



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

**DISMINUCIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS Y LA CALIDAD
DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA “VIDA SONRIENTE “, PARROQUIA ZAPOTAL**

AUTOR:

ARTURO MARIANO SOLÓRZANO MUÑOZ

TUTORA:

MSC. SALOME SÁNCHEZ GÓMEZ

QUEVEDO- ECUADOR

2020



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

La presente investigación se efectuó en la parroquia Zapotal, cantón Ventanas, provincia de Los Ríos, mediante una exploración inicial en la cual se determinó la disminución de las funciones cognitivas de los adultos mayores quienes sobrellevan cotidianamente las limitaciones de sus capacidades intelectuales que se han visto mermadas con el pasar de los años, en la que se refieren a la realidad de los adultos mayores.

La respectiva investigación tuvo como objetivo general enunciar los efectos de la disminución de las funciones cognitivas en la calidad de vida del adulto mayor en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal, el mismo que se alcanzó a través de los objetivos específicos en la que se examinó las situaciones cotidianas que ocasionan la disminución de las funciones cognitivas que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor.

Para ejecutar el proceso de investigación se manejó el método de lo indefinido a lo delimitado, a través del modelo de la intervención en la realidad con sus pertinentes niveles y períodos lo que permitieron desintegrar el problema, además de que, un instrumento como la encuesta, fue estructurada y aplicada a una muestra de 60 adultos mayores, 60 familiares y 10 profesionales en el área de la salud mental.

Palabras claves: Funciones cognitivas – Adulterez – Calidad de vida – Envejecimiento activo



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



ABSTRACT

The present investigation was carried out in the Zapotal parish, Ventanas canton, province of Los Ríos, through an initial exploration in which the decrease of the cognitive functions of the elderly was determined who daily overcome the limitations of their intellectual capacities that have been seen depleted with the passing of the years, in which they refer to the reality of older adults.

The respective research had as a general objective to state the effects of the decrease of cognitive functions in the quality of life of the elderly in the Home Care Unit "Smiling Life", Zapotal parish, which was achieved through the specific objectives in which the daily situations that cause the decrease of cognitive functions that negatively affect the quality of life of the elderly were examined.

In order to execute the investigation process, the method of the indefinite to the delimited was handled, through the model of the intervention in reality with its relevant levels and periods which allowed the problem to disintegrate, in addition to that, an instrument such as the survey, It was structured and applied to a sample of 60 older adults, 60 relatives and 10 professionals in the area of mental health.

Keywords: Cognitive functions - Adulthood - Quality of life - Active aging

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA SUSTENTACIÓN.....	v
RESUMEN	vi
RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	vii
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA	2
TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
MARCO CONTEXTUAL.....	2
1.2.1. Contexto Internacional.....	3
1.2.2. Contexto Nacional	3
1.2.3. Contexto Local	4
1.2.4. Contexto Institucional.....	4
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.4.1. Problema General.....	6
1.4.2. Subproblemas o Derivados.....	6
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.7.1. Objetivo General	9
1.7.2. Objetivos Específicos.....	9
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL	10
2.1. MARCO TEÓRICO.....	10

2.1.1. Marco Conceptual.....	10
Tipos de conocimiento	33
Conocimiento filosófico.....	33
2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de la investigación	47
2.1.2.1. Antecedentes Investigativos	47
2.1.2.2. Categoría de análisis.....	49
2.1.3. Postura teórica	50
2.2. HIPÓTESIS.....	54
2.2.1. Hipótesis general	54
2.2.2. Subhipótesis o derivadas	54
2.2.3 Variables.....	54
CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas.	55
3.1.2. Análisis e interpretación de datos.....	56
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES	62
3.2.1. Específicas.....	62
3.2.2. General	62
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES	63
3.3.1. Específicas.....	63
3.3.2. General	63
CAPÍTULO IV.- PROPUESTA DE APLICACIÓN	63
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	64
4.1.1. Alternativa obtenida	64
4.1.2. Alcance de la alternativa	64
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa.....	64
4.1.3.1. Antecedentes	65
4.1.3.2. Justificación.....	66
4.2.2. Objetivos.	67
4.2.2.2. Específicos.	67
4.2.2.1. General.	67
4.3.3. Estructura general de la propuesta.....	68

4.3.3.1. Título.....	68
4.3.3.2. Componentes.....	68
4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.....	92
Bibliografía	93

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Detalle de la muestra que se tomó a padres de familia adultos mayores, parientes y profesionales de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal	55
Tabla 2: ¿Quién (es) le prestan ayuda cuando presenta alguna dificultad o necesidad? 56	
Tabla 3: ¿Estaría dispuesto a asistir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?	57
Tabla 4: En caso de acudir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia, ¿qué actividades le gustaría realizar?	58
Tabla 5: ¿Piensa que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo, se esfuerzan por mantenerse ocupado y activo?	59
Tabla 6: ¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo perciben que ellos están jugando un papel útil en la vida?	60
Tabla 7: ¿Ha notado si el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten constantemente agobiados y en tensión?	61
Tabla 8: ¿Cree el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten satisfechos con la manera que ellos realizan las cosas?	62
Tabla 9: ¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo tienen la idea de que ellos “no valen para nada”?	63
Tabla 10: ¿Cree que sería necesario que se establezca un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Detalle de la muestra que se tomó a padres de familia adultos mayores, parientes y profesionales de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal	55
Gráfico 2: ¿Quién le prestan ayuda cuando presenta alguna dificultad o necesidad? .	56
Gráfico 3: ¿Estaría dispuesto a asistir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?	57
Gráfico 4: En caso de acudir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia, ¿qué actividades le gustaría realizar?	58
Gráfico 5: ¿Piensa que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo, se esfuerzan por mantenerse ocupado y activo?	59
Gráfico 6: ¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo perciben que ellos están jugando un papel útil en la vida?	60
Gráfico 7: ¿Ha notado si el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten constantemente agobiados y en tensión?	61
Gráfico 8: ¿Cree el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten satisfechos con la manera que ellos realizan las cosas?	62
Gráfico 9: ¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo tienen la idea de que ellos “no valen para nada”?	63
Gráfico 10: ¿Cree que sería necesario que se establezca un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?	64

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento estadístico ha generado preocupación en la población debido a que no se encuentra preparada para enfrentar este cambio a nivel social, ya que el crecimiento del conjunto de adultos mayores, en el mundo, ha llevado a proyectar estrategias para suplir sus necesidades, las mismas que son originadas por los cambios a nivel biológico, psicológico y social que se deben advertir para que tengan una buena calidad de vida durante la etapa de la vejez.

Los psicólogos deben estar inmersos en este trabajo clínico, debido a que están comprometidos a orientarse en la búsqueda de estrategias de intervención para enfrentar los cambios a nivel cognitivo que perciben los adultos mayores y que pueden generar restricciones en su vida diaria, siendo una de las herramientas manejadas la estimulación cognitiva que ayuda a mantener u optimizar las funciones cognitivas que se ven mermadas con el pasar del tiempo.

En el siguiente trabajo se pretendió enunciar los efectos de la disminución de las funciones cognitivas en la calidad de vida del adulto mayor en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal, así como su posterior implementación, con el fin de potenciar las habilidades de los adultos mayores que disminuyen con la edad, ayudando a crear conciencia acerca de la necesidad de elaborar más programas de esta índole y brindar una sobresaliente atención a los problemas psicológicas presentadas en la vejez.

La elaboración de programas en base a este tipo de intervención favorecerá a que el adulto mayor tenga un mejor bienestar por lo que le resta de vida, por lo que se debería dar mayor importancia a estos servicios, lo que se expresa tanto en el poco presupuesto proporcionado en programas de esta índole, en la que además se espera que las familias se contenten con los mínimos servicios y como consecuencia se produzca un cambio social que demanda que las relaciones sociales se construyan más allá del marco familiar.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

DISMINUCIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA “VIDA SONRIENTE “, PARROQUIA ZAPOTAL, AÑO 2019

1.2. MARCO CONTEXTUAL

Contexto Internacional

Globalmente, la capacidad funcional de una persona mayor se ha definido como la adaptación a los problemas de todos los días, siendo aquellas actividades que le son requeridas por su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad a pesar de soportar una incapacidad física, psíquica o social, por lo que llega a ser un fenómeno complejo que está afectado por variados factores.

La evaluación de la capacidad funcional es la manera por el cual se efectúa una selección e interpretación de datos que describen el nivel de capacidad funcional de una persona. El envejecimiento normal, como se entiende en estudios anteriores, involucra algunos cambios biofísicos, psicológicos y sociales que son necesarios y acontecen como resultado del paso del tiempo: la fuerza muscular disminuye, los órganos de los sentidos disipan su agudeza, también se considera una disminución en la capacidad de solucionar problemas, etc.

Este déficit progresivo no es consecuencia directa de enfermedades específicas, por lo que, en este sentido se debe entender que en el envejecimiento patológico los cambios son consecuencia de enfermedades, por lo que el papel de la familia en esta etapa es importante en

relación al tema anterior, no solo en hacerle ver al adulto mayor que la edad y la etapa en la que se encuentra no son un obstáculo para que este continúe siendo un ser productivo

Además de lo anterior, se debe insistir que el rol del adulto mayor no cambia para ser separado dentro de la estructura familiar, sino que por el contrario este quizá se modifica en cuanto a su responsabilidad por otra que este momento se establece en la de transferir su experiencia a los demás miembros de la familia con el fin de instruirse de esta vivencia y fortalecerse no solo para enfrentar los problemas de la vida sino también para no efectuar los mismo errores que se han cometido con anterioridad.

Contexto Nacional

En el Ecuador existen poblaciones en la que se establecen una mayor concentración de adultos mayores, lo cual ayuda a demostrar en que variedad se presenta con frecuencia y que nivel de deterioro es de mayor predominancia y como cada uno de los niveles de disminuciones afectan de acuerdo a la edad, nivel educativo, y condiciones médicas en los últimos años de vida de estas personas.

Uno de los orígenes del crecimiento de la disminución de las funciones cognitivas es la relación importante con las enfermedades crónicas que perturban a las personas de edad avanzada como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, lo que da importancia identificar tempranamente ambas condiciones.

El deterioro cognitivo y la demencia son conceptos semejantes, pero se los puede equilibrar a cada uno por los grados de afectación en la funcionalidad del paciente; actualmente el “deterioro cognitivo leve” se determina por un daño especialmente en la memoria pero que en las pruebas neuropsicológicas no adquieren el diagnóstico de un deterioro como al que diferencia a la demencia, por lo que se ha vuelto muy ineludible tener conocimiento del impacto en los sistemas de salud de las enfermedades degenerativas que afecta a la población mayor de 65 años y la demencia, es uno de los principales problemas.

Contexto Local

La población adulta mayor se incrementa día a día y con ello, los padecimientos crónicos que soportan, tales como la disminución de las funciones cognitivas y la demencia que tienen un gran impacto en las familias y en la calidad de vida de todos los adultos mayores, ya que estos pacientes sufren un deterioro gradual significativo de su patología a través del tiempo, por lo que se desconoce medidas que orienten sobre el tipo y el nivel de detrimento que pueden presentar las personas adultas mayores.

Para ello, en cantones como Ventanas y sus parroquias rurales, se debe considerar necesario que esta información sea tomada por los profesionales del área de salud mental que forman parte de programas de instituciones de sector público, tales como el MIES, con el fin de crear nuevos programas dirigidos hacia esta población y al mejoramiento de la terapia física y ocupacional, debido a que una de las causas del aumento del deterioro cognitivo es la relación importante con las enfermedades crónicas que afecta a las personas de edad avanzada como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, lo que da importancia identificar tempranamente ambas condiciones.

Contexto Institucional

La parroquia rural de Zapotal es una población de la provincia de Los Ríos, Ecuador, del cantón Ventanas, con una población de alrededor de 17000 habitantes que fue creada el 12 de octubre de 1852. Entre los retos más difíciles de resolver de poblaciones como la referida parroquia es el envejecimiento, el cual existe en países considerados del primer mundo como en los países subdesarrollados, lo que implica la creación y ejecución de programas sociales que ayuden a que las disminuciones de las funciones cognitivas de los adultos mayores no les dificulten tener una calidad de vida, vivir en plenitud.

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad el deterioro cognitivo carece de un adecuado diagnóstico, por lo cual supone una meta detectarlo antes de la fase inicial, ya que su evolución es gradual. Entre algunas razones de análisis se encuentran eventos de salud, pero en la práctica, la historia clínica bien desarrollada y la evaluación de diferentes esferas mentales son de mucha ayuda actualmente

La función cognitiva se debe al resultado de la actividad de las áreas intelectuales entre las cuales tenemos los pensamientos, percepción, cálculo, orientación, memoria, comprensión y la resolución de problemas. La disminución presente en los adultos mayores es producto del envejecimiento en las funciones cognitivas, puede modificarse dependiendo de las situaciones de vida de la persona.

Entre los desafíos más dificultosos de resolver de una población, además de que está inquietando al mundo en general, es el envejecimiento, el cual existe en países del primer mundo como en las vías de desarrollo o emergentes. El envejecimiento ha ido en aumento desde el siglo XX, debido a que, desde esa época, la población mayor de 65 años ha aumentado en un 15%, dando como resultado un aumento considerable de la aparición de deterioro cognitivo y la demencia.

Por lo anterior, la demencia se vuelve un conculyente para desarrollar dependencia, deterioro funcional y cognitivo en adultos mayores, con obligación para el cuidador primario como un aumento en el riesgo de mortalidad de 2 a 3 veces al compararse con enfermedades que disminuyen la vida

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema General o Básico

- ¿Cuáles son los efectos de la disminución de las funciones cognitivas en la calidad de vida del adulto mayor en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal?

1.4.2. Sub-problemas o Derivados

- ¿Qué situaciones cotidianas pueden ocasionar la disminución de las funciones cognitivas que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor?
- ¿Cómo se desarrolla la intervención profesional con los adultos mayores en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal?
- ¿Cómo favorece un Guía de actividades lúdicas y juegos recreativos en las funciones lúdicas y la calidad de vida los adultos mayores en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto investigativo, se encuentra delimitado de la siguiente manera:

Delimitador espacial: El presente trabajo de investigación se efectuò en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, situada en la parroquia Zapotal, cantón Ventanas, provincia de Los Ríos.

Área: Disminución de las funciones cognitivas

Campo: Calidad de vida del adulto mayor

Línea de investigación de la universidad: Educación y desarrollo social.

Línea de investigación de la facultad: Talento humano educación y docencia.

Línea de investigación de la carrera: Prevención y diagnóstico

Sub-Línea de investigación: Funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar

Delimitador temporal: Esta investigación se efectuará en los años 2019 y 2020

Delimitador demográfico: Los beneficiarios directos de la presente investigación son los adultos mayores, familiares y profesionales del área de la salud mental en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”

1.6. JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores componen uno de los cimientos principales para la sociedad, por lo que es necesario el brindar atención y seguridad a esta población, ya que este grupo de personas pueden presentar diferentes niveles de deterioro cognitivo, cada uno de los cuales perturbarán de diferente manera en su calidad de vida, por lo tanto, van deteriorando o disipando las funciones cognitivas, como son memoria, orientación y lenguaje, que son funciones básicas para su interacción diaria.

Debido a que la población adulta mayor se desarrolla día a día a nivel mundial y, por ende, la prevalencia de demencias, que trae como resultados graves deterioros, tanto en la parte funcional como cognitiva y que ocasiona un gran impacto social, se establece la presente investigación que oriente a valorar sobre lo que está ocurriendo en las diferentes ciudades del país. Para esto se estima provechoso orientarse en los programas para adultos mayores, en los que están más agrupados la mayor parte de ellos, con demencias y con deterioros relacionados a esta enfermedad.

El deterioro cognitivo y consecutivamente la demencia tiene un gran impacto sobre las familias y en la calidad de vida de los pacientes geriátricos de todo el mundo. Debido a los pequeños estudios hallados en materia de demencia, pero sobre todo en relación a su deterioro, se pretendió desarrollar este estudio la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal, programa que brindan asesoría continua a pacientes de este grupo de edad.

