



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**



**UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

“CAPACIDADES COGNITIVAS GENERALES EN ADULTOS
MAYORES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
LILIANA ARRIAGA DE LA CRUZ

No. de Cta. 0111474

ASESOR: LIC. SOCORRO JIMENEZ MAYA

IXTLAHUACA, MEX. ABRIL 2015.

ÍNDICE

RESUMEN	11
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	15
MARCO TEÓRICO.....	18
CAPITULO I CAPACIDADES COGNITIVAS GENERALES.....	18
1.1 Concepto.....	18
1.2 Clasificación	18
1.3 Funciones	23
1.4 Teorías Cognitivas.....	24
1.4.1 Jean Piaget.....	24
1.4.2 Jerome Bruner.....	25
1.4.3 David Ausubel	27
1.5 Capacidades Cognitivas en Adultos Mayores.....	28
1.6 Enfermedades Cognitivas en Adultos Mayores.....	33
1.6.1 Deterioro Cognitivo.....	33
CAPITULO II ADULTO MAYOR	35
2.1 Definición de Adulto Mayor.....	35
2.2 Características Físicas del Adulto Mayor	35
2.3 Características Psicosociales del Adulto Mayor	37
2.4 Definición de envejecimiento	41
2.5 Cambios Emocionales del Adulto Mayor.....	43
2.6 Teorías del envejecimiento.....	45
CAPITULO III INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA ADULTOS MAYORES.....	47
3.1 Definición de Intervención Psicosocial	47
3.2 Intervenciones Psicosociales en Adultos Mayores.....	53
3.3 Intervenciones Psicosociales en Adultos Mayores realizadas en México	66
CAPÍTULO IV MÉTODO	69
4.1 Objetivo	69
4.1.1 Objetivos Específicos.....	69
4.2 Planteamiento del Problema.....	69

4.2.1	Pregunta de Investigación.....	71
4.3	Tipo de Estudio	71
4.4	Definición de Variables	71
4.4.1	Definición conceptual.....	72
4.4.2	Definición operacional.....	72
4.5	Población	72
4.5.1	Muestra.....	72
4.6	Instrumentos.....	73
4.7	Diseño de Investigación.....	78
4.8	Captura de Información	79
4.9	Procesamiento de la Información.....	80
CAPÍTULO V RESULTADOS		81
5.1	Resultados del Mini Examen Cognoscitivo (MEC).....	82
5.2	Resultados Cualitativos de la Entrevista a Profundidad	82
CAPÍTULO VI ANALISIS DE RESULTADOS		91
6.1	Conclusiones	97
6.2	Sugerencias.....	100
BIBLIOGRAFÍA		103
ANEXOS		108

RESUMEN

Los adultos mayores forman parte de la comunidad mexicana, y a su vez constituyen una expresión cultural a través de los años debido a las experiencias de vida que narran desde su época a hijos, nietos, bisnietos y más aún tataranietos.

Es importante considerar las variables que se desarrollan en torno a esta población, donde el adulto mayor, la familia, la sociedad e instituciones determinan los procesos biológicos, psicológicos y sociales capaces de lograr una mejor calidad de vida en este sector de la población que año con año va en aumento.

Es por esto que el objetivo principal de esta investigación fue describir las capacidades cognitivas generales de los adultos mayores en complemento con la entrevista a profundidad, y así tener un conocimiento de las necesidades que manifiestan, porque de esta manera se pueden realizar intervenciones psicosociales que procuren su bienestar.

Para ello, se aplicó el instrumento cuantitativo Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y la entrevista a profundidad como técnica cualitativa, utilizando las ventajas de ambas metodologías.

Se eligió una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por siete adultos mayores residentes de la comunidad de Calixtlahuaca ubicada en el Municipio de Toluca, Edo. de México, con una edad a partir de los 65 años.

El tipo de estudio fue descriptivo con un diseño de triangulación concurrente que sirvió para realizar el análisis de los resultados obtenidos al final de la investigación.

El diagnóstico obtenido en el MEC fue deterioro cognitivo leve en la mayoría de los adultos mayores, lo que significa que presentan una alteración en las funciones

mentales como la memoria, orientación, atención, razonamiento verbal abstracto, cálculo y procesamiento de la información.

Los resultados de la entrevista a profundidad muestran que el funcionamiento del organismo de los adultos mayores sufre deterioro conforme el paso de los años, sin embargo, algunos que tienen más edad que otros, no padecen enfermedades biológicas y se mantienen más saludables.

No obstante, los adultos mayores atribuyen al debilitamiento muscular como la causa de la disminución en sus relaciones sociales y consideraron muy importante el apoyo de la familia y la sociedad en esta etapa de vida.

PRESENTACIÓN

La presente investigación surgió de la necesidad de abordar a la población adulta mayor que en los últimos años crece considerablemente, dejando un área de trabajo en el campo de la Psicología.

Para esto, es importante tener el conocimiento de las áreas donde se desenvuelve el adulto mayor, las cuales son: la biológica, psicológica y social. Tales áreas proporcionan la información necesaria para la elaboración de programas psicosociales donde es indispensable la participación de un equipo interdisciplinar, la familia, sociedad e instituciones.

El objetivo de la presente investigación fue describir las capacidades cognitivas generales en adultos mayores, que en complementación con la información de las áreas antes mencionadas, apoyarán la propuesta de una intervención psicosocial que se ha realizado en los últimos años en esta población.

La investigación se encuentra conformada por 6 capítulos que describen los aspectos teóricos y metodológicos con los que se sustenta dicho trabajo, así como los resultados y conclusiones a las que se llegaron.

El capítulo I refiere las capacidades cognitivas generales en adultos mayores, por lo que se describe el concepto, clasificación, funciones, así como las teorías del envejecimiento y el deterioro cognitivo.

El capítulo II menciona la definición, características físicas y psicosociales del adulto mayor y las teorías psicológicas del envejecimiento. Por último el capítulo III, expone la intervención psicosocial en adultos mayores que se ha realizado en México y en otros países.

En el capítulo IV se aborda la Metodología empleada para la ejecución del presente trabajo de investigación, en ella se incluye el objetivo, pregunta de investigación, tipo de estudio y diseño de la investigación.

El capítulo V presenta los resultados que se obtuvieron de los instrumentos aplicados a los adultos mayores. Y para finalizar, en el capítulo VI se analizan los resultados del Mini Examen Cognoscitivo con las entrevistas a profundidad, se citan las conclusiones y por último las sugerencias.

INTRODUCCIÓN

Con el avance de los estudios científicos, tecnológicos y sobre todo en el campo de la medicina, la esperanza de vida en las personas se incrementa debido a que no sólo se enfoca a la detección y tratamiento de las enfermedades, sino también a la prevención de las mismas.

Desde este trabajo que se continúa realizando, los profesionales encargados del estudio del comportamiento tales como los psicólogos y psicólogas deberán conocer las capacidades cognitivas de los Adultos Mayores para diseñar y ejecutar programas para la prevención, detección e intervención de enfermedades cognitivas que puedan afectar la calidad de vida de dichas personas.

El envejecimiento se caracteriza por las transformaciones físicas donde influyen los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta y personalidad. Por lo tanto se comprende desde cuatro esferas: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y psicosocial (Mishara & Riedel, 2000).

Considerando estas cuatro vertientes, es necesario utilizar herramientas psicométricas y psicosociales que aporten los suficientes conocimientos para obtener un amplio entendimiento de las personas Adultas Mayores.

Uno de los síndromes geriátricos que dañan el funcionamiento cognitivo de la persona Adulta Mayor es el deterioro cognitivo que no sólo impacta en el área cognitiva sino también en el área psicológica y social afectando la calidad de vida de quien lo padece, por lo tanto es importante evaluar el deterioro cognitivo y la forma en que afecta las áreas psicosociales de la persona (Garay, 2006).

De esta manera, el obtener un diagnóstico precoz sobre el deterioro cognitivo y los factores psicosociales es de gran utilidad para realizar intervenciones

psicosociales, de tal manera que los resultados obtenidos, sirvan para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores (Cimadevilla, 2008).

De igual manera Shand & González (2003) señalan que para evaluar y efectuar un tratamiento en las personas, en este caso, Adultos Mayores con déficit en el desempeño debido a una restricción en la capacidad cognitiva, se debe hacer una evaluación de los componentes del desempeño funcional, estos se refieren a los estímulos que recibe del medio y que se entienden de la siguiente manera: Componente sensorio motor, Componente cognitivo e integración cognitiva, Componente psicológico y destreza psicosocial.

Para conocer estos componentes, es necesario utilizar técnicas cualitativas como la entrevista a profundidad, cuyos resultados en complementación con los resultados del deterioro cognitivo (técnicas cuantitativas), ayudarán a conocer las formas adecuadas de intervención para las personas adultas mayores con el objetivo de que las actividades ejecutadas obtengan buenos resultados, debido a que algunos terapeutas ocupacionales pueden dar las indicaciones correctas a los propios pacientes o a sus cuidadores acerca de qué actividad debe realizar el Adulto Mayor, pero estos no pueden entender cómo llevarlas a cabo, por lo que las realizan de manera equivocada o las abandonan luego de dar comienzo.

Por otra parte, la influenciabilidad ambiental de las capacidades cognitivas es un rasgo que se mantiene a lo largo de la vida. De ahí que se considere que las intervenciones terapéuticas deben plantearse como un factor de oportunidad que van a estimular el desarrollo de las habilidades intelectuales, la adquisición de otras nuevas, la conservación de otras ya adquiridas y el aprovechamiento estratégico de todas ellas con el fin de favorecer los procesos adaptativos de los Adultos Mayores (Yuni & Urbano, 2005).

Debido a esto, es importante que las funciones cognitivas y psicosociales de los Adultos Mayores se mantengan en constante actividad y no impidan la ejecución

de las diversas actividades cotidianas. Por lo tanto el objetivo principal de esta investigación fue describir las capacidades cognitivas generales en Adultos Mayores que residen en Calixtlahuaca, Municipio de Toluca Edo. de México.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I CAPACIDADES COGNITIVAS GENERALES

1.1 Concepto

Aranda (2008) menciona que es un término que designa la cualidad, competencia y habilidad que posee una persona para realizar determinadas tareas o actividades donde están involucrados procesos como la atención y la memoria.

1.2 Clasificación

Existen diversas clasificaciones de las capacidades cognitivas generales, sin embargo se revisarán las contenidas en el Mini- Examen Cognoscitivo de Lobo & Ezquerra (1979) las cuales son las siguientes:

1. ORIENTACIÓN (TIEMPO Y ESPACIO)

Se define como la capacidad de orientar la posición del cuerpo respecto a un sistema de referencia, es la capacidad para definir el cuerpo en relación con el espacio y la definición de ambos en el entorno (Nitsch et.al., 2002).

Quintanar (2011, pág: 93) dice que “La orientación permite establecer el nivel de conciencia y estado general de activación”.

2. MEMORIA VERBAL DE FIJACIÓN

Se localiza en el hemisferio izquierdo y se utiliza cuando se desea memorizar un concepto con las palabras que lo representan (Antón, 2007).

3. ATENCIÓN

Velázquez (2001, pág. 172) dice que “Es la concentración de la actividad de la conciencia sobre un complejo o conjunto determinado”.

Quintanar (2011, pág. 94) también refiere que “Es la habilidad para *orientarse hacia* y *enfocarse sobre* un estímulo específico y se debe tomar en cuenta la evaluación de los procesos atencionales e identificar lo siguiente:

- Deficiencias en el nivel de conciencia o estados de activación: Esto quiere decir que un paciente despierto y además que está alerta, sus mecanismos de activación más elementales le permiten responder a los estímulos medioambientales. No obstante, el paciente alerta, pero con deficiente atención o que está inatento, no es capaz de filtrar los estímulos irrelevantes y por lo tanto se distrae ante los estímulos externos (sonidos, movimientos, estímulos visuales) que ocurren a su alrededor. Por el contrario, el paciente atento sí es capaz de filtrar los estímulos irrelevantes.

También la atención presupone activación, pero el paciente alerta no necesariamente está atento. Esto se comprueba cuando las deficiencias de activación son evidentes durante la entrevista con el paciente y se manifiestan por el aletargamiento o somnolencia y por la necesidad de repetir frecuentemente la estimulación para que el paciente responda. El aletargamiento refleja alteraciones del sistema reticular activador ascendente por causas tóxico metabólicas o bases estructurales (Quintanar, 2011).

Otro elemento que influye en la atención es la concentración y se refiere a la habilidad para sostener la atención durante periodos prolongados, además es necesaria para realizar cualquier tarea intelectual, y puede alterarse por causas orgánicas o emocionales.

4. MEMORIA VERBAL DE TRABAJO

Es también llamada memoria a corto plazo o memoria mediata o funcional y es la que guarda y procesa durante breve tiempo la información que viene de los registros sensoriales y actúa sobre ellos y también sobre otros.

Según Baddeley (1983; citado en Etchepareborda et.al., 2005) el estímulo al ser atendido y percibido, se transfiere a la memoria de trabajo. Esta memoria capacita a las personas para recordar la información pero es limitada y susceptible de interferencias. Esta vulnerabilidad del proceso le imprime un carácter de flexibilidad que permite estar siempre “abiertos” a la recepción de nueva información.

Se describe como un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener a la vez algunos datos de información en la mente, compararlos, contrastarlos, o en su lugar, relacionarlos entre sí. Se responsabiliza del almacenamiento a corto plazo, a la vez que manipula la información necesaria para los procesos de alta complejidad.

La Memoria de Trabajo participa en dos tipos de procesos:

- Control objetivo: que se refiere al mecanismo de procesamiento de la información.
- Sostenimiento activo: que constituye el almacenamiento temporal.

Baddeley (1983; citado en Stuart, 2002) afirma que la memoria de trabajo y su rendimiento en las tareas de memoria depende de la habilidad de la persona para manipular unidades pequeñas de información (fonemas, palabras) y las implicaciones para esta función son las que se mencionan a continuación:

- La información a manipular debe ser comprensible para que se identifiquen los elementos que la componen y después organizarla de acuerdo a sus esquemas.
- El entrenamiento que permite ampliar los límites de espacio y tiempo.
- Los problemas que se deriven para el aprendizaje, es decir, estímulos interferentes o distractores que impidan aprender.
- La organización de la información facilita su recuperación.
- La información puede ser organizada jerárquicamente, por orden alfabético, por categorías, por número de elementos, etc. Por tanto, la incorporación de un nuevo dato, da lugar a la reorganización o modificación de su estructura.

Por su parte Richardson (1996; citado en Etchepareborda, et.al., 2005) enfatiza que la memoria verbal de trabajo es un sistema complejo responsable del almacenamiento y procesamiento temporal de la información y también que es concebida como la memoria a corto plazo, la cual es necesaria para recordar un número de teléfono de siete dígitos durante unos segundos sin dificultad.

Según Conrad (1964, citado en Etchepareborda, et.al, 2005, pág. 137) en ella “se puede procesar información referente al lenguaje en términos de sonido o significado”.

Por lo tanto se considera necesaria para mantener los objetivos en la resolución de problemas y la base de su importancia se ratifica en los siguientes puntos:

- Las diferentes capacidades en la memoria de trabajo provocan diferencias en la resolución de problemas.
- La memoria de trabajo tiene la capacidad de procesar rápidamente la información.
- Una interferencia en la memoria de trabajo se traduce en dificultades para las tareas de razonamiento.

- Es necesaria en la comprensión del lenguaje.
- Sirve para almacenar información sobre un texto pronunciado o leído mientras se codifica el resto.
- Sobre la información que ha sido almacenada por un tiempo breve, los procesos de comprensión trabajan sobre ellos, para producir un significado coherente para el texto completo.

5. RAZONAMIENTO VERBAL ABSTRACTO

Quintanar (2011) relaciona en este concepto, la capacidad para resolver problemas de abstracción como de generalización y las funciones ejecutivas cuyo trabajo es la planeación, secuencia y organización de la información. Y las refiere como términos que se utilizan para describir las habilidades cognoscitivas más complejas.

De igual manera las funciones ejecutivas incluyen procesos como la anticipación, selección de una meta y como se ha mencionado anteriormente la capacidad de secuencia, planear y organizar la conducta.

Por lo tanto, estas habilidades son necesarias para llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y ser una persona independiente. Cualquier lesión en cada una de estas áreas es sinónimo de alteraciones cognoscitivas y comportamentales distintivas.

6. LENGUAJE

Otrosky- Solís & Ardilla (1986; citado en Quintanar, 2011) consideran al lenguaje como una herramienta básica de comunicación humana. Las alteraciones que se producen en él, son debido a lesiones focales causando diversos tipos de afasias o por lesiones difusas. Una afasia es concebida como una alteración o pérdida del

lenguaje producto de una lesión cerebral y se caracteriza por errores en la producción, alteraciones en la comprensión y dificultad para encontrar palabras.

7. PRAXIS CONSTRUCTIVA

Por último, las habilidades visoespaciales y constructivas se evalúan a través de la copia de dibujos sencillos o complejos o mediante la construcción de figuras tridimensionales.

Estas tareas combinan y requieren de actividad perceptual con respuestas motoras y tienen un componente espacial.

La ejecución de tareas involucra la interacción de funciones occipitales, frontales y parietales, es frecuente que aún en daños leves o durante procesos degenerativos tempranos se encuentren alteraciones (Quintanar, 2011).

