

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

“EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR”



DIANA LUCÍA CAJAS MEJÍA

GUATEMALA, JUNIO DE 2007
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



POR

DIANA LUCÍA CAJAS MEJÍA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, JUNIO DE 2007

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA**

**Licenciado Helvin Velásquez Ramos, M.A.
SECRETARIO**

**Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
Doctor René Vladimir López Ramírez
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

**Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS**

**Estudiante Brenda Julissa Chamám Pacay
Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

94. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2487-1910 FAX. 2487-1919-14
e-mail: scps@frcm.usc.gt

c.c. Control Académico

CIEPs.

Reg. 496-2005

CODIPs. 803-2007

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

11 de junio de 2007

Estudiante

Diana Lucía Cajas Mejía

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO TERCERO (13o.) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL SIETE (28-2007), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de junio de 2007, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "**EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

DIANA LUCÍA CAJAS MEJÍA

CARNÉ 199918260

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Rolando Lemus Rodas y revisado por el Licenciado Estuardo Bauer Luna. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Melvin Velásquez Ramos, M.A.
SECRETARIO



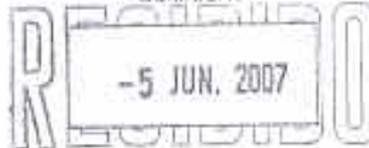
r.c.c.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
5a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL: 2445-1910 FAX: 2445-1919 V.S.
e-mail: uscarpsic@uscar.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e información:
CUM/USAC



Firma *Gul* hrs. 18:00 fecha 496-05

REG. 496-05
CIEPs. 53-07

INFORME FINAL

Guatemala, 30 de mayo de 2007

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informales que el Licenciado Estuardo Bauer Luna, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR"

ESTUDIANTE CARNÉ No.

Diana Lucia Cajas Mejia 199918260

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Mayra Luna de Alvarez
Licenciada Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

MLDA/edr
c.c. archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

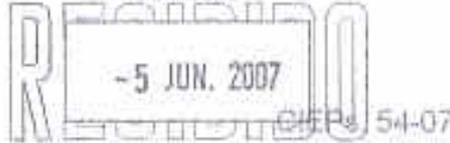


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

Av. Avenida 7-45, Zona El Edificio "A"
TEL: 2485-0910 FAX: 2485-1915 Y 14
e-mail: maepsi@msc.usc.gp

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/SAC



Recibido por *gwp* hora 18:00 fecha 4/6-05

Guatemala, 30 de mayo de 2007.

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutierrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que ha procedido a la
revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR"

ESTUDIANTE

CARNÉ No.

Diana Lucía Cajas Mejía

199918260

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el
Centro de Investigaciones en Psicología, emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito
continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR



EBL / edr

c.c. archivo

Guatemala, 22 de agosto del 2006

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutierrez"
Escuela de Ciencias psicológicas

Licenciada de Álvarez:

Informo a usted que realicé la asesoría del Informe Final titulado:

**"RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA
ADAPTACIÓN GENERAL DEL ADULTO MAYOR"**

De la estudiante: Diana Lucia Cajas Mejia con número de Carné: 199918260

Considero que el mismo cumple con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones y lo doy por aprobado.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, enclosed within a large, hand-drawn oval. The signature is cursive and appears to read "Rolando Lemus Rodas".

Doctor Rolando Lemus Rodas

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2488-1910 FAX 3485-1913 Y 14
e-mail: umc@ucm.usc.gt

REG. 496-2005
CIEPs. 51-2006

DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 29 de junio de 2006

ESTUDIANTE:
Diana Lucía Cajas Mejía

CARNÉ No.
199918260

Informamos a usted que el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

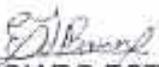
"DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR"

ASESORADO POR: Licenciado Rolando Lemus Rodas

Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez", ha sido **APROBADO**, y le solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

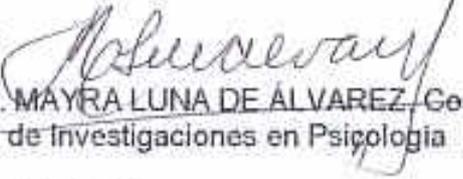
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADO ESTUARDO BAUER LUNA
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo.


LICDA. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "MAYRA GUTIÉRREZ"

c.c. Archivo CIEPs.

EBL / edr



Guatemala, 27 de abril de 2007

Licenciada
Mayra Luna
Coordinación del CIEPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Licenciada Luna:

Por este medio le informo que la alumna DIANA LUCÍA CAJAS MEJÍA, quien se identifica con el carné No. 9918260, evaluó a 10 pacientes del Hogar de Ancianos "Cabeecitas de Algodón", esto con el fin de completar el trabajo de investigación titulado: "DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR", como requisito en el proceso de graduación de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

A solicitud de la interesada y para los usos académicos que a la interesada convenga, se firma la presente el día veinticinco de abril del año dos mil siete.

Atentamente

JUAN DE DIOS ACETUNO VELIZ
Médico y Cirujano
Col. 6027

Doctor Juan de Dios Acetuno
Director



Mayra Luna
Asistente C.

DEDICATORIA

- A DIOS: Por la vida que me brindó, por acompañarme en todo momento y por llenar mi camino de bendiciones.
- A mis padres: Héctor Noé Cajas Del Cid y Ana Lucía Mejía de Cajas
Por su amor, su ejemplo, por transmitirme valores y deseos de superación y sobretodo por su apoyo incondicional.
- A mis hermanos: Héctor y Sergio
Por creer y confiar en mi.
- A mis abuelitos: Por ser el motor inspirador de este trabajo.
- A mis tíos y primos: Con especial cariño

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por la formación profesional que recibí de sus catedráticos.

A EL HOGAR DE ANCIANOS: “CABECITAS DE ALGODÓN”, A SU
DIRECTOR, DOCTOR JUAN DE DIOS ACEITUNO Y PERSONAL
QUE LABORA EN DICHO HOGAR

Por su valiosa colaboración, ya que sin ellos no hubiera sido posible la
realización de esta investigación.

A LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Por brindar su tiempo e invaluable colaboración en el desarrollo de este
trabajo de investigación.

A EL DOCTOR ROLANDO LEMUS RODAS Y AL LICENCIADO
ESTUARDO BAUER LUNA

Por creer y apoyar este proyecto, por sus enseñanzas y asesoría en la
realización de esta investigación.

ÍNDICE

Prólogo	2
Capítulo I	
Introducción.....	4
1.1 Marco Teórico.....	7
Vejez.....	7
Deterioro Cognitivo	12
Demencia.....	13
Demencia Tipo Alzheimer.....	18
Técnicas Psicoterapéuticas.....	21
1.2 Hipótesis.....	24
Variable Independiente e indicadores.....	24
Variable Dependiente e indicadores.....	25
Capítulo II	
Técnicas e Instrumentos.....	26
2.1 Descripción de la muestra.....	26
2.2 Técnicas y Procedimientos de Trabajo.....	26
2.3 Instrumentos de recolección de datos.....	28
2.3.1 Entrevista Dirigida.....	28
2.3.2 Test Minimental de Deterioro Cognitivo.....	29
2.3.3 Test de Adaptación Bell.....	31
Capítulo III	
Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	34
3.1 Presentación de Resultados.....	35
3.2 Análisis de Resultados.....	37
3.3 Análisis Global.....	47
Capítulo IV	
Conclusiones y Recomendaciones.....	49
4.1 Conclusiones.....	49
4.2 Recomendaciones.....	50
Bibliografía	51
Anexos.....	53
Resumen.....	56

PRÓLOGO

La psicología como ciencia que estudia el desarrollo y comportamiento humano, brinda las bases para conocer de forma más amplia los cambios que se producen en el ser humano cuando este llega a la tercera edad, así como las conductas que se adquieren y que éste va manifestado dentro del medio que lo rodea.

Uno de los cambios más representativos de la tercera edad es el deterioro cognitivo, es importante abordar este tema, porque ayudará a conocer las dificultades que encuentra el adulto mayor para adaptarse al medio que lo rodea, si se logra hacer conciencia en la sociedad se reducirá la frustración que se experimenta al llegar a la vejez e incluso se podría gozar de ella plenamente.

El presente trabajo de investigación describe las principales características de la vejez, y del deterioro cognitivo, también trata de determinar la relación que existe entre el grado de deterioro cognitivo y el grado de adaptación psicosocial del adulto mayor. Esto se logró a través de una extensa investigación bibliográfica y a la utilización de pruebas psicométricas, las cuales se aplicaron a adultos mayores que viven con su familia y a personas institucionalizadas que viven en un hogar para ancianos.

A través de esta investigación se pudo observar las conductas que muchas personas adquieren al llegar a la vejez, también se pudo apreciar de manera cercana los problemas a los que se enfrenta el adulto mayor y sobre todo la frustración que este experimenta a causa del rechazo que se genera por la pérdida de facultades.

La elaboración de este trabajo servirá para tener más conocimiento acerca de la vejez, para que esta sea aceptada como una etapa más del desarrollo y sobre todo que se tenga claro que aunque el deterioro cognitivo no se puede detener si se pueden retardar sus efectos.

Este informe final de investigación es una pequeña contribución que pretende hacer del conocimiento de las personas la problemática que encierra la pérdida de facultades físicas, mentales y sociales que se sufre al llegar a la tercera edad. Al momento de conocer esta problemática se comprenderá al adulto mayor y con ello se le brindará una mejor atención, tanto en el seno familiar como a quien vive en una institución de cuidado.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, como en muchas partes del mundo, existe un rechazo generalizado hacia la idea de envejecer, esto debido en su mayoría a que el aspecto físico sufre un declive con el paso de los años, pero principalmente a la idea común de que al envejecer se pierden habilidades e independencia.

Vivimos una época veloz en la que lo último en tecnología cambia día a día. Para el adulto mayor no es fácil llevar el ritmo de trabajo y de conocimiento que manejan los jóvenes y es debido a esto que se le rechaza en muchas ocasiones. Es importante que las personas acepten a la vejez como una etapa más del desarrollo, y que reconozcan que es posible llevar una vejez sana y feliz.

Al envejecer todas las personas experimentan un deterioro en las capacidades físicas y cognitivas, lo cual es normal debido a los cambios que se sufren al llegar a la tercera edad. Sin embargo, en algunas personas se presenta un deterioro cognitivo severo lo que provoca que poco a poco se pierdan facultades como la memoria, el lenguaje, la capacidad de análisis, atención, concentración y abstracción entre otros. La pérdida de estas facultades provoca que en muchos casos el adulto mayor modifique su comportamiento e incluso su área afectiva, lo que ocasiona que su adaptación al medio se deteriore.

La presente investigación describe los rasgos más característicos de la vejez, tanto a nivel físico como mental, también pretende describir las posibles causas que dan origen o que aceleran el deterioro cognitivo, así como los rasgos más característicos del deterioro cognitivo como lo son la pérdida de independencia y autonomía, trastornos en la memoria a corto plazo, problemas de comprensión, atención, aprendizaje, incapacidad de resolver problemas cotidianos y pérdida de vocabulario; todo esto es

sufrido por el adulto mayor, afectando su adaptación y relación con las redes de apoyo como lo son la familia, el trabajo, la comunidad, etc.

El presente trabajo busca demostrar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la adaptación general del adulto mayor. Porque al presentarse el deterioro cognitivo se pierde la capacidad de relacionarse, de la manera como se solía hacer, con las personas que nos rodean, sean amigos, empleados o incluso con la propia familia. Así mismo se presentan algunas técnicas psicológicas empleadas para retardar el proceso del deterioro cognitivo.

Con el presente estudio se pretende sentar un precedente sobre la importancia de conocer los efectos del deterioro cognitivo sufrido por el adulto mayor, ya que en muchos casos se debe a la ignorancia el que no se le brinde al adulto mayor un ambiente agradable para vivir.

La vejez es una etapa normal del desarrollo, que en ocasiones presenta características como: Depresión, insomnio, problemas de salud, disminución de las capacidades intelectuales y baja autoestima, esto se debe a que al inicio de la vida, cada quien se crea una imagen de su persona, que tiene relación con el físico, de modo que todos los cambios biológicos que implican el hecho de envejecer acarrear para algunas personas una alteración del concepto o significado de su imagen, por lo que se produce una disminución en su autovaloración como individuos.

