.

EL criterio N° 21 la constancia de los sentimientos hacia una actividad respectiva; la categoría SDC muestra que un 75% no muestra este cambio repentino de interés y emociones hacia una actividad; La categoría DCL muestra un 90% de su población sin dificultad en la constancia de sus interés sobre diversas situaciones u objetos; la categoría DCM muestra un 70% si esta dificulta y la categoría DCS muestra un 33.33 % de su población con dificultades para sostener el interés por una actividad o situación por lo que se puede inferir que el avance del deterioro cognitivo tiene una incidencia en la capacidad del adulto mayor de controlar sus emociones y mantener el interés en un espacio de tiempo considerado como normal. Los cambios repentinos nos demuestra que la capacidad de ubicación en espacio y tiempo, la capacidad de análisis y raciocinio y sus afecciones se reflejan en la conducta del adulto mayor que presenta deterioro cognitivo.

**DEPENDENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 22. El/La adulto/a mayor muestra agrado al recibir ayuda del personal de servicio. | 4 | 0 | 1 | 9 | 8 | 2 | 5 | 1 |
| 23. El/La adulto/a mayor muestra agrado al recibir ayuda de sus compañeros | 3 | 1 | 8 | 2 | 8 | 2 | 2 | 4 |
| 24. El/La adulto/a mayor solicita ayuda al realizar las actividades que se le asignan. | 3 | 1 | 4 | 6 | 7 | 3 | 2 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 22. El/La adulto/a mayor muestra agrado al recibir ayuda del personal de servicio. | 100% | 0% | 10% | 90% | 80% | 20% | 83.33% | 16.66% |
| 23. El/La adulto/a mayor muestra agrado al recibir ayuda de sus compañeros | 75% | 25% | 80% | 20% | 80% | 20% | 33.33% | 66.66% |
| 24. El/La adulto/a mayor solicita ayuda al realizar las actividades que se le asignan. | 75% | 25% | 40% | 60% | 70% | 30% | 33.33% | 66.66% |

La dependencia del adulto mayor es debido a una serie de cambios físicos y psicológicos que se presentan en esta etapa, este criterio evaluado en la guía de observación arrojaría datos sobre la capacidad del adulto mayor de adaptarse a esos cambios y por consecuente a convertirse en una persona dependiente. Los datos que se pudieron obtener en el criterio N° 22 muestran la capacidad del adulto de aceptar ayuda del personal de servicio; La categoría SDC no muestra dificultad debido a que se puede presentar esta dependencia por dificultades físicas de las cuales se encuentran consientes de que las necesitan. La categoría DCL muestra que un 10% muestra desagrado de recibir ayuda de tercetos, La categoría DCM muestra un 80% de su población y la categoría DCS muestra un 66.66% de su población con esta dificultad.

El criterio N° 23 muestra la evaluación de la aceptación de la ayuda de sus compañeros dentro del centro de atención, los datos obtenidos son los siguientes: Las categorías SDC muestra un 75% de su población acepta la ayuda de sus compañeros; las categorías DCL y DSM muestra a un 80% de su población aceptando este tipo de ayuda y la categoría DCS muestra que el 33.33% de la población acepta la ayuda que le brindan sus compañeros.

El criterio N° 24 mayor solicita ayuda al realizar las actividades que se le asignan. La categoría SDC muestra un 75% de su población que si solicita la ayuda cuando la necesita; La SDL muestra a un 40% de su población sin dificultades para requerir ayuda; La categoría DCM presenta un porcentaje de 70 de su población sin dificultades para requerir ayuda, sin embargo la categoría DCS no solicita la ayuda al necesitarla.

