

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO
MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR
QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR
SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR: MANUEL ANÍBAL PACHECO SÁNCHEZ

DIRECTOR: DRA. ALBA BEATRIZ PESANTEZ GONZÁLEZ, Mg. Sc.

Loja- Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Dra.

Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo elaborado con el tema: REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, realizado por el señor. Manuel Aníbal Pacheco Sánchez, ha sido revisado y dirigido por mi persona para la cual autorizo su presentación ante el tribunal de Grado.

Loja, Marzo 2016

Dra. Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, MANUEL ANÍBAL PACHECO SÁNCHEZ, con CI: 1104626914 egresado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja declaro que la presente investigación cuyo tema es REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA es de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado realizado en los centros antes mencionados.

f) Aligned Spadio A

Manuel Aníbal Pacheco Sánchez

CI: 1104626914

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Manuel Aníbal Pacheco Sánchez, con cedula N° 1104626914 autor del trabajo de grado titulado "REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA."; presentado y aprobado como requisito para optar al grado de Medico General: autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio digital Institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 10 días del mes de Marzo del dos mil dieciséis, firma el autor

FIRMA: Seine Market

AUTOR: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez

CEDULA: 1104626914

DIRECCIÓN: Sucre entre Azuay y Mercadillo

CORREO ELECTRONICO: manucopacheco@hotmail.com

TELEFONO: 2550391- 0988698525

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Alba Beatriz Pesantez Gonzalez, Mg. SC.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. Elvia Raquel Ruiz B, Mg. Sc. (Presidente)

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc. (Vocal)

Dr. Angel Ordoñez Castillo, Mg. Sc. (Vocal)

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera. A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su amor, apoyo y brindándome el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mis hermanos y familiares por sus palabras de apoyo y compañía, a mi abuelito aunque no esté físicamente con nosotros, pero sé que desde el cielo siempre me cuida y me guía para que todo salga bien.

A mis amigos, compañeros y todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado durante toda mi carrera hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE, mi MADRE, a mis hermanos y a todos mis tíos; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Por último a mis compañeros y maestros porque por medio de sus enseñanzas y consejos me han formado para ser un profesional de bien para la sociedad y a mi director de tesis quién me ayudó en todo momento, Dra. Alba Pesantez González.

Manuel Aníbal Pacheco Sánchez

1. TÍTULO:

"REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA"

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como propósito el determinar la presencia de repercusiones en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, transversal y con un enfoque cuantitativo. Para la recolección de la información se aplicó las técnicas de la entrevista a través de una encuesta que fue elaborada y ejecutada por los investigadores y la aplicación del Test de Yesavage y Pfeiffer con sus respectivas guías y cuestionarios dirigidos a 35 adultos mayores de Hogar San José de la Cuidad de Cariamanga que conformaron la muestra. Los resultados derivados permitieron determinar una alta prevalencia de alteraciones emocionales y mentales causadas principalmente por el abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal . Asimismo en cuanto al deterioro cognitivo o mental en los adultos mayores, se describen: el 63% es severo, 17% moderado; un 11% normal y 9% tenían un deterioro leve. Ante lo expuesto se llevó a cabo una intervención encaminada a la prevención de alteraciones emocionales y metales, mediante una socialización de resultados al personal médico y de cuidado del Hogar San José. Así mismo se dio una conferencia con material didáctico audiovisual y un manual de prevención, sobre el estado emocional y deterioro cognitivo en adultos mayores de manera que esta situación sea un asunto prioritario, para propiciar mejoras en la calidad de vida del adulto mayor. Concluyendo finalmente que las alteraciones emocionales y mentales tienen alta prevalencia en el adulto mayor como consecuencia del abandono.

Palabras Claves: Adulto mayor, estado emocional, estado mental

2.1. SUMMARY

This research work was aimed to determine the presence of the impact on the mental and emotional state of the elderly residing in nursing home San Jose of the Cariamanga city. This research work was descriptive, transversal and a quantitative approach. Interview techniques was applied to the collection of information through a survey that was prepared and executed by the researchers and the application of the Test of Yesavage and Pfeiffer with their respective guidelines and questionnaires targeting 35 adults Home San Jose City Cariamanga that formed the sample. The results derived allowed to determine a high prevalence of emotional and mental disturbances caused mainly by the abandonment obtaining 57% of the population is within the parameters of mild depression, followed by 34% of established depression and 9% are considered emotional state normal. Also in cognitive or mental decline in older adults, they are described: 63% severe, 17% moderate; 11% and 9% is normal. Before the above was conducted an intervention aimed at the prevention of emotional disturbances and metals, by socialization of results to physicians and home care San Jose. Likewise gave a lecture with audiovisual teaching material and a manual on prevention, on the emotional state and cognitive impairment in older adults so that this situation is a matter of priority, to bring about improvements in the quality of life of the elderly. Finally concluding that the emotional and mental disorders are highly prevalent in the elderly as a result of neglect