Otra de las dificultades que enfrenta el adulto mayor es el deterioro cognitivo que consiste en la pérdida de la capacidad para realizar alguna tarea intelectual. Al momento de relacionarnos con personas de edad avanzada, se evidencia la frustración que experimentan algunos de ellos al no poder procesar adecuada y eficientemente la información que viene del medio; esto aunado al rechazo y discriminación sufrida por una sociedad cambiante y veloz que los ve como una carga. Lo anterior provoca distintas reacciones en las personas de la tercera edad, depresión en algunos casos, cuando ellos

son conscientes de la falta de confianza que se les tiene o el hecho de que a su opinión no se le presta atención; También puede producir rebeldía en otros casos debido a que se niega a perder independencia o al hecho de no ser capaz de realizar las cosas que antes solía hacer.

El problema radica en la dificultad que enfrenta el adulto mayor, cuando se presentan los síntomas del deterioro cognitivo como: El olvido, los problemas de comprensión, la atención, el aprendizaje, dificultades en la habilidad verbal y psicomotora. Estos factores alteran la adaptación general al medio en que se desenvuelven, la cual genera frustración tanto para el anciano como para su familia, trabajo y/o comunidad.

La frustración se presenta al no poder desenvolverse en el medio al que está acostumbrado; esto se refiere al hombre que no puede seguir trabajando en el puesto que ocupó los últimos 10 años, a la señora que no puede llegar a los rezos pues se puede perder en el camino o que tiene que ir al baño constantemente. También, genera impotencia pues no puede controlar su deterioro y mucho menos detenerlo. Lo anterior genera depresión pues el adulto mayor se da cuenta que es más débil y lento, que necesita ayuda y que no puede valerse por sí mismo.

Resulta difícil para el adulto mayor encajar en un mundo que no comprende los cambios por los que se atraviesa al llegar a la vejez y que no es consciente de la pérdida de sus capacidades debido al deterioro cognitivo. Por esta razón al adulto mayor se le rechaza pensando erróneamente que sólo genera problemas.

En muchas ocasiones se piensa que el adulto mayor busca únicamente su comodidad, y que evita el esfuerzo, que lo que hace o deja de hacer es por molestar a los demás, por ejemplo: Al no comer solo, al no querer bañarse o al ensuciar la ropa por no ir al baño, al exigir o gritar, incluso se llega a pensar que no le importa el ridículo,

cuando en realidad al no poder hablar busca la manera de llamar la atención gritando o golpeando algún objeto, ensucia su ropa pues ya no tiene control sobre su organismo.

El adulto mayor busca la manera de demostrar el ser útil y que lo vean capaz de realizar actividades, pues se niega a ser una carga y no le resulta fácil el aceptar que ya no se puede valer por sí mismo. Por esta razón, sale solo a la calle sin medir el peligro de perderse al desorientarse, transporta objetos pesados pues se quiere demostrar que aun puede realizar actividades sin ayuda y pone en peligro su salud debido a una caída o a un golpe. Se debe tener presente que para comprender al anciano, debemos conocer las dificultades a las que se enfrenta.

1.1 MARCO TEÓRICO

“Para la cultura grecorromana la vejez era una de las fatalidades más grandes de la existencia, pero para otras culturas envejecer conllevaba el alcance de virtudes como la prudencia, discreción y sabiduría”¹. Esto demuestra que desde la antigüedad el tema de la vejez ha generado conflicto.

La vejez es el período de vida humana que se ha situado por encima de los 60 años de edad y que se caracteriza por la pérdida de facultades físicas y mentales de forma progresiva. La vejez es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, la mayoría de definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es un proceso progresivo desfavorable de cambios a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye inevitablemente con la muerte. Entre los cambios físicos que se producen al llegar a la vejez se encuentra:

¹ Rodríguez Domínguez, Sandalio. **La Vejez, Historia y Actualidad**, Ediciones Universidad de Salamanca, España 1987, página 11.

Las arrugas, las cuales surgen a raíz de que la capa externa de la piel se degrada con mayor rapidez que con la que se reemplaza, esto ocasiona una piel arrugada, floja y susceptible a heridas. El cabello se vuelve blanco debido a que disminuye la producción de Melanina, que es el pigmento que determina la coloración del cabello y de la piel.

Los músculos son afectados por el envejecimiento, esto se debe a la pérdida de respuesta neuronal. Los huesos envejecen por la falta de minerales y los mecanismos reparadores se vuelven cada vez más lentos, las articulaciones se atrofian volviéndose rígidas, debido al deterioro del cartílago y fluido que las forman.

Los sentidos tampoco son inmunes al envejecimiento, por ejemplo en nuestros ojos la cornea se aplana, a sí mismo se altera el tamaño de la pupila lo que ocasiona que penetre menos luz y como resultado cada vez menos visión.

Nuestro oído sufre varios cambios, el oído externo sufre cambios estéticos ya que el pabellón se alarga y crece más el vello que lo cubre. El tímpano adelgaza y se vuelve más flácido por lo que es más difícil que las ondas sonoras lo hagan vibrar.

La pérdida del sentido del olfato no sólo se debe a la vejez, también se debe a los hábitos que se halla tenido durante la vida como el fumar o las drogas. Es importante tomar en cuenta que la contaminación ambiental e incluso el nivel de estrés que se maneje pueden acelerar el proceso de envejecimiento, y que el envejecer es un proceso personal e individual. Pero la vejez no sólo se manifiesta de manera física, también conlleva cambios psicosociales entre los que destacan los siguientes:

a) Personalidad: se refiere a la organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona y que determina su adaptación al ambiente. No existe una personalidad característica en la vejez, simplemente los rasgos de personalidad que se formaron y prevalecieron durante la juventud y adultez se acentúan. La relación del anciano con las personas que lo rodean se vuelve insegura y

dependiente, debido a que el anciano no quiere estar solo en ningún momento pero se desespera con facilidad si la familia lo lleva de paseo.

Cuando una persona se da cuenta de su propio envejecimiento suele reaccionar de distintas formas, esto estará condicionado por su propia personalidad. Puede reaccionar de manera firme y constructiva, esto ocurre con las personas que durante su vida fueron equilibradas. Otras acentúan su dependencia y pasividad y se convierten en ancianos dóciles y colaboradores. El resto de personas desarrollan actitudes de rebeldía por el mismo temor a la dependencia, mostrándose hostiles y negativos, no les gusta obedecer a sus cuidadores y en muchas ocasiones hasta los insultan y amenazan por no complacerlos.

Es común que las mujeres muestren actitudes depresivas, sobre todo si han sido dominantes y están acostumbradas a ser el centro de atención. Las personas narcisistas “término que denota amor excesivo a sí mismo”². Sufren mucho cuando llegan a la vejez, porque sienten profundamente el perder relevancia social y poder.

También es común que se utilicen mecanismos de defensa como la negación, no queriendo aceptar la nueva realidad, proyección culpando a otras personas de sus padecimientos o regresión cuando adoptan actitudes infantiles.

b) Inteligencia: Es la capacidad de un sujeto para adaptarse a un ambiente, pensar racionalmente, solucionar problemas, etc. El punto más alto de inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso empieza a declinar, cuanto más activa intelectualmente sea una persona, menor es el riesgo de deterioro cognitivo, en este caso el cociente intelectual “Cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee el individuo.”³ Permanece estable hasta los 80 años aproximadamente.

²Gispert, Carlos, **Enciclopedia de la Psicología**, Océano. 4to. Tomo. España, 1998. página 139.

³ Gispert, Carlos. **Op. Cit.**. Página 41

c) Memoria: Capacidad mental que permite fijar, conservar y evocar información de situaciones que un sujeto percibe del pasado. La memoria es una de las funciones cognitivas más frágiles, esto debido a las diferentes estructuras que participan en ella, como son: Sistema límbico, hipocampo, cerebro basal anterior y ganglios basales. Es a partir de los 50 años que la memoria empieza a declinar. En la memoria a largo plazo no hay diferencia con los jóvenes aunque las personas de la tercera edad tienen más problemas en el procesamiento o codificación de nueva información, la edad tampoco influye en los conocimientos generales, pero va a conservarse mejor la memoria antigua que la reciente. Es por esta razón que las personas de la tercera edad disfrutan contando una y otra vez la misma historia de hace 30, 40 ó 50 años atrás, pero les cuesta mucho recordar acontecimientos recientes.

También se ha comprobado que los ancianos rinden mejor en la memoria semántica la cual se refiere a conocimientos generales que en la memoria episódica, la cual se relaciona con hechos concretos. Es común que el anciano recuerde un acontecimiento, pero confunda los aspectos específicos, como nombres o fechas.

d) Lenguaje: Se refiere a la capacidad de utilización de una lengua con fines de comunicación. Esta capacidad es bastante buena a lo largo de la vida, pero es común que los problemas de comunicación surjan a causa de fallos en la visión o audición. Es por esto que a un anciano le cuesta seguir una conversación, porque no escucha bien y pide que se le repita varias veces lo que se le dice o simplemente contesta dependiendo de lo que cree escuchar.

e) Atención: Esta se refiere al acto de focalizar el consciente en un objeto o en una experiencia. La capacidad de atención se ve afectada con la edad, sobre todo si se producen varios estímulos simultáneos.

f) Razonamiento abstracto: Es un proceso mental que elabora la información de forma lógica con el fin de demostrar un hecho o rebatir ideas. Con el paso de los años se

produce un declinar en el razonamiento en general, debido sobretodo al enlentecimiento de las funciones cognitivas.

Pero envejecer no siempre se relaciona con enfermedad y muerte, porque al alcanzar la tercera edad el hombre llega a la cima del comportamiento discreto y reservado, esto debido a que no es tan impulsivo como los jóvenes y actúa de manera serena en la mayoría de los casos. Una persona de 60 años tiene almacenada 4 veces más información que una de 20, a esto se debe que a los ancianos se les llame sabios en muchas ocasiones. Incluso dentro del lenguaje coloquial se utiliza la frase: “Quien sigue consejos llega a viejo”, que se refiere a la experiencia y prudencia que se ha aprendido a lo largo de la vida y la sabiduría que se adquiere con la edad.

Al envejecer se presenta un deterioro físico, mental e incluso social, pero es necesario comprender la necesidad de los ancianos de adaptarse tanto física como psicosocialmente a una disminución global del funcionamiento biológico. “La adaptación se refiere al ajuste de la conducta hacia los requerimientos del medio ambiente”⁴. Al momento de sufrir un cambio, el organismo debe adaptarse, no esperar que el medio sea quien se ajuste a nuestras necesidades.

Para algunas personas decadencia y vejez son sinónimos; esto ha ido cambiando, gracias a estudios que se han realizado en varias instituciones; sin embargo, la sociedad esta empeñada en recluir a los ancianos en centros de cuidado, esto se debe a factores como: Viviendas inadecuadas, mayor participación de la mujer en actividades laborales, la industrialización y la tensión familiar que se genera al experimentar sorpresa y angustia al ver cómo la persona que se quiere se va convirtiendo en un perfecto desconocido, pues en algunas ocasiones el adulto mayor ni siquiera reconoce a su propia familia lo que le produce desconcierto pues no sabe en dónde se encuentra. Al mismo tiempo la familia sufre al observar la manera en la que el adulto mayor cambia sus costumbres y hábitos.

⁴ Gispert; **Op. Cit.** Página 4

La familia también experimenta miedo ante la evolución de enfermedades degenerativas y el no saber si se está atendiendo adecuadamente al enfermo, la familia se siente impotente ante la inexistencia de un tratamiento curativo, se generan discusiones, problemas económicos, recriminaciones y sentimiento de culpa como consecuencia de tener que contratar a alguien que cuide al adulto mayor, porque el tiempo de cuidado de un adulto mayor es de 20 horas semanales pagadas y 10 horas de trabajo diario familiar no pagado, debido a que se le debe atender las 24 horas por lo tanto la persona que lo cuida debe privarse de trabajo e incluso de una vida social.

Al momento de envejecer se va presentando un deterioro en el área cognitiva de las personas. “Al conjunto de actividades mentales asociadas al pensamiento se les llama cognición e incluye las siguientes áreas: Atención, concentración, memoria, praxis que es la habilidad de emplear instrumentos de uso frecuente, lenguaje, gnosia que es la capacidad de reconocer objetos, abstracción y juicio”⁵. Con la edad las capacidades cognitivas se vuelven más lentas y pueden llegar al punto de dejar de funcionar.