Los adultos mayores componen uno de los pilares primordiales para la sociedad, por lo que es preciso el brindar atención y seguridad a esta población. Es por esto que nació el presente proyecto de investigación, significativo por el impacto del deterioro cognitivo sobre la calidad de vida en el adulto mayor, persona sensible por la presencia de múltiples dolencias, señales propias de su edad.

1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo general

- Enunciar los efectos de la disminución de las funciones cognitivas en la calidad de vida del adulto mayor en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

1.7.2. Objetivos específicos

- Examinar las situaciones cotidianas que pueden ocasionar la disminución de las funciones cognitivas que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor
- Investigar el desarrollo de la intervención profesional con los adultos mayores en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal
- Proyectar una Guía de actividades lúdicas y juegos recreativos para el sostenimiento de las funciones lúdicas y la calidad de vida en los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Marco conceptual

Funciones Cognitivas

En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información.

Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas (Barrera, 2017).

Hoy en día, la población de adultos mayores está atravesando un acontecimiento sin precedente debido a que se encuentra en constante aumento, razón por la cual está ganando protagonismo dentro de la sociedad.

Un trastorno de las funciones cognitivas que se evidencia en los adultos mayores, especialmente por una afectación de la memoria, es la demencia. Esta es definida como un estado de deterioro intelectual crónico debido a las diversas lesiones que se pueden presentar en el cerebro, interfiriendo en las actividades diarias en los ámbitos sociales y laborales (Abregú, 2019).

Según la autora, el adulto mayor puede evitar presentar este tipo de trastornos y tener un envejecimiento saludable. Esto se debe a la plasticidad neuronal, la cual es la capacidad que tiene el organismo de compensar las funciones que están en declive.

La aplicación de un programa de estimulación cognitiva en los adultos mayores es relevante en nuestro contexto ya que esto ayudará a aumentar la calidad de vida en esta población, ya que con esto se obtendrían varios beneficios como el mantener su independencia, mejorar diversos procesos cognitivos o actividades diarias, entre otros (Abregú, 2019)

Deterioro cognitivo

Se define como la disminución progresiva de funciones mentales, el cual no llega a una afección grave como para ser llamada demencia.

Afecta tanto a áreas conductuales como psicológicas; tales como memoria, calculo, orientación, juicio, lenguaje, conducta, entre otros; las causas son multifactoriales: edad, depresión, daño traumático cerebral, alcoholismo, accidentes cerebrovasculares, etc. (Ochoa & Ríos, 2017)

La naturaleza y la gravedad del deterioro cognitivo se evidencia mediante una serie de pruebas que deben evaluar los siguientes aspectos: aprendizaje y memoria, atención y orientación, lenguaje, funciones motoras, visoespaciales y ejecutivas, así mismo, las pruebas de cálculo resultan útiles para evaluar a los adultos mayores.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre deterioro circunscrito, en el cual se puede sospechar un fenómeno focal y demencia, en el cual existen déficits más generalizados en la función intelectual, ya que la pérdida de memoria en los pacientes geriátricos obliga a que se envíen a los mismos a realizarse pruebas neuropsicológicas, muchas de las veces a partir de estos exámenes se extrae el diagnóstico de demencia (Ochoa & Ríos, 2017).

Envejecimiento

Según la OMS (2015), *citado por* (Barrera, 2017), el envejecimiento es un proceso fisiológico el mismo que inicia en la concepción, se va generando cambios característicos que se producen durante todo el ciclo de vida, al pasar los años se va produciendo limitaciones en la adaptabilidad del organismo que se relaciona con el medio, estos cambios en su gran mayoría dependen del organismo de cada individuo, ya que no todos sus tejidos van envejeciendo al mismo tiempo.

En el mismo informe, presentado por la OMS, se considera a una persona como adulta mayor a partir de los 65 años de edad. A partir del siglo XX, la natalidad aumento y disminuyo la mortalidad, debido a que se encuentra cura para las infecciones, virus que existían, es por esto que la especie humana puede alcanzar la vida hasta los 70 años de edad, con lo cual contribuye a la presencia de trastornos en la población adulta mayor y la senectud.

Para la autora en reseña, el envejecimiento es un proceso biológico que se experimentar al llegar a una cierta edad en donde empieza los achaques, dolores, complicaciones propios de la edad, y por lo tanto se puede presentar un deterioro, el organismo empieza a perder sus habilidades pero se mantiene la regulación homeostática y metabólica, empiezan a producir cambios irreversibles en las células, tejidos y órganos, se presentan diversas enfermedades entre las cuales podemos mencionar, diabetes, artritis, hipertensión arterial, dependiendo de la calidad de vida ya que no todas las personas experimentan de la misma manera este proceso.

Valdivia (2009), *citado por* (Barrera, 2017), menciona los diferentes tipos de envejecimiento.

- Envejecimiento individual: es un proceso que todo ser humano experimenta, es un ciclo que pasado unos años la persona debe cumplir.

- Envejecimiento poblacional: se trata del número de adultos mayores con respecto a donde habita.
- Envejecimiento psicológico: es el que se basa en los aspectos cognitivos, la personalidad y las estrategias en como la persona maneja el llegar a este proceso Valdivia (2009), *citado por* (Barrera, 2017).

El proceso de envejecimiento

Leiva (2016) recalca que, el proceso de envejecimiento conlleva una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas, sociales y psicológicas que son consecuencia directa del paso del tiempo, e indirecta debido a los efectos producidos por las enfermedades, manifestándose en formas y momentos dispares en cada individuo.

Para el autor citado, el aumento de la esperanza de vida en muchos países desarrollados ha incrementado la incidencia y la prevalencia de enfermedades incapacitantes incluyendo enfermedades mentales, lo cual unido a la evolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen “epidémicas” desde la primera mitad del siglo XXI, lo que aumenta actualmente, el interés investigativo por aquellas enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas afectas.

Este incremento de la población mayor se vislumbraba hace algunos años y ha dado lugar a múltiples estudios orientados a favorecer un envejecimiento saludable que permita prevenir enfermedades y deterioros físicos y psíquicos.

Se trata de un interés completamente lógico puesto que tradicionalmente se ha asociado la vejez con la enfermedad. Sin embargo, la gerontología también tiene en cuenta las diferencias individuales y analiza la forma de conseguir un envejecimiento óptimo o saludable (Leiva, 2016).

En el momento actual se ha generalizado el uso del término DC, definido como aquella situación de alteración en el rendimiento intelectual con respecto al nivel que el individuo tenía previamente, con alteración objetiva de un área cognitiva.

La existencia de diferentes normas operativas en la clasificación diagnóstica ha conllevado una gran heterogeneidad entre los pacientes diagnosticados de DC, dificultando su correcto estudio epidemiológico y su valoración pronóstica (que varía desde la estabilización o mejoría hasta la evolución a una demencia, principalmente de tipo Alzheimer) (Leiva, 2016).

El DC, según Leiva (2016), no sólo es un concepto importante en las investigaciones epidemiológicas y especializadas en el campo de los trastornos cognitivos, sino también es una condición clínica cuya identificación y seguimiento es recomendada en la práctica clínica, propiamente dicha. Se puede considerar como cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aqueje a un adulto mayor, y que suponga compromiso en la realización de las Actividades Cotidianas.

Específicamente, los trastornos de tipo cognitivo suelen afectar las áreas relacionadas con la Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria, Lenguaje y Construcción, prácticamente, todos los procesos psicológicos básicos resultan afectados, siendo el más grave e insidioso, los relacionados con los problemas de Memoria (Leiva, 2016).

Ésta es una de las funciones centrales de la actividad intelectual, base de nuestro conocimiento, y es el primer sistema de procesamiento cognitivo y conceptual que se destruye, y con el resultado más devastador. Los cambios cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución de la velocidad y de la eficiencia del procesamiento intelectual y se observa desde aproximadamente la quinta década de vida y que tiende a acentuarse en décadas ulteriores.

Estos cambios intelectuales pueden reflejar un envejecimiento normal (benigno) o un envejecimiento anormal (demencia); el primero supondría un proceso de “desarrollo” cerebral normal y se relacionaría con los cambios cerebrales típicos de la senectud; el segundo por el contrario sería resultante de cambios atípicos en la histología cerebral (Leiva, 2016).

Factores de riesgo

Pazmiño & Vinueza (2016) refieren que, en los últimos años, múltiples investigaciones han descrito factores que puedan promover o predecir el apareamiento de DCL (deterioro cognitivo leve) en cualquiera de sus subtipos; sin embargo, no está claro si estos factores realmente guardan relación directa con el apareamiento de la enfermedad o son simples predictores de su ocurrencia.

Para estos autores la edad sigue siendo el principal factor de riesgo para el deterioro cognitivo y la demencia, en particular para la enfermedad de Alzheimer. De los múltiples estudios realizados, algunos han establecido dos grandes grupos de factores en el desarrollo del DCL.

Género: existe diversidad de criterios sobre la asociación de DCL y género; sin embargo, algunos hallazgos recientes apuntan hacia una posible asociación con el sexo masculino (Langa & Levine, 2014) (Roberts et al., 2012), *citado por* (Pazmiño & Vinueza, 2016).

Factores genéticos: sobre todo asociados más con demencia tipo Alzheimer, sigue un patrón de herencia autosómica dominante asociado con mutación en genes codificadores de la proteína beta-amiloide (A β).

Factores de riesgo cardiometabólicos: Los factores de riesgo cardiovascular están asociados con deterioro cognitivo y demencia, así como a la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular (Pazmiño & Vinueza, 2016).

Hipertensión: Existe controversia sobre si la presión arterial tiene relación con el deterioro cognitivo. Estudios longitudinales han encontrado que el riesgo de demencia y deterioro cognitivo está asociado con la presión arterial tanto alta como baja.

Fumadores: Los estudios recientes han demostrado que el tabaquismo es un factor de riesgo modificable para desarrollo de demencia en adultos mayores.

Estilos de vida: Las actividades físicas, sociales y cognitivas sostenidas pueden contribuir a aplazar o prevenir el DCL, por lo que se justifican estudios prospectivos para investigar el efecto combinado, así como la contribución individual de cada uno de estos factores (Petersen et al., 2014), *citado por* (Pazmiño & Vinueza, 2016).

Quejas de disminución de la memoria son frecuentes en pacientes con DCL sobre todo de tipo amnésico, se piensa que estas quejas serían un criterio insensible y no específico ya que las dificultades con ciertos aspectos de la memoria como recordar nombres son reportados en pacientes ancianos sin deterioro cognitivo.

En el ámbito social se debe alentar y facilitar interacción social, discutir el plan de vida, proveer recursos comunitarios para pacientes y sus cuidadores, en la que se debe tener en cuenta discutir sobre la seguridad en el hogar, informar con evidencia actual el pronóstico del DCL (Pazmiño & Vinueza, 2016).

La importancia de conocer “lo esperado para la edad” en la evaluación cognitiva del adulto mayor

Guevara (2016) asevera que, el envejecimiento humano se caracteriza por ser un proceso fisiológico universal, progresivo y heterogéneo que provoca una declinación en todos los sistemas, funciones y órganos. A medida que se incrementa la expectativa de vida de las personas, surge un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades, entre ellas la demencia.

Los diferentes gobiernos han debido crear estrategias, modificando sus políticas públicas, para brindar una mejor prestación en salud y de calidad de vida a los adultos mayores, dentro de esto último, se ha masificado la aplicación de instrumentos de tamizaje cognitivo como el Minimental en los diferentes niveles de atención de salud (Guevara, 2016).

Ellos pueden, en aproximadamente 10 minutos, entregar una visión general del rendimiento neuropsicológico de la persona que consulta clasificándola de acuerdo al puntaje obtenido en el rango de la normalidad, de deterioro cognitivo o con sospecha de demencia.

Además, según el autor, es imperioso que los profesionales que evalúen a las personas que consulten por problemas de memoria o que asistan a una evaluación cognitiva, conozcan el funcionamiento considerado normal en la tercera edad, como el olvido benigno, caracterizado por no lograr recordar algún evento o información que al poco tiempo se puede evocar

Sumado a lo anterior, el sistema nervioso central también envejece, produciendo una disminución del volumen cerebral y de su peso, reduciéndose tanto la materia gris, debido a la muerte neuronal, como la materia blanca, a raíz del deterioro paulatino que ocurre en la vaina de mielina (Guevara, 2016).

Lo anterior descrito por Guevara (2016) origina un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, lo que podría causar una merma en el resto de las habilidades cognitivas; disminución en la atención selectiva y dividida; declinación en la memoria declarativa, en donde la memoria episódica muestra un deterioro más temprano que la semántica, la cual se mantiene hasta muy avanzada edad, cambios que podrían ser explicados por una menor velocidad de procesamiento, una reducida habilidad para ignorar estímulos irrelevantes y a la declinación en el uso de estrategias para mejorar los procesos de aprendizaje y memoria.

A nivel lingüístico, se produce un declive en la nominación por confrontación visual y en la fluencia verbal.

Por lo antepuesto, se deben considerar las dificultades cognitivas que podría presentar de base el adulto mayor, de acuerdo a su edad, y que no debiesen estimarse siempre como patológicas, ya que del mismo modo, se invita a ampliar más la mirada en torno a una evaluación más integral, centrándose en la persona y no sólo en el puntaje arrojado por un instrumento cognitivo (Guevara, 2016).

Deterioro cognitivo en el adulto mayor

Según la Organización de las Naciones Unidas, *citado por* (Benavides, 2017), en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas.

El crecimiento de la población de adultos mayores implica necesariamente realizar cambios sociales, económicos y políticos y parte de esos cambios recaen de manera importante en el sistema de salud, algunos no necesariamente requieren grandes inversiones en tecnología y dinero, sino un mayor énfasis en la prevención de patologías propias del adulto mayor y del manejo primario del concepto de anciano sano;

Dichos cambios están relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, el cual es difícil de definir porque las asociaciones de la función cognitiva y la edad no son necesariamente lineales, además de tener múltiples influencias como las relacionadas con el estado de salud y el tipo de función cognitiva evaluada (Benavides, 2017).

Para la autora en cuestión, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir

las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error.

La Agencia para el Cuidado en Salud, Investigación y Calidad en Estados Unidos, *citado por* (Benavides, 2017), realizó un reporte basado en búsqueda de la literatura, encontrando que existen múltiples pruebas que permiten iniciar la evaluación cognitiva de los pacientes, como por ejemplo el minimal, el test mental abreviado, test del dibujo del reloj, si el resultado de la evaluación es positivo no implica un diagnóstico de demencia, indican la necesidad de iniciar una evaluación más completa para reconocer el estado del paciente y así tener un diagnóstico.

Por lo anterior, según Benavides (2017), además de la valoración cognitiva por exámenes escritos y verbales, pruebas diagnósticas se están usando para la predicción y evaluación de los pacientes con alteración cognitiva o que tienen riesgo de presentarla.

Etiología del deterioro cognitivo

Barrera (2017) destaca que el deterioro cognitivo se presenta debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación.

La autora enfatiza que por la presencia de factores cerebrovasculares e inflamatorios puede presentarse el deterioro cognitivo, con el pasar de los años se van deteriorando las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender, la capacidad que aún se sigue conservando es la verbal.

Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial

con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos (Benedit, 2002), *citado por* (Barrera, 2017).

El deterioro cognitivo va apareciendo cuando las neuronas (células nerviosas) van perdiendo su capacidad de funcionamiento y la conexión existente con otras células, es un proceso normal causado con el envejecimiento. Barrera (2017) describe que los estudios realizados sobre neuroimagen muestran que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza prefrontal lateral, permitiendo que se modifique las capacidades ejecutivas como son la concentración y la atención.

En el deterioro cognitivo interviene la acetilcolina, un neurotransmisor que interviene en el proceso de la memoria, el inhibidor de este neurotransmisor es la enzima (acetilcolinesterasa), la misma que realiza la función de la degradación de la acetilcolina, por lo que luego se produce déficit en la neurotransmisión debido al deterioro cognitivo, esto puede producir una enfermedad vascular en el cerebro, como es la enfermedad de Alzheimer (Barrera, 2017).