Keywords: elderly, emotional state, mental state

3. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo nace con la necesidad de un abordaje integral al adulto mayor, con el objetivo de determinar la presencia de repercusiones en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga, pues el abandono a los adultos mayores es un problema social, que compete a todos los ciudadanos , ya que el abandono expone al anciano a peligros, delincuencia, hambre y aún más ocasionando un sentimiento profundo de aislamiento y soledad lo que desencadena estados emocionales y mentales graves.

Según INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos) en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), de los cuales el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, por lo que la satisfacción en la vida del adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien.

Se estima que las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. Siendo importante también, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida pues constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo. Así también, el proceso de envejecimiento puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden derivarse de algún problema de salud mental.

Las alteraciones emocionales y mentales en el adulto mayor pueden derivarse de varias circunstancias como:

- Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia.
- Aislamiento y soledad, causado generalmente por el abandono de familiares.
- Un escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas al ser confundidas con dolencias o enfermedades físicas.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que no aporta para los demás ni como parte de la familia y menor aun como parte productiva de la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir asumiendo sus dolencias propias de la edad y enfrentando la lejanía, el abandono e incluso el irrespeto y desamor de su entorno.

El abandono al adulto mayor es una problemática social, donde las familias al tener como carga a esta persona optan por el abandono más común que es el asilo de ancianos siendo allí cuando el adulto mayor empieza a experimentar alteraciones a nivel emocional que posteriormente con el transcurso de los años se evidencias en alteraciones mentales debido a las depresiones profundas y la constante soledad. Pues es notable que un adulto mayor que recibe afecto y visitas constantes presente estados de salud mejores que aquellos que se encuentran en total abandono

Por lo que el presente trabajo investigativo se originó de la necesidad de un abordaje integral del adulto mayor, cuyo objetivo general fue: Determinar la

presencia de repercusiones en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga, a través de objetivos específicos como: Analizar el estado actual en el que viven los adultos mayores en el asilo de ancianos hogar San José. Determinar los principales padecimientos relacionados con el estado mental de los adultos mayores que residen en el asilo. Determinar los principales padecimientos relacionados con el estado emocional de los adultos mayores que residen en el asilo y Elaborar estrategias que contribuyan a mejorar el estado mental y emocional del adulto mayor del hogar San José. Mismos que se hicieron evidentes al encontrar alteraciones emocionales y mentales a causa del abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y en cuanto al deterioro cognitivo o mental en que el 63% muestra deterioro severo, 17% moderado, por lo que queda establecido que el abandono del adulto mayor en casas de cuidado desemboca depresión y deterioro mental progresivo siendo imprescindible un accionar oportuno de tipo preventivo de manera que se apoyen políticas de salud pública en pro del bienestar del adulto mayor.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 El adulto Mayor

La tercera edad es una etapa evolutiva del ser humano con varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta la salud física y mental, tiene una parte sociológica y económica porque se ha alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas, pero también es un fenómeno psicológico, al producirse cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional

En Ecuador, "desde los 65 años en adelante, una persona es considerada un adulto mayor o de la tercera edad. Según el censo de vivienda del 2010 y del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en el Ecuador el 7%, de la población tiene más de 65 años" (Verónica, 2014)

Martínez, (2008), se refiere a que el envejecimiento acarrea el deterioro funcional mismo que se manifiesta en trastornos osteomioarticulares, trastornos emocionales y de tipo mentales. Estos cambios traen consigo toda una serie de trastornos, para la deambulación; el movimiento cotidiano para su supervivencia, la comunicación adecuada con los demás y con sus familiares. El contacto con el medio ambiente que lo rodea y que al final, es quien está actuando con él, en una dinámica constante.

Gómez et al. (2000), El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. (pág. 21)

En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos intrínsecos del crecimiento y del envejecimiento se desarrollan en un medio adecuado.

De no ser así, la duración cronológica de la vida humana se reduce proporcionalmente, aun cuando el espacio biológico sea en todos los individuos el mismo.