1.3 Funciones

La función de las capacidades cognitivas generales permiten a las personas desarrollar y ejecutar cualquier tarea, por lo tanto, la persona mantiene un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

Gagliardi (2012) considera el papel de la atención como fundamental, puesto que de ella depende la aplicación de las demás capacidades cognitivas generales.

1.4 Teorías Cognitivas

A continuación se describen las teorías cognitivas de Jean Piaget, Jerome Bruner y David Ausubel, tomando como referencia los puntos clave de sus postulados en relación con la presente investigación.

1.4.1 Jean Piaget

Su teoría descansa en la estructura y el desarrollo de los procesos de pensamiento. Se basa en el hecho de que los pensamientos y expectativas afectan las actitudes, creencias, valores, supuestos y acciones.

Uno de los fundamentos centrales de la teoría cognitiva de Jean Piaget es que si se comprende el pensamiento de una persona, se comprenderá de qué modo y por qué esa persona se comporta como lo hace.

Debido a esto, postuló que el desarrollo cognitivo se produce en cuatro periodos o etapas principales, las cuales se mencionan a continuación de acuerdo a Berger (2007):

- **Periodo sensoriomotor:** se caracteriza por la utilización de los sentidos y habilidades para entender el mundo. El aprendizaje se vuelve activo y no existe el pensamiento conceptual y reflexivo.
- **Periodo preoperacional:** es esta etapa el pensamiento simbólico se caracteriza por la adquisición del lenguaje para entender el mundo. El pensamiento es egocéntrico y se entiende al mundo desde la propia perspectiva del niño.
- **Periodo operacional concreto:** durante esta etapa el niño entiende y aplica operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional. Su pensamiento se encuentra limitado por lo que puede ver, oír, tocar y experimentar personalmente.

- **Periodo operacional formal:** El adolescente y el adulto son capaces de pensar acerca de las abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica. Incluso en forma lógica donde no se involucra la experiencia.

A su vez, Piaget (1954; citado en Berger, 2007) refiere que los conceptos que va adquiriendo el ser humano se realizan a través de dos procesos de adaptación: La asimilación y la acomodación.

En la asimilación las nuevas experiencias son reinterpretadas para que encajen o se asimilen con las viejas ideas. Y por último en la acomodación las viejas ideas se reestructuran o se acomodan para incluir nuevas experiencias.

Por lo tanto, las personas siempre están en constante aprendizaje, lo que les permite adquirir nuevas experiencias de vida.

1.4.2 Jerome Bruner

Por su parte Bruner (1989; citado en Niño, 2007) propone la teoría del desarrollo cognitivo de la cual se deriva la teoría de instrucción prescriptiva en la cual se exponen una serie de reglas para la adquisición de conocimientos, habilidades, así como las técnicas para la medición y evaluación de resultados.

Las características de la teoría mencionada son las siguientes:

- **Disposición para aprender:** la importancia de las experiencias y contextos en los que se desenvuelve la persona son importantes para el aprendizaje.
- **Estructura de los conocimientos:** el conjunto de conocimientos deben ser estructurados para facilitar el aprendizaje y su entendimiento.
- **Secuencia:** la elección de una secuencia efectiva en los materiales.
- **Reforzamiento:** recompensas extrínsecas e intrínsecas.

Refiere tres modalidades en las cuales se representa el aprendizaje:

- **Enactiva:** se realiza a partir de una acción, es decir, sin palabras, por ejemplo, el saltar la cuerda.
- **Icónica:** se utiliza una imagen como medio de representación perceptual, por ejemplo, un mapa que permita visualizar una ruta.
- **Simbólica:** se caracteriza por un esquema abstracto que puede ser el lenguaje o cualquier otro sistema simbólico estructurado. Es la traducción de la experiencia en palabras que permiten otro tipo de transformaciones más complejas.

En lo que respecta a la teoría de instrucción, difiere en los reforzadores en el aprendizaje, en cambio está a favor de que éste, sea comprendido por la persona que aprende.

Así mismo incluye el factor social en la construcción de los significados puesto que con él se da sentido al mundo social y cultural. El sentirse identificado y tener una identidad ligada a una comunidad determinada, es importante porque la individuación no se puede llevar a cabo sin socialización.

De esta forma, la cultura está ligada y es definida como el escenario donde cada sociedad organiza su sistema de educación.

Por lo tanto la educación tiene la finalidad de reproducir la cultura en la cual está situada y es concebida como un instrumento que hace que las personas inmersas en ella, sean autónomos y aptos para utilizar de mejor manera sus capacidades cognitivas.

1.4.3 David Ausubel

Por su parte Ausubel (1983; citado en Beltrán & Bueno, 1995) sostiene que en la mente de las personas existe una estructura cognoscitiva a la cual se van incorporando nuevos conocimientos y se encuentra formada por un conjunto de esquemas de conocimiento anteriormente adquiridos y organizados como conceptos genéricos.

De esta forma, al existir una nueva experiencia, el equilibrio entre los esquemas se rompe, por lo tanto, al asimilarse la nueva información con los esquemas ya establecidos, se produce el aprendizaje.

A su vez, distinguió entre dos aprendizajes: el significativo y el memorístico o repetitivo. El primero es considerado como verdadero aprendizaje que debe ocurrir en un contexto de plena comprensión, su característica es que es perdurable y dará lugar a la formación de estructuras cognoscitivas de conceptos de complejidad creciente.

Sin embargo el memorístico no deja de ser importante puesto que es utilizado para almacenar conocimientos previos sobre los cuales pueden asentarse nuevas adquisiciones (Penchansky, 2004).

Por otra parte, Ausubel (1983, citado en Beltrán & Bueno, 1995) expone que todas las personas cuentan con pre-conceptos, es decir, conceptos cotidianos que se transformarán en científicos una vez que se ingrese al ámbito académico.

Las cogniciones, el significado y las estructuras de conocimiento representan de modo simbólico a los objetos. Las estructuras cognoscitivas constituyen los conocimientos que una persona tiene sobre lo que lo rodea, es decir su teoría del mundo o lo que se ha denominado la cognición social (Fracca, 2003).

1.5 Capacidades Cognitivas en Adultos Mayores

Baddeley (1986; citado en Stuart, 2002) menciona que el almacenamiento temporal de información es necesario para actividades como el aprendizaje, el razonamiento y la comprensión.

Sin embargo, los adultos mayores, experimentan complicaciones en sus capacidades cognitivas debido al deterioro de las células cerebrales o a un cambio decisivo en las neuronas (Lehr, 1995).

Por ejemplo, los adultos mayores manifiestan dificultades en la memoria a corto plazo, y generalmente se observa en el procedimiento de amplitud hacia atrás, en donde se pide al participante que repita los elementos en el orden inverso de su presentación (Stuart, 2002), es decir, cuando las tareas exigen mayor atención, flexibilidad mental y reorganización del material, son más claras las declinaciones cognitivas en esta etapa de la vida (Vega & Bueno, 1996).

No obstante, esto no sucede cuando se habla de la memoria a largo plazo. Se ha demostrado que los adultos mayores recuerdan sin problema hechos que ocurrieron años atrás (Vega & Bueno, 1996). Por otra parte es necesario distinguir entre los contenidos que constituyen a la memoria a largo plazo y las características que se manifiestan en los adultos mayores.

En primera instancia se menciona la memoria procedural que hace referencia a las habilidades que se han practicado por mucho tiempo y que por ende son automáticas, por ejemplo el leer.

De la misma manera incluye un componente motor como es el conducir, jugar tenis, tocar el piano o escribir a máquina. Una de las características importantes de esta memoria es que no se afecta con el transcurrir de los años y se puede comprobar al observar las diversas actividades que ha aprendido un adulto mayor

en su vida, así un músico continuará tocando bien como lo hace un joven. Incluso el daño cerebral no afecta este tipo de memoria (Vega & Bueno, 1996).

Por otro lado, la memoria declarativa representa el conocimiento que se tiene sobre el mundo. En ella se almacenan los recuerdos episódicos y los recuerdos semánticos.

- Los recuerdos episódicos incluyen los recuerdos vinculados a un tiempo y a un lugar, por ejemplo: la primera comunión, el último año escolar o personas que se conocen en un evento.
- Los recuerdos semánticos constituyen el conocimiento objetivo organizado, por ejemplo: la clasificación de los animales por raza y especie. En la información semántica se incluye el lenguaje, y la memoria episódica forma parte y depende funcionalmente de la memoria semántica.

Botwinick (1984; citado en Vega & Bueno, 1996) resalta la importancia de los estudios que se realizan en adultos mayores con respecto al decline de los recuerdos episódicos y semánticos, y sostiene que los resultados suelen ser diferentes, esto porque algunos demuestran que el lenguaje se mantiene al paso de los años y en consecuencia no sufre alteraciones.

No obstante, los estudios muestran disminuciones relacionadas con la edad en algunas pruebas de vocabulario (fluidez verbal) y se observa la dificultad para encontrar palabras en el discurso espontáneo.

Los recuerdos episódicos y semánticos se acumulan a lo largo de la vida, es decir, los adultos mayores pueden ir aumentando su base de conocimiento de forma progresiva, por lo que se puede compensar la disminución de la eficiencia del sistema de memoria al apoyarse con el conocimiento almacenado.

En las situaciones en las que está involucrado el conocimiento del mundo al que tienen acceso los adultos mayores, podrán recordar asertivamente como los jóvenes (Vega & Bueno, 1996).

Existen otros factores que influyen en la ejecución de las tareas de la memoria:

- **Familiaridad:** Seleccionar materiales para recordar respecto de los cuales no aparezcan diferencias entre grupos de edad. Si se utilizan medidas de memoria globales, la eficiencia de procesamiento es de modo similar a la de la población joven.
- **Experiencia:** Desempeña un papel clave en el mantenimiento y en la mejora de los niveles de ejecución cognitiva en la vejez. La práctica y la experiencia en un dominio determinado de actividad cognitiva exigente (ajedrez, lectura, un oficio, etc.) se asocia con los niveles elevados de ejecución continuada en tareas de memoria o de resolución de problemas con el dominio específico de la actividad (Charness, 1989).
- **Salud:** En este apartado se encuentran los factores fisiológicos como la salud física o mental, la nutrición y también el uso de drogas y el consumo del alcohol que alteran la ejecución de la memoria y que en muchos casos no se toma en cuenta (Permuter y Hall, 1992). La salud y el funcionamiento cognitivo guardan estrecha relación, los adultos mayores que participan en programas de ejercicio suelen reaccionar más rápido que las personas sedentarias de su edad.

Los estados de ansiedad o depresión también dificultan el buen funcionamiento de la memoria. La ansiedad hace que las personas se preocupen y se centren en sí mismas en lugar de la tarea o actividad. Esto lo demuestran los programas no cognitivos en los cuales al disminuir los niveles de ansiedad, los adultos mayores obtienen buenos resultados.

Por otra parte, la depresión si es atendida con el tratamiento indicado, los adultos mayores muestran mejora en su capacidad cognitiva puesto que las personas que presentan depresión suelen preocuparse más por los lapsus de memoria a diferencia de las que no la padecen, lo que conduce a declives reales de memoria (Burt, Zembar & Niederehe, 1995: O'Hara, Hinrichs, Kohout, Wallace & Lemke, 1986).

El presentar una deficiencia en los nutrientes que necesita el organismo también es fundamental en el funcionamiento mnemónico, los bajos niveles en sangre de las vitaminas C y B12 dificultan la ejecución en tareas de memoria. De igual manera, el consumo de algunos medicamentos como el diazepam afecta el rendimiento cognitivo en los adultos mayores.

- **Diferencias individuales:** la variabilidad entre grupos de edades diferentes y entre personas de un mismo grupo de edad puede ser el resultado de que existan diferencias en habilidades relevantes para la realización de las tareas complejas que se utilizan para evaluar la memoria y el aprendizaje. La habilidad verbal es un predictor importante de la ejecución cognitiva.
- **Motivación:** el aprendizaje autodidacta o autodirigido es un ejemplo de motivación intrínseca. Aquellas personas que autodirigen su aprendizaje tienen más altos niveles de satisfacción vital y afrontan mejor sus problemas de cuidados de salud y financieros.
- **Precaución:** los errores de los adultos mayores son de omisión debido a que no suelen responder. El incentivarlos provoca que respondan con mayor cautela y rápidamente.
- **Estructura social:** Cada cultura define los niveles de poder y de actividad apropiados a los diversos grupos de edad y esas definiciones dan lugar a los estereotipos sobre el modo en que los procesos mentales cambian a lo

largo del curso vital. Los estereotipos juegan un papel fundamental en el adulto mayor: por una parte desde dentro de la persona, cuando se intenta conformar con las expectativas sociales; y desde fuera, cuando otros ejercen presión social sobre la persona para que lleve a cabo los roles apropiados a su edad (Vega & Bueno, 1996).

Por lo tanto se puede inferir que las dificultades que presentan los adultos mayores en las capacidades cognitivas se debe a (Lehr, 1995):

- Cuando el material que se va a aprender carece de sentido a diferencia del material significativo.
- Falta de una técnica de aprendizaje.
- El material es presentado de manera rápida por lo que al ser eliminado el factor tiempo se nivelan las diferencias.
- Disminución en la repetición constante del material.
- Inseguridad.
- Desorden en el material presentado, lo que genera mayor grado de complejidad.
- Aprendizaje por partes.
- Disminución de la actividad física.
- Salud.
- Motivación.

Buendía (1997) también señala que las relaciones entre salud, enfermedad, envejecimiento y funcionamiento cognitivo son complejas, no obstante los adultos mayores sanos permanecen más capaces a nivel cognitivo que las que sufren algún trastorno.

De esta manera, los cambios cognitivos en personas sanas suelen ocurrir debido a los cambios fisiológicos que se experimentan. Además existen funciones cognitivas que son más sensibles a los efectos de la patología y aumentan

notablemente con la edad, como la velocidad motora y perceptiva, el tiempo de reacción, capacidades motoras y perceptivas y otras medidas de capacidad fluida también son afectadas. Al contrario del vocabulario y otras capacidades cognitivas cristalizadas permanecen relativamente invariables.

1.6 Enfermedades Cognitivas en Adultos Mayores

1.6.1 Deterioro Cognitivo

El tener un conocimiento de las capacidades cognitivas generales en adultos mayores resulta de vital importancia, sin embargo el considerar los problemas cotidianos que presentan los adultos mayores, y cómo estos se relacionan con la pérdida de las capacidades cognitivas generales, acercan un diagnóstico integral para detectar las principales necesidades que existen en la población.

Existen diversas enfermedades asociadas a la disminución de la capacidad cognitiva y que dañan progresivamente la cognición de los adultos mayores, sin embargo, sólo se hará mención del deterioro cognitivo dada la naturaleza de esta investigación.

El deterioro cognitivo se define como el deterioro de las funciones mentales superiores, principalmente la memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Existen pérdidas de memoria asociadas a la edad que se deben diferenciar del deterioro cognitivo (Diccionario Psicogeriátrico, 2014).

También Montaña, et. al. (2004, pág. 40) entiende por deterioro cognitivo “la alteración de las facultades intelectuales de la persona entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo y del lenguaje”.

En el campo de la medicina se considera como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

A su vez, se caracteriza por una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja la persona, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas.

Generalmente es multifactorial, tales como la depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto (CENETEC, 2009).

Roa (2011) menciona que entre las causas más frecuentes de deterioro cognitivo se encuentran las siguientes:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad Cardiovascular
- Parkinson
- Alcoholismo

Según Lobo, Saz & Roy (2000) el deterioro cognitivo se clasifica en los niveles que se mencionan a continuación:

- Olvidos benignos de la senectud
- Deterioro cognitivo leve
- Deterioro cognitivo moderado
- Deterioro cognitivo moderado- grave
- Deterioro cognitivo grave

CAPITULO II ADULTO MAYOR

2.1 Definición de Adulto Mayor

Preciado et.al. (2011, pág. 25) define adulto mayor como “el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene en sí mismo”.

Aréchiga et.al. (1999, pág. 90) menciona que “desde el punto de vista demográfico, adulto mayor es aquella persona que ha entrado en el sexto decenio de la vida”.

Krassoievitch (1993) refiere que las personas se sitúan desde tres tipos de edades, las cuales son:

- a) la edad biológica que se refiere a la esperanza de vida.
- b) la edad psicológica que estudia las capacidades del individuo para una conducta adaptativa.
- c) la edad social referida a los roles sociales de una persona, en relación a las expectativas que tiene su entorno social, para con los miembros de su grupo etario.

2.2 Características Físicas del Adulto Mayor

No es posible definir de manera rigurosa, el aspecto físico de una persona adulta mayor en cuestión al rango de edad, debido a que no todos los individuos poseen la misma fortaleza, resistencia y habilidades físicas porque todo depende de los estilos de vida que lleve a cabo cada persona. De esta forma, algunas personas pueden aparentar más o menor edad (Papalia et.al., 2009).

Sin embargo se hará mención de los cambios físicos que se observan comúnmente en esta etapa de vida: la piel tiende a volverse más pálida y

manchada, pierde elasticidad y cuelga en pliegues y arrugas. Así también, las venas varicosas son más comunes en hombres y mujeres, el cabello se vuelve blanco y más delgado y en ocasiones brota en nuevos lugares: en la barbilla de las mujeres y en los oídos de los hombres.

La estatura de las mujeres tiende a disminuir conforme se atrofian los discos entre sus vértebras y pueden parecer más pequeñas debido a una postura encorvada. En algunas mujeres el adelgazamiento de los huesos puede provocar una “joroba viuda” en la parte trasera del cuello (Papalia et. al., 2009).