Declive cognitivo en el envejecimiento

Leiva (2016) resume que, de la literatura actual surgen muchos conceptos relacionados con el DC, algunos autores lo catalogan desde su inicio como deterioro producido por la demencia, no haciendo referencia a ninguna enfermedad en particular, sino que hace hincapié a un conjunto de signos y síntomas relacionados con la disminución de la capacidad mental.

El trastorno cognitivo en su forma leve fue introducido como un nuevo concepto en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y de Comportamiento en 1993, *citado por* (Leiva, 2016); este desorden puede preceder, acompañar o seguir a una amplia variedad de trastornos físicos e infecciosos.

Una de las principales razones para su inclusión es obtener una evidencia más allá que permita su diferenciación de trastornos como la demencia, el síndrome amnésico orgánico, el delirium y otros desordenes.

En referencia al estado cognitivo de una persona durante el proceso de envejecimiento, existen variedades de estereotipos que relacionan la disminución cognitiva con la edad, sugiriendo que, con el paso del tiempo, las personas mayores son más lentas cuando realizan las tareas y poseen peor memoria que cuando eran jóvenes, sin embargo, otros estereotipos señalan que con la edad mejoran los conocimientos y la sabiduría para resolver cuestiones y dar solución a distintos dilemas (Leiva, 2016).

El declive cognitivo tiene sus mayores manifestaciones cuando el proceso del envejecimiento progresa en el tiempo, por lo que estas manifestaciones en ocasiones son de gran impacto como consecuencia de las pérdidas sufridas por la edad, pero que estas se moderan cuando el ambiente familiar es adecuado. El declive cognitivo está formado por unos mecanismos que explican el funcionamiento cognitivo en diferentes edades:

1. La velocidad con que se procesa la información.
2. El funcionamiento de la memoria operativa.
3. La función inhibitoria.
4. El funcionamiento sensorial (Leiva, 2016).

Sin embargo, como saben bien los profesionales en gerontología, hay en la vejez una gran amplitud y variabilidad en el funcionamiento cognitivo. En relación con la variabilidad interindividual, ni las consecuencias del paso del tiempo son iguales para todos, ni todas las funciones cognitivas disminuyen por igual.

Con independencia de que parece innegable que el rendimiento cognitivo disminuye durante la vejez, existe una amplia diversidad que está influya probablemente por la acumulación de diferencias biológicas y de experiencia en cada individuo en el contexto que se desenvuelve (Leiva, 2016).

Además, se ha comprobado que los cambios no afectan de manera homogénea a todas las funciones; por ejemplo, se constata una disminución más tardía en el rendimiento en pruebas verbales que en algunos aspectos de la memoria. Estos déficits interfieren, además en la realización de las actividades cotidianas, en el trabajo y otras actividades sociales.

A estos criterios diagnósticos se acompañan con frecuencia numerosos síntomas no cognitivos, como son los trastornos emocionales y los conductuales, por lo que la existencia de diferentes patrones de envejecimiento remarca la importancia de las investigaciones centradas en los factores que pueden estar interviniendo en el desarrollo de un envejecimiento saludable o patológico (Leiva, 2016).

Evaluación del deterioro cognitivo

Ochoa & Ríos (2017) subrayan que, la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia deben centrarse en una adecuada historia clínica valorando aquellos cambios funcionales y cognitivos que haya presentado el paciente en los últimos meses o años, los antecedentes previos, la información de la familia, la evaluación neuropsicológica, funcional y neuropsiquiátrica, así como la revisión neurológica y exámenes complementarios.

El proceso de evaluación empieza con el registro de quejas de memoria por parte del paciente, las mismas que para que tengan mayor importancia deben ser corroboradas por un familiar o un informador; posteriormente se realizarán pruebas de detección o cribaje (Ochoa & Ríos, 2017).

Entre las personas más afectadas por el deterioro cognitivo, están los adultos mayores, los mismos que conllevan su vida con enfermedades crónicas, infecciosas, procesos

neoplásicos o degenerativos que además también conllevan a un deterioro cognitivo y a su mismo avance. Con todo esto, para los autores citados, es muy importante tener mejores cuidados de los adultos mayores tanto en el tratamiento como en la prevención de enfermedades, ya que, una mejor calidad de vida y un adecuado ambiente podrían reducir complicaciones y avances a una demencia.

Dentro del deterioro cognitivo, se encuentran en estudio varios factores por los cuales se da un aumento de la incidencia del mismo, englobando algunos de ellos y tomándolos como uno solo, determinando que son factores asociados para el deterioro cognitivo; factores tanto ambientales, genéticos, estilo de vida o características de la persona (Ochoa & Ríos, 2017).

Alteración cognitiva postoperatoria

Benavides (2017) coincide en que, la delicada relación que conserva la función cerebral de forma normal en el anciano sano o que mantiene estable un estado cognitivo de deterioro moderado, puede romperse por eventos que generan estrés tanto físico como psicológico; la disfunción cognitiva postoperatoria se ha caracterizado por un estado de conciencia normal, con cambios en la cognición generalmente manifestados por la presencia de una o más de las siguientes manifestaciones: alteración de la memoria, concentración, comprensión del lenguaje, pensamiento abstracto o integración social.

No se puede atribuir a la cirugía o a la anestesia un efecto directo sobre la aparición de las alteraciones cognitivas postoperatorias, esto por los múltiples factores asociados que no tienen relación a un evento quirúrgico como por ejemplo el nivel educativo de los pacientes (Benavides, 2017).

La autora asevera que, el déficit cognitivo al ser una patología multifactorial, con una gran influencia de factores sociales y ambientales en su etiología, no puede ser manejado tan sólo con un enfoque clínico-farmacológico, se requieren políticas públicas de salud que

evalúen al paciente mayor de forma integral, permitiendo una detección temprana del déficit neurológico y los síndromes geriátricos relacionados con el deterioro de la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud desde el 2010, *citado por* (Benavides, 2017), ha estado apoyando e implementando políticas de manejo de la demencia y las alteraciones cognitivas. Por otra parte, aunque sean entidades diferentes, el deterioro cognitivo postoperatorio en su manejo es muy similar al de la prevención del deterioro cognitivo;

se requiere una evaluación integral y un manejo perioperatorio de los pacientes adultos mayores, con grupos de médicos tratantes, geriatras, anestesiólogos, cirujanos, terapeutas y enfermeras especializadas para poder realizar un plan de manejo quirúrgico y hospitalario acorde a las necesidades, patologías y expectativas del paciente y la familia, así mismo, si existe deterioro, evaluar el efecto de la patología cognitiva sobre la toma de decisiones y su validez desde el punto de vista legal (Benavides, 2017).

La autora citada alega que, el déficit cognitivo es un síndrome neurológico que se acompaña de enorme inversión económica y social, es poco lo que se puede lograr en prevención y manejo sin políticas de salud pública enfocadas en mejorar las condiciones en la calidad de vida de la población en general y del paciente geriátrico en particular, empezando por los niveles educativos que claramente están relacionados con la presentación de esta patología en el preoperatorio y postoperatorio.

A nivel quirúrgico la evaluación perioperatoria multidisciplinaria y el manejo anestésico con medidas básicas de neuroprotección si bien no aseguran que no se presente el síndrome por lo menos permiten la optimización de algunos factores que pueden contribuir al desarrollo del mismo y permiten desarrollar planes de manejo que eviten el empeoramiento de la alteración cognitiva preoperatoria o la aparición definitiva de la alteración en el postoperatorio de los pacientes (Benavides, 2017).

Enfermedades crónicas degenerativas en el envejecimiento

Leiva (2016) establece que, en relación a las enfermedades crónicas presentes en las personas mayores, se destaca en principio las relacionadas con el riesgo vascular, y asociadas a la función cerebral que presentan en la actualidad una prevalencia elevada y un crecimiento exponencial, pudiendo originar alteración a nivel cognitivo. Los trastornos cognitivos, como expresión avanzada del deterioro en las funciones cerebrales, están asociados entre otras a la enfermedad vascular.

Es sabido que las arterias cerebrales, tanto como las coronarias, son vulnerables a la presencia de los factores de riesgo como, la hipertensión, la dislipemia o la diabetes.

Así, la isquemia generada por el sufrimiento vascular crónico del cerebro puede, de por sí, ser causa de compromiso cognitivo-conductual, sin embargo, según progresa la enfermedad, el daño del cerebro parece cursar con períodos subclínicos más prolongados en el longevo (Leiva, 2016).

Hay estudios, según el autor, que indican que la hipertensión arterial estará presente en los países en vía de desarrollo, por el aumento de la esperanza de vida y determinado por los estilos de vida. Otros estudios indican la reducción de la incidencia y prevalencia de DC, ante una intervención temprana sobre el control de la tensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular.

Otro aspecto a tener en cuenta como factor de riesgo para el daño cerebral, es el consumo de tabaco, el ser fumador multiplica el riesgo de alteraciones cognitivas, especialmente en hombres, relacionándose con la aparición de enfermedad cerebrovascular y la aterosclerosis (Leiva, 2016).

Para el autor en referencia, hay estudios de demuestran que personas mayores que son fumadores tienen la posibilidad de aparición de enfermedades cerebrales, esta posibilidad es

mayor que en aquellos que no han fumado nunca, además, no se puede dejar atrás las enfermedades mentales, las cuales suponen un gran problema de salud pública.

En el caso de la salud mental, en este colectivo, se complica por la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de trastornos mentales y más específicamente en el área afectiva, tal como el padecimiento de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos, por lo que, estas entidades suelen cursar enmascaradas en personas mayores y muchas veces solapadas con los frecuentes problemas físicos o funcionales (Leiva, 2016).

El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor

Sánchez & Pérez (2013) afirman que, hay que reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de validismo, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. La sociedad necesita adultos mayores sanos, los profesionales de la Atención Primaria de Salud tiene la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor.

La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual se fija, retiene y reproduce todo aquello que estuvo una vez en la conciencia, haciendo uso posterior de la experiencia, por ello, los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos sensorceptuales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia (Sánchez & Pérez, 2013).

En su clasificación, según Sánchez & Pérez (2013), se puede distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.

1. Alerta: es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante. Existen 2 tipos:
 - Alerta tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite una respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa.
 - Alerta física: es la capacidad de activación que se encarga de prepararnos psicológicamente para la acción. Nos predispone para orientarnos mediante un control voluntario.
2. Atención selectiva: es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.
3. Atención sostenida: es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distractibilidad. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.
4. Atención dividida: es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental (Sánchez & Pérez, 2013).

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. Para los autores citados, se considera muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes

estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

En los procesos demenciales la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la enfermedad avanza, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza (Sánchez & Pérez, 2013).

En pacientes con deterioro cognitivo identificado, el propósito será rehabilitatorio, y comprenderá sesiones de estimulación de la atención, en las cuales se le pedirá al paciente que fije su atención en el entorno, para que después describa objetos y aspectos de este; que mantenga su atención en señales determinadas, después de lo cual se le pedirá que realice acciones orientadas; que ejecute operaciones sencillas y automáticas, que después se le pedirá que realice en orden inverso; y se le estimulará a que ponga su atención en recuerdos agradables.

Al considerar el funcionamiento intelectual en la vejez, no se puede olvidar que los límites que intenten establecerse están muy relacionados con el déficit y los cambios que en esta etapa de la vida se producen en el funcionamiento de los órganos de los sentidos, ya que dichas transformaciones van a influir en la percepción del adulto mayor (Sánchez & Pérez, 2013).

Garantía de calidad de vida

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas, por lo que existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida (Aponte, 2015).

Entornos Saludables

La meta de un sistema de salud en cuanto a la salud y el bienestar de las personas mayores debe dirigirse a expandir al máximo su potencial de vida promoviendo que esto sea con autonomía, con la mejor función física, mental y social posible, debiendo garantizarse la atención integral a estas personas, incluyendo las necesidades de aquellas más vulnerables (Solano, 2015).

¿Por qué hablar de adultos mayores?

Solano (2015) describe que adulto mayor, es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad, considerándose que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos, por lo tanto, el adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.

Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización, ya que en algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles” (Solano, 2015).

Daños que en determinados momentos se convierte en uno de los problemas sociales y de salud cuando suceden actos de maltrato y abandono que pone en peligro la integridad física del anciano o también se pone en peligro su integridad psicológica y los principios de autonomía o los derechos fundamentales del individuo.

Se define al adulto mayor como la persona adulta en plenitud de su tercera edad; personas adultas mayores y ancianos son vocablos que se refieren a lo mismo, aunque

el término ha evolucionado para dignificar a los ancianos superando referencias estigmatizadas y excluyentes, por lo que se considera adulto mayor a toda persona de 65 años o más de cualquier sexo, raza religión, color, posición económica y social (Solano, 2015).

La autora además refiere que, se considera que los adultos mayores se encuentran entre los grupos vulnerables de la sociedad, lo que difiere es el momento histórico político en que se han nombrado como viejos, ancianos, personas de edad avanzada, personas mayores o adultos mayores, ya que referirse a estas personas, es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales.

El acelerado envejecimiento poblacional obliga a que la ciudadanía y el Estado se empoderen de este tema. Quienes ahora tienen entre 20 y 30 años serán los nuevos adultos mayores en 2050 y sobrepasarán en gran medida a los habitantes de menor edad.

Por esta razón deben planificar desde ahora su futuro, por lo que la tendencia en otros países latinoamericanos, como Uruguay y Argentina, es pasar de las políticas de la vejez, dirigidas a asistir la dependencia, a normas que favorezcan una ancianidad digna, con buena salud, derechos, inclusión y participación (Solano, 2015).

Para la autora en referencia, todos, hombres y mujeres, quieren que sus vidas sean lo más duradera en este mundo. Vivir más años es el ideal y para este propósito han contribuido los adelantos de la medicina, tecnología, el control de los nacimientos y una mejor calidad de vida. Paradójicamente, llegar y ser un viejo o vieja no motiva el mismo entusiasmo en relación a otras etapas de la vida.

La concepción de la vejez en estos tiempos se asocia con la enfermedad, la dependencia, la soledad, la muerte, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de estatus, ya que una vida totalmente negativa y contrapuesta a todos los valores

considerados positivos como la juventud, trabajo y bonanza económica; desde esta perspectiva, el envejecer aparentemente iría en contra de la “felicidad” (Solano, 2015).

La alternativa a esta realidad, según Solano (2015), es diseñar y resolver proyectos de vida más amplios en los que tengan cabida diferentes concepciones de los valores y de la propia vida, para satisfacer aspiraciones y necesidades del adulto mayor. En este sentido los espacios de encuentro, esparcimiento y recreación de los jubilados del Seguro Social, Fuerzas Armadas, Policía y los que llevan adelante los municipios son una alternativa positiva para los actuales y futuros adultos mayores.

Es importante comprender que el proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas, por lo que las diferencias están marcadas según el género, el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, el estilo de vida, entre otros aspectos.

No envejece de igual forma una persona que vive en el campo en relación a una que vive en la ciudad, por lo que frente a esta realidad el desafío es poder llegar a la diversidad de expresiones que implican la vejez y el envejecimiento y que las políticas públicas atiendan a esa diversidad (Solano, 2015).

Los retos de la longevidad son varios: mantener y aumentar la independencia de los adultos mayores, prevenir la aparición de la dependencia, asegurar una vejez con buena salud, fomentar espacios de participación, inclusión y reinserción laboral.

En este sentido, la tendencia es pasar de las políticas de la vejez, dirigidas a asistir la dependencia, a las políticas del envejecimiento, dirigidas a favorecer una vejez con buena salud, sin dejar de tener en cuenta la importancia de lo mencionado anteriormente (Solano, 2015).

Calidad de vida en el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal vivenciado en su fase vital por la persona, pasa de ser una persona con todas sus facultades a plenitud, a experimentar poco a poco deterioro en sus capacidades y funciones, se evidencia la calidad de vida en la manera de satisfacer sus necesidades (Barrera, 2017).

La calidad de vida varía dependiendo de las condiciones de desarrollo de los procesos vitales, a su vez se refiere a como se encuentra económicamente, al nivel social, permitiendo que las personas adultas se conviertan en miembros activos de las diferentes actividades en las cuales se les puede incluir. Además, el envejecimiento implica el presentar dificultades a nivel físico y psicológico.