Los resultados obtenidos muestran que si existe la capacidad de solicitar ayuda al momento de necesitarla con mayor incidencia dentro de la categorías SDC; DCL y DCM

**IRRITABILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 25. El/La adulto/a mayor se enoja con facilidad. | 1 | 3 | 7 | 3 | 3 | 7 | 3 | 3 |
| 26. El/La adulto/a mayor se enoja cuando se le solicita que realice una actividad. | 0 | 4 | 3 | 7 | 3 | 7 | 3 | 3 |
| 27. El/La adulto/a mayor se enoja con facilidad cuando no se le atiende en el momento que lo solicita. | 1 | 3 | 3 | 7 | 6 | 4 | 2 | 4 |
| 28. El/La adulto/a mayor cuando lo regañan muestra agresividad hacia los demás. | 1 | 3 | 3 | 7 | 2 | 8 | 2 | 4 |
| 29. El/La adulto/a mayor agrede verbal o físicamente a sus compañero o a personal de servicio. | 1 | 3 | 3 | 7 | 5 | 5 | 3 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATERGORIAS A EVALUAR** | **SDC** | | **DCL** | | **DCM** | | **DCS** | |
| **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO (**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) | **SI**  **(**%) | **NO**  **(**%) |
| 25. El/La adulto/a mayor se enoja con facilidad. | 25% | 75% | 30% | 70% | 30% | 70% | 50% | 50% |
| 26. El/La adulto/a mayor se enoja cuando se le solicita que realice una actividad. | 0% | 100 % | 30% | 70% | 30% | 70% | 50% | 50% |
| 27. El/La adulto/a mayor se enoja con facilidad cuando no se le atiende en el momento que lo solicita. | 25% | 75% | 30% | 70% | 60% | 40% | 33.33% | 66.66% |
| 28. El/La adulto/a mayor cuando lo regañan muestra agresividad hacia los demás. | 25% | 75% | 30% | 70% | 20% | 80% | 33.33% | 66.66% |
| 29. El/La adulto/a mayor agrede verbal o físicamente a sus compañero o a personal de servicio. | 25% | 75% | 30% | 70% | 50% | 50% | 50% | 50% |

La irritabilidad es una de las principales características de los cambios emocionales que pueden presentar los adultos mayores debido a la dificultad que se hace presente para afrontar de manera adecuada las situaciones que los colocan situaciones estresantes retomando estilos de defensa no adecuados. Los criterios 25 al 29 evalúan las diversas situaciones en las que el adulto mayor tiende a presentar esta dificultad que se clasifica como uno de los cambios conductuales más importantes en esta etapa de involución **.**

El criterio de evaluación N° 25 muestra que la categoría SDC presenta un mayor control ya que solo el 25% de la población muestra dificultades para controlarse en situaciones que no son de su agrado, en relación a la categoría de DCL y DCM que comparten el mismo resultados, los cuales reflejan que un 30% de la población con dificultad para controlarse ante estas situaciones, sin embargo la categoría de DCS muestra una dificultad superior en este criterio ya que su porcentaje de dificultad es del 50% de su población.

El criterio de evaluación N° 26 evalúa, la irritabilidad ante la solicitud de alguna actividad. La categoría SDC no muestra ninguna dificultad ante la solicitud, sin embargo la categoría DCL y DCM muestran mayor dificultad reflejando su inconformidad con un 30 por ciento de su población en cada una de las categorías. Y la población de la categoría DCS muestra un 50% de molestia al solicitarle la realización de alguna actividad fuera de lo normal.

El criterio N° 27 verifica la irritabilidad del usuario ante una solicitud recurrente ante una situación no apremiante, la categoría de SDC muestra esta conducta en un 25% de su población , la categoría de DCL muestra un 30% de su población con dicha dificultad, el criterio DCM muestra a un 60% de la población que recurre a este tipo actitud y la categoría DCS refleja un 33.33% de su población con dificultades, para controlar su irritabilidad.

El criterio N° 28, muestra que en la categoría SDC el 25% muestran algún tipo de agresión hacia sus compañeros. La categoría DCL refleja un 30% de su población con esta dificultad. La categoría DCM muestra un 20% de su población con agresiones hacia sus iguales y la categoría DCS es la que presenta menor control de sus emociones y mayor dificultad en reaccionar de una manera más adecuada ante una situación de estrés, ya que su población representa un 33.33 % la que presenta este tipo de conductas agresivas.