Preciado et. al. (2011) refiere que las funciones físicas son utilizadas como indicador de problemas de salud, y esto se observa por el deterioro del ser humano al paso del tiempo, es decir, sus fuerzas y salud no son las mismas. Se comienza a tener dificultades para moverse y la presencia de enfermedades ocasiona dolores.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no en todos se observan estas características por lo que existe un buen funcionamiento físico a pesar de tener más de 65 años.

Otro de los aspectos fundamentales que intervienen en la percepción del adulto mayor, es el valor que la sociedad otorga a la juventud. Y es que algunas personas invierten tiempo, esfuerzo y dinero intentando mantener una piel juvenil, sin embargo, el daño a la piel, como las arrugas y las manchas de la edad, que se cree están asociados con el envejecimiento, en realidad resultan de una vida de exposición a la luz solar.

De este mismo modo, la autoestima se ve afectada cuando las personas devalúan su ser físico. No obstante, muchos adultos mayores aceptan los cambios que tienen lugar en ellos mismos haciéndole frente a la sociedad y su culto a la juventud (Papalia et. al., 2009).

2.3 Características Psicosociales del Adulto Mayor

Comfort (1977, citado en Krassoievitch, 1993, pág. 23) refiere que el “75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son productos de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez”.

Y esto se refleja en la adopción de nuevos roles sociales lo que implica que su actividad como miembro de la comunidad se modifique. A su vez, las normas sociales son una forma de control debido a que se esperan comportamientos y roles específicos en esta etapa de la vida.

Por otra parte, Salinas et. al. (2008) dice que las condiciones sociales en torno al adulto mayor cambian, por ejemplo: retiro laboral, cambios en su familia nuclear por el alejamiento de los hijos, viudez y dependencia de otros para la satisfacción de muchas necesidades.

Sin embargo, Salvarezza (1998, pág. 103; citado en Preciado et. al., 2011) menciona que “la sensación de tener todavía objetos y metas en la vida, de seguir formando parte activa de una comunidad, son anotadores que están estrechamente marcados con el mantenimiento de un autoconcepto joven”, por lo tanto, el adulto mayor requiere de ello en esta etapa, sin embargo socialmente se le hace de menos.

Durante esta etapa, se incrementa el temor a lo desconocido, y el tener conciencia de las pérdidas físicas e intelectuales produce un sentimiento de inseguridad que va de la mano con las pautas culturales que lo ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar (Preciado et. al., 2011).

Lehr & Thomaes (2003) señalan que la influencia de la sociedad en el fenómeno del envejecimiento, es consecuencia del desarrollo en las sociedades industrializadas.

El ahorro de recursos humanos conlleva a la jubilación. Del mismo modo la influencia social en este campo se asocia con el rápido desarrollo de los medios de comunicación social y contribuye al destino social de las personas adultas mayores, en muchas ocasiones en sentido positivo y en otras en sentido negativo.

Otra de las pautas es el reforzamiento de la imagen social que se tiene del adulto mayor porque comúnmente se caracteriza por la soledad y el aislamiento, la dependencia y la necesidad de ayuda, así como por la decadencia, la pérdida de capacidades y habilidades. “Los medios de comunicación están llenos de estereotipos acerca del envejecimiento” (Papalia et. al., 2009).

La imagen del adulto mayor en la sociedad se sintetiza en los siguientes aspectos:

- La imagen tiene una connotación negativa, lo que resulta de una orientación unilateral hacia un grupo seleccionado de personas de edad. Aquí predominan los estereotipos y las generalizaciones inadmisibles.
- En las personas jóvenes, la imagen del adulto mayor está acentuada de manera muy negativa donde aparece la discrepancia con la conducta real de las mismas. Las expectativas de conducta se caracterizan por la restricción.

Sin embargo, existen enfoques metodológicos que permiten una manera diferenciada de ver las cosas y hacen que aparezca con claridad la imagen del adulto mayor, es decir, las personas con bienestar y un estado de ánimo positivo, repercute en la percepción que se tiene hacia otras personas, es decir los jóvenes que conviven con personas adultas mayores, cambian la forma de pensar con

respecto a ellas. Por tal motivo, la falta de orientación de la vida refuerza los estereotipos, acentuados negativamente, en la imagen del adulto mayor.

Los criterios difundidos sobre el envejecimiento, suponen la pérdida de facultades anímicas e intelectuales, un deterioro de las funciones psíquicas, las cuales se refuerzan en los medios de comunicación social.

Se crea la percepción de un adulto mayor achacoso, con la intención de despertar en la sociedad compasión y ánimo de prestar ayuda. De tal manera que el envejecimiento está relacionado con la decrepitud y aislamiento e incluso por una enajenación mental cada vez mayor (Lehr & Thomae, 2003).

Estos estereotipos reflejan falsas concepciones sobre el envejecimiento, es decir, se catalogan como personas que están cansadas, tienen pobre coordinación y son vulnerables a infecciones, que tienen muchos accidentes y pasan la mayor parte del tiempo en cama; que viven en instituciones, que nunca pueden aprender ni recordar, que no tienen interés en las relaciones sexuales, que se encuentran aisladas de los demás y dependen de la televisión y el radio, que no emplean su tiempo de manera productiva, que son personas gruñonas, autocompasivas, quisquillosas y caprichosas (Papalia et. al., 2009).

Por lo tanto, se vuelve a mencionar que la proporción de información contextual acerca de los adultos mayores reduce los estereotipos negativos de la población. Los estereotipos negativos ocasionan prejuicios como la falta de interés de los jóvenes por escuchar las opiniones de una persona mayor, o situaciones tan graves como la pérdida de empleo.

Los estereotipos positivos, que muestran una vejez como una “edad dorada” de paz y relajación cuando las personas cosechan los frutos de las obras de toda una vida, o como una segunda niñez descuidada que se pasa ociosamente en el

campo de golf o la mesa de juego, no son más certeros o útiles (Papalia, et. al, 2009).

También las relaciones sociales no familiares desempeñan un papel importante en esta etapa de vida, así, muchas personas encuentran los contactos sociales necesarios para su bienestar, no sólo dentro de la familia, sino también en sus relaciones con amigos y vecinos, en asociaciones como grupos deportivos y comunidades eclesiales.

El tener amigos representa un estado de ánimo positivo, por el contrario, refleja una insatisfacción con la situación de vida, los problemas de salud y reducción en los intereses.

No obstante, la familia también forma parte del sistema social en el adulto mayor, quienes mantienen estrecha convivencia con los padres e hijos manifiestan con dificultades depresión y menos probabilidad de sufrir ansiedad. En algunos hogares los adultos mayores realizan actividades en casa y se dedican al cuidado de los niños, lo cual significa un bienestar familiar para ellos.

Por otra parte, los adultos mayores tienden a experimentar preocupación por los hijos cuando estos enfrentan problemas serios, por ejemplo, cuando algún hijo pierde contacto con la familia y cuando aún dependen emocionalmente y económicamente de ellos.

No obstante, los adultos mayores pueden deprimirse si necesitan ayuda de sus hijos, porque es una sociedad en la cual se valora la independencia de ambas y no quieren ser una carga o agotar los recursos de sus hijos, pero también existe la posibilidad de deprimirse si sus hijos no los cuidan (Lee, Netzer & Coward, 1995; citado en Papalia et. al., 2009).

Para esto Seelbach (1984; citado en Schaie & Willis, 2002) menciona que la responsabilidad filial se define como el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tienen los hijos adultos.

Esto implica un sentido de obligación o disposición a proteger y cuidar a los padres mayores, sin embargo, también incluye una dimensión preventiva que fomenta la autosuficiencia y la independencia de los mayores.

2.4 Definición de envejecimiento

Quintanar (2011) menciona que el envejecimiento se refiere a la forma en que se cambia a través del tiempo, es decir, es un proceso continuo, irreversible y completo que incluye pérdidas y ganancias. A su vez inicia con el nacimiento y termina con la muerte.

Es un proceso determinado por la biología, la psicología y el entorno social de cada persona, por lo que no hay formas iguales de envejecer. Cada persona en todo momento, está envejeciendo.

Sánchez (1990, pág. 25; citado en Preciado et.al, 2011) de igual forma señala “que el envejecimiento como proceso no es singular ni simple, sino que es parte del desarrollo biológico y del desarrollo del ciclo de vida, por tanto éste inicia desde la concepción y finaliza con la muerte”.

Desde el punto de vista biológico Preciado et.al. (2011, pág. 25) lo concibe como un “proceso degenerativo que afecta a todo ser vivo y una de las características es la disminución de células que conforme transcurre el tiempo y aumenta la edad, la persona se va deteriorando y sus órganos van dejando de cumplir con ciertas funciones”.

Para Aréchiga et.al. (1999, pág. 91) el envejecimiento “es un proceso natural que se acompaña de cambios fisiológicos de diversa índole, que poco a poco van derivando en fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades”.

Como se ha señalado, diversos autores definen el envejecimiento desde un enfoque biológico, sin embargo Cordero (2003, pág. 12; citado en Preciado et.al. 2011) lo cita como “un proceso evolutivo del ser humano en el cual se pueden observar potencialidades en los adultos mayores como *la sabiduría* que se traduce en experiencias vividas durante su recorrido por la vida”.

Preciado et.al. (2011, pág. 25) también lo refiere como “una etapa de la vida que tiene una existencia evolutiva propia y que junto con algunas limitaciones, ofrece ciertas potencialidades efectivas definidas por las experiencias y recorridos históricos de las personas que las viven”.

De acuerdo a lo establecido, se considera a la vejez como la última etapa del ciclo vital, sin embargo es establecida socialmente a partir de características psicobiológicas, psicológicas, sociales y cronológicas de las personas, por lo tanto se puede inferir que la vejez hace alusión a la percepción e interpretación que las sociedades dan a ciertas características y comportamientos (número de años vividos, apariencia física, actividades, formas de relacionarse) que presentan personas o grupos de personas y a partir de las cuales se establecen generalizaciones que permiten ordenar, clasificar, dar un significado y un lugar a las acciones de los miembros de una sociedad.

Estas interpretaciones tienen un efecto directo en la forma de comportarse ante la vejez propia y la de los demás.

2.5 Cambios Emocionales del Adulto Mayor

Malesta y Kalnok (1984, citado en Lehr & Thomaе, 2003) refieren que desde la edad adulta joven hasta la edad tardía, los conceptos como “ser feliz”, “hallarse incitado”, “sentirse angustiado” y “sentirse avergonzado” representan una gran importancia en este rango de edad, así mismo “estar triste” y “hallarse encolerizado” se muestran más conforme la edad avanza.

En cuanto a los sentimientos por molestias físicas, estas adquieren mayor importancia en esta etapa.

Sin embargo, los adultos mayores no experimentan más sentimientos negativos o menos sentimientos positivos que las personas más jóvenes. No obstante, sólo existen algunas diferencias en los sentimientos como “el estar atento”, “el estar bien despierto” que se manifiestan con mayor frecuencia.

Por otro lado, “el estar entusiasmado”, “el sentir grandes expectativas”, “el sentirse fuerte” y el “estar orgulloso” se observa una disminución. Los sentimientos como “sentirse inquieto”, “sentirse oprimido” y “sentirse nervioso” están más presentes que los sentimientos como “sentirse culpable”, “sentirse avergonzado” y “sentir enemistad” (Lehr & Thomaе, 2003).

Es importante inferir que los resultados de las investigaciones llevadas a cabo muestran que aspectos como la reducción de la vitalidad biológica y la reducción de las relaciones sociales son ingredientes para la disminución de la calidad de vida, debido a que en muchas ocasiones, las personas adultas mayores mencionan que en estos tópicos se encuentran bien, sin embargo en la realidad se observa lo contrario.

De tal forma, que en muchas ocasiones se tiene la creencia de que los adultos mayores manifiestan ciertos sentimientos como “sentirse angustiado”,

“sentimientos de preocupación por la salud”, “ingresos económicos” y “relaciones sociales”, pero esto se debe únicamente a las experiencias individuales que tienen las personas, de este modo, quien haya sido víctima de una situación de violencia, se encontrará más vulnerable en circunstancias donde se sienta amenazada.

Por lo tanto, los jóvenes como adultos mayores manifiestan sentimientos negativos como positivos y es difícil especificar cuáles son más frecuentes en una etapa y otra (Lehr & Thomaе, 2003).

En cuestión a la soledad, causa mayor prevalencia en la edad adulta, es decir, las personas adultas mayores que son viudas o divorciadas se les dificulta establecer nuevas relaciones sociales, debido a la “soledad social” que “se define por la falta de sentimientos de pertenecer a un grupo” (Lehr & Thomaе, 2003, pág. 235) y la “soledad emocional” que hace énfasis al “aislamiento”, “estar sólo” y “verse excluido” y ambas aumentan conforme la edad.

De igual manera existe diferencia entre las personas que residen en instituciones geriátricas y las que viven en su hogar, donde las primeras se sienten más solas que las segundas.

Por lo tanto el desarrollo emocional, se encuentra en dos polos, es decir, en algunos estudios se difiere acerca de que las personas adultas mayores son menos capaces de controlar sus sentimientos y de ocultarlos conforme a los convencionalismos sociales y en otros aluden que son personas que poseen mayor actividad reguladora respecto a sus sentimientos y por lo tanto, tienen control y madurez emocional.

Con respecto a esto, es complicado llegar a una misma conclusión porque el descartar una teoría supone la eliminación de la complejidad del tema en cuestión.

No obstante, la experiencia es un indicador del desarrollo emocional en las personas adultas mayores, es decir, la constancia en los sentimientos esenciales presentan mayor tonalidad y articulación más finas al transcurrir de los años.

2.6 Teorías del envejecimiento

Existen diversas teorías acerca del envejecimiento, sin embargo las que más destacan son las siguientes según García, et. al. (2006):

a) Teorías Orgánicas

Plantea que el organismo sufre de un deterioro global de las células, lo que provoca el descenso del sistema inmunológico. Debido a esto, existe un incremento en las infecciones microbianas porque dicho sistema difícilmente puede discriminar entre las sustancias propias y las extrañas al organismo.

Por consecuencia, los adultos mayores son más propensos a las enfermedades como el cáncer, diabetes, demencia senil, artritis y enfermedades vasculares debido a este fenómeno.

De igual manera, esta teoría, postula que la principal causa del envejecimiento se encuentra en la disminución de la capacidad funcional, es decir, del sistema nervioso y sistema hormonal.

b) Teorías genéticas

Aborda el fenómeno del envejecimiento, a partir del estudio de las bases biológicas de la evolución de las distintas especies, la genética de las poblaciones, la bioquímica y biología comparadas.

Se le conoce también como teoría determinista por el seguimiento de premisas como la duración de la vida es una característica de cada especie y el envejecimiento de los seres vivos está programado genéticamente.

c) Teorías psicosociales

Postula que las personas al llegar a un determinado momento de su vida y a medida que sus capacidades cambian, modifican sus preferencias y eligen retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás.

Por otra parte, la sociedad, se aparta de los mayores y entrega a los jóvenes los roles y responsabilidades que una vez desempeñaron los anteriores. Esto tiene consecuencias en aspectos socioeconómicos y psicológicos.

CAPITULO III INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA ADULTOS MAYORES

3.1 Definición de Intervención Psicosocial

Concluida la información en torno a los adultos mayores referente a las capacidades cognitivas, es importante resaltar la forma de intervención una vez obtenidas las demandas de los mismos.

Para ello, se mencionará el modelo de intervención psicosocial, así como su complejidad e importancia, como una forma de intervenir en esta población, al percibirse en la actualidad como una de las más importantes en el abordaje de los adultos mayores.

Begoña (1999) menciona que la palabra intervenir se refiere a la introducción, interposición o intermediación desde una postura que comprende el problema y la exterioridad del mismo con la intención de modificar el funcionamiento de un proceso o sistema.

A su vez persigue la consecución de un cambio que puede ser de primer orden o de segundo orden. El primero consiste en alterar un elemento del sistema (individuo) o una situación dentro de él (conducta y pensamiento) y el segundo comprende a los sistemas (individuos, grupos y comunidades) donde se busca modificar las normas y valores con la intención de mantener a la persona socializada en el sistema.

También añade que “se han de producir ambos cambios simultáneamente, es decir, tanto cambios individuales como estructurales”.

Existen tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria, sin embargo sólo se mencionará la terciaria debido a los resultados obtenidos en las herramientas cuantitativas y cualitativas aplicadas a los adultos mayores.

La intervención terciaria o de rehabilitación “pretende mejorar los efectos de una situación disfuncional y recuperar el funcionamiento a su nivel más óptimo”.

Las características de la intervención psicosocial de acuerdo con Begoña (1999) son:

1. Se basa en un sistema formado por distintos programas de intervención que se conectan entre sí para dar respuesta a la multidisciplinariedad de las situaciones del adulto mayor.
2. Enfoque interdisciplinar.
3. Comprende los principios de descategorización, apertura y programa.
4. Complementa y coordina los recursos.
5. Utiliza conceptos y modelos teóricos que dirigen el desarrollo de los programas.
6. La interrelación de los programas ha de darse en varios niveles: objetivos, actividades que garanticen la continuidad de la atención.
7. Los objetivos deben ser coherentes para conseguir los cambios de primer orden y segundo orden.
8. Se trabaja en diferentes niveles: primario, secundario y terciario, abarcando diferentes planos: individual y grupal.