Para Barrera (2017), el impacto que recibe el adulto mayor y ejerce influencia en la calidad de vida es su jubilación, que simboliza el retirarse de su vida activa y la pérdida de un status, es esencial buscar nuevas amistades y actividades para realizar, para que el adulto mayor no sufra de frustraciones y con el pasar el tiempo se convierta en patologías. Es por lo tanto indispensable poner mucho énfasis en este acontecimiento experimentado en los adultos mayores, la parte espiritual ejerce un rol vital lo cual hace sentir un bienestar en la calidad de vida del adulto mayor.

El término calidad de vida relacionado con la salud aparece recientemente en la década de los 90, aumentando en la actualidad por diversos factores que pone en riesgo la calidad de vida como la tecnología que avanza a pasos gigantescos, produciendo un deterioro en la salud, derivando al final en que la atención se la realiza únicamente a nivel tecnológico y no en sus emociones y pensamientos (Barrera, 2017).

La calidad en el proceso de salud, se presenta diferentes enfermedades, trastornos que requieren un tratamiento específico, por lo cual influye la condición de la persona para afrontar su recuperación de las enfermedades y trastornos padecidos.

Las aportaciones realizadas en el modelo biomédico consideran las enfermedades y el estado de salud en el paciente que dependen en gran parte del estado de ánimo y los mecanismos para afrontar la enfermedad, esto es esencial en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (Barrera, 2017).

Factores psicosociales determinantes en la calidad de vida relacionada con la salud

Para Barrera (2017), los estilos de vida son aquellos en los cuales se evidencia una interrelación a nivel material, social e ideológico. A nivel material es aquello que se relaciona con la alimentación, vestido y vivienda. En el nivel social: se relación con la vida familiar, y los grupos en los cuales forma parte, brindan ayuda y todos aquellos organismos que sean soporte para que la persona no sienta un declive en su calidad de vida.

Se dedican a fomentar el bienestar psicosocial, se incluye el campo biomédico, esto se interesa en la esperanza de vida presente en la persona frente a las diferentes enfermedades que se pueden presentar en el transcurso de la vida, ejerce influencia sus creencias a nivel religioso, con lo cual ayuda a mejorar su salud (Barrera, 2017).

La esperanza de vida y la voluntad de vivir, según la autora en cuestión, es lo indispensable para la recuperación de la persona, además ejerce una fuerte presión los procesos por los cuales ha pasado la persona ya sea positivos o negativos, la calidad de vida en una persona que sufre de una enfermedad es el resultado del tipo de enfermedad presente y como fue percibido desde el inicio de la enfermedad.

Es así que el estilo de vida saludable puede presentar una lista en el comportamiento, y esto pueda apoyar a prevenir desajustes biopsicosociales-espirituales.

Barrera (2017), destaca que los factores que protegen los estilos de vida saludable son:

1. Es el mantener un plan y objetivos de vida

2. Mantener un concepto de sí mismo
3. Mantener una integración tanto en lo social como en lo familiar.
4. Estar satisfecho con la vida.
5. Controlar los factores que pueden poner en riesgo nuestra calidad de vida.
6. Actividades de ocio, en las cuales la persona se distrae y mantenga una actitud positiva.
7. Acceso a todo tipo de programas que brinden bienestar al sujeto.

En los adultos mayores el bienestar es poder disfrutar una buena salud tanto física como mental, el interactuar, participar en los diferentes eventos que se realiza para los adultos mayores, es vital que brinde apoyo la familia, lo que favorece para que los adultos mayores tengan una calidad de vida excelente, el estar satisfecho con su vida, y las complicaciones que implican el estar en esta edad (Barrera, 2017).

Calidad de vida en adultos mayores

Soto, Núñez, & Romero (2013) destacan que, la etapa de envejecimiento es muchas veces concebida como una etapa de pérdidas, enfermedad e inactividad. Si bien es cierto en el envejecimiento se produce una reducción en ciertos aspectos de la vida mental y física; no es menos cierto que la gente mayor puede desarrollar mayores habilidades en ciertos componentes de estas (Dixon, 2002) *citado por* (Soto, Núñez, & Romero, 2013).

Los problemas surgen cuando los adultos interiorizan estos estereotipos asociados a pérdida generando una “desesperanza” en un futuro cercano, menoscabando su capacidad física, mental y social. Es por eso que en estos últimos años surge la necesidad de plantear estrategias que tiendan a que este grupo etáreo tenga un envejecimiento activo y/o

satisfactorio, el cual les permita seguir desarrollándose tanto desde un punto de vista humano como social.

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza al envejecimiento satisfactorio como “el proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad en orden de mejorar la calidad de vida de las personas según envejecen” (United Nations, 2013) *citado por* (Soto, Núñez, & Romero, 2013).

Según los autores, esta concepción pretende darle un papel central a la actividad en el proceso de envejecimiento, entendiéndose a esta como la búsqueda constante de oportunidades de actuación mental y física; pero además lo analiza desde una perspectiva no solo personal sino también social y cultural.

En general los sujetos valoran muy bien su calidad de vida, es decir muestran indicadores claros de experimentar un proceso de envejecimiento satisfactorio. Por otra parte, parece claro que las mujeres, el mayor nivel de instrucción y los mayores ingresos económicos se asocian a una valoración mayor de la calidad de vida y por lo tanto con mayores indicadores de envejecimiento satisfactorio (Soto, Núñez, & Romero, 2013).

Por otra parte, en cuanto a la satisfacción con su estado de salud aquellos sujetos que valoran su calidad de vida, en general, se sienten no estar completamente satisfechos con su estado de salud, por lo que pueden llegar a sentirse deprimidos, tristes o nerviosos, desprendiéndose de esta teoría, que los sujetos con evaluaciones más altas de calidad vida se muestran más integrados socialmente (Soto, Núñez, & Romero, 2013).

Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor

Los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e

influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

Con la pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir, y aparece así el término «discapacidad»

Según los autores citados, las discapacidades se operacionalizan en funciones principales como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. Se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella.

Según otras investigaciones de adultos mayores se centran en evaluar la funcionalidad y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en el adulto mayor con patologías incapacitantes; aunque se reconoce que no todos los adultos mayores presentan este tipo de padecimientos, hay quienes cuentan con un nivel de salud que no incapacita y solo presentan el deterioro propio de la edad (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

Así, como se ha señalado por parte de los autores, la calidad de vida está altamente vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia.

En una sociedad en la que los hábitos, las conductas y las prácticas cotidianas están desgastando a la población desde edades muy precoces y donde prevalece la enfermedad sobre la salud, los resultados de esta investigación evidencian que adultos mayores que transitan entre los 60 y los 70 años, con condiciones básicas de subsistencia aseguradas, no presentan aún patologías incapacitantes o niveles altos o moderados de dependencia (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

Esto resalta el papel de la enfermera y el médico como agentes promotores para la mejora de la calidad de la salud desde poblaciones jóvenes que permitan que estos comprendan que es posible tener un estado de salud favorable como adulto mayor si se cuida esta lo mejor posible.

En este sentido, resulta relevante continuar investigando en el tema del adulto mayor en otros grupos de mayor edad, es decir, arriba de los 70 años; de la misma manera es importante reconocer claramente qué condiciones de vida prevalecieron en aquellos que no son independientes, tienen patologías incapacitantes o bien no tuvieron adecuados estilos de vida (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que, a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor.

Fomentar el autocuidado y los hábitos saludables en la población joven garantiza la calidad de vida del adulto mayor, en donde el profesional de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción a la salud en la población joven y, por supuesto, en la que llega a los 60 años de edad y más (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

Es necesario fortalecer y fomentar en el adulto mayor, mediante la educación e intervenciones, las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso.

A pesar de que el adulto mayor tenga un buen nivel de independencia, refleja por lo general, que es necesario asegurar la protección de los mismos de manera tal que se conserve en la medida de lo posible dicho estado, sobre todo porque esta etapa de la vida los hace susceptible de perder, ante cualquier cambio en sus hábitos y actividades cotidianas, la situación de salud que poseen (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

Calidad de vida en la tercera edad

Para Aponte (2015), el hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico, además de que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique.

El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado.

De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, por lo que bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa (Aponte, 2015).

Por otro lado, la autora subraya que no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas (Aponte, 2015).

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

Bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar (Prado, 2010) *citado por* (Aponte, 2015)

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, ya que posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos y es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, que incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva (Aponte, 2015).

Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores

Cardona, Giraldo, & Maya (2016) sostienen que, en la actualidad los cambios demográficos y epidemiológicos, la propagación de enfermedades y el aumento de la esperanza de vida, han derivado en un interés creciente por la calidad de vida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *citado por* (Cardona, Giraldo, & Maya, 2016), la calidad de vida obedece a la percepción que

las personas tienen sobre situaciones de su cotidianidad, determinadas por el contexto cultural en el que viven y relacionadas con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes

La evaluación de la CVRS toma gran relevancia en todo tipo de población, pero el mayor interés ha estado en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que estas presentan un mayor deterioro de las dimensiones de la CVRS e implican un mayor costo sanitario, en este contexto, los adultos mayores constituyen un grupo de gran interés para evaluar este tema.

Algunos autores han definido la CVRS del adulto mayor como la interacción de condiciones propias de la existencia humana como la vivienda, el vestido, la alimentación, la educación y las libertades humanas, con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial (Cardona, Giraldo, & Maya, 2016).

En conjunción con lo anterior, para los autores en referencia, la investigación en la CVRS del adulto mayor es relevante por las transformaciones políticas, económicas y del sector salud que han aumentado la longevidad, pero no han posibilitado el mejoramiento de la calidad de vida, a lo que se suma la necesidad de focalizar las acciones en salud, dado que los adultos mayores presentan perfiles de vulnerabilidad diferenciales.

Por otra parte, entre los factores asociados aquellos que presentan el mayor potencial predictor de la CVRS son el nivel educativo, el estado civil, la satisfacción con el apoyo familiar y la ausencia de hospitalización en la salud física;

en la salud psicológica la edad, la zona de residencia, el estado civil, el nivel educativo, la satisfacción económica y familiar, y la ausencia de enfermedades; en las relaciones sociales la edad, el estado civil, las relaciones familiares, la satisfacción con el apoyo familiar y el consumo de marihuana, y en el dominio de ambiente la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar, la ausencia de enfermedad, el sexo y el consumo de tabaco (Cardona, Giraldo, & Maya, 2016).

Los potenciales predictores de la CVRS descritos, sumados a las demás características que, según estudios previos, mejoran el bienestar de esta población, resultan relevantes para investigadores y clínicos interesados en la atención holística de la salud y CVRS del adulto mayor.

La adultez mayor no debe tomarse como una etapa de indefectible dependencia y deterioro de la CVRS dado que la diversidad de factores asociados con la calidad de vida evidencia la necesidad de realizar estudios en cada contexto como base para la planeación sanitaria, la evaluación en salud y la formulación de acciones posteriores (Cardona, Giraldo, & Maya, 2016).

Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores

Herazo, y otros (2017) señalan que, existe un incremento creciente del grupo de personas mayores de 60 años, siendo significativo en las últimas dos décadas; este crecimiento poblacional continuará en gran medida en los países en desarrollo, estimándose para el año 2025 un ascenso del 18,6% para la región de las Américas

A partir de una visión multifactorial, los entornos sociales influyen de manera positiva o negativa en el proceso de envejecimiento, de este modo, el lugar de residencia del adulto mayor, en una institución para personas mayores de edad o su hogar, puede explicar las diferencias en la capacidad funcional y percepción de calidad de vida (Herazo, y otros, 2017).

Respecto a los niveles de actividad física en la población adulta, se destaca que se da una relación positiva en ser un residente de una institución para adultos mayores (condición de institucionalizado) y tener bajo nivel de actividad física; lo cual es posible explicar a partir de la adopción de estilos de vida sedentarios en la medida que se envejece, lo cual genera pérdida de capacidades, habilidades y destrezas físicas

Es posible decir que, según los autores, el ambiente de institucionalización se convierte en un factor determinante para la dependencia, lo cual es explicado por los bajos niveles de funcionalidad, si se comparan con los que viven en su residencia familiar, por lo que, aunque las capacidades físicas involucionan conforme avanza la edad, aspectos como la resistencia y la fuerza lo hacen con menor velocidad siendo las cualidades más afectadas la flexibilidad, agilidad y equilibrio;

No obstante, la pérdida de todas ellas a diferentes edades confirmando lo que la evidencia científica ha afirmado, de esta manera, se puede orientar el desarrollo de la atención en los servicios existentes en los hogares y centros de vida con el fin de mejorar la salud y el bienestar en la población abordada (Herazo, y otros, 2017).

Consecuencia del abandono del adulto mayor

“El origen de la soledad es estar solo, por el anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno perfecto de ansiedades paranoides y depresivos, por lo que en los Adultos Mayores, es una realidad que vive dentro de la sociedad, por diferentes causas y factores que rodea (Solano, 2015).

Los mayores se sienten solos ya que sus familiares han migrado al sector urbano simplemente las visitas de los hijos y familiares son temporadas, o en los feriados, frente a esta situación aquel Adulto Mayor que vive en el sector rural se siente solo y aislado, por ende, la vejez es uno de esos momentos más difíciles que toca experimentar.

La soledad, a menudo, se vive como una enfermedad; La soledad-enfermedad toma el aspecto de gran número de enfermedades, digestivas, cardíacas, ginecológicas etc.

La soledad no se experimenta de igual manera en todos los momentos, son los momentos de la noche experimenta la soledad, la mayoría de la muerte de los Adultos Mayores sucede en la noche, probablemente puede ser por la soledad (Solano, 2015).

Para la autora en alusión, “con el paso de los años también se agudizan las dolencias físicas, el cuerpo ya no es el de antes y requiere de más atenciones, la salud se deteriora, es así que con la vejez puede empezar a deprimirse y limitar sus vínculos sociales, por lo que las consecuencias psicológicas de la soledad en el adulto mayor pueden llevarlo desde el aislamiento hasta la psicosis. Pueden empezar a confundir los nombres y rostros de las personas, así como los lugares donde se encuentran. Surgen enfermedades como el Alzheimer, demencia senil, mal de Parkinson, entre otros.

Es sumamente preocupante por esta situación en la que están viviendo este grupo vulnerable. Por ello es importante la ayuda y apoyo de los familiares y los hijos.

El abandono no es la solución para olvidar, hay que aceptar y convivir con los Adultos Mayores, y pensar que todos conducimos al estado de la vejez, sentir que es el núcleo familiar y no ajeno, dentro de la sociedad (Solano, 2015).

Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores

El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al “estar solo”, pero la verdadera soledad asociada al “sentirse solo” entraña el sentimiento de nostalgia, tristeza y añoranza, aunque se esté acompañado físicamente de otras personas (Rubio y Aleixandre, 2001) *citado por* (Acosta, y otros, 2017).

El sentimiento de soledad, según los autores, puede vincularse a la falta de actividad y al aislamiento social, los que pueden desembocar en diversos trastornos afectivos, como la depresión. La soledad en el adulto mayor no se relaciona directamente con la depresión, la cual está mediada por otras variables.

Identificar las mismas es importante desde un punto de vista teórico en razón de que tales mediadores proporcionan una mayor comprensión del proceso por el cual ambas condiciones se relacionan las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de

la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente influyeron en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los participantes del presente estudio.

Todo modelo psicosocial que pretenda asistir a esta población en lo referente a su soledad, depresión y calidad de vida debe considerar estas variables en su esquema de intervención,

por lo que, según la necesidad, se debería diseñar una línea en futuras intervenciones psicosociales dirigidas a modificar los pensamientos negativos hacia la vejez y a reforzar las redes de apoyo social en la familia, amistades, vecinos, grupos de reunión y demás (Acosta, y otros, 2017).

De igual manera, una mayor edad, las enfermedades y la ausencia de una pareja explicaron en gran medida los síntomas depresivos y el deterioro en la calidad de vida de los participantes, lo que sugiere poner especial atención en el futuro a individuos con características sociodemográficas similares (Acosta, y otros, 2017).

Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad

Los autores, González & Garza (2016) alegan que la autopercepción del estado de salud y de la calidad de vida se ha asumido como medida válida para la investigación y caracterización de la población de adultos mayores; sin embargo, no son equivalentes ni sinónimos.

Como un concepto diferente, la OMS, *citado por* (González & Garza, 2016), estableció desde el siglo pasado que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Whoqolgroup, 1995) *citado por* (González & Garza, 2016); este concepto poco se ha modificado y es aplicado a todos los grupos demográficos.

Por lo tanto, las mediciones de calidad de vida han considerado las autopercepciones y autoevaluaciones como forma adecuada de valorar este complejo constructo, sobre todo desde la perspectiva de la psicología. La calidad de vida en adultos mayores se ha enfocado exclusivamente en los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del día a día.

Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción de la persona en relación con la funcionalidad.

En el campo de la salud se usa con mayor frecuencia el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de gran interés para los profesionales sanitarios (incluida la psicología), porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales al explorar la percepción que tiene el paciente de su salud, su capacidad funcional, el sentimiento de bienestar, además del impacto de las enfermedades crónicas y de las intervenciones sanitarias y emplear instrumentos sencillos pero robustos sin requerimientos muy exigentes para su aplicación (García Roche et al., 2010) *citado por* (González & Garza, 2016).

También son componentes la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga durante el tiempo que viva, de forma que esta calidad viene dada por el grado de satisfacción alcanzado por la persona con las oportunidades que se le han presentado y lo conseguido en aquellos aspectos que tienen importancia para ellas y ellos, ya que lo que los adultos mayores necesitan para disfrutar de la vida es ser productivos y contribuir activamente en algún modo.

El crecimiento personal, el tener un propósito, una meta y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada, por lo que las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez (González & Garza, 2016).

Hay que considerar también que el significado de la calidad de vida es distinto para cada persona, pues refleja los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida hogareña y para otros en un sentido más espiritual.

No existe consenso en la definición específica e integrada de calidad de vida de las personas mayores, por lo que así es lógico el desarrollo de una amplia variedad terminológica para definir el concepto, incluyendo vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida (González & Garza, 2016).

Lo anterior debido también a que el término calidad de vida pertenece a una dimensión ideológica, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que se han desarrollado remiten a una evaluación de la experiencia de su propia vida: tal evaluación es una combinación de un acto de razón y sentimientos (González & Garza, 2016).

La calidad de la experiencia de vida que tienen los sujetos es la que mejor la designa, por lo que, según los autores en referencia, a medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la habilidad para mantener la autonomía, es decir, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias y la independencia.

Hay que puntualizar que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), desde su incorporación como una medida del estado de las personas, en el campo de la salud se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, por lo que son muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general; nuestro posicionamiento corresponde con esa diferenciación (González & Garza, 2016).

2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación

2.1.2.1. Antecedentes investigativos

Leiva (2016) en su tesis doctoral denominada “Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años”, reseña que durante el proceso de envejecimiento algunas personas mayores muestran un escaso declive cognitivo, como consecuencia de una disminución del riesgo a desarrollar un DC, o al menos existir un retraso de la presentación de manifestación clínica, presentándose tal característica como un factor de protección ante el efecto del envejecimiento.

Este factor se conoce y resume en el concepto denominado Reserva Cognitiva, entendida como la capacidad del cerebro adulto para minimizar la manifestación clínica de un proceso neurodegenerativo, por lo que hablar de prevalencia de DC supone el manejo de cifras muy oscilantes, como consecuencia de múltiples aspectos y que reseñaremos en este apartado (Leiva, 2016).

Para el autor, los estudios epidemiológicos del DC realizados hasta la actualidad, ofrecen elevada prevalencia de DC en la población general que se asocia al incremento en las cifras de población, ya que la demencia cuyo diagnóstico es clínico, se basa en la objetivación del deterioro de las funciones cognitivas respecto al estado anterior mediante exploración neuropsicológica.

Esta exploración debería ser lo suficientemente extensa como para registrar con seguridad este deterioro, seleccionando pruebas estandarizadas y puntuaciones de corte apropiados para la edad y el nivel de formación académica del paciente, teniendo en cuenta su actividad profesional del longevo (Leiva, 2016).

Como se ha establecido, según el autor incluido, la mayoría de los países del mundo occidental y en especial los desarrollados, han experimentado un progresivo envejecimiento de su población, por lo que Las expectativas de vida en aquellas personas que viven más años,

tienen más tiempo para desarrollar enfermedades o padecer las consecuencias propias del envejecimiento de sus estructuras orgánicas

En cuanto a la otra variable de estudio, la autora hace referencia a Barrera (2017), que en su trabajo de investigación titulado “Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor” recalca que el bienestar en la calidad de vida se encarga del estudio de los propósitos que aún no ha cumplido el adulto mayor, los desafíos que se presentan en el transcurso del tiempo que aún le queda de vida,

básicamente es el estado de ánimo de la persona el que influye en su bienestar, ya que depende de cómo la persona se encuentre para afrontar las diversas circunstancias por las cuales la persona se siente valorada o a su vez, esto ayude a que la calidad de vida no se deteriore (Barrera, 2017).

La autora señala que es indispensable que la persona muestre sus emociones de manera positiva, es decir sea feliz, compartiendo sus anécdotas, vivencias y experiencias con las personas con las cuales interactúa día a día, las esperanzas presentes en los años que aún puede disfrutar en compañía de sus seres queridos, al generar las emociones del pasado debe ser de manera positiva, es por acontecimientos buenos, malos o trágicos, tratar que la vida del adulto mayor todo sea felicidad, por los años de su vida aportados a la sociedad, es importante el incluir y valorar así su calidad de vida para tener mucho bienestar.

Practicar el perdón y la resolución de las diversas crisis que el adulto mayor experimenta en esta etapa, lo indispensable es la ayuda de terceras personas, familia, amigos e instituciones que se encargan de este tipo de problemas experimentados por el adulto en su proceso de envejecimiento.

Es en esta edad en donde los adultos mayores deben recibir más gratificación, debido a las múltiples dolencias y los procesos transcurridos, los adultos mayores se sienten débiles, sin energía, inútiles, por lo cual el recibir el cariño y el amor es el mejor método para alargar años en su vida (Barrera, 2017).

2.1.2.2. Categorías de análisis

Categoría de análisis 1: Disminución de las funciones cognitivas

Definición: Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas

Operacionalización de las subcategorías

- Ejercitación
- Percepción
- Deterioro cognitivo

Categoría de análisis 2: Calidad de vida del adulto mayor

Definición: Si bien es cierto en el envejecimiento se produce una reducción en ciertos aspectos de la vida mental y física; no es menos cierto que la gente mayor puede desarrollar mayores habilidades en ciertos componentes de estas

Operacionalización de las subcategorías

- Anciano
- Calidad de Vida
- Salud mental

2.1.3. Postura teórica

El autor de la presente investigación sostiene la opinión de Sánchez & Pérez (2013), que afirman que los adultos mayores tienen problemas de agudeza y procesamiento visual, problemas de sensibilidad a la iluminación con dificultades de visión en lugares poco iluminados, problemas para distinguir colores (especialmente verdes y azules), problemas para enfocar diferentes distancias y déficit en la percepción espacial (percepción del movimiento y la velocidad).

Se conoce que los problemas de audición son mayores, la pérdida de la agudeza auditiva comienza a los 30 años y es más frecuente en los hombres.

Disminuye la sensibilidad a las altas frecuencias, lo que dificulta la percepción de las consonantes y/o advertencias; la diferenciación de los ruidos de fondo y la velocidad de procesamiento se afectan, por lo que en los ancianos aumenta la inteligibilidad cuando los estímulos son rápidos (Sánchez & Pérez, 2013).

La secuencia del deterioro de la percepción en el síndrome demencial se inicia en el momento en que el paciente comienza a perder su capacidad para recordar, porque se pierde el material con el que debería comparar lo que percibe, por lo que se debe prestar atención a los procesos que habitualmente pueden asociarse al fenómeno del envejecimiento.

Por una parte, destacan los autores, la incomprensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad para afrontar determinados acontecimientos; y por la otra, el declive psicofísico que conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores.

El estímulo de las capacidades cognitivas del adulto mayor sano y del paciente con deterioro cognitivo, puede redundar en la mejoría de su estado funcional global y de su salud en general, por lo que los ancianos necesitan conocer su importancia y cómo

pueden incluir en el autocuidado de la salud, la preservación y el mejoramiento de sus capacidades intelectuales (Sánchez & Pérez, 2013).

En cuanto a las personas ancianas, Solano (2015) afirma que, en un momento dado, fueron personas que con su esfuerzo y su capacidad velaron por la integridad y la formación de sus hijos que hoy son adultos, y tal parece que los papeles se invierten.

Los padres van envejeciendo y perdiendo fuerza, empiezan a tener problemas de salud y como un gesto de amor, los que en un principio fueron protegidos y cuidados ahora pueden retribuir y devolver algo de ese amor que recibieron de sus padres, los sirven, honran, aman y velan por ellos, por lo que cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana (Solano, 2015).

Para la autora, la familia es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de construcción de identidades, de procesos de individuación. Sus vínculos primarios se constituyen según condiciones y posibilidades en el que se desarrolle el ciclo vital de la familia donde interjuegan las condiciones del contexto, las concepciones de desarrollo de sus funciones y el desempeño de roles tensionados por los valores en la sociedad y en su interior.

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo, entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también suelen existir autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios (Solano, 2015).

Tal el caso, según la autora, que representa la situación de los adultos mayores, especialmente los de edad más avanzada, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar, cuando no son expulsados con la internación geriátrica; u otros tipos de arreglos intrafamiliares, en donde no se tiene en cuenta la subjetividad del propio anciano.

Las actuales investigaciones, dan cuenta que se evidencia un fenómeno sin precedente en la historia humana: la verticalización de las familias. Es decir, para la autora en razón, se no se trata sólo de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, cosa que se da por sentado; sino a que éstas contendrán en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas.

Con pocos hermanos o sin ellos, en situaciones extremas podrían llegar a desaparecer las categorías de primos y tíos. De modo que las relaciones intergeneracionales tenderán de decrecer; en tanto que las relaciones intergeneracionales aumentarán.

Es así que cada vez más presenciaremos situaciones de "personas viejas viviendo solas, sin redes primarias de apoyo, a causa de la verticalización de las familias (ruptura de la solidaridad vertical) y la realidad asistencial deberá recaer entonces sobre redes de apoyo coetáneas (solidaridad horizontal) no consanguíneas (Solano, 2015).

Otro autor que refiere sobre el tema planteado es Aponte (2015), que refiere que la familia cumple un papel central para el bienestar de las personas mayores, ya que, es el contexto más inmediato, donde se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización.

Las personas requieren, en el transcurso de su vida y hasta la muerte, de un conjunto de interacciones personales capaces de proporcionarles diversos tipos de ayudas que les permita reproducir su vida dentro de un cierto nivel de calidad.

Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. Las personas mayores pueden desarrollar su creatividad de diferente forma y esto ayudara sin duda a que llenen su tiempo y ensanchen su espíritu (Aponte, 2015).

La autora además afirma que, se debe tratar de que estas personas recuerden actividades de su juventud, las cuales no solo ayudaran con su memoria si no que ayudara a que puedan recordar momentos gratos y las historias de sus vidas, debido a que se ha descubierto que dan motivación y energía ante la vida, que producen alegría y optimismo, que disminuyen el dolor, que contribuyen a la sensación de bienestar y que estimulan los sentimientos de gratitud y satisfacción existencial.

Las actividades que rodean al adulto mayor en la mayoría de los casos son desmoralizadoras, por esto es necesario que la persona tome las riendas de su ser y de sus actos.

El secreto para alcanzar y permanecer dignamente en esta etapa de vida es lograr una vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible, saber enfocar los acontecimientos de vida de una manera positiva, de modo que sea el sujeto quien domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio (Aponte, 2015).

Por eso, para Aponte (2015), un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona, por lo que la soledad, la depresión entre otras cosas son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida, y solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación.

Cuando una persona de la tercera edad tiene una calidad de vida buena, ellos buscan actividades porque sienten que aún son útiles para la sociedad, en especial para sus propias familiar y para ellos mismos, sienten que aún pueden entregar muchas cosas de ellos mismos y que no hay nada que les quite la alegría de seguir viviendo (Aponte, 2015).

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis General o Básica

- La disminución de las funciones cognitivas tiene efectos negativos en la calidad de vida del adulto mayor en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

2.2.2. Sub-hipótesis o Derivadas

- La ausencia de las dinámicas familiares puede ocasionar la disminución de las funciones cognitivas afectando negativamente la calidad de vida del adulto mayor
- La intervención de los profesionales en el área de la salud mental debe incluir a los familiares de los adultos mayores en la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal
- Una Guía de actividades lúdicas y juegos recreativos ayuda a mantener las funciones lúdicas y la calidad de vida en los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente” parroquia Zapotal

2.2.3. Variables

Variable Independiente:

Disminución de las funciones cognitivas

Variable Dependiente:

Calidad de vida del adulto mayor

CAPITULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación. En la presente investigación se consideró una población de estudio determinada en la totalidad por adultos mayores, parientes y profesionales de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

Se tomará en consideración una población de 60 adultos mayores, 60 parientes y 10 profesionales en el área de la salud mental, la misma que facilitará el estudio y la investigación.

INVOLUCRADOS	POBLACIÓN	%	MUESTRA	%
Adultos mayores	60	47%	60	47%
Familiares de adultos mayores	60	47%	60	47%
Docentes	10	6%	10	6%
Total	130	100	130	100

Elaborado por: Arturo Solórzano

Fuente: Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”

Total, encuestas: 130

3.1.2. Análisis e interpretación de datos

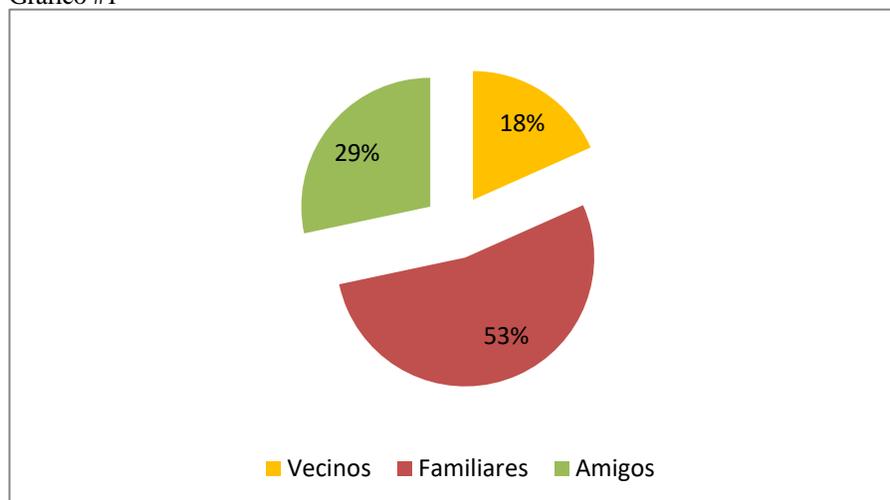
Encuesta dirigida a los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

¿Quién (es) le prestan ayuda cuando presenta alguna dificultad o necesidad?