El criterio N° 29 muestra que los adultos mayores pueden agredir a sus compañeros y persona de servicio al estar descontentos por alguna situación. La categoría SDC muestra que se puede presentar dicha situación con el 25% de su población. La categoría DCL refleja el 30% de su población con dificultades para controlar su agresión incluso en personas que se dedican a su cuido, el 50% en la población de la categoría DCM y de la categoría DCS que muestra agresión a personas dedicadas a su cuido.

**6.4 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL**

**PERSONAL DE SERVICIO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A ANCIANOS**

La guía de entrevista aplicada al personal de atención a ancianos se realizó con el fin de Obtener información relevante sobre las conductas manifestadas por los/las Adultos/as Mayores. A continuación se presenta un cuadro resumen de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento a 8 cuidadores, específicamente de el área de enfermería, entre ellos, auxiliares de enfermería y licenciados de la misma área.

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO A EVALUAR** | **RESPUESTAS** |
| 1. ¿Ha identificado en las personas mayores conductas en la que desvían la atención en una actividad y dirigirla a otra? | * Si en la mayoría de ocasiones suele pasar. * No he observado la situación |
| 1. ¿Cómo son las relaciones entre los/las Adultos/as Mayores dentro de la institución? | * Son buenas, aunque siempre hay problemas por algo que no les disgusta. * Hay variedad de comportamiento, se pelean cuando los agreden físicamente. |
| 1. ¿Ha observado cambios de comportamiento repentinos en los adultos mayores? ¿En qué ocasiones se presenta este cambio con más frecuencia? | * Si hay cambios de comportamiento repentinos, pero cuando les desagrada algo en su mayoría. |
| 1. **¿**Existe dentro de la institución comportamiento sexual inapropiado por parte de los/las Adultos/as Mayores? | * Si se presenta en pocas ocasiones. |
| 1. ¿Dentro de la institución se han presentado dificultades entre los mismos Adultos/as mayores por los objetos personales? | * Si es una de las principales dificultades que se presentan en las instituciones. |
| 1. ¿Cuáles son los actividades dentro del centro en la que los/las adultos/as mayores muestran mayor renuencia en participar? | * En su mayoría el aseo personal en general. * A la hora de la comida. * Al solicitar la realización de actividades físicas. |
| 1. ¿Ha observado dependencia por parte de los/ las adultos/as mayores hacia los personas que los atiende dentro del centro? | * Si se acomodan si se les realiza todas las actividades a los usuarios que pueden realizarlas por si solos. * Generalmente solo se atiende a quienes los necesitan, y ya que las personas independientes no les agrada ser atendidos. |

Los datos obtenidos que se muestran en el cuadro anterior resumen los resultados de las entrevistas. Estos datos respaldan la información en cuanto a las áreas que se evaluaron, representando así un respaldo de los datos obtenidos en las guías de observación. Los cuales muestran que existen dificultades en la sociabilización entre iguales al existir desagrado de cualquier situación, ya sea agresiones verbales, físicas o la extracción de objetos personales.

La existencia de la negatividad se presenta también las áreas especificas con mayor frecuencia como la higiene personal en general, los hábitos alimenticios y la ingesta de medicamento. La dependencia según lo expresado por el personal se puede generar si se les realiza todo a los usuarios, sin embargo los que no lo necesitan expresan, que no les agrada este tipo de ayuda.

* 1. **ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

La etapa de Adultez mayor es parte del proceso de desarrollo de todo ser humano, el cual constituye un paso complejo que tiene características muy marcadas como la disminución de ciertas capacidades adquiridas a lo largo de la vida que tienen relación con diversas áreas que se interrelacionan como: las psicológicas, sociales y físicas.

El área Cognitiva y sus sub-áreas no son la excepción, se ven afectadas de manera parcial o total en el proceso de involución y tiene como efecto la disminución del rendimiento de ciertas 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 y habilidad viso-espacial. Estas capacidades brindan al sujeto la habilidad para resolver problemas utilizando el pensamiento como medio y para adaptar el comportamiento a la consecución de objetivos, al sufrir alteraciones en ellas, pueden presentarse variaciones que son observadas en la conducta del adulto mayor.