Begoña (1999) infiere que son varias las áreas en las que se interviene al momento de dar respuesta a las necesidades y demandas del adulto mayor, y a su vez, se deben elaborar diferentes programas que estén interrelacionados entre sí y definidos por un marco o sistema contextual y orientativo que los organice llamado Plan General de Intervención basado en el Modelo de Influencia que representa los efectos de una intervención y explica las interacciones existentes entre los programas de intervención, los proyectos y tratamientos.

Las áreas básicas de intervención son: el área de la salud, área de relaciones sociales, área de ocio-cultura y educación, área de organización, área de ambientes y área de comunidad.

a) Área de la Salud: comprende la salud física, la psíquica y la social. La valoración y tratamiento geriátrico se complementan con la valoración psicosocial.

Los programas que se implementan en esta área son:

- De tipo rehabilitador y de tratamiento: gimnasia, fisioterapia y terapia ocupacional.
- De prevención y promoción de la salud: programas de automedicación, hábitos saludables.
- Programas dirigidos a las funciones cognitivas: de orientación en la realidad y entrenamiento de la memoria.
- Programas dirigidos a funciones psicoafectivas: programas cognitivo conductuales y de planificación del tiempo libre para personas con depresión y programas de entrenamiento en relajación para prevención y tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Programas de apoyo para favorecer la adaptación al entorno.
- Programas dirigidos al fomento de la autonomía del adulto mayor: programas de actividades de la vida diaria.

b) Área de relaciones sociales: se interviene en todo aquello relacionado con la interacción social y el apoyo familiar (o informal) del adulto mayor. Los programas refieren el Apoyo Social y entrenamiento en habilidades, programas de formación y participación familiar (de tipo lúdico, formativo e informativo).

- c) **Área de ocio-cultura y educación:** se engloban los aspectos educativos y de acceso a la cultura desde la formación y la información. Se desarrollan programas que mejoren, refuercen y rehabiliten funciones cognitivas, estado de salud y relaciones sociales.

Sólo se hará mención de las tres áreas referidas anteriormente debido a las características de la población de esta investigación.

Por lo tanto, cuando se habla de una Intervención Psicosocial se hace referencia a las diferentes aplicaciones dentro del campo laboral, la salud, el educativo, el comunitario y en las organizaciones, es decir, al conjunto de actividades que se enfocan a las necesidades y problemáticas que presenta un grupo de personas tomando en cuenta los factores que actúan dentro y fuera de su ambiente, así como agente activo del mismo.

Deutsch (1973; mencionado en Sánchez, 2002, pág. 9) define la Intervención Psicosocial como el conjunto de actuaciones teórico- práctico que se desean emprender con el objetivo de cambiar los procesos psicosociales para mejorar la calidad de vida.

Se deriva de la focalización única del campo en la interacción entre procesos psicológicos y sociales, de su interés a la vez por la persona y por la sociedad, por el individuo y su grupo, por la influencia tanto del grupo en el individuo como de éste en el grupo y por las condiciones que promueven la discrepancia y la convergencia de las realidades psicológicas y sociales.

En la Intervención Psicosocial interactúan las estructuras grupales, sociales o fenómenos sociales. Partiendo desde este hecho se considera al adulto mayor como parte activa de un sistema comunitario, es decir, se reconoce como un ser social que crea y recrea la sociedad a la cual pertenece.

Tomando en cuenta la dirección de esta investigación Doise (1995) plantea que en la intervención psicosocial se debe tener en cuenta el contexto en el que se está desarrollando la problemática y adaptar la intervención al mismo para el cumplimiento de los objetivos y la resolución de los problemas y necesidades que se presenten en las comunidades.

El objetivo de la intervención es dotar a las personas adultas mayores, tanto en el plano individual como colectivo, de herramientas que le permitan controlar las condiciones adversas que se puedan presentar y los cambios sociales a la cual pertenece. Para que las herramientas sean operacionales, tendrán que ser accesibles a sus condiciones psicosociales, intelectuales, emocionales y económicas entre otras.

La Intervención Psicosocial enfatiza sus metas en el incremento del bienestar social y la mejora de la calidad de vida de las personas que la conforman, bajo una acción orientada por la promoción de la competencia de los grupos buscando estudiar sus problemas y generar recursos para hacerles frente, en la cual una de las finalidades más importantes es la prevención, focalizada en grupos de riesgo o grupos significativos con una determinada problemática.

Rojas (2003) menciona que la Intervención Psicosocial hace referencia a procesos intencionales de cambio, utilizando mecanismos participativos para el desarrollo de los recursos de la población, así como de las organizaciones comunitarias y a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad por personas activas en la modificación de las condiciones que las afectan, marginan y/o excluyen.

La Intervención Psicosocial mediante la aplicación de procesos participativos y la reflexión deberá ampliar los niveles de concientización y generar nuevas praxis organizativas para facilitar la viabilidad de las acciones y de esta forma potenciar

los derechos y deberes de la población que conlleve a la construcción de nuevas articulaciones sociales y faciliten los procesos de transformación social.

Debido a la naturaleza de la investigación, también es importante hacer énfasis en la Intervención Psicosocial del grupo familiar, donde la interacción con los miembros pertenecientes a esta comunidad los convierte en seres activos que conviven con el adulto mayor, por lo tanto, es imprescindible conocer los puntos de referencia de donde parte la intervención.

Para Myer (1995) la familia es la matriz de la socialización primaria con dinámica interna propia y compleja que circunda a sus miembros donde se muestran elementos psicosociales que requieren de una debida elaboración para el sano desarrollo individual y familiar. La acción profesional realizada en este campo incide en el fortalecimiento de las funciones familiares.

En este sentido Ander (1995) refiere que se deben identificar las motivaciones personales de cada miembro de la familia, analizar su dinámica interna, estructura de roles, el lugar donde habita la familia, disponibilidad del espacio por miembro, características socio-culturales, expectativas personales a corto, mediano y largo plazo y las condiciones de salud en general, con la finalidad de obtener un pre-diagnóstico debido a que proporciona los elementos necesarios para identificar la problemática que se encuentra en la familia, por lo tanto el profesional que realizará la intervención contará con las herramientas necesarias para llevarla a cabo.

La Intervención Psicosocial abordada desde el ámbito familiar permite el trabajo en conjunto con las redes de apoyo social que facilitan la mejora de las relaciones personales del grupo familiar y favorecen el desarrollo de habilidades y recursos sociales.

Por lo anterior, surge la necesidad de establecer programas bajo el modelo psicosocial que dirijan la intervención.

Los profesionales encargados de desarrollar dichos programas deberán trabajar de manera interdisciplinaria mediante la aportación de métodos y técnicas para tratar una determinada situación.

La flexibilidad es una característica que deben tener los programas de intervención psicosocial, es decir, modificar los recursos que se están utilizando para alcanzar los objetivos establecidos.

3.2 Intervenciones Psicosociales en Adultos Mayores

Desde los años 60, 70 y 80, países desarrollados, han optado por nuevas formas de intervención geriátrica mediante la creación de un modelo de atención comunitaria, es decir, el principal objetivo es disminuir la marginación e institucionalización de las personas afectadas (Concha & Marina, 2004).

Debido a que el ingreso de una persona mayor en una residencia se basa en dos situaciones, cuando la familia “no puede” prestarle la atención y el cuidado que su dependencia requiere, o cuando el propio adulto mayor se ve atrapado por sentimientos de soledad, desamparo y pérdida de control, al ser conciente de la disminución de sus capacidades para desenvolverse en forma independiente en la comunidad y por lo tanto acude por su propia cuenta a una residencia (Delgado, 2001).

Sin embargo, esta decisión es crucial en la vida del adulto mayor porque provoca una serie de pérdidas que se deben conocer y tratar para mitigar su impacto (Bender, Lloyd & Cooper, 1996; citado en Delgado, 2001).

Las pérdidas que experimenta el adulto mayor son:

- 1. La familiaridad:** fuente de confort, seguridad y placer. Las rutinas y costumbres (hora de levantarse, comer, dormir, etc.), los objetos de apego serán reemplazado por normas, rutinas y costumbres establecidos en el centro.
- 2. Pérdida de libertad:** todas las actividades que realizan transcurren en un mismo lugar, bajo la misma autoridad y en continua compañía de un numeroso grupo de personas con el que se tiene poco en común.
- 3. Intimidad y dignidad:** tener que adaptarse y aceptarse mutuamente, y no tener un lugar donde mantener su propia intimidad. Aunque en ocasiones la habitación es individual se sienten invadidos por el personal que entra a dejar la ropa, limpiar o supervisar el aseo personal y no contar con cerraduras en las puertas.

El enfoque psicosocial permite a la persona adulta mayor ejercer un rol protagónico, teniendo en cuenta que el nivel de bienestar depende del entorno en el que se encuentre, es decir, entre más saludable sea, son mayores las posibilidades de afrontar los problemas que se originen de las pérdidas y frustraciones.

Por lo tanto, es necesario desarrollar un sistema de recursos y servicios comunitarios capaces de atender las necesidades de los adultos mayores con las características de una planificación, organización y coordinación de los diferentes sistemas de servicios de salud, recursos, programas y personal capacitado que otorgue un soporte social a dichas personas para mantenerse en la comunidad de una forma integrada y autónoma posible.

El modelo psicosocial se caracteriza por un proceso individualizado que integra el entrenamiento, desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad. Utiliza como herramientas

la psicoeducación y asesoramiento de las familias que permite el desarrollo de soportes sociales para brindar un mejoramiento en el funcionamiento psicosocial.

Las características principales de este modelo son:

1. Conceptualización ecológico conductual del ajuste.
2. Sistema integral.
3. Planificación sistemática.
4. Objetivo: calidad de vida, dignidad, autonomía, bienestar físico y psíquico, autoestima, desarrollo personal y autosuficiencia.
5. Envejecimiento exitoso.

Para citar un ejemplo, en el Censo realizado en Chile en el año 2002 (Espinosa, 2001) la población envejecida ocupa el tercer lugar de mayor porcentaje en América Latina, por lo tanto la preparación para enfrentar la situación en años posteriores depende de los sistemas de hacienda, salud, educación y vivienda que se desarrollen en el presente.

Sin embargo para obtener un resultado favorable es necesario fusionar las políticas del adulto mayor con el Modelo Psicosocial, por lo tanto se citarán los los objetivos planteados por el estado de Chile:

1. Fomentar la participación e integración social del adulto mayor.
2. Incentivar la formación de recursos humanos en el área.
3. Mejorar el potencial de salud de los adultos mayores.
4. Crear acciones y programas de prevención.
5. Focalizar los subsidios estatales en los sectores más carenciados de los adultos mayores.
6. Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad.
7. Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.
8. Institucionalizar la temática del envejecimiento.

9. Fomentar la asociatividad entre los adultos mayores y su desarrollo personal.
10. Privilegiar el ámbito regional y local en la ejecución de políticas para el desarrollo personal.
11. Perfeccionar las normativas y programas referidos a la seguridad social.
12. Mejorar los sistemas de atención a los pensionados.

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo psicosocial se caracteriza por un conjunto de intervenciones en la acción de la mejora autónoma y el funcionamiento de la persona en su contexto, además enfatiza en la integración y participación social utilizando como herramientas sistemas de servicios comunitarios o soportes sociales para lograr un funcionamiento autónomo, integrado e independiente.

Por otra parte, se define por el reconocimiento de un rol social en el adulto mayor y la ausencia de este dificulta la autorrealización. Cabe mencionar que la falta de tareas especificadas a nivel cultural dificulta el proceso de conocer las potencialidades y saber en qué concentrarlas, por lo tanto deben ser definidas por cada adulto mayor, es decir, buscar qué hacer, y cada rutina deberá estar integrada por acciones que le sean valiosas, sin tener en cuenta el reconocimiento social.

Desde esta perspectiva, hace que sólo algunos logren el objetivo debido a la dificultad que conlleva y los demás se resignan al limitado mundo de las cuatro paredes del hogar, y viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmos ni horizontes.

Delgado (2001) refiere que para evitar las situaciones de riesgo y marginación para las personas adultas mayores sin cobertura familiar, es indispensable la disposición de alternativas de viviendas y atención domiciliaria que cubran las diferentes necesidades de residencia, cuidado y supervisión, permitiendo la vida

en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

Además, el autor aclara que otra de las dificultades que se presentan en el adulto mayor es la falta de recursos económicos, debido a que en su historia laboral, las condiciones partieron del mercado informal, dejándolos bajo la supervisión económica de los hijos, sin embargo muchas de las veces no cuentan con este apoyo, por lo tanto la mentalidad asistencialista debe ser modificada para facilitar su autonomía y entorno social.

Por otra parte, las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas, por lo tanto no es sorprendente darse cuenta que la gran mayoría de los adultos mayores viven con su familia, sin embargo, en la convivencia se manifiestan conflictos y dificultades cuando las condiciones de salud se encuentran limitadas por problemas físicos o mentales donde los recursos son escasos para hacerles frente dando como resultado tensión y sobrecarga para las familias.

Es necesario proporcionar apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarlos de estrategias y recursos para manejar la convivencia y ser agentes activos de este proceso que conlleve a la mejora en la calidad de vida de la propia familia.

Con lo planteado hasta este momento, se puede apreciar la gran insuficiencia en los servicios de orientación y se manifiesta un desarrollo desigual de recursos, programas y apoyo comunitario a las personas, así como la falta de una clara definición y consenso sobre los dispositivos de ayuda y soporte comunitario necesarios.

De esta manera se puede observar que muchos de los programas orientados a los adultos mayores no corresponden a la realidad que se presenta, por lo que se

debe trabajar en tópicos como la preparación de la jubilación o envejecimiento activo desde siempre, es decir, no esperar que se llegue la edad dictada por la ley para llevarlos a cabo. La incorporación de un trabajo continuo a lo largo del ciclo vital es fundamental.

Los programas planteados deben incluir la asistencia de los servicios de salud sin excluir a la población adulta que se encuentra sola o discapacitada. No obstante, es necesario un cambio de actitudes en las personas implicadas en la organización, dirección y asistencia en salud.

La motivación, aptitud, compromiso, formación y expectativas son elementos necesarios para que un programa funcione.

La escasez de los recursos o su inadecuada planificación proporcionan las desventajas más importantes que reducen en forma significativa los resultados en relación con la atención a las personas afectadas.

Por lo tanto, la atención comunitaria debe completarse y adaptarse con una adecuada planificación, atención y apoyo social, político y económico que permita un desarrollo completo y suficiente en la integración de las personas adultas mayores.

De esta forma, países desarrollados proponen la creación de Programas de Intervención Psicosocial tomando en cuenta las características culturales, étnicas, predominio y forma de enfrentar su envejecimiento de cada región, por lo tanto es imprescindible la evaluación y análisis de los patrones culturales y características demográficas de la misma.

De acuerdo con Delgado (2001) algunas de las temáticas que incluyen los Programas de Intervención Psicosocial son las siguientes:

EDUCACIÓN: Desarrollar competencias psicosociales que permitan al individuo adaptarse al proceso del envejecimiento.

PROGRAMAS A DOMICILIO Y SEGUIMIENTO DEL MAYOR: El trabajo en equipo es fundamental para elaborar un plan de seguimiento individualizado para cada paciente.

CENTRO DIURNO: Los adultos mayores que quedan solos por día, y evitar su institucionalización y desarraigo familiar, el centro debe contar con actividades que faciliten la independencia atendiendo sus inquietudes y necesidades de los usuarios. Así, como incluir planes de prevención y fomento de estilos de vida saludables, talleres destinados a asumir pérdidas, elaborar duelos o aceptar la discapacidad.

CLUBES SOCIALES: Formar movimientos asociativos, grupos de autoayuda de familiares, con actividades de información y sensibilización de las problemáticas del adulto mayor, actividades de ocio y tiempo.

RESIDENCIAS: Un servicio de residencia comunitario abierto y flexible, para personas mayores que no pueden permanecer solos en la noche, pero que son independientes en el día, evitando así desconectarlos de su ambiente hogareño.

HOGARES PROTEGIDOS TEMPORALES: Como una forma de atender urgencias familiares y sociales o una forma de separación preventiva del ambiente familiar, asegurando un nivel de calidad de vida digna.

APOYO ECONÓMICO: Las ayudas económicas deberán garantizar mínimamente un mantenimiento en la vivienda, el traslado a centros y recursos de rehabilitación

y tratamiento, la posibilidad de realizar actividades en recursos comunitarios y cualquier otra actividad que se considere oportuna en su proceso de rehabilitación.

VOLUNTARIADO: Promover la formación y participación de voluntarios y otros agentes comunitarios en tareas de promoción e inserción social de las personas adultas mayores. Promover y apoyar la implementación de programas destinados a dar oportunidades de realizar actividades y relacionarse con otros.

ACTIVIDAD LABORAL: Facilitar el retiro laboral flexible que permita al adulto mayor desvincularse de la empresa en forma progresiva, aprovechando su experiencia en la capacitación de los nuevos trabajadores. Facilitar la capacitación para aquellas personas que lo deseen, permitiéndole así formar miniempresas y cooperativas.

GRUPOS DE APOYO A FAMILIARES: Formar grupos de apoyo que permitan fortalecer y aliviar el estrés que significa el cuidado de un adulto mayor dependiente.

GRUPOS DE APOYO ADULTOS MAYORES: Formar grupos de apoyo para los adultos mayores centrándose en la capacidad de afrontar continuas pérdidas que experimentan las personas mayores.

GESTIÓN DE RECURSOS: Capacitar a las personas mayores en la gestión de proyectos que den solución y respuesta a sus necesidades e intereses.