Tabla #1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vecinos	11	18%
Familiares	32	53%
Amigos	17	29%
TOTAL	60	100%

Gráfico #1



FUENTE: Encuesta realizada a los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”
ELABORACIÓN: El autor

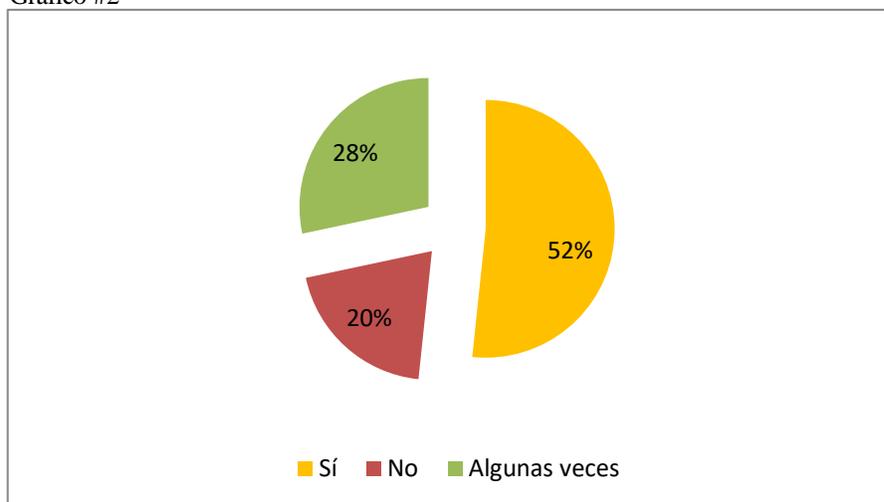
Análisis e interpretación. – Según el 18% de los adultos mayores encuestados son sus vecinos los que le prestan ayuda cuando presenta alguna dificultad o necesidad, el 53% refirió que son sus familiares y el restante 29% afirmó que son sus amigos los que están pendiente de ellos. El envejecimiento activo se hace posible cuando el adulto mayor, a pesar de su edad y su situación, continúa percibiendo el apoyo, afecto y cariño del entorno que los rodea, que puede incluir no solo a sus familiares, sino también a sus amigos y conocidos que pueden tenderle una mano cuando estos la necesiten.

¿Estaría dispuesto a asistir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?

Tabla #2

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	31	52%
No	12	20%
Algunas veces	17	28%
TOTAL	60	100%

Gráfico #2



FUENTE: Encuesta realizada a los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria "Vida Sonriente"
ELABORACIÓN: El autor

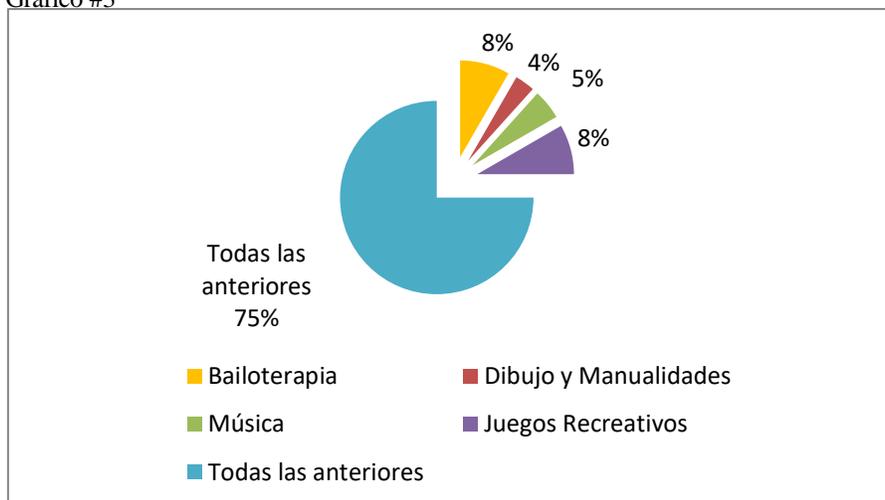
Análisis e interpretación. – El 52% de los encuestados, estarían dispuestos a asistir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia, el 20% considera que no estarían predispuestos y el 28% piensa que podrían estar interesado en participar en este tipo de actividades. Las actividades recreativas son acciones prioritarias en la calidad de vida que pueden mantener los longevos, por lo que se hace prioritario que ellos reciban el total apoyo de sus familiares y personas allegadas, para que respalden la asistencia a estos eventos y puedan interactuar con otras personas en su misma condición.

En caso de acudir a un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia, ¿qué actividades le gustaría realizar?

Tabla #3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bailoterapia	5	8%
Dibujo y Manualidades	2	4%
Música	3	5%
Juegos Recreativos	5	8%
Todas las anteriores	45	75%
TOTAL	60	100%

Gráfico #3



FUENTE: Encuesta realizada a los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria "Vida Sonriente"
ELABORACIÓN: El autor

Análisis e interpretación. – Para el 8% de longevos encuestados consideran que la bailoterapia es la actividad que más les gustaría realizar; el 4% refirió que dibujo y manualidades; el 5% escogió música, el 8% juegos recreativos y la opción todas las anteriores fue seleccionada por un 75%. La respuesta recibida a esta pregunta planteada, permite estacar que los adultos mayores se sienten motivados y dispuestos a desarrollar diversas actividades para mantener una óptima calidad de vida en sus últimos años de existencia.

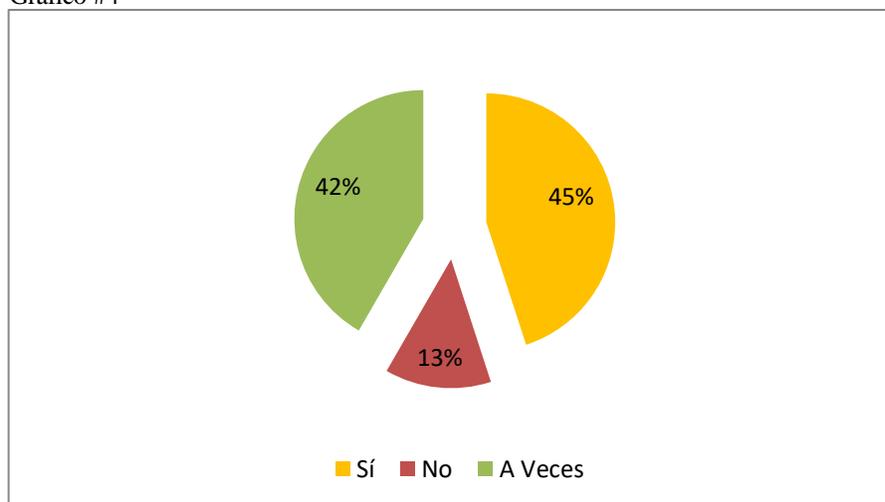
Encuesta dirigida a los familiares de los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

¿Piensa que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo, se esfuerzan por mantenerse ocupado y activo?

Tabla #4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	27	45%
No	8	13%
A Veces	25	42%
TOTAL	60	100%

Gráfico #4



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores de la U. A. D. “Vida Sonriente”
ELABORACIÓN: El autor

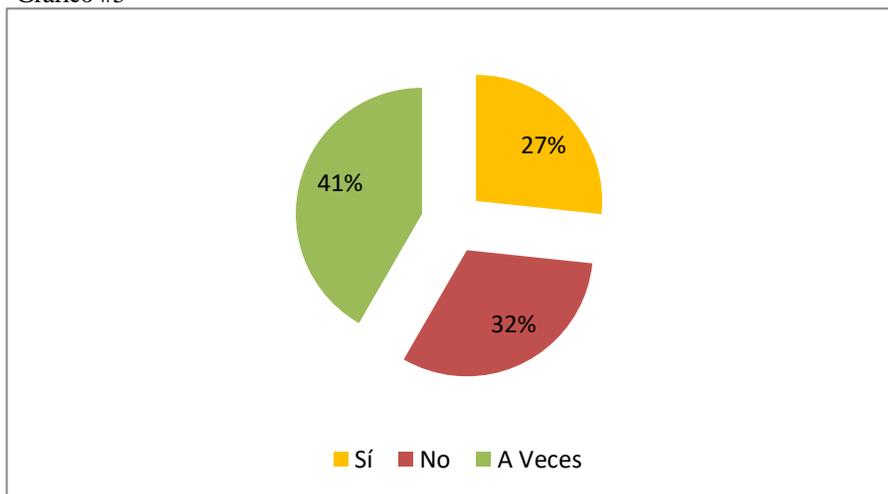
Análisis e interpretación. – El 45% de familiares encuestados piensan que el adulto mayor a su cargo, se esfuerzan por mantenerse ocupado y activo, el 13% considera que no ve ningún esfuerzo por continuar en alguna actividad y el 42% afirmó que en algunas ocasiones sí se esfuerza por buscar alguna actividad que desarrollar. Las actividades adaptadas a personas de la tercera edad son esenciales a la hora de direccionar esfuerzo y recursos para mantener en actividad a un longevo, ya muchos de ellos, pasaron la mayor parte de sus vidas, ocupados y produciendo de alguna manera.

¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo perciben que ellos están jugando un papel útil en la vida?

Tabla #5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	16	27%
No	19	32%
A Veces	25	41%
TOTAL	60	100%

Gráfico #5



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores de la U. A. D. "Vida Sonriente"
ELABORACIÓN: El autor

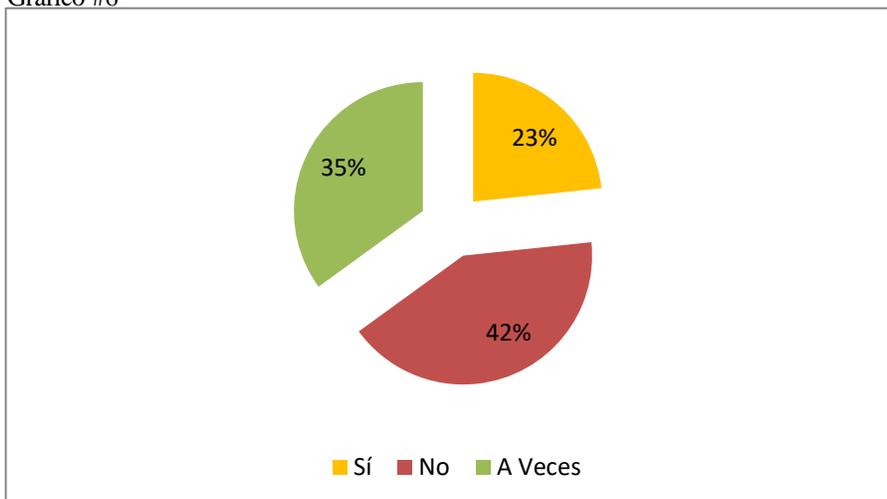
Análisis e interpretación. – El 27% de adultos mayores considera que el adulto mayor a su cargo percibe que están jugando un papel útil en la vida, mientras que el 32% considera que no son útiles en este tiempo y el 41% piensa que sí son necesarios solo en algunas ocasiones. La inclusión en actividades familiares, permite que los adultos mayores continúen sintiéndose indispensables para sus seres queridos y admitirá que deseen mantenerse activos permanentemente, alejando sentimientos y deseos de soledad, angustia o depresión.

¿Ha notado si el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten constantemente agobiados y en tensión?

Tabla #6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	14	23%
No	25	42%
A Veces	21	35%
TOTAL	60	100%

Gráfico #6



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de los adultos mayores de la U. A. D. "Vida Sonriente"
ELABORACIÓN: El autor

Análisis e interpretación. – En un 23% los familiares han notado que el adulto mayor a su cargo se siente constantemente agobiado y en tensión, el 42% cree que el longevo no tienen este tipo de sentimientos y el restante 35% considera que a veces sí presenta estos tipos de emociones. Los sentimientos de angustia y tensión, se originan como resultado de la disminución de actividades, tanto productivas como recreativas, que el adulto disminuye en su frecuencia, llegando a pensar que como ya no son necesarios en esas acciones, ya no sirve de mucho continuar en vida.

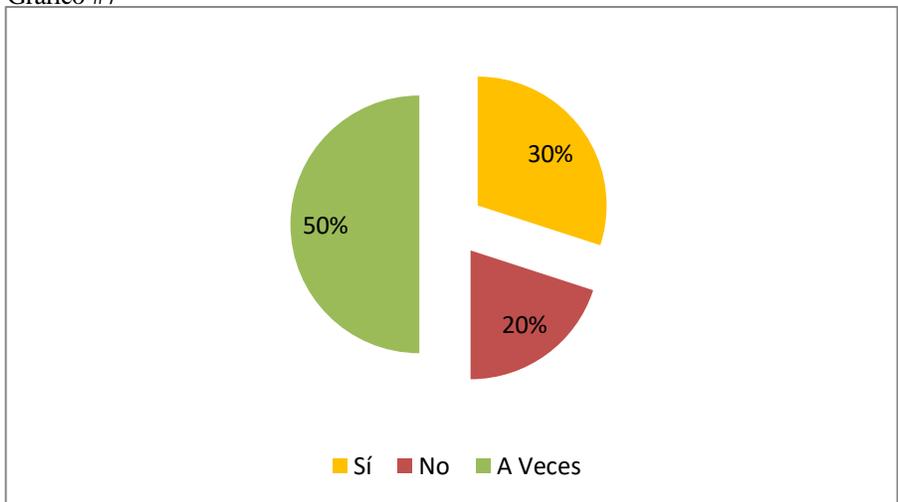
Encuesta dirigida a los profesionales del área de la salud mental de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

¿Cree el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo se sienten satisfechos con la manera que ellos realizan las cosas?

Tabla #7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	3	30%
No	2	20%
A Veces	5	50%
TOTAL	10	100%

Gráfico #7



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del área de la salud mental de la U. A. D. “Vida Sonriente”
ELABORACIÓN: El autor

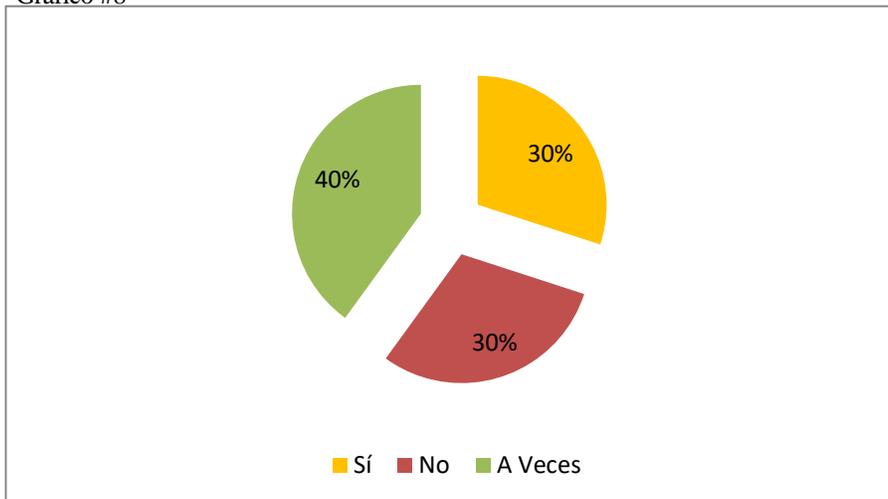
Análisis e interpretación. – En un 30% los profesionales creen que los adultos mayores a su cargo se sienten satisfechos con la manera que ellos realizan las cosas, el 20% afirman que los longevos no se sienten así y el restante 50% piensa que en algunas ocasiones se da la insatisfacción por no poder continuar realizando las actividades que desarrollaban hace no mucho tiempo. Es imperativo que los adultos mayores continúen en plena actividad, adaptándola a sus necesidades y capacidades que estos puedan demostrar al entorno en el que conviven.

¿Considera que el (los) adulto (s) mayor (es) a su cargo tienen la idea de que ellos “no valen para nada”?