La presente investigación muestra la relación entre el nivel de deterioro cognitivo, sus respectivas áreas afectadas y su efecto en la conducta del sujeto, en este caso el adulto mayor. Los datos obtenidos seleccionaron a la población evaluada en cuatro categorías:

***La categoría de adultos mayores sin deterioro cognitivo*** muestra que existe dificultades mínimas en la orientación temporal ya que no hay dentro de la institución un punto de referencia que le indique este dato como calendarios o relojes de pared, sin embargo la mayoría de las personas de esta categoría muestran pocas afecciones en sus capacidades intelectivas, de percepción, atención y memoria, los cuales les permiten razonar antes de actuar de manera impulsiva, es por ello que en la áreas de socialización existe la capacidad de seleccionar las personas con las que desea interactuar, también aun cuenta con la capacidad de manejar las situaciones de incomodidad que pueden generarse por diversas causas dentro de la institución, entre ellos están los conflictos con los compañeros en los que pueden preferir momentos de soledad o inconformidades con las normas dentro de la institución, que lleva a los sujetos a expresarlos con los encargados de cuido; por lo que se refleja que su capacidad de comunicación, leguaje verbal y gestual es comprensible y bien estructurado, reflejando que poseen proceso de pensamientos con lógica y raciocinio. este nivel de cognición poco afectado refleja la capacidad del sujeto en la realización de análisis e interpretación de las situación y contexto actual, el cual le permite que perciban su realidad y la acepten como tal, reflejándose conductualmente en la capacidad de conocer, recordar y aplicar las normas de la institución, de no ser así muestran preocupación por haberlas quebrantado. Muestran la disponibilidad de aceptar la ayuda de terceros, que es brindada cuando realmente la necesita, por lo que deja al margen los servicios que pueden contrarrestarles autonomía y que los lleva a caer fácilmente en la dependencia hacia terceros, mayormente a nivel físico.

**La categoría de Deterioro Cognitivo Leve**, se presenta como un conjunto de síntomas que alteran de manera prolongada una o varias funciones cognitivas, este deterioro no corresponde a un síndrome especifico, ya que no cumple los criterios suficientes de gravedad para ser calificado como demencia; puesto que no impide que el sujeto que lo sufre pueda llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria. Como lo reflejan los datos obtenidos en la evaluación de esta categoría (DCL)**;** se pudo comprobar que las principales afecciones cognitivas que influyen en la conducta son; la Desorientación temporal la cual presenta un porcentaje del 78% , esto debido a la falta de una herramienta visual dentro de las instituciones que les permita a los usuarios tener el dato de hora y fecha de manera más inmediata sin embargo la desorientación espacial que se presenta con bajo porcentaje, dentro de esta categoría(18%), es un indicio de dificultades en la memoria y atención, por lo que es notoria la existencia de una capacidad más limitada para adquirir nuevos conocimientos y por ende el aprendizaje de nuevos recorridos presentándose el olvido de lugares emblemáticos dentro de la institución y por consecuencia episodios de desubicación.

Aun en esta categoría el sujeto tiene la capacidad de analizar su realidad y tomarla en cuenta en sus medidas provisorias que le servirán para manejar las dificultades que se presenten dentro de la institución, por lo que sus procesos de pensamiento, atención, memoria le permiten interactuar socialmente de manera reservada, seleccionando los compañeros con los que interactúan. Así también muestran más afinidad para conversar con las personas de cuido las cuales llenan la necesidad de entablar interacciones sociales con mayor contenido de discusión u opta por permanecer solo en ciertas ocasiones. El adulto mayor aun es capaz de inhibir sus impulsos en diversas actividades diarias, como el permanecer en una actividad hasta terminarla, logra controlar su irritación o disgusto sin dejar que estos lleguen a agresiones físicas o verbales, demostrando que prefiere la evasión de dificultades en lugar de la confrontación.