Dada las opciones anteriores, se facilita desde el aspecto teórico, sin embargo cuando se operacionaliza la teoría es donde resulta complicado. El modelo psicosocial es una herramienta que interviene en el proceso de envejecimiento satisfactorio para el adulto mayor, pero se deben considerar tres aspectos fundamentales:

1. **La autogestión:** para llevarla a cabo se requiere de las habilidades sociales, la autodeterminación e identificación con el grupo porque son vitales en la participación activa del individuo en el envejecimiento activo en la comunidad.

2. **Rol:** La connotación negativa de la vejez. Vista generalmente como un periodo de declive físico y mental. Las personas “viejas” son percibidas de manera estereotipada y consideradas como una población que sufre de enfermedades, soledad, tristeza y abandono, por lo tanto los adultos mayores participan y aceptan dichas creencias. Esto dificulta la identificación con su rol psicosocial, porque lo anterior impuesto por la sociedad resalta aspectos como la belleza, juventud, productividad y consumo, en donde los individuos diferentes no tienen cabida en una sociedad competitiva (Padilla, 2010). Además, la pérdida del rol laboral juega un papel muy importante en la imagen negativa. La comunidad debe reconocer al adulto mayor como un integrante con cualidades y características propias y el adulto mayor a su vez debe identificarse con un rol propio y activo dentro de la comunidad.

3. **La comunidad:** Se encuentra exigida y su función es dar respuesta y acoger a numerosos grupos que viven en situaciones extremas. (Concha & Marina, 2004).

Otro de los países que desarrolla programas psicosociales en el ámbito de la prevención de los trastornos de memoria es Uruguay, quien lo concibe desde una perspectiva de Promoción y Atención Primaria en Salud debido a que parte de una concepción integral de las funciones cognitivas.

Se realizan diagnósticos e intervenciones psicológicas en personas con declives cognitivos asociados al envejecimiento y se descartan patologías mayores asociadas a las dificultades cognitivas (demencias o depresión). Quienes cumplen

con los criterios, ingresan a los talleres, que consisten en un programa de 18 sesiones grupales de estimulación psicosocial y al finalizar se realiza un retest individual a los efectos de evaluar los resultados (Pérez, 2004; citado en Pérez, 2005).

En el caso de España la población de adultos mayores a partir de los 65 años es de 4,5 millones, lo cual equivale a un 12.7 por cada 100 de la población total que crece progresivamente (Delgado, 2001).

De igual manera, en este país, se enfatiza en la intervención psicosocial, eligiendo el ocio como una alternativa para realizar talleres, los cuales reflejan resultados favorables en el apoyo social y el control percibidos de sus usuarios porque se ven a sí mismos más competentes en situaciones de interacción social.

Estas actividades aumentan el bienestar subjetivo en el envejecimiento a través de su repercusión sobre el autoconcepto que modifica su percepción como agente causal e identidad social. Así mismo se obtiene una respuesta positiva en la perdurabilidad de los efectos positivos que se manifiestan en un rango de tres meses.

La gran satisfacción que muestran las personas adultas mayores en el desarrollo de las actividades como la gimnasia, informática, manualidades, dibujo y pintura, justifican y orientan a la promoción de los talleres de ocio como estrategia de intervención social en el colectivo de las personas (García & Hombrados, 2002).

Otra de las estrategias empleadas en la atención de los adultos mayores en España son los Centros de Día que propone un modelo de atención diversificado, coordinado y flexible que parte de un enfoque integral de la persona, es decir, también están de acuerdo en el mantenimiento de los adultos mayores en su domicilio, en condiciones dignas y se considera la mejor alternativa para frenar los

procesos de deterioro y psíquico colectivo (Goikoetxea, S/A; citado en Arrazola, et.al., 1997).

De esta forma, los planes de intervención se diseñan a partir de la prevención considerando las funciones fisiológicas, psicológicas, cognitivas, psicoafectivas, motivación, el área de las relaciones sociales, familiares, educativo-cultural, la participación sociocomunitaria, la organización y el aspecto ecológico de los ambientes en los que se desarrolla la intervención, las situaciones y el clima social en que se mueven las personas permiten llegar a los aspectos principales en los que se debe focalizar la intervención desde el Centro de Día, el cual parte del Modelo Psicosocial de atención.

El funcionamiento del Centro de Día es un recurso que ofrece una atención integral durante el día a las personas mayores afectadas con diferentes niveles de independencia (física, psíquica y/o social), que favorece su permanencia en el entorno socio-familiar mediante intervenciones idóneas.

El Modelo Psicosocial se centra en el objetivo de la calidad de vida de las personas adultas mayores y el de su familia, atendiendo el logro de la independencia (funcional y social), crecimiento personal, bienestar físico, autoestima, autosuficiencia y dignidad (Abramovice, 1988; citado en Arrazola, et.al., 1997).

Desde esta perspectiva se derivan los siguientes principios (Arrazola, et.al.,1997):

1. Descategorización: Fomentar sistemas sanos, donde la persona no sea analizada y diagnosticada con base a su patología, sino que se le trate en su globalidad y competencia destacando sus destrezas, habilidades y recursos personales que posee.

2. Complejidad.
3. Reestructuración cognitiva para desechar profecías basadas en modelos deficitarios, en algunos criterios diagnósticos, en algunas perspectivas sociocognitivas.
4. Apertura a otros sistemas de intervención tanto del marco psicosocial como de salud, culturales, etc.
5. El principio de diferencia por el cual las personas con necesidades, habilidades y competencias diferentes se les proveerá de recursos diferentes.
6. Evaluación y negociación de acuerdos terapéuticos o interventivos con el adulto mayor y su familia.
7. Sistemas de intervenciones automodificables y capaces de desarrollarse en sí mismo y en futuras diferentes aplicaciones.

Dentro del modelo psicosocial el objetivo último es la calidad de vida de las personas mayores y sus familias.

En este sentido, se cree que el modelo médico es resituado dentro de la idea de calidad de vida como un elemento más del mismo, dentro de un modelo de mayor globalidad.

En el Modelo Psicosocial la calidad de vida se entiende como el logro de independencia (funcional y social), crecimiento personal, bienestar físico, autoestima, dignidad, etc. (Abramovice, 1988; citado en Arrazola, et.al, 1997) mantenimiento y garantía de derechos, mantenimiento en el domicilio e interacción social adecuada.

El cambio de paradigma en la Gerontología desde el Modelo Psicosocial define a la vejez como exitosa, libre de enfermedad e incapacidad funcional, competente y busca los límites del funcionamiento y de las condiciones que permiten su mantenimiento, por lo tanto diferencia 3 tipos de envejecimiento:

1. **Vejez Patológica:** en organismos afectados por la enfermedad y disminución de la capacidad funcional.

2. **Vejez Normal:** la que evoluciona sin patologías inhabilitantes dentro de la cual se diferencian dos subgrupos:
 - Aquellos frágiles con riesgo de enfermedad, alteraciones no patológicas, riesgo, etc.
 - Aquellos sin riesgos y con un funcionamiento óptimo o máximo, tanto cognitivo como físico.

3. **Vejez con éxito:** “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física y funcional, y compromiso activo con la vida” (Rowe & Kahn, 1999).

Por lo tanto, como afirma Fries (1996; citado en Arrazola, et.al, 1997) existe un margen de modificabilidad en las personas durante el ciclo vital que permite predecir que se puede envejecer bien, esto es, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del aprendizaje de estilos de vida saludables porque son predictores de salud y capacidad funcional en la vejez.

De tal forma se citan alternativas a algunos problemas de alta prevalencia:

1. Actividad vs desajuste físico.
2. Ejercicio físico y nutrición adecuada vs presión arterial alterada.
3. Ejercicio aeróbico vs falta de reserva cardiaca.
4. Utilización de nuevas estrategias vs fallos de memoria.

5. Socialización, apoyo social, entrenamiento habilidades sociales vs aislamiento.
6. Actividades agradables vs depresión.
7. Relajación vs ansiedad, insomnio etc.
8. Compromiso vs indiferencia social.

Esto indica que diversos países (y no precisamente desarrollados) están creando nuevas estrategias partiendo de un enfoque psicosocial para hacer frente a las necesidades que presentan las personas adultas mayores, lo cual resalta la importancia de un abordaje desde esta perspectiva para optimizar la mayor posibilidad de recursos y herramientas que se encuentran presentes en una comunidad con el objetivo de aumentar la calidad de vida en las personas adultas mayores considerándolas como un agente activo parte de la sociedad.

3.3 Intervenciones Psicosociales en Adultos Mayores realizadas en México

En la actualidad, en México residen 97.5 millones de personas, de las cuales 3.7 millones son mujeres y 3.3 millones son hombres de 60 años o más y esto se debe a la reducción en los niveles de la mortalidad consecuencia de la expansión de los programas y servicios de salud al incrementar el control de enfermedades infecciosas y respiratorias lo que aumenta la expectativa de vida en los niños y adultos principalmente.

Sin embargo, esto provoca que los profesionales en el área de salud física y mental como son médicos y psicólogos realicen programas de intervención para prevenir los problemas que se originen a partir de esta situación (UNAM, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2005), se estima que para el año 2020, la población vivirá un promedio de 78 años y para el 2050 el promedio será de 81 años, esto equivale a una cuarta parte del país.

No obstante, a pesar de los programas económicos y sociales que se han realizado en México, “las personas adultas mayores no han experimentado una mejoría en la calidad de vida” (UNAM, 2011).

En el área de la medicina, son numerosas las intervenciones que han realizado donde se abordan aspectos físicos, psicológicos y sociales en el adulto mayor con el objetivo de combatir las enfermedades que se asocian en esta etapa.

Los profesionales de enfermería utilizan sus recursos disponibles y consideran de vital utilidad asumir una actitud activa para fortalecer, rehabilitar o prevenir complicaciones y de esta forma evitar la institucionalización y confinamiento del adulto mayor para fortalecer su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Por ejemplo, el diseño del programa “Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor” (CENETEC, 2014) trabaja en el plano de la prevención de complicaciones físicas, psicológicas y sociales, donde se destaca la colaboración de profesionales en el área de la medicina.

Con esto se puede inferir que el trabajo abordado desde el campo de la Psicología es mínimo, de tal forma que lo expuesto en capítulos anteriores referido al trabajo interdisciplinar no se está llevando a cabo.

De igual manera las herramientas cuantitativas y cualitativas propias de la Psicología son utilizadas por los profesionales de la Medicina, es decir, las habilidades, capacidades, aptitudes y actitudes de los psicólogos no están formando parte en la construcción de los programas de intervención en adultos mayores, por lo que es imprescindible actuar en este campo de trabajo, fomentando el trabajo interdisciplinar que a cada disciplina le corresponde.

Por otra parte, las investigaciones que conciernen al adulto mayor, reflejan que el gran reto de los países en desarrollo, como es el caso de México, es alcanzar una

mejor calidad de vida para los adultos mayores y los programas de intervención psicosocial son un aliado en la optimización de sus recursos para mejorar y aumentar su bienestar (González, 2002).

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 Objetivo

Describir las capacidades cognitivas generales en Adultos Mayores que residen en la Comunidad de Calixtlahuaca, Municipio de Toluca Edo. de México.

4.1.1 Objetivos Específicos

- Diagnóstico de las capacidades cognitivas generales en Adultos Mayores que residen en la Comunidad de Calixtlahuaca, ubicada en el Municipio de Toluca Edo. de México.
- Análisis cualitativo de las entrevistas a profundidad.

4.2 Planteamiento del Problema

La población de Adultos Mayores llamada la tercera edad, es considerada para la OMS (2003) como individuos mayores de 60 años. Es una etapa de la vida con características físicas, biológicas, psicológicas y sociales propias de la etapa. Arbitrariamente se ha fijado la edad de ingreso a la vejez en 65 años para los países desarrollados y 60 años para los subdesarrollados (Castro et.al., 2010).

No obstante, la población Adulta Mayor está aumentando rápidamente. Según las estadísticas se prevé que para el año 2050 de 605 millones pasará a 2000 millones de personas adultas de 60 años (OMS, 2010).

Esto ha provocado que países desarrollados realicen investigaciones para detectar las causas que inciden en el deterioro de la calidad de vida de los Adultos Mayores y de acuerdo a los resultados obtenidos, se menciona que los trastornos del estado del ánimo, principalmente la depresión y el padecer enfermedades crónicas degenerativas son la principal consecuencia de una discapacidad

psicosocial. Entre los factores que se destacan son: vivir sólo o con personas no cercanas a la familia aunada a una dependencia para realizar actividades diarias. También la dependencia económica y la falta de convivencia social alteran en forma importante la esfera psicosocial con sentimientos de inutilidad.

De tal manera se infiere que la pérdida de las capacidades cognoscitivas y psicosociales significa tener mayor dependencia hacia otras personas, lo cual impacta directamente en la calidad de vida.

Por lo tanto como menciona Lobo, Saz & Roy (2000) las capacidades cognitivas y psicosociales sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, realizar tareas cotidianas y adaptarse al medio; porque su deterioro llevará inevitablemente a la dependencia.

Además que los Adultos Mayores son más propensos a experimentar el aburrimiento, pero la actividad diaria es un buen aliado para satisfacer sus necesidades.

En México, si bien, se han realizado estudios enfocados a la calidad de vida del Adulto Mayor, son escasas las intervenciones psicosociales abordadas desde la disciplina de la Psicología. Contrario al área de la medicina que se ha enfocado a la prevención, detección y tratamiento de las complicaciones físicas, psicológicas y sociales en Adultos Mayores, cuyos estudios destacan la importancia de realizar intervenciones biomédicas y psicoterapéuticas, donde es fundamental el papel del psicólogo y psicóloga (CENETEC, 2014).

Por lo tanto, es necesario conocer el diagnóstico cuantitativo de enfermedades cognitivas, así como el utilizar herramientas cualitativas para complementar dicho diagnóstico y de este modo realizar intervenciones psicosociales adecuadas que optimicen los recursos de los adultos mayores y que ofrezcan oportunidades necesarias para que desarrollen sus potencialidades y puedan seguir

considerándose a sí mismas como personas independientes, porque no sólo se trata de aumentar los años de vida, sino de mejorarla (González, 2002).

Se recuerda que el Adulto Mayor es un ente holístico, por lo que deberán ser considerados los factores que constituyen su ser (área biológica, área psicológica y social) por lo tanto, es importante el diagnóstico integral de las capacidades cognitivas generales y los factores psicosociales en los adultos mayores.

4.2.1 Pregunta de Investigación

Por lo anterior, se desglosa la siguiente pregunta ¿Cuáles son las capacidades cognitivas generales en adultos mayores que residen en la Comunidad de Calixtlahuaca, Municipio de Toluca, Edo. de México?

4.3 Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un tipo de estudio descriptivo porque busca especificar las propiedades, las características, y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren y su objetivo no es indicar cómo se relacionan (Hernández et.al., 2010).

4.4 Definición de Variables

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

4.4.1 Definición conceptual

Capacidades Cognitivas Generales (Variable Atributiva): Son aquellas capacidades mentales que sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, realizar sus tareas cotidianas y adaptarse al medio y su deterioro lleva inevitablemente a la dependencia (Lobo, Saz & Roy, 2000).

4.4.2 Definición operacional

Capacidades Cognitivas Generales (Variable Atributiva): Los resultados de la aplicación del Mini- Examen Cognoscitivo (MEC).

4.5 Población

La población de la presente investigación se conformó por 24 adultos mayores que residen en la Calle Nicolás Bravo Sur, ubicada en la comunidad de Calixtlahuaca, Municipio de Toluca, Edo. de México con edades a partir de los 65 años.

4.5.1 Muestra

La muestra que se utilizó fue no probabilística de tipo intencional porque se requiere tener casos que puedan ser “representativos” de la población estudiada. La selección se realiza de acuerdo con el esquema de trabajo del investigador y permite la obtención de datos relevantes para el estudio (Rojas, 1996).

Los sujetos son seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador y se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Adultos Mayores de 65 años en adelante.
- Hombres y Mujeres.
- Que no padecieran alguna enfermedad cognitiva y psicológica.
- Pertenecientes a la Comunidad de Calixtlahuaca Edo. de México.

- Vivir en su hogar: sólo y/o con esposa (o) y familiares.
- Que voluntariamente accedieran a la aplicación del instrumento MEC y la entrevista a profundidad.

Por lo tanto la muestra quedó conformada por 7 adultos mayores de 70 a 88 años de edad, donde 5 son mujeres y 2 son hombres.

4.6 Instrumentos

1. Mini- Examen Cognoscitivo

El Mini – Examen Cognoscitivo (MEC) es un instrumento de cribaje que el Prof. Lobo derivó del Mini – Mental Status Examination (MMS). En 1979 se desarrolló una versión adaptada y estandarizada de este instrumento en población española (MEC). Dicha adaptación conllevó algunas modificaciones en el test original, añadiendo 2 nuevos ítems (repetición de frases y similitudes) y aumentando el puntaje total de 30 a 35 puntos. Dicha estandarización permite la evaluación cognitiva en personas adultas mayores (Romero, Alonso & Salvador, 1999).

Objetivos: Evaluación de las capacidades cognitivas generales.

Datos psicométricos: Adecuada sensibilidad en la detección de problemas cognitivos.