Tabla #8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	3	30%
No	3	30%
A Veces	4	40%
TOTAL	10	100%

Gráfico #8



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del área de la salud mental de la U. A. D. “Vida Sonriente”
 ELABORACIÓN: El autor

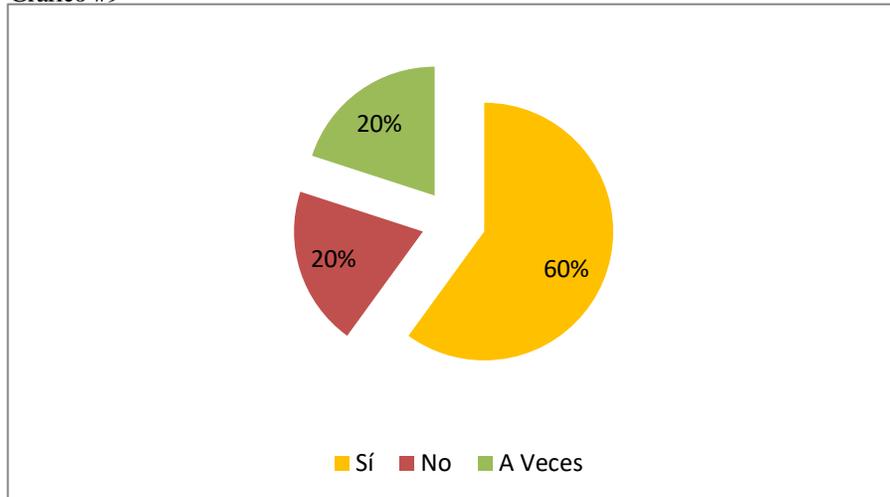
Análisis e interpretación. – En un 30% los profesionales consideran que los adultos mayores a su cargo tienen la idea de que ellos “no valen para nada”, el 30% afirmaron que no tienen este tipo de cuestionamientos y el restante 40% afirmaron que en algunos momentos tienen estos tipos de pensamientos. El adulto mayor debe ser asistido, no solamente por profesionales, sino además, los familiares y amigos, son elementos fundamentales a la hora de que ellos muestran pocas ganas de vivir, viéndose afectada la calidad de vida.

¿Cree que sería necesario que se establezca un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia?

Tabla #9

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	6	60%
No	2	20%
A Veces	2	20%
TOTAL	10	100%

Gráfico #9



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del área de la salud mental de la U. A. D. "Vida Sonriente"
 ELABORACIÓN: El autor

Análisis e interpretación. – En un 60% los profesionales creen que sería necesario que se establezca un programa para la recreación de los adultos mayores en su parroquia, el 20% afirma que no es prioritario y el restante 20% considera que podría ser necesario a veces. Las autoridades parroquiales y cantonales, deben coordinar las labores a favor de este grupo vulnerable, para que se combine esfuerzos para sacar adelante proyectos que tienen como objetivo ayudar a que los más ancianos puedan gozar de una buena calidad de vida, durante el tiempo que le toque vivir.

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.2.1. Especificas

- La pérdida de memoria, la disminución de la atención y de claridad a la hora de hablar son unos de los indicios más asociados a la disminución de las funciones cognitivas, el mismo que, si bien afecta usualmente a toda la población mayor, se debe resaltar que no a todos les afecta de igual manera.
- En la encuesta aplicada a los 3 grupos focales, se resaltó que uno de los principales elementos que inciden en el desgaste de las facultades de los adultos mayores, es el aislamiento del entorno que les rodea y no tener contacto con otras personas, por lo que esta sensación de soledad provoca una desidia y falta de interés que termina trascendiendo en las capacidades de los longevos, influyendo en que su memoria disminuya.
- El envejecimiento no debe ser semejanza de desgaste de vitalidad, por ello es muy trascendental que los adultos mayores ejecuten actividades que sean beneficiosas que ayuden a sostener su calidad de vida, ya que el simple hecho de efectuar diferentes acciones les contribuirá a múltiples ayudas y les conservará activos tanto físicamente como mentalmente.

3.2.2. General

- La investigación determinó que en el proceso de la etapa del envejecimiento se originan una sucesión de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de un individuo, por lo que asimismo se origina una significativa transformación en el rol social que, hasta ese momento, ha desarrollado el adulto mayor y que ahora se le dificulta llevar la normalidad de su vida.

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.3.1. Especificas

- Que se socialice entre la comunidad en general sobre la pérdida de memoria, la disminución de la atención y de claridad a la hora de hablar, como indicios más asociados a la disminución de las funciones cognitivas, el mismo que, si bien afecta usualmente a toda la población mayor, se debe destacar que no a todos les afecta de igual manera.
- Que se socialice con la comunidad los resultados de la investigación en la que se resaltó que uno de los principales elementos que inciden en el desgaste de las facultades de los adultos mayores, es el aislamiento del entorno que les rodea y no tener contacto con otras personas, por lo que esta sensación de soledad provoca una desidia y falta de interés que termina trascendiendo en las capacidades de los longevos, influyendo en que su memoria disminuya.
- Que se brinde asesoría a los adultos mayores y sus familiares sobre que el envejecimiento no debe ser semejanza de desgaste de vitalidad, siendo transcendental que los longevos ejecuten actividades que sean beneficiosas y que ayuden a sostener su calidad de vida, ya que el simple hecho de efectuar diferentes acciones les contribuirá a múltiples ayudas y les conservará activos tanto físicamente como mentalmente.

3.3.2. General

- Que las autoridades analicen la información que arrojó la investigación sobre el proceso de la etapa del envejecimiento y la sucesión de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de un individuo, originando una significativa transformación en el rol social que, hasta ese momento, ha desarrollado el adulto mayor y que ahora se le dificulta llevar la normalidad de su vida.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE APLICACIÓN

4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Alternativa obtenida

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA “VIDA SONRIENTE “, PARROQUIA ZAPOTAL

4.1.2. Alcance de la alternativa

La calidad de vida del adulto mayor se define como una existencia placentera, felicidad relativa y psicológica, desarrollo personal y diversas formas de lo que se establece como una buena vida, y que se debe analizar, indagando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia existencia, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en correspondencia a sus propios objetivos de subsistencia.

El alcance de esta alternativa es realizable debido a que cuenta con la asistencia de los familiares de los adultos mayores agregados a la Unidad De Atención Domiciliaria “vida sonriente”, parroquia Zapotal, estableciendo que en dicha localidad no se ha llevado a cabo este tipo de trabajo por lo que es novedoso , realizable debido a que se dispone de tiempo, no demanda de recursos económicos costosos y se posee información tanto en la práctica, como la descripción, a más de que se cuenta con la completa colaboración de los técnicos del MIES y de los familiares y allegados de los longevos.

4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa

4.1.3.1. Antecedentes

En el entorno actual, existe un alto porcentaje de adultos mayores en situaciones de vulnerabilidad que le impiden poder tener una calidad de vida en sus últimos años de existencia, por lo que está expuesto a diversas variaciones tanto morales, físicas, y emocionales, las cuales generan sentimientos de desprotección, falta de atención y cuidado de sus familiares y allegados, que le impedirán poder disfrutar de actividades con otras personas.

El adulto mayor es parte esencial para el progreso de las colectividades, ya que son estimados como ilustrados debido a su experiencia, sin embargo, lo anterior se fue disipando con el pasar de los años, ya que hoy por hoy, los longevos se consideran en una duradera soledad, sufren abandonos y síntomas depresivos, concluyendo cada vez más en esa difícil tristeza que lo va abrumando, haciéndolo sentir peor, con ausencia de ganas de vivir.”

En la presente investigación se estableció que el abandono familiar de los adultos mayores afecta a su calidad de vida, afectando directamente a su bienestar emocional, físico y material, por lo que su entorno familiar es fundamental en la calidad de vida de dicho grupo vulnerable, ya que el longevo precisa y demanda ser compensado por sus familiares mediante los cuidados, afecto, comprensión, respeto, participación en las reuniones familiares, su inclusión social.

Por último, un tema que se abordó también en la investigación, es la notable indiferencia de los familiares por la salud, alimentación, arreglo personal, entre otros, por lo que la propuesta está encaminada a realizar actividades recreativas que permitirá el logro de una calidad de vida óptima para los adultos mayores.

4.1.3.2. Justificación

El entrenamiento físico para los adultos mayores es de suma importancia pues asiste a los longevos a salir de la depresión y soledad que viven cada día, e incluso a optimizar su rendimiento físico y mental, ya que las actividades recreativas permiten que ellos continúen su interacción social, eleven la calidad de vida, fortifiquen su salud y mejoren el concepto de sí mismo.

En la actualidad, existen investigaciones que sugieren que los individuos que se agregan a la actividad física, incrementan sus sentimientos de autovaloración y van excluyendo la pérdida del contenido de la vida, por lo que comienzan a adaptar actividades que tienen el propósito de mejorar su calidad de vida.

Los individuos en general tienen derecho a la recreación como actividad que favorece a la calidad de vida individual y colectiva, principalmente para las personas de la tercera edad que no por ser los más adultos de la familia, son menos significativos, por lo que debe establecerse la idea de que se comprenda que aun con ciertas limitaciones de padecimientos se puede realizar las actividades recreativas para la placidez y entretenimiento anímico del longevo.

Las actividades recreativas plantadas en la presente propuesta permitirán contribuir a la mejora y activación del organismo, permitiendo la socialización de estos con los demás segmentos del grupo, agrandando el círculo de relaciones generales, y estimulando el potencial de su rol activo en las situaciones que se plantearan en la presente propuesta,

En la presente propuesta, las actividades deberán establecerse en función de las contingencias y condiciones del grupo, de sus necesidades y motivaciones, de las particularidades de su entorno social, accediendo a que los participantes estimen y formulen cuáles son las ocupaciones que eligen y si son idóneos de realizarlas con éxito, haciéndose prioritario llevar a cabo algunos juegos animados para realzar su autoestima y así renovar su situación de vida que acarrear.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. General

- Desarrollar el programa de estimulación cognitiva para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

4.2.2. Específicos

- Facilitar el bienestar físico, psicológico y social promoviendo las actividades recreativas en el tiempo libre que le permitan un estilo de vida favorable a los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal
- Generar tareas que permitan la unificación social y la obtención de una salud integral, de los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal
- Promover un envejecimiento activo a través de la estimulación cognitiva y psicomotricidad en los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA

4.3.1. Título

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA “VIDA SONRIENTE “, PARROQUIA ZAPOTAL

4.3.2. Componente

Desarrollo del programa de estimulación cognitiva para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor

El programa de estimulación cognitiva de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal es necesario debido a la gran cantidad de pacientes que son diagnosticados con deterioro cognitivo en el programa que desarrolla el MIESS, ya que la mayoría de esta población tienen indicios de pérdida de memoria que, en algunos casos, afecta sus actividades cotidianas.

La Constitución de la República del Ecuador 2008, establece como principio la igualdad de todas las personas, los mismos derechos, deberes y oportunidades, prohíbe todo tipo de discriminación que tenga por objeto el menoscabar o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos, debiéndose sancionar dichas formas de discriminación. De igual modo el Estado debe adoptar medidas de acción afirmativas en favor de quienes se encuentren en situación de desigualdad. *Tomado del documento denominado “Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Atención Domiciliaria Para Personas Adultas Mayores”.*

Las personas adultas mayores y aquellas con discapacidad, deben recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, correspondiendo al Estado prestar especial protección a las personas que estuvieren en condición de doble vulnerabilidad.

La priorización de políticas públicas se ve igualmente ratificada en los compromisos internacionales asumidos con base en la adhesión del Ecuador efectuada el 4 de marzo del 2008 a la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, así como promover el respeto a su dignidad inherente.

El envejecimiento activo es aquel que genera oportunidades en entornos, situaciones, grupos u otros, para que la persona adulta mayor pueda decidir su nivel de compromiso y participación, la promoción del envejecimiento activo compromete a la persona adulta mayor con o sin discapacidad.

El Artículo 86 de la Ley Orgánica de Discapacidades, determina que “Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección y promoción social del Estado dirigidos al máximo desarrollo de su personalidad, fomento de autonomía y la disminución de la dependencia.” (LOD, 2012).

El Art. 87 de la misma Ley, señala que “La autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social y/o los gobiernos autónomos descentralizados articularán con las entidades públicas y privadas, el desarrollo y ejecución de políticas destinadas a: ”, entre otras:

1. Fomentar la autonomía, goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad;”
2. Orientar y capacitar a las personas y las familias que tienen bajo su cuidado a las personas con discapacidad, en el buen trato y atención que deben prestarles;”
3. Establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración e interacción social de las personas con discapacidad y sus familias;” (LOD, 2012)

La Ley Especial del Anciano (1991), señala que el “El Estado protegerá de modo especial a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana con sujeción a la presente Ley”. *Tomado del documento denominado “Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Atención Domiciliaria Para Personas Adultas Mayores”.*

La atención domiciliaria va de la mano con uno de los pilares principales de la atención gerontológica que es el mantener a la persona adulta mayor dentro de su domicilio el mayor tiempo posible cercado de sus familiares y amigos pues estos constituyen elementos importantes para el mantenimiento de su equilibrio y seguridad emocional además que coadyuva a mantener su autonomía e independencia.

La Atención Domiciliaria para Personas Adultas Mayores corresponde a servicios dirigidos a garantizar el bienestar físico y psíquico de las personas adultas mayores que carecen de autonomía y que no se hallan institucionalizadas.

A través del conjunto de acciones contenidas en la Norma Técnica, se busca garantizar la prevención, protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor, por medio de servicios de atención en el domicilio, que permitan la promoción del cuidado de las personas adultas mayores que; ya sea por motivos de dispersión en la ubicación de su vivienda, situaciones de salud, discapacidad o dependencia, no pueden movilizarse por sí solos y necesitan de otras personas para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y trasladarse a los servicios gerontológicos intramurales (servicios gerontológicos residenciales diurnos y espacios activos). *Tomado del documento denominado “Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Atención Domiciliaria Para Personas Adultas Mayores”.*

Diseño del programa de estimulación cognitiva para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor

Para el diseño de este programa, se indagó bibliografía acerca de la estimulación cognitiva, los elementos que la establecen, las áreas a fortalecer y, por último, evidencia científica que probara su utilidad. A partir de este apoyo teórico, se derivó a la búsqueda de la estimulación cognitiva, la cual es una estrategia que abarca actividades que se efectúan para optimizar el rendimiento cognitivo frecuente o de ciertos procesos y componentes.

Al destacar el concepto de estimulación cognitiva, se construyó el objetivo general del programa que era el desarrollar los procesos cognitivos en los participantes del taller de estimulación cognitiva de la Unidad De Atención Domiciliaria “Vida Sonriente “, parroquia Zapotal.

Asimismo, el presente programa busca mejorar las funciones de memoria, percepción y gnosia, procesamiento de datos, praxias, lenguaje, atención y concentración, y psicomotricidad, sin embargo, antes de plantear un cronograma con estas funciones y sus ejercicios, se deberá buscar mayor información sobre cada una de ellas.

A más de lo anterior, se amplió la importancia y justificación que tiene la elaboración del referido evento, el espacio de intervención, el período de cumplimiento, la metodología a emplearse, las labores de monitoreo, y los indicadores de comprobación.

Por último, se elaboró un cronograma donde se instituía la fecha, la función cognitiva a reforzar, la actividad a realizar, las tareas para llegar a dicha actividad, y los recursos materiales y humanos. En este cronograma, una función cognitiva iba a ser ejercitada por semana y, completadas todas las planteadas inicialmente, se renovarí la misma continuidad otra vez, con diferentes ejercicios.

Las unidades de atención domiciliaria para personas adultas mayores, prestan servicios de atención y cuidado¹ en el domicilio de la persona adulta mayor que no puede acceder a los

servicios de atención intramurales debido a que presentan características que les dificultan o impiden esta movilización tales como, dispersión de la vivienda, presencia de discapacidad o situación de dependencia. *Tomado del documento denominado “Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Atención Domiciliaria Para Personas Adultas Mayores”.*

En cualquiera de estos casos la atención incluye actividades familiares de cuidado, rehabilitación, sociales y recreativas, destinadas a fomentar la autonomía, la formación para el cuidado, el entretenimiento, promoviendo la convivencia, participación, solidaridad y su relación con el medio social. Se trata de generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares y personas a cargo de su cuidado.

Además, estos servicios están enfocados en el mantenimiento de facultades físicas y mentales de la persona adulta mayor para prevenir su deterioro, participar en tareas propias de su edad, promover la convivencia, participación y solidaridad.

Se brindará un servicio de gestores de caso, en el que el promotor social apoyará a la persona adulta mayor en actividades que permitan la promoción y goce de sus derechos, brindando cuidado directo a las personas adultas mayores que dependen de otros para movilizarse y realizar sus actividades cotidianas, utilizando estos procesos de cuidado como un método de enseñanza a la familia para que puedan realizar de forma cotidiana el cuidado a las personas adultas mayores que así lo requieran. *Tomado del documento denominado “Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Atención Domiciliaria Para Personas Adultas Mayores”.*

Implementación de programa de estimulación

El cronograma de actividades por semana señalará el estándar para la ejecución de las tareas según la función cognitiva, sin embargo, en algunos casos, este tendrá que ir modificándose debido a la ejecución de otras actividades contempladas dentro del programa durante la agenda de los talleres.