“El deterioro cognitivo es normal debido a la muerte celular programada llamada apoptosis, la cual produce la degeneración de distintos neurotransmisores, entre ellos la Acetilcolina, quien se encarga de conectar al hipocampo con la corteza cerebral que es en donde se laboran los procesos de pensamiento. La acetilcolina es el principal neurotransmisor encargado de conducir los impulsos eléctricos entre las células nerviosas a través de la sinapsis”⁶. La enzima acetilcolinesterasa destruye la acetilcolina existente, al reducirse la cantidad de acetilcolina se produce una pérdida de receptores y de vías de conducción colinérgica, por esta razón se le relaciona con el deterioro cognitivo en la vejez.

Existen varias enfermedades que se presentan a raíz del deterioro cognitivo como: La Demencia Senil y Alzheimer que afectan al adulto mayor y que alteran su

⁵ Gispert; **Ibid.** Página 41

⁶ Kaplan y Sadock. **Sinopsis de Psiquiatría.** Massón, España, 1981, Página 106

adaptación al medio, debido a que el paciente necesita un cuidado especial pues poco a poco pierde la capacidad de valerse por sí mismo.

La demencia es una enfermedad degenerativa consistente en daño neuronal progresivo que afecta diferentes áreas cognitivas, como: La memoria, el lenguaje, habilidades viso espaciales, la personalidad, el estado emocional, el juicio, el cálculo y la abstracción.

“Los primeros antecedentes del término demencia (de= sin; mens= inteligencia) se hallan en la escuela hipocrática, que consideraba que los trastornos mentales y temperamentales eran debidos a una alteración cerebral. Estos cuadros se debían a un desequilibrio de los humores cerebrales. Es hasta el siglo V cuando Celsus define el término de demencia. En 1977 Esquirol definió las demencias como una alteración del entendimiento, el recuerdo y la comprensión. Posteriormente Georget incluye el concepto de irreversibilidad en el término”⁷. Lo anterior demuestra que desde la antigüedad la Demencia ha interesado a los científicos y los ha llevado a investigar sus causas, síntomas y consecuencias.

Algunos autores, como Engel y Romano, consideran que la clave para diferenciar al delirium y demencia es la reversibilidad, mientras que otros como Alexander y Gerschwich no admiten el criterio de irreversibilidad en el concepto de demencia y la definen como el deterioro de funciones que incapacitan al individuo.

Son muchas las causas que pueden generar demencia, y por lo tanto son varias las clasificaciones que se han hecho de ella, por esta razón en la actualidad los especialistas en Psicología se basan en las distintas clasificaciones que se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10:

⁷ Acuña Oliva, M. J. y Blanco Venzala, M. **Clínica Psiquiátrica del Adulto**. España, 1990, página 43

CLASIFICACIÓN DSM – IV

- Demencia tipo Alzheimer
- Demencia vascular, VIH, traumática, parkinsoniana; por enfermedad de Huntington, Pick y Creutzfeldt-Jakob
- Secundaria a etiología múltiple
- Secundaria a causas inespecíficas

CLASIFICACION CIE-10

- Demencia tipo Alzheimer.
- Demencia tipo vascular.
- Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.
- Demencia sin especificación.

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

La demencia senil o tardía es común a partir de los 75 años y se asocia a patologías del cromosoma 19. Existe también una Demencia temprana, la cual puede iniciar a los 50 años y se asocia al cromosoma 14.

La demencia es un síndrome, esto significa que “Es un conjunto de síntomas y signos que se repiten en cierto número de enfermedades y que son comunes a un grupo patológico determinado”⁸. El diagnóstico es esencialmente clínico, basado en conductas,

⁸ Gispert, Carlos. Enciclopedia de la Psicología Océano. 4to. Tomo España, 1998. página 182.

alcanzando una alta precisión gracias a la utilización de pruebas psicológicas como el Test Minimental de Deterioro Cognitivo de Folstein, así como al empleo de entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas.

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

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

Demencia Cortical:

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

Ejemplo: Demencia tipo Alzheimer.

Demencia subcortical:

Se caracterizan por un enlentecimiento de la memoria, la orientación y el pensamiento abstracto. Toda la actividad del paciente se encuentra retardada, la atención disminuye, la apariencia es descuidada y se produce una tendencia al aislamiento. Esto afecta al trabajo y las relaciones interpersonales. Tienden a presentar dificultades en la concentración así como distraibilidad, tornándose olvidadizos y faltos de motivación

más que amnésicos. Pueden presentarse trastornos en el habla la cual va desde una hipofonía a la disartria, la cual se refiere a la dificultad en la producción de un discurso, debido a la falta de coordinación del aparato de fonación. En el plano psicomotriz se produce también un enlentecimiento global, siendo frecuentes trastornos como parkinson.

Ejemplo: Enfermedad de Parkinson. Enfermedad de Huntington.

Demencias axiales:

En ellas las estructuras predominantemente afectadas son la porción media del lóbulo temporal, el hipocampo, hipotálamo y cuerpos mamilares. Se afectan predominantemente la memoria reciente y el aprendizaje. Suele aparecer una aparente falta de conciencia llamada: Anosognosia, por lo que el paciente se muestra a menudo plácido y colaborador.

Ejemplo: Síndrome de Wernicke-Korsakov.

Demencias globales:

En este tipo de demencias la afectación es córtico-subcortical, apareciendo en la clínica síntomas propios de una y otra.

Ejemplo: Demencia tipo Alzheimer en estadios tardíos. Demencia Multiinfarto.

Demencia postencefalítica. Asociación Parkinson -Alzheimer.

La Demencia senil puede manifestarse por los siguientes factores: La apariencia se ve descuidada, al presentar errores al vestir como zapatos distintos, dos chaquetas, botones mal arreglados.

El lenguaje presenta alteraciones al no comprender instrucciones simples o no encontrar palabras adecuadas para expresarse, también se presentan alteraciones motoras

como: “paragramatismos que se refiere a una alteración gramatical, parafrasis que es la sustitución de palabras por otras y perseveraciones que se presenta con repeticiones excesivas de palabras o frases”⁹. Algunas personas de la tercera edad suelen olvidar el nombre de los objetos, y al no recordarlos les atribuyen otros. En estados muy avanzados de la demencia es común que el anciano escuche alguna frase o palabra y se quede repitiéndola por un período largo de tiempo.

El humor o estado de ánimo del adulto mayor con demencia puede reflejarse en carencia de control sobre su emotividad. El comportamiento del paciente con demencia senil es con frecuencia agitado. No debe de ignorarse la depresión que es un “trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda”¹⁰. La cual se presenta en el adulto mayor a través de lentitud o retardo psicomotor, estreñimiento, pérdida de peso, o incluso rasgos hipocondriacos.

“Las alteraciones perceptivas son en muchas ocasiones la base del comportamiento anormal, las alucinaciones que sufren los enfermos con demencia suelen ser auditivas o visuales. La orientación también se ve afectada en las demencias, y va unida a la alteración de la memoria, primero se pierde la orientación temporal, luego la espacial y finalmente la personal”¹¹. Es común que el adulto mayor que presenta demencia como consecuencia del deterioro cognitivo, hable de personas que ya fallecieron o de visitas que no se han presentado; la reacción de la familia en muchas ocasiones es burlarse o pensar que al adulto mayor le gusta mentir, esto ocurre debido a que se desconocen los factores que se alteran debido al deterioro cognitivo.

La Demencia tipo Alzheimer es otro de las enfermedades que se presentan como consecuencia del deterioro cognitivo y en Guatemala es el tipo de Demencia más común.

⁹ Vallejo Ruiloba, J. **Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría**. Editorial Masson S. A., España 2000, página 589

¹⁰ Gispert, Carlos, **Enciclopedia de la Psicología**, Océano. 4to. Tomo España, 1998. página 52.

¹¹ Vallejo Ruiloba, J. **Op. Cit.** Página 589

“Alois Alzheimer describió el caso de una paciente de 51 años que presentaba trastornos de memoria, desorientación, paráfrasis que es el confundir palabras al hablar y reducción en el nivel de comprensión del lenguaje. Sus trastornos fueron agravándose y falleció después de 4 años. Kraepelin en 1910 fue el primero en usar esta denominación aplicándosela a las demencias de tipo presenil.”¹².

La Demencia tipo Alzheimer constituye el 55% de las demencias. Afecta preferentemente a las mujeres aunque esta diferencia varía con la edad. Entre los 65 y 70 años se encuentran afectados un 1.7% de los hombres y un 4.1% de las mujeres; en mayores de 75 años la proporción afectada es de un 4.4% de los varones y un 9.3% de las mujeres. La esperanza de vida a partir del diagnóstico va de 6 a 12 años, aunque existen casos de curso rápido en los que la muerte acontece en menos de un año.

Se han postulado distintos factores genéticos como en el caso de los cromosomas 14 y 19; y ambientales como una neumonía mal cuidada o una fractura, que actúan como factores de riesgo los cuales pueden acelerar el deterioro.

Dentro de los factores de riesgo podemos mencionar:

a) Factor genético: En primer lugar la Demencia tipo Alzheimer temprana y de perfil familiar se vincula a alteraciones en el brazo largo del cromosoma 21 (10-15% de los casos) o del brazo largo del cromosoma 14 (80% de los casos). En segundo lugar la Demencia tipo Alzheimer tardía relacionada con alteraciones en el cromosoma 19. También se puede mencionar dentro de los factores genéticos la muerte celular programada llamada: Apoptosis.

b) Factor Anatómico Patológico: Atrofia cerebral a nivel cortical que afecta en menor cuantía al cortex motor, visual y somatosensorial, predominando a nivel

¹² Vallejo Ruiloba, J. Op. Cit. Página 593

temporal, parietal y frontal. Se observan también pérdidas neuronales en hipocampo y ganglios basales. Estas alteraciones son similares a las detectadas en el envejecimiento normal, diferenciándose en su cuantía y localización.

En análisis neuropatológicos efectuados a pacientes con Alzheimer se ha observado una reducción de peso en el cerebro y atrofia cerebral con ensanchamiento de los surcos cerebrales. Microscópicamente se observa pérdida neuronal y de sustancia blanca, se debe tener presente que el diagnóstico final de la enfermedad es postmortem.

Es común observar un deterioro global y progresivo de las facultades cognitivas y de personalidad. La conciencia por su parte, suele estar conservada hasta estados finales de la enfermedad, aunque algunos pacientes con Alzheimer presentan delirios y alucinaciones, las cuales no son detectadas por las dificultades de lenguaje que se presentan.

Al iniciarse la enfermedad suelen presentar déficits en la memoria de retención que dan lugar a imprecisiones laborales y domésticas aunque las tareas rutinarias se realizan sin dificultad. Les resulta difícil encontrar palabras adecuadas, por lo que son frecuentes los rodeos en la conversación y las perseveraciones. Se deteriora la comprensión y la capacidad de juicio por lo que les es trabajosa la resolución de situaciones nuevas. A nivel afectivo es usual la apatía, anhedonia que es la incapacidad de experimentar placer en la realización de una actividad que generalmente produce placer y falta de iniciativa; pueden presentar síntomas hipocondriacos, depresión, ansiedad e irritabilidad. En un 15% aparecen ideas delirantes de tipo paranoide el cual se refiere a un comportamiento de desconfianza hacia el entorno.

Posteriormente se alteran otros tipos de memoria, incluyendo la remota. Aparecen fallos práxicos y alteraciones en las capacidades visoconstructivas (dibujos en ausencia de modelos, dibujos tridimensionales). Se mantienen la fonología y la sintaxis del lenguaje, aunque se suele producir un empobrecimiento del vocabulario. Se afectan

en primer lugar los nombres propios y los vocablos abstractos y específicos. El lenguaje se encuentra plagado de términos vagos e inespecíficos, tornándose vacío, perseverante y a menudo, incorrecto. Se produce un apagamiento paulatino de la afectividad que llega a la indiferencia. En el plano motor suele aumentar el tono muscular, es frecuente la inquietud psicomotriz y la tendencia a la deambulación.