Confiabilidad y validez: La validez concurrente se llevó a cabo mediante el coeficiente de correlación de Spearman comparándose la puntuación global del MEC con el CI hallado mediante WAIS. La validez predictiva de observación se llevó a cabo mediante el análisis Bayesiano hallándose el punto de corte idóneo del MEC para detección de "caso" de déficit neuropsicológico en el Retraso Mental. Mediante el análisis ROC ("Receiver Operating Characteristic"), se estudió

la capacidad del MEC para discriminar entre 2 puntuaciones cercanas, esto es, se halló la capacidad discriminante del MEC. El coeficiente de correlación de Spearman se utilizó para analizar la validez concurrente entre puntuación total en MEC y CI en WAIS. Obteniéndose una puntuación de 0,787 con una $p=0,0001$ entre los datos de evaluación del MEC y el WAIS permite apoyar la hipótesis de existencia de validez concurrente del instrumento.

El MEC ha sido validado y adaptado en México por Lobo y Ezquerro en 1979 y 1980, con algunas diferencias respecto al MMSE. En muestras clínicas como en poblacionales ha mostrado una adecuada validez, fiabilidad y poder discriminativo, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84.6% que se incrementa en pacientes geriátricos al 92.3% y 95.2% respectivamente.

En un trabajo de revalidación y normalización en población general geriátrica, se constata que el MEC cumple los criterios de fiabilidad y validez de contenido y construcción en relación con la validez predictiva. Si se utiliza el MEC 35, con un punto de corte de 22/23 en población geriátrica, muestra una sensibilidad del 89.8% y una especificidad del 83.9%. El índice de mal calificados es del 15.2%.

Consta de un total de 35 ítems que valoran las siguientes funciones cognitivas básicas: a) orientación temporal y espacial (estructuras subcorticales); b) atención y cálculo mental (circuito fronto-parietal izquierdo); c) memoria verbal inmediata (lóbulo temporoparietal izquierdo); d) memoria verbal diferida a corto plazo (estructuras diencefálicas y lóbulo temporal medial); e) memoria verbal de trabajo (lóbulo frontal izquierdo); f) razonamiento verbal abstracto (lóbulo frontal y cruce parieto-occipito-temporal izquierdo); g) lenguaje (estructuras perisilvianas izquierdas y lóbulo temporal izquierdo); h) praxis visoconstructiva (lóbulo parietal derecho).

Procedimientos de puntuación: Sobre un máximo de 35 puntos. Sus resultados globales se agrupan en cinco grupos de deterioro: a) Olvidos benignos de la senectud= 28-35; b) Deterioro cognitivo leve= 27-22; c) Deterioro cognitivo moderado= 21-17; d) Deterioro cognitivo moderado- grave= 16-10; y e) Deterioro cognitivo grave= 1-10.

2. Entrevista a profundidad

Se define como una técnica social que pone en relación de comunicación directa cara a cara a un investigador/entrevistador y a un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable.

El investigador/ entrevistador establece una interacción peculiar que se anima por un juego de lenguaje de preguntas abiertas y relativamente libres por medio de las cuales se orienta el proceso de obtención de la información expresada en las respuestas verbales y no verbales del individuo entrevistado.

La entrevista en profundidad opera como una técnica de producción de información de doble tipo: información verbal oral (las palabras, significados y sentidos de los sujetos implicados en la entrevista) e información de tipo gestual y corporal), que son leídas o interpretadas durante la interacción cara a cara y que por lo general, resultan claves para el logro de un mayor o menor acceso a la información y “riqueza” del sujeto investigado, ya que condicionan la interacción y el grado de profundidad durante la situación de la entrevista (Canales, 2006).

Es un instrumento esencial para recoger datos en profundidad sobre el objeto de estudio a partir de informantes clave (se llama informantes clave a aquellas personas que tienen información significativa del tema que se está estudiando).

Para llevar a cabo una entrevista en profundidad se toman en cuenta los siguientes aspectos:

1. El espacio en donde se va a llevar a cabo. Conviene que sea un espacio acogedor, relajante, que facilite la intimidad y tranquilidad, en donde no haya interferencias de terceros, de tal manera que las personas (entrevistador y entrevistado) se encuentren a gusto.
2. La formación del investigador. Es importante que el investigador tenga la capacidad de crear buen clima y buena relación con el entrevistado, y saber en qué momento preciso puede intervenir para reformular algo significativo que ha dicho o deja entrever el entrevistado y no está explícito.
3. La elección del informante. El investigador debe saber elegir los informantes claves, teniendo en cuenta la aportación de información significativa que pueden hacerle sobre el objeto de estudio que está investigando, así como su disciplina a ser entrevistados.
4. El investigador debe tener clara la problemática sobre la que quiere investigar, qué quiere obtener y de qué manera desea hacerlo, pero también debe saber cuál es la mejor estrategia para poder facilitar a la persona entrevistada las condiciones más idóneas para que pueda expresarse y expresar su vivencia y conocimiento experiencial sobre la temática propuesta.

Por esta razón se dividió la entrevista a profundidad en las siguientes áreas: Área Biológica, Área Psicológica y Área Social. Se determinaron dichas áreas porque se considera la importancia de evaluar las áreas biológica, psicológica y social en el adulto mayor con la finalidad de efectuar tratamientos posteriores en esta población (Shand & González, 2003).

El desarrollo de la entrevista según Villegas (2011) debe realizarse siguiendo los siguientes pasos:

1. El investigador debe empezar con una pregunta abierta en torno a la temática que quiere investigar. A veces, el informante puede contestar de manera inmediata sobre el tema o puede que empiece con vaguedades. Se debe tener en cuenta que, durante la primera media hora, suele estar nervioso y necesita tiempo para relajarse, y que puede dar información no sedimentada. Es a partir de este momento cuando el entrevistado se introduce en la temática de investigación de manera más serena dejando emerger la información. Y es cuando se obtiene información propia del sujeto- agente social. A lo largo de la entrevista, se deben observar los riesgos que conlleva, porque si no se realiza de manera que se profundice en los puntos sensibles de información pertinente, se corre el riesgo de que la persona pueda hablar mucho desviándose del objeto de estudio y no se dé información significativa.
2. Evitar que se agote. Es preferible hacer varias entrevistas en profundidad, en distintos momentos si fuera necesario, que hacerle una durante varias horas y termine agotado.
3. Es importante que la entrevista se grave en una o dos grabadoras y luego se transcriba guardando el ritmo y los términos utilizados. Cada hora de grabación suelen ser unas 10 horas de transcripción.
4. El investigador, a lo largo de la entrevista, debe desarrollar una gran capacidad de escucha, acompañándola con la mirada, la posición del cuerpo y sus gestos, de forma que el entrevistado se sienta escuchado y sostenido en este acto de parto de sí mismo.
5. El investigador debe llegar a un contrato con el entrevistado y a desarrollar unas reglas éticas, en donde quede claramente expresado qué se va hacer con esa información, la protección de su persona y la devolución de su palabra, así como su papel en la investigación.

6. La información obtenida debe analizarse de forma cualitativa, de manera que puedan utilizarse los datos en profundidad para vislumbrar las dimensiones profundas del problema de investigación.

La entrevista en profundidad suele utilizarse al principio de la investigación para recoger información abundante y en profundidad sobre el objeto de estudio, o cuando se está explorando y acercándose a una problemática nueva y compleja. Ésta, además de ser utilizada en el campo de la investigación educativa y social, se utiliza en el campo clínico y psicoterapéutico.

4.7 Diseño de Investigación

Debido a la naturaleza de la investigación se realizó un diseño de triangulación concurrente y se utiliza cuando el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades.

El diseño puede abarcar todo el proceso investigativo o solamente la parte de la recolección, análisis e interpretación (Hernández et.al. 2010).

Los pasos que se siguieron en la presente investigación son los siguientes:

1. Elección del tema
2. Búsqueda de información
3. Elaboración de la metodología con sus respectivos apartados
4. Elaboración de Marco Teórico
5. Aplicación simultánea de instrumento (MEC) y entrevistas a profundidad
6. Obtención de diagnóstico (MEC) (individual y general)
7. Análisis cualitativo de las entrevistas a profundidad (individual y general)
8. Captura y procesamiento de información

- 9. Resultados
- 10. Discusión
- 11. Conclusiones

4.7 Captura de Información

1. Se eligieron 7 integrantes que conforman la muestra, es decir, adultos mayores hombres y mujeres a partir de los 65 años de edad que residen en la calle Nicolás Bravo Sur ubicada en la Comunidad de Calixtlahuaca, Municipio de Toluca, Edo. de México.
2. Se realizó una visita previa con cada adulto mayor para conocer si accedían a la aplicación del instrumento (MEC) y a la entrevista a profundidad.
3. Se les dio a conocer el objetivo de la aplicación del instrumento cuantitativo y cualitativo.
4. Se acordó un horario y día accesible para el adulto mayor que no interfiriera con sus actividades diarias.
5. Se prepararon los 7 instrumentos cuantitativo y cualitativo.
6. Se preparó el material de aplicación como es grabadora, pilas, cámara fotográfica, hojas blancas, lápiz y sacapuntas.
7. Se acudió a la primera cita con el adulto mayor, cerciorándose de que el espacio estuviera libre de interrupciones y fuera cómodo para la duración de las aplicaciones.
8. Se le explicó al adulto mayor la importancia de grabar la entrevista a profundidad, sin embargo, se estuvo de acuerdo en caso contrario.
9. Una vez terminada la entrevista a profundidad, se continuó con la aplicación del MEC.
10. Se concluyó la aplicación de los instrumentos agradeciendo la participación del adulto mayor en el trabajo realizado.

4.8 Procesamiento de la Información

A partir de las calificaciones obtenidas de los instrumentos (MEC), se elaboró una tabla de resultados, de esta manera se contó con los elementos necesarios para expresarlos de forma gráfica y objetiva a nivel descriptivo; usando medias y/o promedios en cada sujeto para determinar su diagnóstico general.

Las entrevistas a profundidad se transcribieron y ordenaron en un Documento Microsoft Word. Posteriormente se codificó la información para obtener el análisis cualitativo de cada área (biológica, psicológica y social) abordada en la presente investigación.

CAPÍTULO V RESULTADOS

En la presente investigación se tuvo como objetivo primordial DESCRIBIR LAS CAPACIDADES COGNITIVAS GENERALES EN ADULTOS MAYORES; apoyados del instrumento Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y la entrevista a profundidad; obteniendo los siguientes resultados:

N° DE SUJETO	EDAD	GENERO	EDO CIVIL	ESCOLARIDAD
1	84	2	1	1
2	88	2	4	1
3	70	2	2	2
4	72	2	2	1
5	82	1	4	2
6	73	1	2	2
7	70	2	2	2

TABLA 1. Características de la muestra

Género: Hombre (1) Mujer (2)

Edo. Civil: Soltero (1) Casado (2) Divorciado (3) Viudo (4)

Escolaridad: Sin escolarización (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4)

En esta tabla se puede observar que el sujeto con mayor edad tiene 88 años y el sujeto con menor edad es de 70 años. El género está comprendido en su mayoría por mujeres y sólo 2 son hombres. En el estado civil, cuatro personas son casadas, dos son viudos y sólo una persona es soltera. Finalmente, en escolaridad tres sujetos se encuentran sin escolarización y cuatro sujetos con primaria concluida.

5.1 Resultados del Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

N° DE SUJETO	ORIENTACIÓN (TIEMPO Y ESPACIO)	MEMORIA VERBAL DE FIJACIÓN	ATENCIÓN Y CÁLCULO MENTAL	MEMORIA VERBAL DE TRABAJO	RETENCIÓN A CORTO PLAZO	RAZONAMIENTO VERBAL ABSTRACTO	LENGUAJE	PRAXIS CONSTRUCTIVA	TOTAL	DX
1	4	3	0	1	0	0	7	1	16	4
2	6	3	0	1	0	1	6	1	18	3
3	10	3	5	3	3	2	7	1	34	1
4	8	3	0	1	0	0	8	1	21	3
5	8	2	5	2	0	2	7	1	27	2
6	6	3	5	3	0	1	6	1	25	2
7	9	3	1	1	0	0	7	1	22	2

TABLA 2. Resultados por sujeto

Olvidos Benignos de la Senectud (1)

Deterioro Cognitivo Leve (2)

Deterioro Cognitivo Moderado (3)

Deterioro Cognitivo Moderado- Grave (4)

Deterioro Cognitivo Grave (5)

En la tabla se observa el diagnóstico final de los sujetos, de los cuales 3 obtuvieron un diagnóstico con deterioro cognitivo leve, dos sujetos con deterioro cognitivo moderado, un sujeto presenta deterioro cognitivo moderado y otro con olvidos benignos de la senectud.

5.2 Resultados Cualitativos de la Entrevista a Profundidad

SUJETO 1

AREA BIOLÓGICA:

Presenta disminución visual con cataratas en los ojos y menor agudeza en los sonidos. El gusto y olfato poseen sensibilidad a los sabores salados, dulces y ácidos. Su piel se caracteriza por la aparición de arrugas, manchas, flacidez y

sequedad. Existe reducción en la flexibilidad de las extremidades inferiores. El cabello es canoso y la postura encorvada. Presenta pérdida en la mayoría de las piezas dentales. Padeció cáncer de mama. Son frecuentes los cambios del estado de vigilia.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Presenta sentimientos de tristeza, soledad y melancolía porque sufre la pérdida familiar de su nieto. El concepto de “Dios” es importante en su vida. Está preparada para la última parte de su vida y ha comprado un espacio en el panteón para su entierro. Considera la naturaleza como parte fundamental para sentirse alegre y plena. Existen dos situaciones que recuerda, una es el abandono de su esposo a pocos meses de haberse casado y la otra, al sufrir una violación cuando era adolescente y quedar embarazada. No sabe leer ni escribir y se le dificulta recordar información, así como realizar operaciones para resolver problemas complejos. No requiere de asistencia para realizar sus actividades diarias.

ÁREA SOCIAL:

Vive sola en su casa, sin embargo convive diariamente con su hijo. En su colonia es conocida por la mayoría de los vecinos y la invitan a comer frecuentemente. Asiste a una comunidad religiosa una vez por semana junto con otras personas menores y mayores que ella. En este espacio tiene la oportunidad de externar sus problemas e inquietudes. Sus amigos son un grupo de jóvenes que asisten a la iglesia junto con ella. Conoce a muchas personas a consecuencia de su trabajo que se caracteriza por “curar” a las personas de enfermedades. También se dedica a hacer tamales y tortillas para venderlas en la plaza de su colonia y de esta manera adquiere un ingreso económico. Algunas personas que la encuentran en la calle le proporcionan una moneda.

SUJETO 2

ÁREA BIOLÓGICA:

Presenta pérdida en la visión de un ojo, así como disminución en la agudeza visual y discriminación de colores en el otro. Su audición se caracteriza por menor agudeza para las frecuencias altas, de igual manera existe deterioro en la discriminación de palabras y comprensión de las conversaciones. El gusto y olfato son sensibles a los sabores salados, dulces, ácidos y discriminan olores. Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. La pérdida de flexibilidad en los músculos es frecuente y le ocasiona dolor. Hay pérdida total de las piezas dentales. Padece presión arterial.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Presenta sentimientos de tristeza, amargura, frustración, soledad y melancolía. Sufrió la pérdida de su esposo hace tres años y a pesar del tiempo transcurrido aún lo recuerda con tristeza. Los problemas que existen en su familia la abruman y la mayor parte del día piensa en ello. El ruido que proviene del juego de los niños le produce dolor de cabeza. Está conciente de que algún día terminará el ciclo de su vida, sin embargo no le causa preocupación. Presenta pérdida constante de memoria e interfiere con sus actividades cotidianas. No sabe leer y escribir. Existe dificultad para resolver problemas complejos porque su atención no es la misma de antes.

ÁREA SOCIAL:

Convive diariamente con sus dos hijos y dos nietos, sin embargo tiene conflictos con uno de ellos. Debido a esta situación se presentan barreras en la comunicación y afecto. Se percibe a sí misma como una “arrimada” con respecto a los demás integrantes de su hogar. La convivencia con sus demás hijos es escasa, sólo la frecuentan tres con los que se siente a gusto cuando la visitan. Manifiesta preferencia por una de sus hijas a pesar de un conflicto que las distanció por varios años. La mayor parte del día se encuentra sola y platica con

su mascota a la cual quiere mucho. Fuera de su hogar, no se relaciona con otras personas. Recibe la pensión que heredó de su esposo, sin embargo no cubre sus necesidades económicas.

SUJETO 3

ÁREA BIOLÓGICA:

Presenta cataratas en los ojos y cabello canoso, existe disminución en la visión, así como menor agudeza para las frecuencias altas. Aún discrimina las palabras en una conversación. El sentido del olfato y gusto son sensibles a los sabores salados, dulces, ácidos y olores. Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. Se presenta una disminución de los reflejos musculares y pérdida de flexibilidad. La disminución de la masa es característica de sus huesos. Sustitución de las piezas dentales por una dentadura postiza. Padece de presión arterial y Diabetes.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Se considera una persona alegre y se siente a gusto con su cuerpo, los sentimientos que predominan son amor, paz y alegría. “Dios” es un concepto que tiene importancia en su vida y en la resolución de sus problemas. Los conflictos que se presentan le producen enojo. La muerte la considera como el proceso final de la vida, sin embargo disfruta la vida como si fuera el último. En ocasiones presenta olvidos esporádicos pero no interfieren en sus actividades diarias. Le gusta leer y mantenerse activa físicamente. El canto y oraciones religiosas le ocasionan alegría. Se dedica a la costura y hacer tortillas porque piensa que su cuerpo es útil y lo valora. Siempre trata de aprender algo nuevo de la vida.