La capacidad de comunicación aun no es una de las áreas afectadas del lenguaje y todos los procesos que este conlleva , sin embargo se hace notoria la dificultad para encontrar las palabras que desean utilizar dentro de la conversación, esto brinda una noción de las dificultades en el área de lenguaje que pueden llegar a comprometerse en el futuro, aun que en la actualidad solo se presenta un 31.12% de afección.

***La categoría de Deterioro Cognitivo Moderado*** presenta como síntomas la afección de diversas áreas en la vida del adulto mayor como; El área de lenguaje se presenta la afección de ordenar sus ideas y mensajes verbales así también se presenta dificultades en comprensión del mismo por ende también en la comprensión de órdenes, por lo que el sujeto es más recurrente en la infracción de reglas impuestas por la institución. La dificultad de aprendizaje también se hace evidente en este nivel, por lo que se presenta con mayor regularidad la desorientación temporo-espacial que tiene como efecto la deambulación constante dentro de la institución, la confusión de su ubicación actual, los cuales generan episodios de recreación del pasado, esto lo sustenta la capacidad de orientación temporal que refleja solo un 70% de su funcionalidad y un 80% en el área de ubicación espacial en este nivel de deterioro. En la realización de las actividades diarias se observan el enlentecimiento de su ejecución, por lo que se hace presenten la dependencia a terceros, se presenta la necesidad de supervisar las actividades básicas de la vida diaria, como recordarle el aseo personal, vestirse por sí solo , y con el tiempo precisará ayuda para colocarse la ropa en forma y orden correctos, estas capacidades se ven afectadas debido al deterioro de la memoria y atención así como el proceso de pensamiento que lo representa la evaluación de atención y calculo los cuales reflejan una funcionalidad del 26.66% . El estado de dependencia anteriormente descrito puede provocar en los sujetos, cambios repentinos de humor y la dificultad del control de impulsos, por lo que se hacen más evidentes las agresiones físicas y verbales a las personas que se encuentran a su alrededor, minando así la posibilidad de establecer relaciones interpersonales adecuadas, las cuales se hacen evidentes en su estado de soledad .

***Las personas que presentan el nivel de Deterioro Cognitivo Serio*** poseen diversas dificultades de las funciones cognitivas, las cuales convierten el proceso de comunicación en una tarea difícil ya que muchas veces no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. En los resultados obtenidos en la prueba de evaluación cognitiva muestra que el área de lenguaje se encuentra afectada en un 53.70 % , por lo que se puede estar presentando dificultades en el reconocimiento del habla debido a que proceso de construcción del significado global de la oración es lento y la decodificación de cada palabra resulta más complicado con el paso del tiempo, el adulto mayor concentra su atención en las primeras palabras de la oración y al tratar de decodificarlas se produce el olvido de las palabras consecuentes, por lo que pierde el sentido de toda la oración.