En los estados finales de la enfermedad el déficit de la orientación y memoria es severo, así como las agnosias que es la incapacidad de reconocer objetos y la incapacidad para reconocer caras, patología que se conoce como prosopagnosias. En el lenguaje es frecuente la ecolalia que es la repetición de palabras oídas por casualidad; palilalia, y mutismo. Aparece la dificultad de llevar a cabo actos motores llamadas apraxias, perdiéndose el espacio especular y tendiendo a usar las partes corporales como objetos externos. A nivel motor suele existir una hipertonia generalizada, se liberan reflejos primitivos y es frecuente la distonía pélvico-crural en flexión. Son frecuentes las convulsiones. Casi la totalidad de estos pacientes presentan sintomatología de rango psicótico.

Los trastornos de memoria son los más frecuentes y consisten en el olvido de hechos recientes y dificultad progresiva para adquirir y retener nueva información. Esta dificultad en la memoria conduce al olvido de hechos pasados que llega a ser total. Debido a este trastorno de la memoria se presenta la desorientación que va desde el área temporal hasta áreas del espacio y persona.

Son frecuentes también los trastornos de comportamiento entre los que se mencionan: Comportamiento agresivo, exceso de actividad psicomotriz, trastornos alimenticios y trastornos del sueño.

Existen varios enfoques psicoterapéuticos que han demostrado ser útiles en la mejora de pacientes con algún tipo de demencia. La mayoría de estos métodos remarca

con importancia el hecho de que la persona con algún tipo de demencia conserva sentimientos y deseos que se deben respetar.

Una de las terapias es la llamada: Orientación en la Realidad, que comprende un conjunto de técnicas mediante las cuales se proporciona información básica al paciente por parte del cuidador. Esta información incluye que el paciente conozca su ubicación en el tiempo y espacio.

Otra técnica es la llamada Reminiscencia, en la que se invita al paciente a recordar eventos anteriores de su vida que fueron placenteros. Esto con el fin de incrementar su elocuencia y facilitar el contacto social.

En la Terapia de Validación el terapeuta empatiza con el paciente en cuanto a sus sentimientos, tratando de entender el comportamiento del paciente.

La Terapia de Resolución se acompaña de orientación en la realidad y se trata de un método que busca el significado de aquí y ahora del paciente mediante la escucha reflexiva.

Otra técnica psicológica que se utiliza con el adulto mayor es la que intenta resolver problemas específicos que usa un enfoque llamado Paso a Paso, en los que se presenta un problema, se busca una solución y se evalúa la decisión que se tomó. Los problemas suelen relacionarse con la vida del adulto mayor como el deambular sin rumbo, gritos, agresión e incontinencia.

Es importante recordar que el adulto mayor que presenta deterioro cognitivo necesita de un cuidado especial por lo que deben tomarse medidas que garanticen su seguridad como el uso de fósforos, o dejar al adulto mayor solo. Se debe tomar en cuenta que para facilitar la independencia del adulto mayor se debe garantizar un ambiente agradable.

No se debe olvidar la atención que necesita el cuidador del adulto mayor, proporcionándoles apoyo emocional e información. Con frecuencia el cuidador se queja de no saber sobre la enfermedad del paciente, y se agradece que el médico sea franco en cuanto a la evolución del deterioro cognitivo. Es importante también la ayuda económica por parte de la familia, pero sobre todo la ayuda emocional, pues el cuidador puede presentar cuadros de depresión o ansiedad que deben ser atendidos por el médico.

No todas las personas que llegan a la tercera edad están destinadas a sufrir deterioro cognitivo severo, ya que estudios recientes han demostrado que “Las personas sanas que conservan intereses por algunas actividades, siguen funcionando bastante bien en la vejez, en contraste con el mito común de que las células cerebrales de los ancianos se extinguen rápidamente, es decir, que las capacidades cognitivas permanecen prácticamente intactas en una cantidad considerable de ancianos. En ocasiones la mente funciona en forma lenta y le es difícil almacenar y recuperar datos pero estos cambios no son lo bastante serios como para interferir con la capacidad para disfrutar de una vida activa”¹³. Lo anterior deja claro que en todas las personas se producirá un deterioro, pero su grado y rapidez de avance dependerá del ritmo de trabajo que se le haya dado a la mente a lo largo de nuestra vida, leyendo, nunca dejando de aprender y resolviendo ejercicios mentales.

“Steven Buell y Paul Coleman descubrieron que los ancianos activos ya sea que trabajen en casa u oficina, realicen algún deporte o sean independientes, presentan interconexiones más extensas que los jóvenes”¹⁴. Esto demuestra que la muerte neuronal es remplazada por conexiones más largas que permiten un funcionamiento neuronal eficiente. “El psicólogo K. Warner Schaie, se ha dedicado a estudiar el desarrollo intelectual del anciano y ha observado un deterioro general de las capacidades intelectuales durante gran parte de la vida, pero descubrió también que las habilidades

¹³ Janet. Belsky. **Psicología del Envejecimiento**, Massón S. A. España 1976, página 79.

¹⁴Fiske, Marjorie. **La Salud en el Anciano**, Océano, página 43.

no decaen con la misma rapidez”¹⁵. Esto quiere decir que si una persona es activa tardará más tiempo en perder capacidades cognitivas en comparación a una persona que no ejercita su mente.

Existe una diferencia clara entre el anciano sano y el que padece un leve deterioro cognitivo. “En el proceso de envejecimiento normal las capacidades intelectuales decaen con la edad, mientras que el deterioro cognitivo es la disminución en el rendimiento de las capacidades cognitivas”¹⁶. Es importante observar si los cambios en el rendimiento cognitivo se deben a cambios en oportunidades, expectativas o hechos, debido a que en muchas ocasiones se considera al anciano incapaz de desempeñarse eficientemente dentro de una actividad laboral, por lo que se ven obligados a jubilarse. El adulto mayor puede disfrutar de su jubilación si encuentra la manera de recrearse e invertir su tiempo en actividades que lo satisfagan, pero si el adulto mayor encuentra dificultad para aceptar la nueva etapa a la que se enfrenta sufrirá trastornos a nivel conductual, afectivo e incluso se puede acelerar el deterioro cognitivo. Cuando este deterioro persiste en las diferentes funciones cerebrales (memoria, lenguaje, abstracción, habilidades, capacidad en el reconocimiento de estímulos, emociones y personalidad), se presentan dificultades a nivel psicosocial en la persona, afectando su adaptación al medio.

¹⁵Fiske, Marjorie. **Op. Cit** página 45

¹⁶ Deepak, Chopra, **Cuerpos sin Edad Mentes sin Tiempo**. McGrawHill, España 1996, página 170.

1.2 HIPÓTESIS GENERAL

El deterioro cognitivo disminuye la adaptación psicosocial de las personas de la tercera edad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo se refiere a la disminución de las capacidades cognitivas, debido a la edad. Los indicadores del deterioro cognitivo son:

- **Memoria:** proceso de almacenamiento y recuperación de la información. La memoria a corto plazo se ve afectada en el adulto mayor, no así la memoria a largo plazo.
- **Comprensión:** Entender y penetrar en la naturaleza de las personas y objetos. Para la mayoría de personas de la tercera edad, resulta difícil asimilar nuevos conocimientos, el proceso se vuelve lento, no imposible.
- **Análisis:** Distinción y separación de las partes de un todo, hasta llegar a conocer sus principios.
- **Atención:** Facultad de comprender, juzgar o razonar cada situación o información. Con la edad, el grado de atención de una persona aumenta, pero al llegar a la tercera edad decae y resulta difícil lograr que una persona de la tercera edad mantenga su atención por mucho tiempo. Se debe tener en cuenta el interés que despierte una acción o actividad.
- **Emociones:** Agitación del ánimo producido por ideas, recuerdos o acciones y que se manifiestan orgánicamente. Una persona de la tercera edad puede cambiar de ánimo con facilidad o incluso presentar afecto plano.

- **Lenguaje:** Facultad del hombre que permite la expresión de pensamientos ideas. Es común que una persona relate una y otra vez una misma historia cuando llega a la tercera edad, aunque esto se relaciona también con la memoria. Cuando el deterioro cognitivo avanza se pueden presentar perseveraciones al repetir una misma frase o palabra y cuando este deterioro cognitivo llega al grado de severo es común que se pierda.

VARIABLE DEPENDIENTE

Adaptación Psicosocial

Adaptación es un proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse al medio que los rodea. Para el Psicólogo español V. García la adaptación es la autorregulación de un organismo para responder de un modo positivo a una situación ambiental determinada.

La adaptación Psicosocial se refiere al ajuste de tipo mental y de comportamiento hacia el ambiente social que rodea a una persona, ya sea de tipo familiar, laboral o social.

Se debe al deterioro cognitivo el que la adaptación psicosocial disminuya. Esto ocurre debido a que algunas personas de la tercera edad no se pueden valer, ni cuidar a ellos mismos, lo que ocasiona que no se relacionen adecuadamente con las demás personas.

La tercera Edad constituye una etapa de la vida determinada por la opinión social y por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende a relacionar a la vejez con el sentimiento de soledad, segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La población es un conjunto de sujetos o individuos con determinadas características, de la que se obtiene la muestra, la cual será representativa de dicha población. En la presente investigación la población está formada por hombres y mujeres, de 60 años o más, los cuales podían desempeñarse dentro de una profesión u oficio o bien ser jubilados. La condición socio – económica no fue relevante para los efectos de la investigación.

De la población surge la muestra, la cual contiene características por las que es capaz de representarla. Para la realización de la presente trabajo se utilizó un muestreo Intencional, en el que la persona que selecciona la muestra es quien procura que ésta sea representativa, dependiendo de los objetivos que persigue la investigación. Para realizar el estudio se contó con una muestra de 20 adultos mayores, 10 de ellos institucionalizados, los cuales residen en el Hogar de Ancianos Cabecitas de Algodón ubicado en la Calzada Santa Lucía Sur No. 18 Antigua Guatemala; y 10 no institucionalizados, que viven con su familia en el área urbana de la ciudad capital.

2.2 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Al momento de iniciar el trabajo de campo de la presente investigación, se buscó un lugar en el que se atendieran a personas de la tercera edad. En primer lugar se visitó el asilo que funciona en el Hospital Hermano Pedro, el cual se ubica en la zona 12 de la ciudad capital, lamentablemente en él sólo se reciben religiosas por lo que la persona encargada no permitió que se realizara la investigación.

También se trató de localizar a las autoridades del Instituto Nacional de Ortopedia porque en ese centro funciona un asilo de ancianos, pero no fue posible por razones de horario.

A través del periódico se tuvo conocimiento de que en la ciudad de Antigua Guatemala funciona el Hogar de Ancianos Cabecitas de Algodón. En una visita hecha al hogar se platicó con el Doctor Juan de Dios Aceituno y él autorizó que se aplicaran las pruebas psicológicas a 10 adultos mayores que vivieran en dicho centro.

Se hizo una primer visita al asilo, con el fin de conocer a los adultos mayores que allí viven. En esa primer visita se conoció a los posibles candidatos para la aplicación de las pruebas.

Para obtener un primer contacto con las personas escogidas para ser evaluadas, se realizó una entrevista dirigida, que consiste en una conversación que tiene como finalidad la obtención de información. En una entrevista intervienen el entrevistador y el entrevistado. El primero, además de tomar la iniciativa de la conversación, plantea mediante preguntas específicas cada tema de su interés y decide en qué momento el tema ha cumplido sus objetivos. En la entrevista dirigida, el entrevistador hace preguntas cerradas y muy específicas al entrevistado, dándole poco margen para las respuestas. Dicha entrevista sirvió para recabar información general sobre las personas que colaboraron con la investigación.

Al concluir con la entrevista se llevó a cabo la aplicación del Examen Cognoscitivo Breve (Test Mini – Mental de Folstein). Se leyeron las preguntas a los pacientes y se fue anotando cada respuesta en el test. Este test tiene la finalidad de conocer el grado de deterioro cognitivo de cada paciente.

Por último se aplicó el Cuestionario de Adaptación Bell para adolescentes y adultos. Se leyeron las preguntas a cada paciente y se les pidió que contestaran si, no o

no sabe. Se marcaron las respuestas en la hoja especial y se procedió a la calificación e interpretación de resultados. La aplicación de la entrevista y de las pruebas tuvo una duración de 3 días del mes de julio.