ÁREA SOCIAL:

Convive diariamente con su esposo el cual es alcohólico ocasionando que tengan problemas de comunicación, sin embargo esto no sucede con la relación que

mantienen con sus hijos quienes la visitan una vez por semana. A los vecinos los considera como parte de sus amistades y le agrada conocer y platicar con gente nueva. Muestra agrado por las fiestas. Asiste a una comunidad religiosa una vez por semana, la cual está integrada por diez miembros y los considera sus amigos. Recibe ingresos económicos por parte de su esposo e hijos.

SUJETO 4

ÁREA BIOLÓGICA:

Presenta cabello canoso y cataratas en los ojos. La disminución de la agudeza visual y discriminación de colores es una característica de la persona. Existe menor agudeza para las frecuencias altas y deterioro en la discriminación de palabras y la comprensión de conversaciones. El gusto y olfato son sensibles a los sabores salados, dulces, ácidos y discriminación de olores. Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. Se presenta disminución de los reflejos y pérdida de flexibilidad en los músculos. Se observa pérdida de la mayoría de las piezas dentales. Su cuerpo adelgaza constantemente y está en tratamiento médico por la aparición de enfermedades gripales.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Se percibe como una persona con cambios en su carácter. Las experiencias de vida en su mayoría las considera no gratas. La soledad es un concepto que predomina en sus pensamientos. La tristeza, soledad y amargura son sentimientos que predominan la mayor parte del día. La muerte de su mamá debida a una negligencia médica le provoca frustración constantemente. Se considera sin importancia para las personas que la rodean. Por lo tanto, piensa que si muere nadie la extrañará. Expresa un autoconcepto negativo de su cuerpo y prefiere quedarse en casa para evitar escuchar comentarios de su persona. Sabe leer y escribir pero se le dificulta retener información. Realiza sus actividades diarias sin problemas.

ÁREA SOCIAL:

Vive con su esposo, sin embargo convive poco con él. Su relación se caracteriza por la falta de comunicación confianza y afecto, por tal motivo no le interesa cambiar la forma en cómo se relacionan. Lo considera un extraño en la casa. Cuando tiene deseos de asistir a una fiesta, no tiene con quien ir. Por otra parte es vecina con su hija y es la persona más cercana a ella. Manifiesta disminución en las visitas de sus hijos. Disfruta salir a pasear con sus nietos siempre y cuando no existan peleas entre los niños. Asiste a una comunidad religiosa una vez a la semana y considera a sus integrantes como “hermanos” y le gusta estar allí. Participa y comparte momentos con los niños en la llamada “escuela de la fe”. Se caracteriza por hacer comida típica y obtiene ingresos económicos porque no recibe de su esposo e hijos.

SUJETO 5

ÁREA BIOLÓGICA:

Su postura es encorvada y su cabello canoso. Presenta cataratas en los ojos y disminución en la agudeza visual y discriminación de colores. Utiliza lentes por el debilitamiento muscular en las pupilas. Tiene menor agudeza para las frecuencias altas y deterioro en la discriminación de palabras, sin embargo comprende las conversaciones con las personas. El gusto y olfato son sensibles a los sabores salados, dulces y ácidos. Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. Existe reducción en la flexibilidad de las articulaciones y aumento de la rigidez. Tiene pérdida de las piezas dentales. Sufrió una operación de la próstata y de las rodillas por la disminución de la masa ósea.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Se percibe como una persona alegre. Su personalidad ha sido constante a través de los años. La alegría, paz y amor son sentimientos que predominan la mayor parte del día. Los cambios corporales son las consecuencias del trabajo realizado

en una edad joven. Se acepta físicamente y vive cada momento con alegría. Sufrió la pérdida de su esposa hace algunos años y la recuerda con tristeza. La muerte es una etapa final de la vida y está conciente de que en algún momento partirá de este mundo, sin embargo se siente tranquilo. La memoria no afecta sus actividades diarias y muestra agrado por la lectura.

ÁREA SOCIAL:

Convive diariamente con su hija quien está al tanto de sus necesidades. Sus hijos lo visitan periódicamente, por lo tanto nunca se encuentra solo. Considera a la familia el lazo más importante para esta edad y cualquier problema que se presente debe ser solucionado. Asiste a misa todos los domingos en compañía de sus hijos y en ocasiones se encuentra con sus amigos y platica un rato con ellos. Sus limitaciones físicas interfieren con sus relaciones interpersonales. Recibe pensión y aún cubre sus necesidades económicas.

SUJETO 6

ÁREA BIOLÓGICA:

Su postura es encorvada y su cabello es canoso. Presenta disminución en la agudeza visual y la discriminación de colores. El gusto y olfato son sensibles a los sabores salados, dulces, ácidos y olores. Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. Principalmente existe disminución en los reflejos musculares y pérdida de flexibilidad. La rigidez articular es una característica de su persona. Utiliza dentadura postiza debido a la pérdida de las piezas dentales. Entre las enfermedades que padece son Artritis Reumatoide y Presión Arterial.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Es una persona tranquila y seria, sin embargo las limitaciones físicas de su cuerpo le producen sentimientos de frustración y melancolía la mayor parte del día. Su

autoestima ha disminuido a consecuencia de esto. Señala que está conciente de la muerte, sin embargo trata de disfrutar cada momento al lado de su esposa. Dedicar poco tiempo a la lectura y no le gusta escuchar música. Gusta de ver las noticias en la televisión y su memoria no interfiere con sus actividades cotidianas. No obstante, se le dificulta resolver problemas complejos y recordar información académica.

ÁREA SOCIAL:

Convive con su esposa y nietos diariamente considerando la relación saludable. Sus hijos los visitan de vez en cuando en fines de semana, y manifiesta la importancia que tiene la familia en esta etapa de la vida. Considera que tiene amigos en su colonia pero no los frecuenta por su condición física y la mayor parte del tiempo se encuentra en su casa. Obtiene ingresos económicos por medio del programa de adultos mayores y por parte de sus hijos.

SUJETO 7

ÁREA BIOLÓGICA:

Se observa la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. Presenta disminución en la agudeza visual y discriminación de colores, así como menor agudeza para las frecuencias altas. El gusto y olfato son sensibles a sabores salados, dulces y ácidos. Existe una disminución en los reflejos musculares y pérdida de flexibilidad. Aumenta la rigidez articular con el paso de los años. Utiliza dentadura postiza debido a la pérdida de las piezas dentales. Padece Diabetes y ha sufrido caídas por el debilitamiento de la masa ósea.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Se percibe como una persona tranquila y a la vez exigente con las actividades que realiza, lo que le provoca estrés. Alegría, melancolía, soledad y tristeza son los sentimientos que predominan la mayor parte del día. Su autoestima ha disminuido

porque su cuerpo no es el mismo de antes. Se siente triste cuando enferma. Encuentra dificultad para resolver operaciones numéricas, sin embargo no interfiere con sus actividades cotidianas. Muestra interés por la lectura.

ÁREA SOCIAL:

Convive diariamente con su esposo, nietos e hija. La comunicación y relación que mantiene con su pareja es saludable. No obstante, la convivencia con sus hijos es nula. Por lo tanto, no se relaciona con la familia externa. Se abstiene de tener amistades porque difícilmente confía en las personas que no pertenecen a su familia. La mayor parte del día está en su hogar y evita salir a fiestas o algún evento que implique la convivencia social.

CAPÍTULO VI ANALISIS DE RESULTADOS

El envejecimiento es un proceso natural que se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales, que inicia desde la concepción y finaliza con la muerte (Quintanar, 2011), por lo tanto la descripción de las tres esferas permiten la realización de una adecuada intervención psicosocial.

De acuerdo a los resultados obtenidos para dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las capacidades cognitivas en adultos mayores que residen en la Comunidad de Calixtlahuaca, Municipio de Toluca, Edo. de México?

Se observa que los adultos mayores que participaron en la aplicación de los instrumentos, obtuvieron en su mayoría un diagnóstico con deterioro cognitivo leve, es decir, presentan una alteración en las funciones mentales como la memoria, orientación, atención, razonamiento verbal abstracto, cálculo, comprensión y procesamiento de la información principalmente.

Por su parte Gagliardi (2012) hace referencia al papel de la atención para la aplicación de las demás capacidades cognitivas generales y se muestra que la atención tiene un decline en los resultados obtenidos.

Esto refiere que las funciones que desempeñan las capacidades cognitivas generales dificultan la ejecución y desarrollo de las tareas de los adultos mayores. De igual manera, Piaget refiere que durante el periodo operacional concreto, el niño comienza a aplicar operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional, sin embargo su pensamiento se encuentra limitado, es decir, los adultos mayores con deterioro cognitivo leve tienen la característica de cursar y concluir el nivel primaria que es la etapa donde se adquieren las mencionadas definiciones.

No obstante, Jerome Bruner (1989; citado en Niño, 2007) expone las distintas características del desarrollo cognitivo y menciona que la disposición para aprender radica en la importancia de las experiencias y contextos en los que se desenvuelve la persona para obtener un aprendizaje, es decir, el continuo aprendizaje referido por los adultos mayores después de finalizar la educación primaria se basa en las experiencias de vida que tuvieron.

Es importante mencionar que el aprendizaje significativo postulado por Ausubel (1983, citado en Beltrán & Bueno, 1995) sostiene que las personas poseen una estructura cognitiva en la cual se incorporan nuevos conocimientos, por lo tanto los esquemas se modifican debido a las experiencias de la persona. Los adultos mayores resaltan la importancia de cada una de las experiencias que han obtenido durante la vida y la atribuyen como una forma de enseñanza a pesar de no haber concluido el sistema educativo básico.

Por otra parte, los adultos mayores con deterioro cognitivo moderado y moderado grave se caracterizan por no asistir a una educación básica, es decir, se encuentran en el periodo preoperacional donde el pensamiento es simbólico y se caracteriza por la adquisición del lenguaje para entender el mundo. Cabe destacar que todos los adultos mayores obtuvieron un puntaje alto en la categoría de lenguaje en el instrumento aplicado.

A su vez, se hace notar el factor social desempeñado en la vida cotidiana de los adultos mayores, según lo refiere Jerome Bruner (1989; citado en Niño, 2007) como la construcción de los significados con el cual se da un sentido social y cultural. Define la cultura como el escenario donde cada sociedad organiza su sistema de educación, de este modo, los adultos mayores que participaron en la presente investigación refieren su contexto como el principal sistema de enseñanza y ejecutan funciones propias de su cultura, como en el caso de las mujeres, hacer tortillas a mano, tamales y comida típica de la región.

Es importante señalar que los adultos mayores tienen dificultad para resolver problemas complejos, en cuestión a operaciones numéricas.

En la categoría razonamiento verbal abstracto se observa una tendencia baja en los resultados, lo que significa de acuerdo con Piaget (1954; citado en Berger, 2007) que en el periodo operacional formal, el adulto es capaz de pensar acerca de las abstracciones y conceptos hipotéticos que lo conducen a un razonamiento hipotético analítico, en donde no se involucra la experiencia.

De esta manera, esta etapa no se presenta en la mayoría de los adultos mayores a excepción de un adulto mayor que contestó correctamente en esta categoría. Sin embargo como se mencionó anteriormente ninguno de los adultos mayores concluyeron su escuela académica.

Como se mencionó al inicio de este capítulo la importancia de abordar las tres esferas en las que se desarrolla el adulto mayor, se aplicó una entrevista a profundidad para conocer las áreas biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores.

Papalia et.al. (2009) señala que no es posible definir el aspecto físico de una persona de manera rigurosa porque todas tienen diferente fortaleza, resistencia y habilidades físicas diferentes, y muy importante se encuentran los estilos de vida que desempeñen, por lo tanto algunas personas aparentan más o menor edad.

No obstante, el rango de edad de los adultos mayores que va desde 70 años hasta el más grande con 88 años de edad mantiene un aspecto físico acorde a la edad cronológica que tienen.

Los adultos mayores que comprenden una edad cronológica de 82, 84 y 88 años de edad, muestran un aspecto físico más deteriorado que el resto, es decir, se observa una piel con pliegues y arrugas con un aspecto pálido y manchado. Las

canas abarcan la mayoría de su cabello, así como la disminución de estatura y postura encorvada.

Los adultos mayores con edades de 73, 72 y 70 años de edad muestran en menor proporción el deterioro de su aspecto físico, sin embargo es indispensable señalar que la presencia de enfermedades como la Artritis Reumatoide, Diabetes y la Presión Arterial son características de este rango de edad.

Preciado et. al. (2011) menciona que las funciones físicas son utilizadas como indicador de problemas de salud pero no en todos se observan estas características, es decir, algunos adultos mayores con edades de 88, 82 y 73 años, tienen dificultad para moverse y se puede presentar o no una enfermedad.

De acuerdo a la Teoría Orgánica según García et. al. (2006), el organismo sufre un deterioro global de las células lo que provoca un descenso del sistema inmunológico, debido a esto, enfermedades como el cáncer, diabetes, demencia senil, artritis reumatoide y enfermedades vasculares son la consecuencia de ello.

No obstante, se ha referido la calidad de vida como el indicador principal para determinar la aparición de enfermedades en esta etapa de vida y de acuerdo a los resultados de las entrevistas a profundidad, los adultos mayores que refieren hábitos perjudiciales para la salud como el alcoholismo, malos hábitos alimenticios y cambios en el estado de vigilia padecen alguna enfermedad a diferencia de los demás que a pesar de ser mayores, se encuentran más saludables.

El aspecto psicológico según Lehr & Thomae (2003) comprende los sentimientos y las emociones en las que no existe diferencia con la población joven. Y añaden que los sentimientos por molestias físicas son notables en esta etapa.

Por consiguiente, la mayoría de los adultos mayores manifestaron sentimientos de frustración por el dolor físico que les ocasiona la rigidez muscular debido a que les impide moverse rápidamente y con facilidad.

Los sentimientos como el “estar entusiasmado”, “el sentir grandes expectativas”, “el sentirse fuerte” y “el estar orgulloso” no se presentan en la mayoría de los adultos mayores, por el contrario, los sentimientos de tristeza, soledad, abandono, frustración y melancolía son más frecuentes.

Lehr & Thomae (2003) refieren que el sentimiento de soledad se manifiesta con mayor intensidad en esta etapa, mencionando que las personas viudas o divorciadas son más vulnerables, en este caso, la mayoría de los adultos mayores experimenta la soledad de distintas formas, es decir, los que son viudos extrañan la presencia de su cónyuge, a pesar de contar con una familia extensa. Otros están casados, sin embargo, se sienten ignorados por su familia.

Los cambios corporales han influido en la autoestima de los adultos mayores por lo que manifiestan un autoconcepto negativo de su persona.

El último aspecto para abordar es el social, que de acuerdo a la teoría psicosocial postula que las personas al llegar a un determinado momento de su vida y a medida que sus capacidades cambian, modifican sus preferencias y eligen retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás.

De acuerdo a las respuestas de los adultos mayores, sólo tres manifiestan una reducción en la convivencia con personas fuera del vínculo familiar y sienten que es lo mejor para ellos. Contrariamente a los cuatro restantes que se relacionan y conviven con amistades de su edad.

Salvarezza (1998, citado en Preciado et. al., 2011) señala que tener objetivos y metas en la vida, así como formar parte de una comunidad activa son cualidades

de un autoconcepto joven, debido a esto los adultos mayores que mantienen relaciones sociales, admiten que las funciones que desempeñan en su comunidad les brinda seguridad y confianza, a diferencia de los adultos mayores que les desagrada la convivencia donde resaltan la vitalidad de las personas que son jóvenes. Esta parte de la muestra se considera que es “viejo” y por tal motivo, siguen las pautas culturales.

Por último, Papalia et. al. (2009) resalta la importancia del papel de la familia en esta etapa de la vida y la refiere como parte del sistema social en el adulto mayor. Asume que las personas que tienen una estrecha relación con sus familiares manifiestan en menor grado sentimientos de tristeza, soledad y ansiedad.

Así mismo, los adultos mayores que refuerzan constantemente los lazos afectivos con sus hijos están felices a diferencia de los que presentan problemas y distanciamiento. No obstante, en algunos casos, los adultos mayores mencionan que las barreras en la comunicación y afecto son provocados por el abandono de su familia, y en otras ocasiones cuando aún dependen emocionalmente y económicamente de ellos.

Seelbach (1984; citado en Schaie & Willis, 2002) añade que debe existir una responsabilidad filial, es decir, un sentimiento de obligación personal de los hijos adultos que busque su bienestar.

Es decir mantener un equilibrio entre la obligación o disposición para proteger y cuidar a los padres y por otra parte, una dimensión preventiva para fomentar la autosuficiencia y la independencia de los adultos mayores.

6.1 Conclusiones

Las capacidades cognitivas generales aumentan la calidad de vida en el adulto mayor promoviendo su independencia en su entorno psicosocial, el deterioro de las células cerebrales conducen al desarrollo de enfermedades cognitivas generando la dependencia (Lehr, 1995). Por ello, es importante diseñar y ejecutar programas cognitivos y psicosociales que proporcionen bienestar a los adultos mayores.

Preciado et.al. (2011) refiere al adulto mayor como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos, por lo tanto, en la presente investigación se describieron las capacidades cognitivas generales de los adultos mayores resaltando la dificultad que tienen para resolver problemas de abstracción, es decir, las funciones de planeación, secuencia y organización de la información se encuentran afectadas, así mismo la categoría de atención presentó puntajes bajos, lo que indica que la concentración hacia cualquier actividad no lo hacen de forma conciente.