Otra dificultad que agrava el área del lenguaje en Los adultos mayores son las dificultades auditivas, los cuales dan indicios de afecciones en los procesos perceptivos y sensoriales que entorpecen la percepción del habla en ambiente ruidoso, por lo que se aumenta el impacto de la ineficiencia en la comprensión, debido a esto el establecimiento de relaciones interpersonales entre iguales o cuidadores se ve afectada. Los procesos para construir oraciones también se le dificultan ya que el construir una oración comprende diversos procesos como la memoria, siendo está afectada por el deterioro cognitivo y como lo demuestra los datos obtenidos los cuales presenta una capacidad de 72.22% para obtener información y una capacidad de recuerdo de la misma del 16.66%, el retener información se dificulta y se produce manifestaciones conductuales como la deambulación dentro de la institución o el desconocimiento de la misma, produciendo así la desorientación espacial , creándoles estados de ansiedad por no saber el lugar en el que se encuentran, como se menciona en los anteriores niveles de deterioro cognitivo la desorientación temporal es una de las principales áreas que se ven afectadas y se representa con un 80% de afección de la misma en este nivel. El conocimiento de la realidad requiere de operaciones mentales simples como percibir, recordar, prestar atención, y ya que estas procesos se encuentran afectados, la capacidad de comprender su realidad, reflexión y adaptación al entorno se convierte en una dificultad, por lo que la capacidad de inhibir de impulsos, auto controlarse se reflejan en las conductas agresivas hacia los compañeros de la institución o los cuidadores y la consecuente infracción de las normas establecidas por la institución. De igual manera se presenta la pérdida total de la capacidad para escribir y cuidar de sí mismo, el adulto mayor se convierte en una persona totalmente dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En el proceso de investigación se pudo constatar que existe una aceleración de los niveles de deterioro cognitivo por diversas razones en el adulto mayor, ya sea por complicaciones físicas o de índole psicológico, siendo esta ultima la que retoma mayor importancia en este proceso de investigación se pudo comprobar que existe mayor nivel de deterioro cognitivo en los centros de atención a ancianos de instituciones públicas en relación a las instituciones de beneficencia, esto debido a la diferencia de las características de la población y una de las principales es que en la institución pública se atienden a adultos mayores que generalmente se encuentran en el abandono esto se considera así debido a que no hay familiares o encargados que se hagan cargo de ellos; por lo que tienen una historia de sufrimiento y grandes carencias en diversas áreas, y en los lugares de beneficencia se atienden a adultos mayores que sí cuentan con el apoyo familiar pero no tienen el tiempo necesario para atenderlos y son de escasos recursos. A esto se le suma la diferencias de atención de las instituciones de cuido debido a la cantidad de población de las instituciones, se pudo comprobar que en el lugar de beneficencia es menor la población de adultos mayores por lo que las profesionales tienen mayor capacidad de tiempo para atender a gran parte de su población con actividades que manejan el ocio que les produce satisfacción y que los mantiene parte del tiempo ocupados, en cambio los lugares de atención pública su población es mucho mayor y los recursos profesionales son pocos en relación a la cantidad de sujetos a intervenir por lo que el ocio no causa satisfacción en los usuarios, ya que se integran a actividades pero no son muy frecuentes, por ende el tiempo sin actividad no les permite tener una serie de estimulaciones que les permita mantener o disminuir el avance del deterioro cognitivo

**CAPITULO VII**

**CONCLUSIONES**

* Los niveles de deterioro cognitivo en la población evaluada son categorizados en los tres rangos de deterioro cognitivo: el deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado deterioro serio y la existencia de una población que no se clasifica en ningún nivel de deterioro cognitivo. Estas categorías que se encuentran reflejadas en los resultados de los instrumentos aplicados, demuestran que la determinación del nivel de deterioro cognitivo permite conocer la capacidad de las funciones intelectivas que posee el sujeto y los procesos que se encuentran afectados que influyen de manera directa en la conducta.

* Los niveles de deterioro cognitivo moderado y deterioro serio son las principales categorías de deterioro cognitivo que engloban las áreas y procesos cognitivos necesarias para poder diagnosticar un estado de demencia, que siempre generará un impacto negativo en los procesos cognitivos. Sin embargo es importante que se investiguen las causas de la misma, ya que esto determinará el tipo de demencia que sufre el sujeto.
* La clasificación bajo diversos criterios de la población de Adultos Mayores que se encuentran institucionalizados, es un factor de rigurosidad que debe ser efectuado y actualizado constantemente por el personal encargado de ello dentro de centro de atención , ya que la adecuada ubicación de los usuarios en las áreas establecidas, determinarán los cuidos y atenciones y precauciones que recibirá el adulto mayor.
* La existencia limitada dentro del transcurso de formación académica en el departamento de psicología, sobre el abordaje de los áreas cognitivos que se ven afectados en el proceso de envejecimiento, coloca una barrera para la intervención adecuada hacia Adultos Mayores, debido a que esta población en su mayoría, presenta afecciones a nivel cognitivo que impiden el desarrollo de una intervención psicológica a la que se encuentra entrenado y habituado el estudiante y futuro profesional de la salud mental.
* La realización de diversas actividades cotidianas y el manejo del ocio de manera adecuada en los Adultos Mayores institucionalizados, generan un impacto positivo, ya que les permite estimular diversos procesos cognitivos que favorecen su independencia, crear redes sociales y ambientes afectivos agradables, que minimizan el impacto negativo que produce estar institucionalizado en un centro de atención.