Por último se evaluó a las 10 personas no institucionalizadas, las cuales debían vivir con algún familiar en el área urbana de la ciudad capital. En esta ocasión se evaluó a personas referidas por familiares y amigos; y se siguió el mismo procedimiento que se llevó a cabo con las personas institucionalizadas.

2.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para conocer el grado de deterioro en la cognición del adulto mayor se utilizó:

2.3.1 Entrevista Dirigida: Fue creada con el fin de obtener un primer contacto con las personas que colaborarían con la elaboración de la presente investigación, así mismo para obtener datos generales sobre cada persona.

La entrevista que se utilizó, contó con una parte de datos generales, en la que se pedía la siguiente información: Nombre, fecha de nacimiento, profesión u oficio. Luego se preguntó a cada persona si sabía en qué lugar vivía y si sabía con quién vivía.

Luego se plantean 4 preguntas, las cuales tienen como finalidad conocer la forma de pensar y sentir con respecto a la vejez, de las personas de la tercera edad que serían evaluadas. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Qué es para usted la vejez?
- ¿Cómo describiría su vejez?
- ¿Cómo siente que lo perciben las personas que lo rodean?

- ¿Qué necesita para ser feliz?

Las preguntas fueron leídas a cada persona y se fue anotando cada respuesta.

2.3.2 Test Minimental de Deterioro Cognitivo: Fue creado por el Doctor Folstein en 1975, existiendo una versión traducida al castellano por Lobo.

Este test es la prueba breve más utilizada, tanto en la clínica como en los estudios de investigación. Es un test sencillo, que puede ser aplicado por personal médico o de enfermería en un corto espacio de tiempo, porque su duración va de 5 a 10 minutos. La prueba debe realizarse en un ambiente cómodo, libre de ruidos y de interrupciones.

El test de Deterioro cognitivo muestra un buen rendimiento a nivel de valoración inicial del deterioro cognitivo. Sin embargo, presenta la dificultad de estar muy cargado de aspectos del lenguaje como en el caso de los ítems 3, 9 y 10 (ver anexos), mostrando un rendimiento diferente en función del nivel cultural y estudios. No obstante, representa un buen compromiso entre la rapidez de realización y la información aportada. Se debe tener en cuenta que se trata de una prueba de selección, por lo tanto no puede ser utilizada por sí sola, para establecer el diagnóstico de demencia. Se necesitará la ampliación de la información que el test aporta con otras pruebas, para poder realizar este diagnóstico.

Se trata de un test rápido que consiste en 11 preguntas que miden las capacidades cognitivas de orientación, memoria, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje y habilidades viso espaciales.

El test se divide en las siguientes áreas:

- Orientación de tiempo: Se pregunta al paciente cuál es el año, estación, fecha, día y mes. Se otorga 1 punto por cada respuesta correcta para un total de 5 puntos.
- Orientación de Lugar: Se pregunta al paciente en dónde estamos: País, Departamento, Ciudad, en qué edificio y en que número de piso. Se otorga 1 punto por cada respuesta correcta para un total de 5 puntos.
- Registro de palabras: Se le pide al paciente que escuche con atención las tres palabras que se dirán. El examinador repite las palabras hasta que el paciente las memorice. 1 punto por cada respuesta correcta para un total de 3.
- Atención cálculo: Se le pide al paciente que cuente de forma regresiva de 7 en 7, empezando por 100. Otra variable es pedir al paciente que deletree la palabra Mundo de atrás hacia delante. Cualquiera de las 2 respuestas buenas tiene un valor de 5 puntos.
- Memoria: Se pide al paciente que repita las 3 palabras memorizadas anteriormente, se da 1 punto por cada respuesta correcta.
- Nominación: Se muestra al paciente un lápiz y un reloj, los cuales deben ser nombrados por el paciente. Se da 1 punto por cada respuesta correcta para un total de 2 puntos.
- Repetición: Se pide al paciente que repita las siguientes palabras “ No, si, ser o ver”. Se otorga 1 punto en el caso que todas sean repetidas.

- Comprensión: Se pide al paciente que tome una hoja de papel con la mano derecha, luego que la doble por la mitad y para finalizar que la coloque en el suelo. Se otorga un punto por cada acción realizada correctamente para un total de 3 puntos.
- Lectura: Se pide que el paciente lea la siguiente oración: Cierre los ojos. Y que haga lo que la oración dice. Se otorga 1 punto en el caso de que se realice correctamente.
- Escritura: Se pide al paciente que escriba una oración. Se otorga 1 punto si se realiza correctamente.
- Dibujo: Se pide al paciente que copie una figura sencilla. Se otorga un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los que se entrecruzan forman un cuadrilátero.

Se obtiene un punto por cada respuesta correcta para llegar a un total de 30 puntos. El Deterioro Cognitivo leve se indica cuando un paciente obtiene de 20 a 24 puntos; de 16 a 19 puntos se indica Deterioro Cognitivo Moderado; de 15 puntos o menos un Deterioro Cognitivo Severo

2.3.3 Test de Adaptación Bell: El Cuestionario de adaptación Bell permite registrar todas las situaciones y experiencias contenidas en cada uno de los ítems tal y como son concientizadas por el propio sujeto. En este cuestionario se puede obtener información válida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares. También proporciona información sobre cómo el individuo comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta qué punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional, se puede apreciar la intensidad de sus adaptaciones y si estas son de signo positivo o negativo.

Esta prueba permite establecer comparaciones de adaptación entre diferentes personas. No tiene tiempo límite y cada individuo debe contestar su cuestionario, sin embargo el examinador puede contestar a las preguntas que se le hagan. Se leen las preguntas a cada persona y ellas dan la respuesta en forma oral.

Este cuestionario permite obtener cuatro medidas distintas de adaptación a nivel familiar, de salud, social, emocional y una quinta para el área profesional.

- Adaptación Familiar: El paciente que obtiene una nota elevada en esta escala tiene tendencia a estar mal adaptados a su medio familiar. Por el contrario, las notas bajas indican una adaptación familiar satisfactoria.
- Adaptación a la Salud: Notas elevadas indican una adaptación a la salud insatisfactoria, aunque se considera que esta área no es del todo acertada, puesto que los resultados no demuestran si el sujeto tiene una buena o mala adaptación a la salud. Más que como adaptación a la salud, puede interpretarse como un índice de salud.
- Adaptación Social: los individuos que tiene una nota elevada tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente. Los individuos con notas bajas son dominantes en su forma de contactar socialmente.
- Adaptación Emocional: Los individuos con notas elevadas tienden a ser inestables emocionalmente. Las personas con notas bajas tienden a ser estables emocionalmente.
- Adaptación Profesional: Este espacio sólo se aplica a los adultos. Los individuos con notas altas tienden a estar descontentos en lo que concierne a su

trabajo y ambiente laboral actual. Quienes obtienen notas bajas tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su ocupación.

El cuestionario se califica con claves ya elaboradas, los círculos de las plantillas deben coincidir con las respuestas colocadas en la hoja especial. Luego se cuentan las respuestas que coincidan con las de la clave y se coloca el total en la columna de puntuaciones y al lado de la letra que representa las distintas áreas que evalúan. Las respuestas con interrogación no puntúan.

La tabla que se utilizó para encontrar la adaptación total del individuo fue la realizada en Perú por el Doctor Reynaldo Alarcón, debido a que las escalas españolas resultaban muy castigadoras para los pacientes guatemaltecos.

Al terminar la aplicación de las pruebas y de la entrevista se procedió a calificar cada prueba y a analizar los resultados obtenidos. La entrevista dirigida fue la primera en ser analizada, leyendo y tabulando cada respuesta. Luego se procedió a la calificación del Test Minimental de Deterioro Cognitivo y por último se calificó el Test de Adaptación Bell.

Al momento de contar con todos los resultados, estos fueron analizados e interpretados.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se hace una presentación de los resultados obtenidos luego de la aplicación de los tres instrumentos que sirvieron para la elaboración de esta investigación: 1- Entrevista dirigida 2- Test Minimental de Deterioro Cognitivo y 3- Test de Adaptación Bell.

Todos los datos obtenidos, son presentados en dos cuadros, los cuales muestran los resultados de las personas no institucionalizadas y luego las de las personas institucionalizadas. A partir de esta información, se procedió a un análisis cuantitativo de resultados, los cuales se muestran en 10 gráficas tipo pie, en las que se observa el porcentaje de punteos obtenidos dependiendo del área evaluada, cada gráfica cuenta con una descripción cualitativa.

En base a la interpretación realizada, se procedió a la elaboración de un análisis global, en el que se describen los resultados obtenidos y del cual se desprendieron las conclusiones y recomendaciones.

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se hace una presentación de los resultados obtenidos luego de analizar las pruebas aplicadas durante los meses de junio, julio y agosto del año 2006, a las 10 personas no institucionalizadas que colaboraron con la realización de este trabajo. En las primeras 3 columnas se observa el número que representa a cada sujeto con su edad y sexo respectivamente. En la cuarta columna se observan los resultados de la aplicación del Test Minimental de Deterioro Cognitivo. De la quinta a la octava columna se ven los resultados por área del Test de Adaptación Bell y por último en la novena columna se observan los resultados de adaptación total de éste test.

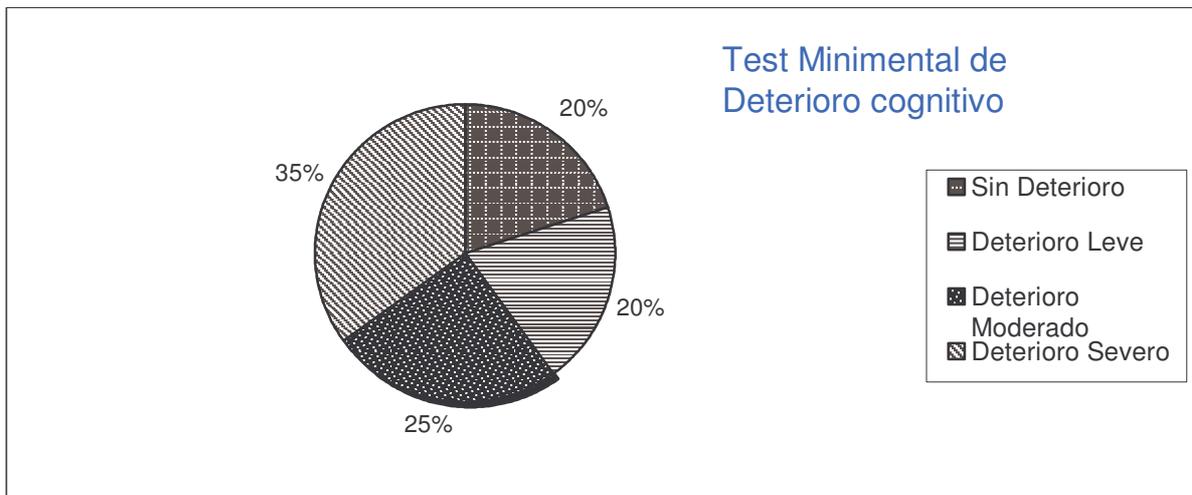
1. SUJETO	2. EDAD	3. SEXO	4. RESULTADOS FOLSTEIN	5. A. FAMILIAR	6. A. SALUD	7. A. SOCIAL	8. A. EMOCIONAL	9. A. TOTAL
1	60 ^a	F	23 Deterioro Leve	22 Mala	19 Mala	21 No Satisfactorio	23 No Satisfactorio	85 Mala
2	91 ^a	M	10 Deterioro Severo	15 No Satisfactorio	12 No Satisfactorio	15 Normal	26 Mala	68 Mala
3	60 ^a	F	25 No Deterioro	12 no Satisfactorio	14 No Satisfactorio	18 Normal	27 No Satisfactorio	80 Mala
4	61 ^a	F	24 Deterioro Leve	9 Normal	9 Normal	15 Normal	22 No Satisfactorio	55 Normal
5	88 a	F	15 Deterioro Severo	2 Buena	10 Normal	13 Normal	15 Normal	40 Buena
6	61 ^a	F	19 Deterioro Moderado	3 Buena	13 No Satisfactorio	6 Social	9 Buena	31 Buena
7	60 ^a	F	29 No Deterioro	3 Buena	5 Buena	3 Excelente	3 Excelente	14 Excelente
8	62 ^a	F	27 No Deterioro	4 Buena	2 Buena	5 Excelente	2 Excelente	43 Normal
9	65 ^a	M	18 Deterioro Moderado	10 Normal	17 Mala	16 Normal	7 Buena	65 No Satisfactoria
10	82 ^a	M	21 Deterioro Leve	22 Malo	14 Mala	9 Buena	7 Buena	32 Buena

A continuación se hace una presentación de los resultados obtenidos luego de analizar las pruebas aplicadas los días 26 y 27 de junio del años 2006, a las 10 personas institucionalizadas que colaboraron con la realización de este trabajo, las cuales residen en el Hogar de Ancianos Cabecitas de Algodón. En las primeras 3 columnas se observa el número que representa a cada sujeto con su edad y sexo, respectivamente. En la cuarta columna se observan los resultados de la aplicación del Test Minimental de Deterioro Cognitivo. De la quinta a la octava columna se ven los resultados por área del Test de Adaptación Bell y por último en la novena columna se observan los resultados de adaptación total de éste test.