Y debido a esto, las demás capacidades cognitivas generales, principalmente la memoria impiden la acumulación de conocimientos académicos. No obstante, el lenguaje y praxis constructiva son categorías que dominan los adultos mayores, por lo tanto, la experiencia que se ha obtenido a través de los años es una forma de aprendizaje significativo y lo emplean para resolver problemas de la vida cotidiana.

No obstante, la esfera psicológica y social, son elementos que se encuentran presentes en los adultos mayores, y es importante señalar que los adultos mayores que conviven y mantienen relaciones saludables con su familia o cónyuge muestran sentimientos de alegría, sin embargo, las enfermedades que padecen son el ingrediente para manifestar sentimientos de tristeza y frustración

debido a que se les dificulta desplazarse con facilidad hacia otros lugares por lo que tienen que quedarse en casa todo el día o la mayor parte de mismo.

De igual manera la disminución de las relaciones aunado con la ausencia del sistema familiar fomentan la soledad y un autoconcepto negativo sobre esta etapa de la vida según lo refieren los adultos mayores que participaron en esta investigación.

Por otra parte, los adultos mayores que realizan sus actividades diarias de forma rutinaria, impiden la generación de nuevas ideas que ayudarían al ejercicio de las funciones cognitivas.

Fraca (2003) dice que las estructuras cognitivas constituyen los conocimientos que una persona tiene sobre lo que le rodea y por ello, el continuo reforzamiento de nuevos aprendizajes es indispensable para el entrenamiento cerebral.

Sin embargo, los sentimientos que experimentan en situaciones de abandono ocasionan falta de motivación para llevar a cabo sus labores de manera diferente. Vega & Bueno (1996) señalan que cuando el aprendizaje es autodidacta o autodirigido los niveles de satisfacción vital son más altos por lo que afrontan de mejor manera los problemas de salud y financieros.

Debido a esto, es indispensable fomentar la convivencia con los adultos mayores para evitar la adopción de roles específicos que se esperan en esta etapa de la vida, como personas cansadas, propensas a enfermedades o que se les dificulta aprender y recordar (Papalia, et.al. 2009) y que son asumidas por los adultos mayores.

De igual forma, tomando como referencia el análisis obtenido de los resultados alcanzados, se destaca la importancia de la utilización de las metodologías cuantitativa y cualitativa para realizar una intervención psicosocial acorde a las

necesidades encontradas en los adultos mayores. Como señala Begoña (1999) que la comprensión del problema desde dentro y fuera, hace que se modifique el funcionamiento de un proceso o sistema, es decir, el conocimiento y descripción de las capacidades cognitivas generales, así como el entendimiento de las esferas biológica, psicológica y social.

6.2 Sugerencias

Las personas forman parte de un desarrollo biológico, psicológico y social, por tal motivo al llegar a la última etapa de la vida se busca tener un bienestar en la calidad de vida de las personas. Para lograr el objetivo es necesaria la participación de la familia, comunidad e instituciones que permitan un funcionamiento y desarrollo biológico, psicológico y social de los adultos mayores.

Debido a esto se sugiere lo siguiente:

1. Abuelos

- Diseñar y ejecutar un programa de intervención psicosocial para cada adulto mayor que participó en la presente investigación.
- Realizar actividades físicas como caminar 15 o 20 minutos al día para mantenerse activos físicamente.
- Llevar a cabo juegos de estimulación cognitiva que involucren las funciones de la memoria, atención, cálculo mental y razonamiento verbal abstracto.
- Ejecutar entrenamientos de gimnasia cerebral para retrasar la aparición de enfermedades cognitivas.
- Modificar el pensamiento sobre las características de su personalidad que consideran negativas mediante el reforzamiento de las positivas.
- Participar en actividades sociales como festivales, ferias y bailes en las cuales se sientan parte de la comunidad donde viven.

2. Familia

- Procurar visitar constantemente al adulto mayor, especialmente aquellos que viven solos.
- Manifestar sentimientos positivos hacia el adulto mayor de tal manera que se sienta miembro de la misma.
- Ser responsables de las necesidades físicas, psicológicas y sociales que manifiesta.

- Reflexionar acerca de esta etapa de la vida, y que todos en algún momento podemos formar parte de ella.
- Realizar ejercicios de estimulación cognitiva con el adulto mayor, proporcionándole el material necesario para cada actividad.
- Permitir el acercamiento del adulto mayor para la resolución de problemas familiares dejando que exprese su opinión y argumentos.
- Fomentar la comunicación y afecto de la familia con el adulto mayor, asistiendo a reuniones familiares por lo menos una vez por semana.

3. Psicólogos

- Diseñar y ejecutar programas de estimulación cognitiva para la modificación y mantenimiento de las funciones cognitivas generales.
- Diseñar y ejecutar programas bajo el modelo psicosocial.
- Trabajar de forma interdisciplinaria y de esta manera lograr un mejor desarrollo biológico, psicológico y social en el adulto mayor.
- Abordar a la población adulta mayor en las investigaciones de tesis debido a que este sector de la población se encuentra en aumento conforme pasan los años y cada vez el área de la medicina ocupa un lugar significativo.
- Desarrollar redes de apoyo social que mejoren las relaciones personales del grupo familiar para favorecer el desarrollo de habilidades y recursos sociales del adulto mayor.
- Orientar a las familias que desconocen los cambios biológicos, emocionales y sociales que experimentan los adultos mayores.

4. Sociedad Municipio de Calixtlahuaca

- Desarrollar un sistema de recursos y servicios comunitarios capaces de atender las necesidades de los adultos mayores.
- Fomentar la participación e integración social del adulto mayor.
- Mejorar el potencial de salud de los adultos mayores que pertenecen a la comunidad.

- Fomentar espacios para la recreación y activación física, emocional y social del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: LUMEN.
- Antón. (2007). *Técnicas de Memoria para Estudiantes*. España: Eduforma.
- Aranda. (2008). *Atención Temprana en Educación Infantil*. España: Wolters Kluwer.
- Aréchiga et.al (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. España: Siglo XXI.
- Arrazola et.al. (1997). *Centros de día: Atención e Intervención Integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de http://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/u16/centros_dia.pdf
- Begoña. (1999). *Manual básico para geroncultores y auxiliares geriátricos*. España: Caritas.
- Beltrán, & Bueno. (1995). *Psicología de la Educación*. España: Boixareu.
- Berger. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. España: Panamericana.
- Buendía. (1997). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. España: Biblioteca Nueva.
- Canales. (2006). *Metodologías de la Investigación. Introducción a los Oficios*. Santiago: LOM.
- Castro et.al. (2010). *Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú*. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, de <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
- CENETEC. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado el 15 de Octubre de 2014, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GP_C_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
- CENETEC. (2014). *Prevención de complicaciones físicas, psicológicas y sociales*. Recuperado el 15 de Julio de 2014, de

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-703-14-Enfermeria-Sxinmovilidad/703GER.pdf>

Cimadevilla. (2008). *Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva*. España: Universidad de Santiago Compostela.

Concha & Marina. (2004). *Modelo Psicosocial y Envejecimiento. Análisis, Reflexividad y Posibilidades en programas y políticas de la tercera edad*. Recuperado el 02 de Septiembre de 2014, de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/160/140>

Delgado. (2001). *Intervención Psicosocial en residencias para personas mayores*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/.../7989

Diccionario Psicogeriátrico. (2014). Recuperado el 15 de Octubre de 2014, de <http://www.ecovisiones.cl/colaboraciones/Diccionario-psico-geriatrico.htm>

Doise. (1995). *Psicología Social y Relaciones entre grupos (estudio experimental)*. Barcelona: Rol.

Espinosa. (2001). *Adultos Mayores. Abordaje Psicosocial*. Recuperado el 18 de Octubre de 2014, de http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2010/I_SEMINARIO_LA_GERONTOLOGIA_COMO_DISCIPLINA_INTEGRAL_SANTIAGO/PPT02.pdf

Etchepareborda et.al. (2005). *Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje*. Recuperado el 02 de Octubre de 2014, de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/40S1/sS1S079.pdf>

Fraca. (2003). *Pedagogía integradora en el aula*. Venezuela: CEC.

Gagliardi. (2012). *Funciones cognitivas implicadas en el proceso de aprendizaje*. Recuperado el 14 de Octubre de 2014, de <http://funciones-cognitivas-implicadas-en-el-proceso-de-aprendizaje/>

Garay. (2006). *Relación entre depresión y deterioro cognitivo*. México: La Plata.

García et.al. (2006). *Enfermería Geriátrica*. España: Masson.

García & Hombrados. (2002). *Intervención Psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/77062.pdf>

- González. (2002). *Calidad de vida en el Adulto Mayor*. Recuperado el 15 de Julio de 2014, de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- Hernández et.al. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hernández, Fernández, & Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- INEGI. (2005). *Los Adultos Mayores en México: Perfil Sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI*. Recuperado el 01 de Octubre de 2014, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- Krassoievitch. (1993). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lehr. (1995). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lehr & Thomae. (2003). *Psicología de la Senectud. Proceso y Aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lobo & Ezquerria. (1979). *Mini Examen Cognoscitivo*. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/comun/comu2.html>
- Lobo, Saz, & Roy. (2000). *Deterioro Cognoscitivo en el Anciano*. Recuperado el 2014 de Marzo de 18, de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/deterioro%20cognitivo%20anciano.pdf>
- Mishara & Riedel. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Montaña et.al.(2004). *Manual del Cuidador de Enfermos de Alzheimer*. España: MAD.
- Myer. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: LUMEN.
- Niño. (2007). *Fundamentos de Semiótica y Lingüística*. Colombia: ECOE.
- Nitsch et.al. (2002). *Entrenamiento de la técnica. Contribuciones para un enfoque interdisciplinario*. España: Paidotribo.
- OMS. (2003). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Recuperado el 29 de Mayo de 2013, de <http://www3.who.int/icd/>

- OMS. (2010). *Envejecimiento en México*. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Padilla. (2010). *Sociedad y Adulto Mayor: Condiciones actuales de desarrollo*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de <http://www.sepiensa.net/edicion/index.php?option=content&task=view&id=590&Itemid=40>
- Papalia et.al. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez*. México: Mc Graw-Hill.
- Penchansky. (2004). *El nivel inicial. Estructuración. Orientaciones para la práctica*. Buenos Aires: Colihue.
- Pérez. (2005). *Participación e Inclusión Social*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/concursoRLG/organizaciones/Adultos_Mayores_Participacion_e_Inclusion_Social.pdf
- Preciado et.al. (2011). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. Estados Unidos de América: Palibrio.
- Quintanar. (2011). *Atención Psicológica de las Personas Mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. México: Pax.
- Roa. (2011). *Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor*. Recuperado el 17 de Octubre de 2014, de <http://es.slideshare.net/PaolitaCelis/deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor-9192900>
- Rojas. (1996). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdés.
- Rojas. (2003). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdés.
- Romero, Alonso, & Salvador. (1999). *Estudio de la Utilidad del Mini- Examen Cognoscitivo*. Recuperado el 03 de Marzo de 2013, de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/comun/comu2.html>
- Salinas et.al. (2008). *Rehabilitación en Salud*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Sánchez. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Pearson Educación.
- Schaie & Willis. (2002). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez*. España: Pearson Prentice Hall.

- Shand & González. (2003). *Deterioro Cognitivo Leve. ¿Primer paso a la demencia?* Recuperado el 25 de Mayo de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2003/DeterioroCognitivo.html>
- Stuart. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Morata.
- UNAM. (2011). *Adultos Mayores en México*. Recuperado el 02 de Octubre de 2014, de http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja
- Vega & Bueno. (1996). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Velázquez. (2001). *Curso elemental de Psicología*. U.S.A.: Selector.
- Villegas. (2011). *Investigación y Práctica en la educación de las Personas Adultas*. España: NAU LLIBRES.
- Yuni & Urbano (2005). *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Argentina: Brujas.

ANEXOS

NOMBRE:	APELLIDOS:	
EDAD:	ESCOLARIZACIÓN:	FECHA DE REALIZACIÓN:
Nivel de conciencia: Alerta: <input type="checkbox"/> Obnubilado: <input type="checkbox"/> Estupor: <input type="checkbox"/> Coma: <input type="checkbox"/>		

A. ORIENTACIÓN	
1. TIEMPO	2. ESPACIO
¿En qué mes del año estamos? <input type="checkbox"/>	¿En qué país estamos? <input type="checkbox"/>
¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/>	¿En qué provincia estamos? <input type="checkbox"/>
¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/>	¿En qué ciudad estamos? <input type="checkbox"/>
¿Qué día de la semana es hoy? <input type="checkbox"/>	¿Dónde estamos ahora? <input type="checkbox"/>
¿En qué estación del año estamos? <input type="checkbox"/>	¿En qué planta estamos? <input type="checkbox"/>

Respuestas
Correctas

B. MEMORIA VERBAL DE FIJACIÓN	
Se le explica al paciente que se va a explorar su memoria. Se le nombran 3 objetos a intervalos de 1 segundo. La primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3. El paciente debe repetir las palabras hasta que las aprenda, con un límite de 6 veces. Anotar el número de intentos.	
	Peseta <input type="checkbox"/> Caballo <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/>
	Ensayos:

Respuestas
Correctas

C. ATENCIÓN Y CÁLCULO MENTAL				
Series de 3. Pedir al paciente que empiece por 30 y cuente hacia atrás restando de 3 en 3. Finalizar tras 5 respuestas.				
27	24	21	18	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respuestas
Correctas

D. MEMORIA VERBAL DE TRABAJO		
Se le pide al paciente que repita, hasta que la aprenda, la siguiente serie de números: 5-9-2. Se anotarán el número de intentos. Una vez que estén aprendidos se le hace repetir la serie hacia atrás. Se anotarán el número de dígitos correctamente ubicados en la serie.		
2	9	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respuestas
Correctas

E. RETENCIÓN A CORTO PLAZO	
Se solicita al paciente que intente recordar las tres palabras que anteriormente ha aprendido	
	Peseta <input type="checkbox"/> Caballo <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/>

Respuestas
Correctas

F. RAZONAMIENTO VERBAL ABSTRACTO

Se insta al paciente a que encuentre la similitud o el punto en común entre dos elementos expuestos. Se le dice: “Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?”

¿Qué son el rojo y el verde?

¿Qué son un perro y un gato?

Respuestas

Correctas

G. LENGUAJE

Denominación por confrontación visual

Señalar un reloj de pulsera y pedir al paciente que diga qué es.
Repetir lo mismo con un bolígrafo.

Reloj

Bolígrafo

Repetición

Solicitar al paciente que repita: “En un trigal había cinco perros”.

Repetición

Comprensión de orden verbal

Dele una hoja de papel en blanco al paciente y dígame: “Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa”. Se da un punto por cada acción correcta.

Coger el

papel

Doblarlo

En la mesa

Comprensión lectora y lectora mecánica

Escribir en un papel con letras grandes para que el paciente pueda leer atentamente: “CIERRE LOS OJOS”. Se le dice: “Lea esto y haga lo que le indique”. Sólo es correcto si cierra los ojos.

Comprensión

Escritura espontánea

Se le proporciona al paciente una hoja en blanco y se le pide que escriba una frase cualquiera. Debe ser escrita espontáneamente. Debe tener un sujeto, verbo y sentido. No se valora la corrección gramatical o los signos de puntuación. No vale escribir su nombre.

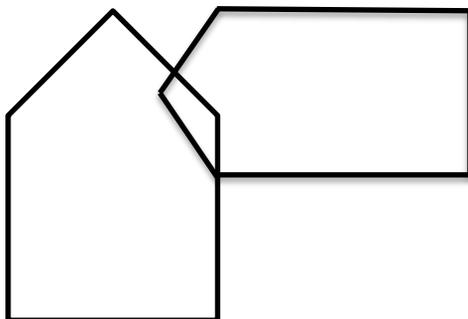
Frase

Respuestas

Correctas

H. PRAXIS CONSTRUCTIVA

Solicitar al paciente que copie el dibujo inferior exactamente igual. Los 10 ángulos deben estar adecuadamente representados y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto. No valorar temblor ni rotación.



Respuestas

Correctas

PUNTUACIÓN TOTAL

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

I. DATOS GENERALES

Edad: Sexo: Estado Civil: Grado Escolar:

No. de Hijos:

No. de Nietos:

1. ÁREA BIOLÓGICA

- Actividades físicas realizadas diariamente.
- Observación física.
- Enfermedades biológicas.
- Asistencia individual/ Requiere que otra persona le ayude al aseo personal.
- Disminución motora y funcional del cuerpo.

2. ÁREA PSICOLÓGICA

- Definición de autoconcepto.
- Sentimientos que predominan en el día.
- Cambios corporales como influencia en la autoestima.
- Duelos: pérdidas de seres queridos significativos, cómo fue el tiempo a posteriori, se vio afectada su vida cotidiana (si el clima de la entrevista lo permite, interrogar sobre qué opina de la muerte).
- Actividades de ocio que realiza (leer, jugar juegos de mesa, ver televisión, escuchar música).
- Olvidos esporádicos. La pérdida de memoria interfiere con las actividades cotidianas.
- Presenta problemas de orientación (tiempo y espacio).

- Resolución de problemas cotidianos (Dificultad para relacionar objetos, problemas complejos, formulación de juicios adecuados).
- Problemas de atención.

3. ÁREA SOCIAL

- Convivencia diaria.
- Vida familiar (relación con la pareja e hijos).
- Relación y convivencia con la familia externa.
- Relación y convivencia con los amigos.
- Continúa trabajando, en qué, si no lo hace, pero trabajó, cómo vivió la jubilación.
- Asistencia a eventos sociales.