**CAPITULO VIII**

**RECOMENDACIONES**

* Se recomienda a los estudiantes o profesionales de la psicología el profundizar conocimientos en el área de la psicología cognitiva y sus herramientas de intervención como la estimulación cognitiva, ya que es una área que puede ser aplicada en varias etapas del desarrollo humano que llevan a potencializar la capacidades intelectuales.
* Al Departamento de Psicología, se recomienda que realice un acercamiento a las instituciones públicas, que brindan cuido a los Adultos Mayores y se realicen convenios que le permitan al estudiante de psicología desarrollar conocimiento en este sector. De manera reciproca la institución de cuido a Adultos Mayores cuente con mas recurso humano que le permita intervenir con mayor calidad una gran y diversa población de usuarios.
* A las instituciones que atienden a Adultos Mayores, se recomienda realizar una evaluación constante de los usuarios de los centros de atención, los cuales presenten cambios conductuales que sugieren el avance del deterioro cognitivo, con el fin de poder abordarlo de manera adecuada, enfocándose en las áreas afectadas específicamente.
* En las instituciones de cuido es importante que se implemente la intervención cognitiva en el usuario con deterioro cognitivo en cualquiera de sus niveles, ya que esta se enfoca en estimular las áreas principalmente afectadas, así como las propuestas de adaptación al entorno físico y humano, que engloban, respectivamente, las rutinas en la vida actual. Es importante que la implementación de actividades de estimulación cognitiva, se realice bajo un proceso de adaptación en relación a la capacidad del Adulto Mayor que lo desarrollará, con el fin de evitar que se coloquen retos con mayor complejidad que genere un impacto negativo en el Adulto Mayor.

1. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

* Desarrollo humano: con aportaciones para Iberoamérica / Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds; tr. Germán Alberto Villamizar. ; revisión técnica Elvers W. Medellín Lozano. — 6a. Ed. — México: Mc Graw-Hill, 1999
* Psicología de la edad adulta y la vejez / K. Warner Schaie, Sherry L. Willis. Autor (es): Schaie, K. Warner. Willis, Sherry L. Publicación: Madrid: Pearson Prentice Hall, 2003.
* La medida de la inteligencia del Adulto. David Wechsler; Traducción Hugo García Suarez. Edición Huascar, Buenos Aires – Argentina, 1973. Parte 1.
* Tesis Exploración de indicadores emocionales en personas mayores Institucionalizadas en asilos del municipio de santa Ana. Autor: Larios Rivera, Juan Carlos. Publicación: Santa Ana, El Salv - 2003.
* Tesis Perfil Psicológico del anciano rural urbano Institucionalizado. Autores: Adela Beatriz Henríquez Perla, Telma Angelina Parada Portillo. Publicación: San Salvador, 1988.
* Corte suprema de justicia. Ley de atención Integral para la persona Adulta Mayor. Centro de Documentación Judicial. San Salvador¸ El Salvador. D.O. N° 38 tomo 354. Publicación D.O. 25 de febrero de 2002.
* First MB, Frances A, Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
* Costa M. Trastornos cognitivos en psicopatología. Barcelona: J.R. Prous; 1995.
* Calero, M. D. La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. Revista Geriatrika, 2003; 38(6): 305-307.
* Arriola Manchola, E., Inza Iraola, B. Protocolos de atención en residencias para personas mayores. Gizartekintza: Departamento de Servicio Sociales,

1999.

* Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J., Arriola Manchola E., Uriarte

Méndez A. La valoración de las personas mayores: Evaluar para, conocer

e intervenir. Madrid, España: Editorial Caritas, 2001.