1.SUJETO	2. SEXO	3. EDAD	4. RESULTADO FOLSTEIN	5. A. FAMILIAR	6. A. SALUD	7. A. SOCIAL	8. A. EMOCIONAL	9. A. TOTAL
1	75ª	M	18 Deterioro Moderado	12 Normal	8 Normal	15 Normal	9 Normal	44 Normal
2	81ª	M	16 Deterioro Moderado	10 Normal	13 No Satisfactorio	22 No Satisfactorio	10 Normal	61 No Satisfactorio
3	68ª	M	14 Deterioro Severo	4 Buena	13 No Satisfactorio	10 Buena	14 Normal	41 Normal
4	62ª	F	16 Deterioro Moderado	11 Normal	15 No Satisfactorio	21 No Satisfactorio	23 No Satisfactorio	70 No Satisfactorio
5	64ª	M	28 No Deterioro	3 Buena	4 Buena	2 Excelente	1 Excelente	10 Excelente
6	74ª	F	20 Deterioro Leve	8 Normal	16 No Satisfactorio	7 Buena	13 Buena	44 Normal
7	81ª	M	14 Deterioro Severo	14 No Satisfactorio	14 No Satisfactorio	9 Buena	15 Normal	52 Normal
8	93ª	F	10 Deterioro Severo	7 Normal	8 Normal	3 Excelente	11 Buena	29 Buena
9	99ª	F	10 Deterioro Severo	11 Normal	10 Normal	20 Normal	15 Normal	56 Normal
10	79ª	M	11 Deterioro Severo	21 Mala	19 Mala	23 No Satisfactorio	26 Mala	89 Mala

3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS: PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

GRÁFICA No. 1

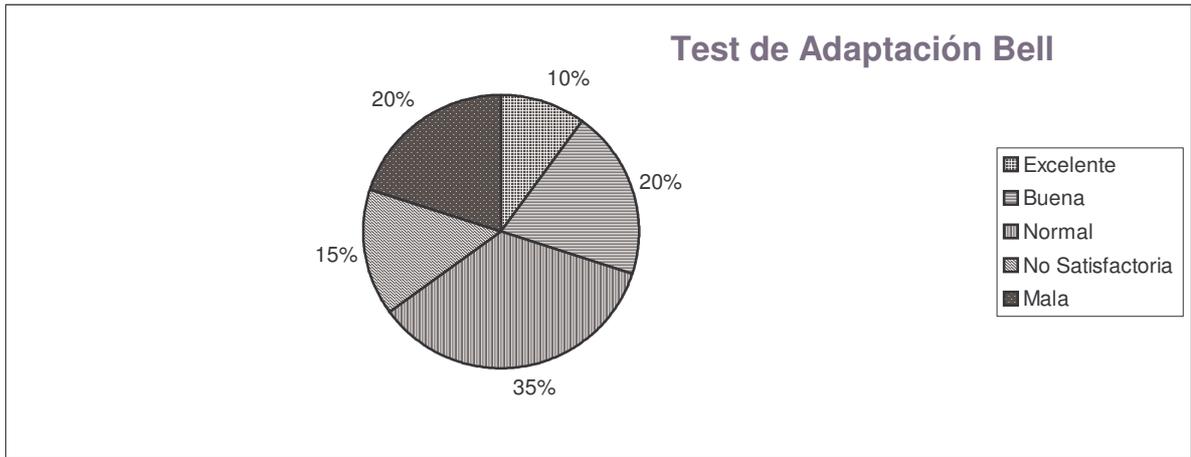


Fuente: Test Minimental de Deterioro cognitivo

Año: 2006

En esta gráfica se presentan la clasificación de resultados del Test Mini mental de Deterioro Cognitivo. En ella se observa que solamente un 20% de las personas evaluadas no presentan signos de deterioro cognitivo. Un 80% de las personas evaluadas muestran signos de deterioro cognitivo, de las cuales 20% manifiesta deterioro cognitivo leve, un 25% padece un deterioro cognitivo moderado y un 35% presenta un deterioro cognitivo severo.

GRÁFICA No. 2

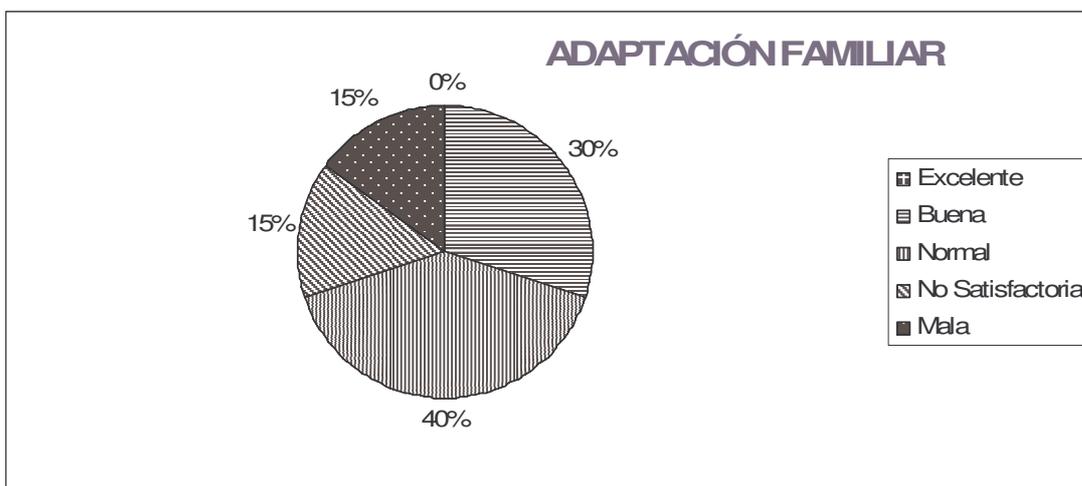


Fuente: Test de Adaptación Bell

Año: 2006

La presente gráfica muestra la clasificación de resultados del Test de Adaptación Bell. En la misma se observa que únicamente el 10% de la muestra tiene una excelente adaptación al medio y un 20% una adaptación buena. El 35% tiene una adaptación normal al medio en que se desenvuelve. Lo anterior demuestra que el 65% no presenta problemas de adaptación. Sin embargo un 15% manifiesta una adaptación al medio no satisfactoria y solamente un 20% muestra una mala adaptación.

GRÁFICA No. 3



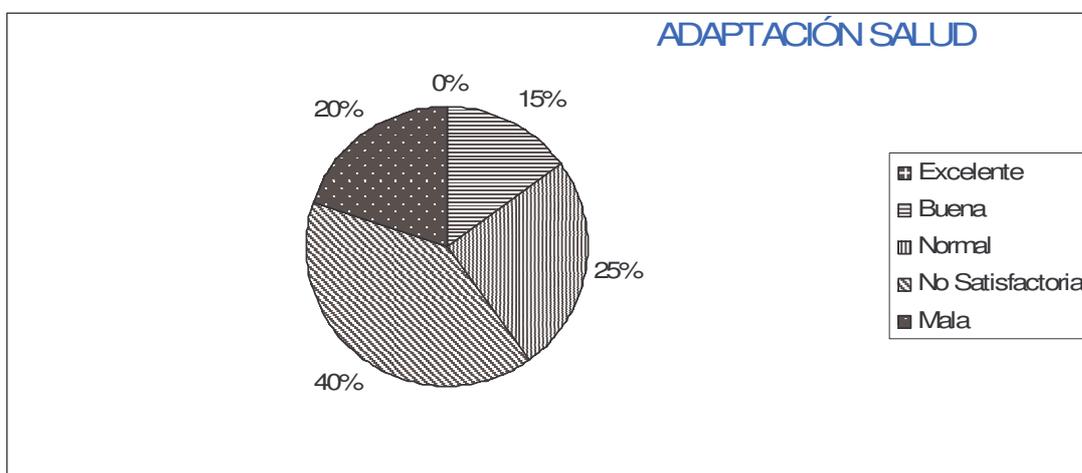
Fuente: Test de Adaptación Bell

Año: 2006

En esta gráfica se observan los porcentajes de resultados en relación a la adaptación en el área familiar. En ella se observa que el 40% de las personas evaluadas muestran una adaptación familiar normal y un 30% una adaptación buena. Resulta interesante el hecho de que ningún paciente muestra una adaptación excelente. La mala adaptación y la adaptación no satisfactoria están representadas por un 15% respectivamente.

Se debe observar que esta mala adaptación es mayor para las personas no institucionalizadas, esto evidencia que el ambiente es menos hostil en un acilo que con la propia familia.

GRÁFICA No. 4

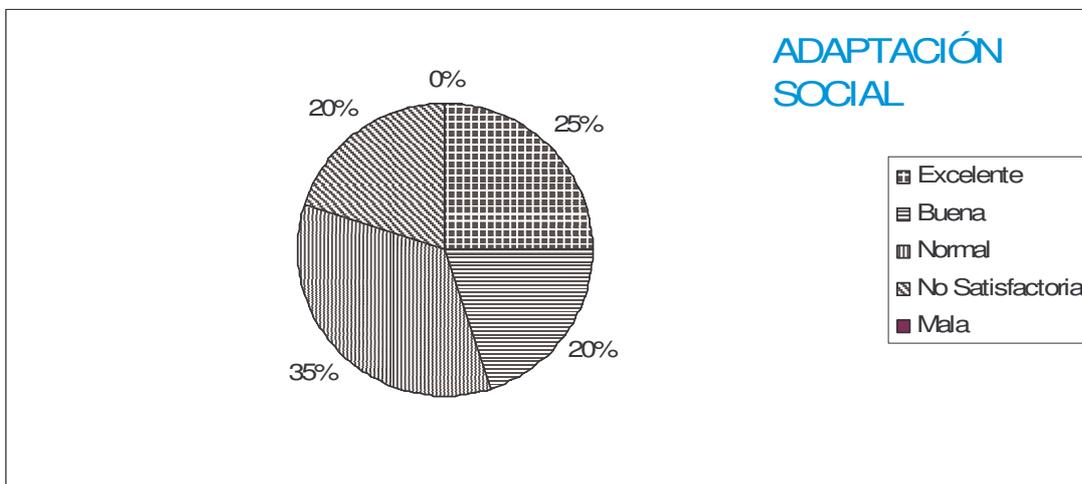


Fuente: Test de Adaptación Bell

Año: 2006

En la presente gráfica se muestra el promedio de los resultados en el área de adaptación a la salud. Ninguno de los individuos muestra una excelente adaptación en esta área, sin embargo un 15% manifiesta una buena adaptación. El 25% muestra una adaptación normal. El 60% de la muestra manifiesta una adaptación no satisfactoria y mala con un 40 y 20% respectivamente.