Formiga, (2014), referenci al envejecimiento recalcando que no es una patología, sino una característica de la vida, que involucra cambios como: el pelo se vuelve blanco, los hombres pueden quedarse calvos, necesitamos gafas para ver de cerca, oímos menos, etc. Por otro lado, hay factores que pueden favorecer la aparición de enfermedades: el páncreas envejece, deja de segregar insulina, conllevando a la diabetes, aumento de peso corporal, generalmente los vasos se cierran, hay posibilidad de hipertensión arterial, y todo esto puede derivar en una embolia o en un infarto de corazón. Todo ello sumado a factores como fumar, beber o tiene hábitos poco saludables, aumenta el riesgo pero se debe tomar en cuenta que las enfermedades se asocian con la edad y, por lo tanto, con el envejecimiento

4.2 Geriatría

La Geriatría es una rama de la Medicina Interna que se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. Esta definición es muy amplia y cubre, además del diagnóstico y tratamiento, los aspectos sociales y sicológicos de dichos pacientes y sugiere el uso de un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de sus enfermedades. La función primaria de la Geriatría es el diagnóstico de las incapacidades que se han producido. El propósito es que, a través del tratamiento y de la rehabilitación, los pacientes mayores vuelvan a su estado previo y de este modo logren una máxima independencia para desenvolverse en la comunidad. (Marín P.)

4.3 Gerontología

La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento, la vejez y las personas ancianas desde un punto de vista multidisciplinar y desde la normalidad, implicando ciencias de la salud, sociales y psicológicas. Actualmente cobra importancia por el envejecimiento progresivo de las sociedades y por el consumo ascendente de recursos de todo tipo (médicos, sociales, asistenciales, culturales, etc.) que realizan las personas mayores.

A criterio de Queralt, los objetivos primordiales de la gerontología son no sólo aumentar los años de vida, la longevidad, sino añadir vida a los años, aumentando la calidad de vida de las personas mayores.

4.4 Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Hoyl, Trinidad, muestra las características del envejecimiento:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables.

El proceso de envejecimiento es un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes de que la etapa de envejecimiento se manifieste por completo debido a factores propios o externos que pueden variar dicho proceso.

García & Martinez (2012), menciona que el proceso de envejecimiento según la edad es variante:

- Edad Cronológica: Es la edad del Calendario
- Edad Biológica: Definida por el Envejecimiento y la Afectación Física del Organismo.

- Edad Psicológica: Definida por los cambios y efectos psíquicos que el Envejecimiento represente en cada Individuo.
- Edad Social: Definida por el rol que las personas mayores desempeñan en cada Sociedad. Los límites de la Edad Social son cambiantes según las Necesidades Económicas y Políticas del momento y/ o de la Sociedad.

La edad no siempre refleja es estado de la persona, ya que varía de acuerdo a las funciones físicas, emocionales, mentales y sociales.

4.5 Teorías del Envejecimiento

Pardo (2003), muestra las teorías para explicar el envejecimiento humano

Teorías estocásticas: Engloba fenómenos que comportan variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos.

Teorías deterministas: Abarca fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

Dentro de las Teorías estocásticas consideran al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular. Entre estas se encuentran:

- Teorías genéticas: En la actualidad se propugnan 3 teorías genéticas y estocásticas.
 - Teoría de la regulación génica: se establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la

duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos.

- Teoría de la diferenciación terminal: en esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética y que comportan una diferenciación terminal de las células, haciendo hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética
- Teoría de la inestabilidad del genoma: refiriéndose a la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del ADN como afectando a la expresión de los genes sobre el ARN y proteínas.

Teoría de la mutación somática

Esta teoría fue impartida por Szilard en 1959, mencionando que el envejecimiento ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

Estas mutaciones en el ADN mitocondrial son causa de enfermedades humanas y están asociadas con un espectro amplio de manifestaciones clínicas incluida la demencia, los desórdenes del movimiento, el fallo cardíaco, la diabetes, la disfunción renal, la sordera, la ceguera y la debilidad

Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue impartida por Denham Harman en 1956, asegurando que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres.

Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.

Teoría error - catástrofe

Esta teoría fue propuesta por Orgel en el año 1963 y modificada por él mismo en 1970, asegurando que con la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular.

Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares

Esta teoría postulada por Brownlee, en 1991mencionando que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad que altera la función biológica de las proteínas extracelulares.

Teoría de la acumulación de productos de desecho

Teoría mencionada por Sheldrake, en 1974, en la que se dice "el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos".

Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción, al no destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células.

Teoría inmunológica

Esta teoría genética del envejecimiento resalta que el genoma nuclear, actúa como un "reloj molecular" o "reloj celular", que es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento pasando por la madurez sexual.

Teorías deterministas

En las que se sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada persona

Teoría de la capacidad replicativa finita de las células.

Durante muchos años, se pensó que las células humanas son capaces de proliferar en el organismo, se replicarían indefinidamente en los cultivos celulares. Sin embargo, Hayflick y Moorhead dieron a conocer en 1961 que los fibroblastos humanos normales tenían una limitación del número de veces que podían dividirse. Este límite describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro.