A partir de la función cognitiva, se indagarán los ejercicios que se utilizarán para que los profesionales que se encargaran de desarrollar los talleres los examinaran y aprobaran, después, se entregaran copias, resolviendo algunas actividades para poder corregir las tareas de los participantes.

Estos ejercicios serán obtenidos de bibliografía de estimulación cognitiva, orientados en su gran mayoría a una intervención individual, que presentan alternativas de las áreas cognitivas indicadas, que en muchos casos son para adultos mayores.

Al iniciar el programa, se alentará a los adultos mayores a llegar temprano al lugar seleccionado para efectuar una explicación de manera general, no obstante, en las sucesivas reuniones, podrán asistir en el horario establecido, por lo que será beneficioso hacer la ilustración por parte y según lleguen los longevos.

Actividades recreativas

Estilos de vida saludable:

- Recreación: Gestionar con grupos focales y el equipo interdisciplinario que se facilite llevar a cabo actividades como:
- Caminatas físico-recreativas, bailo terapia, manualidades, dinámicas, socio drama, deporte, entrevistas que nos permitan generar una acción participativa entre los grupos.

Metodología

Beneficiarios directos

La población beneficiaria directa serán los adultos mayores entre 60 a 90 años de edad, de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal, los cuales participarán en el programa de Estimulación Cognitiva, en el que constarán personas de

diferentes niveles socioeconómicos y que corresponden a los participantes del programa social establecido por el MIES.

Lugar de aplicación

El espacio correspondiente para la ejecución del programa es un espacio ubicado cerca de las oficinas de la Junta parroquial, donde los adultos mayores podrán efectuar las diversas actividades programadas dentro del presente programa de estimulación cognitiva.

Procedimiento y actividades

- La organización de las actividades se llevará a cabo por los colaboradores del MIES y profesionales en el área de la salud mental.
- Se formalizará una evaluación con instrumentos de edición cualitativa, a cada participante antes de empezar con los talleres programados, para que se pueda establecer desde el punto de vista profesional, el grado de deterioro cognitivo que presenta cada adulto mayor al ingresar al programa.
- En cada sesión de trabajo, una vez por semana, se impartirán una variedad de ejercicios según las áreas de memoria, percepción y gnosias, cálculo, praxia, psicomotricidad, lenguaje-atención y concentración para que sean desarrollados por los participantes según sus capacidades, luego de una breve explicación grupal respecto a lo que realizarán.

Cada área será desarrollada, como mínimo 2 veces, durante el periodo que se establezca con el fin de ser fortalecidos y así puedan desarrollar diversas actividades de forma rápida y segura. Al final de taller, se realizará otra evaluación cualitativa con el propósito de que se conozca el progreso del participante.

Técnicas grupales

- Actividades físico-recreativas (caminatas, bailoterapia, manualidades, dinámicas, elaboración de carteleras, risoterapia, sociodrama, sainete, deporte y volantes.)

Recursos

Recursos humanos

Equipo multidisciplinario - Grupo de Adultos mayores

Recursos Materiales

- Proyector
- Carteles
- Material didáctico
- Hojas sueltas
- Amplificación
- Fotografías
- Cartulina
- Computadoras
- Grabadora
- Regalos
- Entre otros

Camina, ejercítate y cambie su estilo de vida

Presentación

Los adultos mayores requieren lograr un equilibrio entre la actividad y el descanso, el ejercicio tanto la actividad física debe ser parte de la vida diaria es por ello que se llevará a cabo una caminata con el lema: *“Camina, ejercítate y cambia tu estilo de vida”* la cual permitirá la integración social y el mejoramiento de la calidad de vida, contribuyendo a que los ancianos se sientan acompañados disfruten más de la vida.

Programa dirigido a los “adultos mayores” para el mejoramiento de su estilo de vida

1	Adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, Parroquia Zapotal
	CAMINA, EJERCITATE Y CAMBIA TU ESTILO DE VIDA Proporcionar el bienestar físico, psicológico y social fomentando la productividad en el uso del tiempo libre en actividades físico-recreativas que le posibiliten un estilo de vida favorable. 

Caminar es una de las actividades aeróbicas más populares y accesibles para que practiquen tanto sedentarios como cultores de la actividad física. Los beneficios de la caminata son múltiples destacándose su sencillez y bajo nivel de peligro para la tercera edad.

Los beneficios de caminar para los adultos mayores son varios:

- Disminuye la tensión arterial.
- Aumenta la capacidad para captar oxígeno.
- Disminuye las reservas de grasa del organismo.
- Aumenta tu resistencia.
- Desarrolla un corazón más eficiente previniendo enfermedades coronarias.

Desarrollo del programa

Lugar: Junta parroquial

HORA: 8:00 AM -11:00AM

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RECURSOS
Contribuir al Bienestar Integral de los adultos mayores que les permitan mejorar su estilo de vida.	<p>Tema: Camina, ejercítate y cambia tu estilo de vida</p> <p>Planificación de la caminata.</p> <p>Elaboración de la agenda de trabajo.</p> <p>Dinámicas.</p> <p>Ejecución de la caminata.</p> <p>Evaluación de la actividad.</p>	Equipo Técnico	<p>R. Materiales:</p> <p>Tomate</p> <p>Globos</p> <p>Amplificación</p> <p>Refrigerio</p> <p>R. Humano:</p> <p>Trabajadora Social</p>

Cronograma operativo de la caminata

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLES
Concentración del grupo Calentamiento	8:00-8:30	
Inicio del recorrido Primera actividad recreativa (baile del tomate)	8:30-9:00	
Continuación el recorrido Segunda actividad de recorrido (capitán manda)	9:00-9:20 9:20-10:00	Trabajador Social Profesional del área de la salud mental
Continuación del recorrido Finalización del recorrido(actividad de recreación)	10:00-10:20 10:20-11:00	

Bailoterapia, Ejercítate

Presentación

La Bailoterapia como actividad física recreativa mejora la salud de los adultos mayores y fortalece su estado anímico. Dentro de los efectos más visibles se puede afirmar la musculatura portados por la práctica de estos ejercicios que son diversos y residen principalmente en el bienestar personal.

Programa dirigido a los “adultos mayores” para el mejoramiento de su estilo de vida

2	Adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, Parroquia Zapotal
	BAILOTERAPIA, EJERCÍTATE Desarrollar acciones que permitan la integración social y la consecución de una salud integral, de los adultos mayores. 

La bailoterapia obliga a la ejercitación de todas las partes del cuerpo en movimientos aeróbicos, favoreciendo las actividades cardiacas, respiratorias y estimulando el incremento del metabolismo. La práctica continua de esta disciplina garantiza el mantenimiento del peso adecuado, fortaleciendo el desarrollo de la masa muscular y reduciendo las células adiposas que dificultan la efectividad de hormonas vitales como la insulina. Los beneficios para la salud son evidentes agregando un valor adicional importante al generar un buen estado de ánimo que se traduce en personas orientadas al éxito, motivadas positivas y alegres.

La práctica de la bailoterapia estimula las funciones cerebrales a través de la combinación de movimientos de varias partes del cuerpo al mismo tiempo en movimientos sincronizados. Esto obliga al participante a fortalecer sus niveles de concentración favoreciendo la memoria, cuya respuesta normalmente empieza a debilitarse después de cierta edad, siendo este tipo de ejercicios una de las formas de extender el periodo de deterioro inevitable producido por el paso de los años.

Desarrollo del programa

Lugar: Junta parroquial

Hora: 9:00 AM -10:30AM

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RECURSOS
Mejorar el bienestar físico y emocional de los adultos mayores	Tema: Bailoterapia Planificación del Bioterapia Dinámicas. Ejecución del Bioterapia Evaluación de la actividad..	Equipo Técnico	R. Materiales: Grabadora Memoria R. Humano: Trabajadora Social Terapista

Cronograma operativo de la bailoterapia

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLES
Calentamiento de Ejercicios de movilidad articular		
Ejercicios de bajo impacto de la Gimnasia musical aerobia	8:00-8:30	
Marcha Piernas separadas	8:30-9:00	
Paso Cruzado	9:00-9:20	Trabajador Social
Rodillas al pecho	9:20-10:00	Profesional del área de la salud mental
Ejercicios para la recuperación	10:00-10:20	
Ejercicios respiración	10:20-11:00	
Ejercicios relajación		
Ejercicios de estiramiento		
Refrigerio		

Ejecutando actividades, manifiesto mis habilidades

Presentación

Las manualidades hace que la persona mantenga relación con grupos, conozca gente nueva y se sienta acompañado, mejorando así la calidad de vida con una actividad amena, que estimula y empuja al buen humor .Existen una amplísima gama de posibilidades y estilos variados de manualidades que se pueden realizar en la tercera edad, lo importante es ver con qué tipo de estilo y tendencia la persona se adapta y contacta mejor, de acuerdo a su gusto y posibilidades.

Programa dirigido a los “adultos mayores” realizando manualidades descubro mis habilidades"

3	Adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, Parroquia Zapotal
<p>Proporcionar un envejecimiento activo a través de la estimulación cognitiva y mejorar la psico-motricidad de las personas de edad mediante la elaboración de trabajos que requieren destreza manual.</p> 	

Las manualidades brindan a los adultos mayores una forma divertida y económica de pasar sus días. Además, las manualidades ayudan a trabajar en la destreza y fomentan la creatividad. En un estudio reciente, el consenso fue que el arte mejoró el bienestar general y la experiencia de los adultos mayores con el dolor crónico.

Desarrollo del programa

Lugar: Junta parroquial

Hora: 9:00 AM -12:00 AM

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RECURSOS
<p>Promover la psicomotricidad de los adultos mayores desarrollando diferentes manualidades</p>	<p>Tema: Realizando manualidades descubro mis habilidades</p> <p>Planificación de la actividad</p> <p>Dinámica</p> <p>Ejecución de diversas manualidades</p>	<p>Equipo técnico</p>	<p>Recursos Humanos:</p> <p>Trabajador Social</p> <p>Profesional del área de la salud mental</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Material didáctico</p>

Cronograma operativo de manualidades

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLES
Bienvenida al grupo		
Entrega del Material	8:00-8:30	
Didáctico	8:30-9:00	Trabajador Social
Explicación a través de un ejemplo como realizar muñecas de adorno y decorar adornos	9:00-9:20 9:20-10:00	Profesional del área de la salud mental
Refrigerio	10:00-10:20 10:20-11:00	

Vive Sonriendo

Presentación

La Riso –Terapia a los mayores les ofrece la oportunidad de rejuvenecer, de ilusionarse, de sentirse importantes, participes en lo social, lo familiar, y por supuesto en lo personal; de su propia vida para jugar, amar, y vivir felices.

Programa dirigido a los “adultos mayores” riso-terapia

4	Adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, Parroquia Zapotal
	<p>Motivar para prevenir trastornos psíquicos, ansiedad, depresión y deterioro cognitivo de los adultos mayores</p> 

Reírse es un acto de naturalidad y espontaneidad. A lo largo de la vida, desde que se nace hasta que muere, las personas siempre se han reído de igual modo que se anda o se come. Sin embargo cuando se llega a la edad adulta, las personas mayores ríen muchísimo menos. Un niño es capaz de reír unas 300 veces de media al día, un adulto tan solo lo hace de 15 a 100 veces diarias.

A pesar de que la risa no puede hacer desaparecer la enfermedad, sí que está demostrado que el estado de ánimo del enfermo puede contribuir a la curación de la dolencia. Por eso, las personas mayores, que suelen padecer más enfermedades que el resto de personas, deberían practicar más la risoterapia y así aumentar su estado de ánimo y con ello ayudar en las posibles enfermedades que puedan padecer.

En el momento que una persona empieza a reír se activan 430 músculos a la vez, los pulmones trasladan 12 litros de aire, cuando lo normal es que solo mueva 6, y en consecuencia el corazón se fortalece porque se intensifica el riego sanguíneo.

Desarrollo del programa

Lugar: Junta parroquial

Hora: 9:00 AM -10:40AM

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RECURSOS
Fomentar la comunicación y el contacto físico y relacional así como el pensamiento positivo, la alegría de vivir y el buen humor	<p>Tema:</p> <p>Rueda de Muecas y Risas</p> <p>Planificar la Riso terapia</p> <p>Conformar los grupos de los adultos mayores</p> <p>Desarrollar la actividad</p>	Equipo técnico	<p>Trabajador Social</p> <p>Profesional del área de la salud mental</p>

Cronograma operativo de risoterapia

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLES
Bienvenida al grupo		
Explicación del juego		
El Terapeuta elegirá una mueca, la que quiera pasándosela a su compañero de la derecha, este tendrá que pasársela a su compañero hasta que todos la repitan. En la siguiente ronda podemos decirles que además de elegir una mueca deben añadirle un sonido, y en la siguiente ronda, mueca sonido y movimiento, de manera que todos elijan su mueca con sonido y movimiento, y todos la repitan.	8:00-8:30	
	8:30-9:00	
	9:00-9:20	Trabajador Social
	9:20-10:00	Profesional del área de la salud mental
	10:00-10:20	
	10:20-11:00	
Desarrollo de la risoterapia		
Refrigerio		

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA

- Que por medio de la ejecución de la presente propuesta se logre el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal
- Que se logre la ejecución de la presente propuesta para que se evidencien los resultados en el bienestar y progreso de las relaciones y condiciones de vida de los adultos mayores, sus familiares y allegados.
- Que se apoye, por parte de las autoridades parroquiales y municipales, el desarrollo de las actividades establecidas en el programa para que se genere un impacto como resultado de la ejecución de la propuesta, estableciendo los objetivos en la misma para que se mejore las relaciones y condiciones de vida de los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal.
- Que se logre la participación de todos los adultos mayores, de los familiares y de la comunidad, recalcando la importancia del apoyo por parte de las autoridades de la parroquia y del GAD municipal.
- Que se continúe con la programación y realización de las diferentes actividades de recreación programadas dentro de la propuesta, para la estimulación cognitiva y la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria “Vida Sonriente”, parroquia Zapotal.

BIBLIOGRAFÍA

Abregú, M. (2019). *Diseño e implementación de un programa de estimulación cognitiva en un hospital geriátrico*. Carrera de Psicología, Facultad de Psicología. Lima–Perú: Universidad de Lima.

Acosta, C., Tánori, J., García, R., Echeverría, S., Vales, J., & Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.

Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.

Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Carrera de Psicología Clínica, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato–Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.

Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.

Cardona, J., Giraldo, E., & Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Médicas UIS. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 29(1), 17-27.

González, J., & Garza, R. (2016). Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad CCVAMC-62. *Ciencias Humanas y de la Conducta*, 23(1), 17-25.

Guevara, E. (2016). La importancia de conocer “lo esperado para la edad” en la evaluación cognitiva del adulto mayor. *Revista Médica Chile*, 1621.

Herazo, Y., Quintero, M., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N., & Suarez, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.

Leiva, A. (2016). *Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años*. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. Huelva, España: Universidad de Huelva.

Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165.

Ochoa, E., & Ríos, J. (2017). *Progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores de los Centros Gerontológicos de la ciudad de Cuenca. 2017*. Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca–Ecuador: Universidad de Cuenca.

Pazmiño, T., & Vinuesa, E. (2016). *Recuperación del estado cognitivo como estrategia de prevención para disminuir el riesgo de caídas en adultos mayores de la parroquia de Conocoto, durante septiembre a noviembre del 2016*. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Sánchez, I., & Pérez, V. (2013). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Trabajos de revisión*, 1-7.

Solano, D. (2015). *Calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad “El Rodeo” canton Oña provincia del Azuay y la intervención del trabajador social*. Carrera de Trabajo Social, Área Jurídica Social y Administrativa. Loja–Ecuador: Universidad Nacional de Loja.

Soto, M., Núñez, A., & Romero, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(2), 61-70.