GRÁFICA No. 5



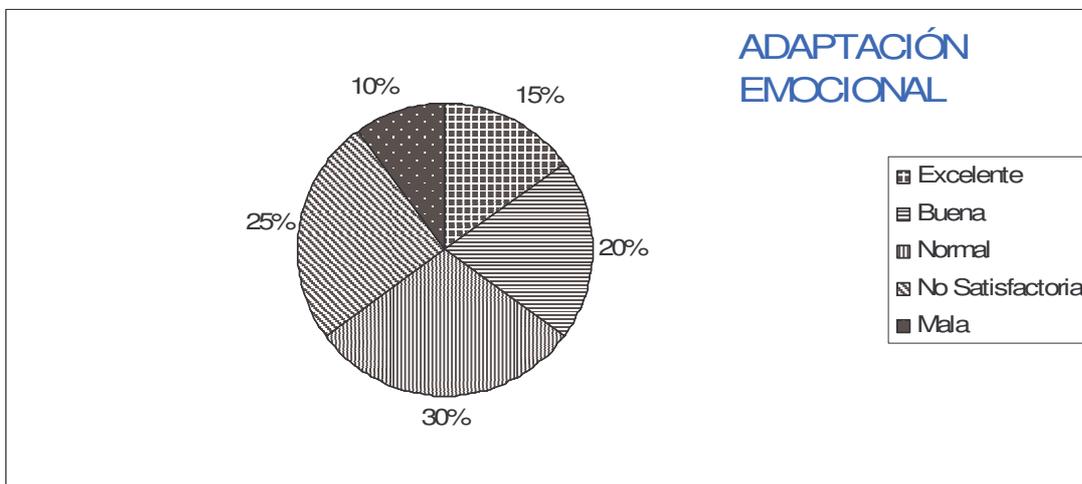
Fuente: Test de Adaptación Bell

Año: 2006

Ninguna de las personas que colaboraron con la investigación presenta una mala adaptación social. El 25% manifiesta una excelente adaptación, un 20% muestra una buena adaptación y un 35% muestra una adaptación social normal para un total de 80%. Solamente un 20% manifiesta una adaptación social no satisfactoria.

En este caso la adaptación no satisfactoria esta formada en su mayoría por personas institucionalizadas.

GRÁFICA No. 6



Fuente: Test de Adaptación Bell

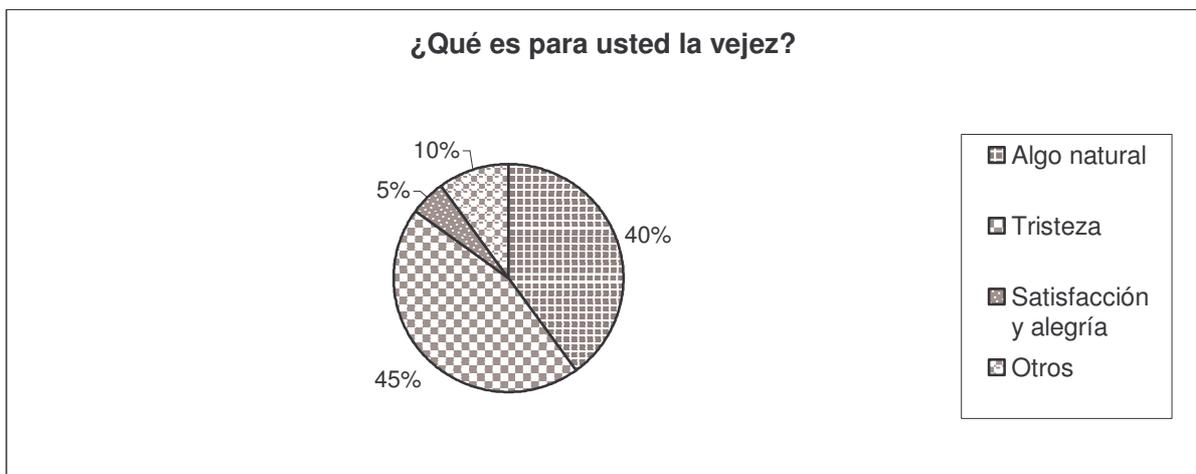
Año: 2006

En esta gráfica se observa el promedio de los resultados en la adaptación emocional de las personas que colaboraron con la investigación. En ella se observa que el 15% de la muestra manifiesta una adaptación emocional excelente, un 20% una buena adaptación y un 30% una adaptación emocional normal. Únicamente el 25% obtuvo una adaptación no satisfactoria y un 10% una mala adaptación emocional.

Resulta interesante el hecho de que la mayoría de personas que presentan una mala adaptación emocional, son personas no institucionalizadas.

3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS: ENTREVISTA DIRIGIDA

GRÁFICA No. 7



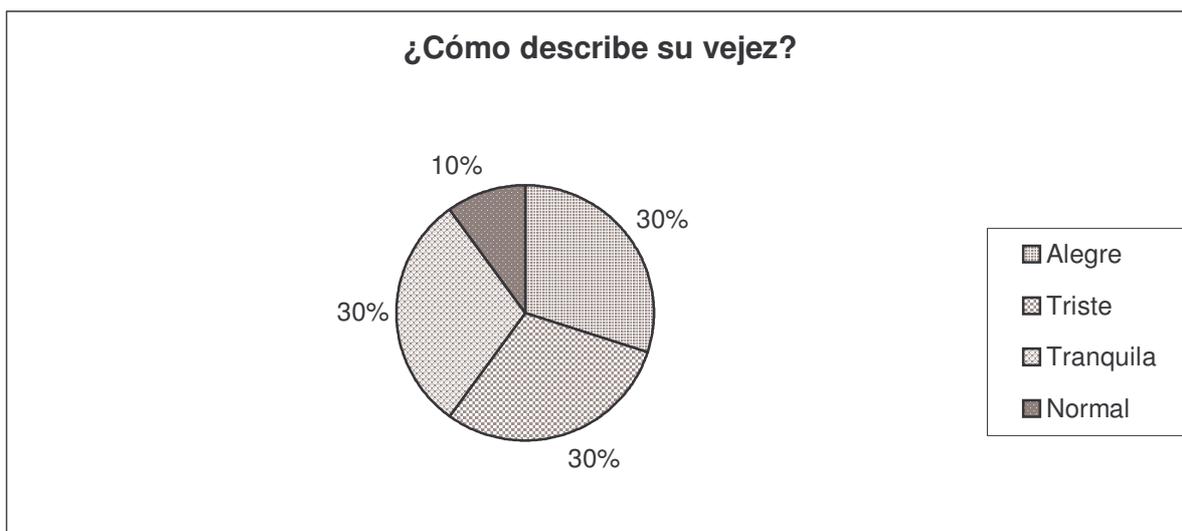
Fuente: Entrevista Dirigida

Año: 2006

El 45% de personas entrevistadas percibe a la vejez como algo triste, debido a que se relaciona en la mayoría de los casos con la muerte. Algunas de las respuestas expresaban la espera del fin y el que Dios decida cuando recogerlos. Por otra parte el 40% percibe a la vejez como algo natural, como una etapa más de la vida y que hay que aceptarla.

Únicamente el 5% ve a la vejez con alegría y satisfacción por los años que se han vivido y un 10% la relaciona con el hecho de no trabajar y de tener muchos años.

GRÁFICA No. 8



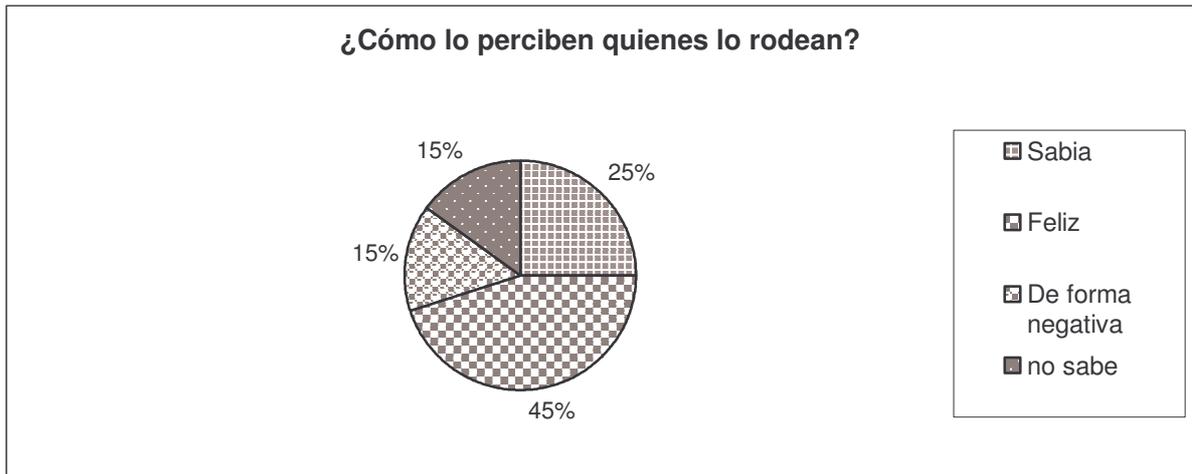
Fuente: Entrevista Dirigida

Año: 2006

En esta gráfica se observa que el 40% de las personas que colaboraron con la realización de la entrevista describe su vejez como normal y tranquila. Cabe observar que este porcentaje esta formado en su gran mayoría por las personas no institucionalizadas, las cuales viven en casa propia y rodeados de su familia.

Hay un 30% que describe su vejez como alegre y también esta formado en una mayoría por personas no institucionalizadas. Un último 30% describiría su vejez como triste y en este caso la mayoría son las personas institucionalizadas, las cuales viven en el Hogar de Ancianos Cabecitas de Algodón, los cuales se sienten tristes por el recuerdo de su familia y por la ausencia de esta.

GRÁFICA No. 9



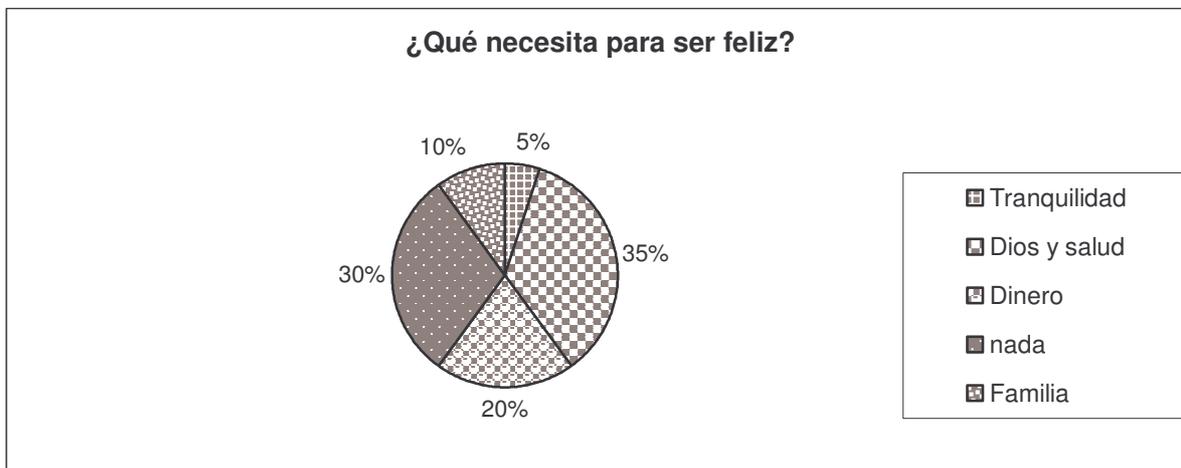
Fuente: Entrevista Dirigida

Año: 2006

Un 45% de las personas entrevistadas siente que las personas que lo rodean lo perciben como una persona feliz y alegre, algunos expresan que les gusta asistir a reuniones y contar sus experiencias. Un 25% siente que su opinión es tomada en cuenta y que las personas acuden a ellas en busca de consejo; sin embargo este porcentaje está formado únicamente por personas no institucionalizadas, las cuales viven en sus casas.

El 15% de personas que no sabe cómo lo perciben los demás está formado en su mayoría por personas institucionalizadas.

GRÁFICA No. 10



Fuente: Entrevista Dirigida

Año: 2006

Un 35% de las personas que colaboraron con la entrevista opina que lo único que necesita para ser feliz es salud y a Dios en sus vidas, este porcentaje está formado en su mayoría por personas no institucionalizadas. Un 30% afirma no necesitar nada para ser feliz, en este caso la gran mayoría son personas institucionalizadas. Otro 20% opina que lo que necesita es dinero.

Un 10% opina que lo que necesita es la compañía de su familia, este porcentaje está formado únicamente por personas institucionalizadas. Un 5% opina que lo que necesita es tranquilidad.

3.3 ANÁLISIS GLOBAL

A continuación se presenta un análisis general de los resultados obtenidos luego de la aplicación de la entrevista dirigida, del Test Minimental de Deterioro Cognitivo y del Test de Adaptación Bell.