* Backman, L. y Small, B. (2001). Stability of the preclinical episodic memory

deficit in Alzheimer's disease. *Brain*, 124, 96-102.

**Referencias de Internet**

* [Http://isri.elsalvadormultimedia.info/isri2011/index.php?option=com\_content &view=article&id=51&itemid=61](http://isri.elsalvadormultimedia.info/isri2011/index.php?option=com_content%20%20%20&view=article&id=51&Itemid=61)
* Estudio comparativo autoestima y ansiedad en el adulto mayo.pdf

<http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/292/29290204.pdf>

* Www.enplenitud.com/psicologia-del-adulto-mayor.html / autores: adriana saldaña lozano, gloria molina pérez
* Http://despsicosenect.blogspot.com/2008/11/que-es-la-psicogerontologia\_10.html
* <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/tipos-deterioro-cognitivo.shtml> Deterioro cognitivo descripción de conductas
* [http://ww2.ttmed.com/demencias/texto\_art\_long.cfm?id\_cou=20&id\_dis=174&id\_art=1250&id\_secc=2#9027](http://ww2.ttmed.com/demencias/Texto_Art_long.cfm?ID_Cou=20&ID_Dis=174&ID_Art=1250&ID_Secc=2#9027)

Síntomas psicológicos y conductuales asociados al deterioro cognitivo leve

* [http://eprints.ucm.es/8292/1/t30580.pdf](http://eprints.ucm.es/8292/1/T30580.pdf)

Marcadores lingüísticos y mnésicos en el diagnóstico diferencial de la depresión y la demencia: un estudio con seguimiento.

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071848832010000100005&script=sci\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48832010000100005&script=sci_arttext)

**Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes**

1. Ley de atención integral para la persona adulta mayor, Decreto legislativo n° 717, Titulo único, Capitulo I, objeto de la ley, derechos y deberes, Art. 2.- para los efectos de la presente ley se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad. [↑](#footnote-ref-1)
2. Secretaria de Inclusión Social, Resumen Ejecutivo, Programa Presidencial Nuestros Mayores Derechos, Julio de 2010. [↑](#footnote-ref-2)
3. Richard y Munafo (1993) [↑](#footnote-ref-3)
4. Éxito/salida de esta vida. [↑](#footnote-ref-4)
5. Fuente: Desarrollo Humano. Autora: Diana E.Papalia, D. y Wendkos, Olds S. pag 606. [↑](#footnote-ref-5)
6. Psicología del adulto mayor, Autor: Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez. [↑](#footnote-ref-6)
7. Carpenter, Miyaki & Just, 1994; Salthouse, 1996 [↑](#footnote-ref-7)
8. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). IPA educational pack 1996 [↑](#footnote-ref-8)
9. Jost, B.C., Grossberg, G.T. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: A

   natural history study. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 1078-1081. [↑](#footnote-ref-9)
10. Díaz, M.C. y Peraita, H. Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. Psicothema, 2008, 20: 438-444- 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2009. Psiquiatria.com -2- [↑](#footnote-ref-10)
11. Sánchez y Sayago, 2000; Eastwood y Reisberg, 2001. [↑](#footnote-ref-11)
12. Reisberg, B., Franssen, E. H., Hasan, S. M., Monteiro, I., Boksay, I., Souren, L. E. M., Kenowsky, S., Auer, S.R., Elahi, S. y Kluger, A. (1999). Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer’s and other dementing processes. *European archives of psychiatry and clinical Neuroscience*, 249(Suppl. 3), 28-36. [↑](#footnote-ref-12)
13. Arriola e Inza, 1999:84. [↑](#footnote-ref-13)
14. Calero, 2003. [↑](#footnote-ref-14)
15. Arriola e Inza, 1999:131. [↑](#footnote-ref-15)
16. Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001 [↑](#footnote-ref-16)
17. López, López y Ariño, 2002, pág. 19. [↑](#footnote-ref-17)
18. El deterioro cognitivo: una mirada previsora ,[Víctor T. Pérez Martínez](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi171-205t.htm#autor)., pag 1. [↑](#footnote-ref-18)