Gracias a la aplicación del Test Minimental se descubrió que dentro de la muestra de 20 personas evaluadas un 80% muestra signos de Deterioro Cognitivo, de los cuales 20% muestran un deterioro cognitivo leve, un 25% un deterioro cognitivo moderado y un 35% un deterioro cognitivo severo. Lo anterior demuestra que al envejecer se van perdiendo gradualmente facultades mentales como orientación en lugar, tiempo y persona, memoria, comprensión y razonamiento abstracto.

Únicamente un 20% no presentan signos de deterioro cognitivo, cabe destacar que dentro de este porcentaje se encuentran personas a las que les gusta mucho la lectura o personas que al momento de ser evaluadas se mostraron positivas y alegres.

Con el fin de confirmar la hipótesis planteada: “El deterioro cognitivo disminuye la adaptación psicosocial de las personas de la tercera edad”, se realizó El Test de Adaptación Bell, el cual mostró en el área de adaptación total, que un 65% de la muestra no presenta problemas de adaptación, ese porcentaje está formado por un 10% de personas que muestran una excelente adaptación al medio, un 20% que muestra una adaptación buena y un 35% con una adaptación normal. Así mismo, el área de adaptación social confirmó que ninguna de las personas que colaboró con la investigación presenta una mala adaptación al medio. Solamente un 20% muestra una adaptación social no satisfactoria y el 80% restante abarca desde una adaptación social excelente hasta una adaptación normal. Esto concuerda con la pregunta 3 de la entrevista dirigida (ver anexos), en la que se pregunta: ¿Cómo lo perciben las personas que lo rodean?, un 45% siente que lo perciben como una persona alegre y feliz, estas personas expresan que les gusta salir y asistir a reuniones, otro 25% siente que su opinión cuenta para los demás. Es interesante destacar que este porcentaje esta formado únicamente por personas que viven con su familia. El 30% restante cree que

lo perciben de forma negativa o simplemente no sabe. Este porcentaje esta formado en su mayoría por personas institucionalizadas.

Al comparar los datos anteriores con los de la entrevista dirigida, en la pregunta 2 (ver anexos), en donde se hace la pregunta: ¿Cómo describiría su vejez?, se confirma la buena adaptación que presentan los adultos mayores evaluados, esto debido a que el 60% describe su vejez como alegre y feliz, un 10% la describe como normal y únicamente un 30% describe su vejez como triste. Este 30% está formado en su mayoría por personas institucionalizadas.

Con los resultados anteriores la hipótesis planteada en un principio fue refutada debido a que el deterioro cognitivo no afecta la adaptación psicosocial de las personas de la tercera edad.

Es importante destacar que aunque el 70% de las personas evaluadas describe su vejez como normal y feliz, la percepción que se tiene de ella es negativa. Esto debido a que un 45% percibe la vejez como triste, porque se relaciona con muerte y la espera del final de la vida. Un 40% ve la vejez como normal y solamente un 5% piensa que se debe estar satisfecho por la cantidad de años vividos.

En lo que respecta al área familiar, se encontró que un 30% de las personas evaluadas presentan una adaptación familiar buena y un 40% presentan una adaptación normal. La adaptación no satisfactoria o la mala adaptación tienen un 15% respectivamente. Esta mala adaptación es mayor para las personas no institucionalizadas, debido a que es común que sufran discriminaciones por parte de familiares a causa de los hábitos que una persona de la tercera edad adquiere.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- 1- El deterioro cognitivo no tiene incidencia en la adaptación de las personas de la tercera edad. Por que en la mayoría de los casos el ambiente les proporciona los elementos necesarios para una buena adaptación. En el caso de las personas institucionalizadas la mayoría de personas evaluadas muestra una adaptación de normal a excelente, esto debido a que el ambiente no es muy demandante con ellos.
- 2- La mayoría de personas no institucionalizadas muestran una mala adaptación hacia la familia, por que dentro del seno familiar es más propenso a recibir recriminaciones. Por el contrario dentro de una institución el personal es un poco más tolerante.
- 3- En Guatemala, como en otros países, la percepción que se tiene de la vejez es negativa; es probable que lo anterior se deba a que se relaciona con la idea del final y de muerte.
- 4- El envejecimiento es una de las principales causas del deterioro cognitivo, mas no es determinante pues dependerá en gran medida de la actividad mental que se haya tenido a lo largo de la vida, esto debido a que la realización de actividades intelectuales retarda la aparición de signos de deterioro cognitivo.
- 5- El contacto directo con la familia ayuda a retardar un poco el avance del deterioro cognitivo en personas de la tercera edad, sin embargo la adaptación al medio se ve más afectada en este grupo de personas.
- 6- Las personas institucionalizadas presentan más signos de depresión que las personas no institucionalizadas, debido a que describen su vejez como triste y al notar que las demás personas los perciben de forma negativa. Esto posiblemente se deba a que dentro de la familia se tiene más paciencia y tolerancia, así mismo ellos se sienten con más libertad de exigir, y en algunos casos piensan que sus familiares tienen la obligación de satisfacer sus demandas, no así en una institución de cuidado.

4.2 RECOMENDACIONES

- 1- Es interesante el saber que la mujer tiene más probabilidad de padecer Alzheimer al llegar a la tercera edad, resultaría de mucha importancia el comprobar qué factores intervienen para que esto suceda.
- 2- Existen varias terapias psicológicas que se utilizan para retardar un poco el avance del deterioro cognitivo, resultaría muy interesante saber cuál es la terapia más usada o bien con qué terapia se obtiene mejores resultados.
- 3- Se recomienda un estudio para saber cuál es la percepción real del guatemalteco acerca de la vejez. Esto con el fin de orientar a las personas que muestran depresión al llegar a esta etapa del desarrollo.
- 4- Los familiares y cuidadores de personas que muestran signos de deterioro cognitivo deben orientarse para conocer las características de la enfermedad, así mismo buscar apoyo para poder enfrentar los cambios que se van presentando.
- 5- Las instituciones de cuidado del adulto mayor tratan de satisfacer de manera adecuada las necesidades físicas de este, como lo son alimentación y vivienda, pero también deben tratar de satisfacer las necesidades emocionales como el saber escuchar, el mostrar paciencia e interés y sobre todo el buscar la manera de que el adulto mayor se sienta útil y no una carga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belsky, Janet. *Psicología del Envejecimiento*, Editorial Massón S.A., España, 1976, 459 páginas.
2. Deepad, Chopra. *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*. Editorial McGrawHill, España, 1996, 476 páginas.
3. Erikson, Erick. *La Aduldez*. Editorial Fondo de la Cultura Económica, México, 1978, 402 páginas.
4. Fiske, marjorie. *La Salud en el Anciano*. Editorial Océano, 1988, 320 páginas.
5. González Rey, Fernando Luis. *Investigación Cualitativa en Psicología*. Internaonal Thomson Editores, 2000, 123 páginas.
6. León Costa, José. *En la Edad Adulta*. Editorial Confort, 1984, 208 páginas.
7. Medina, John. *El Reloj de la Edad*. Editorial Biblioteca de Bolsillo, España, 1998, 318 páginas.
8. Rodríguez Domínguez, Sandalio. *La Vejez, historia y actualidad*. Ediciones universidad de Salamanca, España, 1987, 116 páginas.
9. Samperio, Roberto. *Metodología de la Investigación*. Editorial McGrawHill, México, 1985, 705 páginas.
10. Valdes Mier, Miguel A. *Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales*. Oriente, 1972, 320 páginas.
11. Vallejo Ruiloba. J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatria*. Editorial Masson S. A., España, 2003, 365 páginas.
12. Saiz Ruiz, Jerónimo, *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Editorial Massón S. A., España, 2000, 334 páginas.
13. Vega, J. L. y Bueno, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Editorial Massón S. A., España, 1995, 173 páginas.
14. Passante, María Inés, *Política Social para la Tercera edad*. Editorial Hvmaitas, Buenos Aires, 1983, 245 páginas.
15. La Forest, J. *Introducción a la Gerontología. El Arte de Envejecer*. Editorial Herder, España 1980, 153 páginas.

16. Ardila, Alfredo. *La Vejez: Neuropsicología del Fenómeno del Envejecimiento*. Editorial Prensa Creativa, Colombia 1986. 78 páginas.

17. Carstensen, Laura L. *Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social*. Editorial Massón S. A. España 1990. 385 páginas.

18. Fernández Ballesteros, Rocío. *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Editorial Massón S. A. España 1992, 343 páginas.

19. López Parra, Hiader Jaime. *Vejez y muerte: una perspectiva psicoevolutiva*. Editorial U.P.B. Colombia 1998, 214 páginas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ENTREVISTA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u oficio: _____

En dónde vive? _____

Con quién vive? _____

Qué es para usted la vejez? _____

Cómo describiría su vejez? _____

Cómo siente que lo perciben las personas que lo rodean? _____

Qué se necesita para una vejez feliz? _____

Examen Cognoscitivo Breve (Test Mini -Mental de Folstein)

Paciente: _____ Edad: _____
 Examinador: _____ Fecha: _____

Dar un punto por cada respuesta correcta

	Calificación	Punteo
1.- ¿Cuál es...?		
...el año.	_____	1
...la estación.	_____	1
...la fecha.	_____	1
...el día.	_____	1
...el mes.	_____	1
2.- ¿En dónde estamos?		
País.	_____	1
Estado.	_____	1
Ciudad.	_____	1
En qué edificio.	_____	1
Número de piso.	_____	1
3.- Nombre tres objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los tres nombres. Dé un punto por cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda.	_____	3
4.- Cuente de siete en siete: Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir, 93,86,79, etc. Deje de contar después de cinco intentos; dé un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que delatee MUNDO al revés.	_____	5
5.- Pregunte los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta correcta.	_____	3
6.- Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra.	_____	2
7.- Pida al paciente que repita "No, si, ser o ver."	_____	1
8.- Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas: "Tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso".	_____	3
9.- Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita: "CIERRE SUS OJOS"	_____	1
10.- Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento, y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía.	_____	1
11.- Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dé un punto si se parecen todos los lados y ángulos, y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.		1
Total	_____	30

Por lo general una calificación de 20-24 indica deterioro leve; 16-19, deterioro moderado; 15 o menos deterioro serio. La evaluación periódica del paciente a través de este método también demostrará la progresión de la enfermedad.

CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS

"The adjustment inventory"

Por HUGH M. BELL

Edición experimental guatemalteca
Centro de Orientación Universitaria
Universidad Rafael Landívar

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará Ud. una serie de preguntas.

Conteste con tanta claridad, sinceridad y franqueza como le sea posible.

No hay respuestas buenas ni malas.

Indique su respuesta a cada pregunta poniendo una equis (x) sobre "SI", o "NO", "?" según sea su respuesta.

Le advertimos a Ud. que debe responder, siempre que le sea posible, "SI", o "NO", y que únicamente pondrá una

equis sobre la interrogación, en aquellos casos en que esté completamente seguro de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procure contestar al cuestionario tan rápidamente como le sea posible.

No escriba nada en el siguiente cuadro:

SECTORES	PUNTUACIONES	DESCRIPCION	INTERPRETACION DE LAS PUNTUACIONES
a			
b			
c			
d			
e			
T			

RESUMEN

Es difícil para el adulto mayor encajar en un mundo que no comprende los cambios por los que se atraviesa al llegar a la vejez y que no es consciente de la pérdida de facultades debido al deterioro cognitivo.

La presente investigación describe los rasgos más característicos del deterioro cognitivo, como los problemas de memoria a corto y largo plazo, problemas de comprensión, atención, aprendizaje; así como determinar el grado en que el deterioro cognitivo disminuye la adaptación psicosocial del adulto mayor.

Gracias a la colaboración de 20 personas de la tercera edad, se formó una muestra integrada por 10 personas no institucionalizadas y 10 personas institucionalizadas, las cuales viven en el hogar de ancianos Cabecitas de Algodón; se aplicó el test Minimental y el test de adaptación Bell. Luego de comparar los resultados de ambas pruebas se descubrió que la hipótesis planteada en un principio fue refutada, al descubrir que el deterioro cognitivo, no afecta la adaptación social de las personas de la tercera edad.

Las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes: En Guatemala la percepción que se tiene de la vejez es negativa. El envejecimiento es una de las principales causas de deterioro cognitivo, mas no es determinante, pues dependerá mucho de la actividad mental que se haya tenido a lo largo de la vida.