Teorías evolutivas

- La primera teoría: postula que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado. Esta teoría propone que el control genético activo de los acontecimientos senescentes está mediado por genes específicos.
- ➤ La segunda teoría : menciona que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento, pues los genes del envejecimiento se habrían instalado cómodamente en los cromosomas humanos porque la selección natural no habría podido evitar su difusión, esta teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan senescencia y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus efectos negativos.
- La tercera teoría: postula que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana. La teoría del soma desechable afirma que el nivel óptimo de inversión en el mantenimiento somático es menor que el nivel que se necesitaría para la longevidad

somática indefinida. Por lo que al existir la probabilidad del riesgo de muerte violenta, la especie debería invertir en sistemas de protección que garanticen el vigor juvenil solo durante el período de reproducción, dirigiéndose el resto del suministro energético de un organismo hacia la promoción de una fertilidad óptima.

4.6 Cambios Fisiológicos del Envejecimiento

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones implican la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. (Landinez, et al. 2012)

Fisiología se refiere a la ciencia que estudia las funciones de los seres vivos y su regulación, incluyendo la homeostasis y la adaptación, por lo que en la vejez ocurren una serie de cambios a nivel molecular, celular, de tejidos y de órganos que contribuyen a la disminución paulatina de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad.

El proceso de Envejecimiento implica un declinar fisiológico, que no es uniforme en velocidad ni magnitud, pues en ciertas funciones, la regulación del organismo se mantiene aceptable hasta una edad avanzada y en otras funciones el organismo empieza a declinar relativamente pronto, en la edad adulta, mantenido un descenso constante como el deterioro de los órganos de los sentidos.

La heterogeneidad fisiológica es una de las características más consistentes de la población que llega a vieja. A nivel biológico los cambios del envejecimiento suponen una involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, celulares y tisulares que afectan a todo el organismo, con progresión que nunca es de carácter uniforme. Los cambios más significativos se dan en el corazón, pulmones y riñones. (Caballero, 2001, pág. 4)

De la misma manera Caballero (2001), menciona que todas las células experimentan cambios en el proceso de envejecer; se hacen más grandes, y poco

a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse y por ello pierden su funcionalidad o así también inician un proceso de funcionamiento anormal.



Imágen: Cambios del envejecimiento

Fuente: crisotmor. Wordpress.com

El proceso de envejecimiento implica cambios diferenciales entre las personas jóvenes y los adultos mayores y aunque estas características varíen de una persona a otra, a base de la publicación del portal Club Ensayos (2012), se mencionan las características más importantes de dichas diferencias:

- Pérdida progresiva de la capacidad visual, con síntomas que conducen a presbicia, miopía, cataratas, etc.
- Pérdida de agilidad y capacidad de reacción refleja
- Degeneración de estructuras óseas, con la aparición de deformaciones debido a acromegalias, osteoporosis, artritis.
- Aparición de demencias seniles, como enfermedades de Alzheimer
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas
- Distención creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre, lo que se evidencia en caída de senos y pérdida de la tonicidad muscular
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad
- Aumento de la hipertensión arterial

- Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes contagiosos
- Disminución del colágeno en la piel y de la absorción de proteínas y aparición de arrugas
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y audición
- Pérdida de libido, disminución de espermatogénesis en hombres y menopausia en la mujer.

Diversas causas se han asociado a este deterioro, entre ellas, las de índole genética, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales.

Las alteraciones que ocurren en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento pueden ser:

A criterio del Manual de Geriatría, emitido en Chile, el proceso de envejecimiento físico afecta a las siguientes estructuras:

- **4.6.1. Estatura y Peso:** Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más notorio en las mujeres, y se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años y luego disminuir a aproximadamente un 20 % promedio. (Manual de Geriatría, 2002)
- **4.6.2. Piel y Faneras:** La piel con el trascurrir del tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte levemente amarillento.

Según la publicación del Manual de Geriatría, (2002) La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, acompañado por la disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular.

La dermis pierde parte de su contenido colágeno originándose arrugas, la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudo elastina que provee un color amarillento a la piel. (pág. 8). Asimismo hace referencia a que la hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso, así como los folículos pilosos que atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y duras por aumento proporcional de la queratina. El tejido conectivo disminuye su contenido colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Es por ello que por pérdida del soporte elástico los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo y existe trasvasación de sangre con menor degradación.

A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan comúnmente el llamado púrpura senil

4.6.3. Sistema Musculo esquelético: Allevato & Gaviria (2008), en su publicación menciona que de los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, misma que no es lineal y se acelera con la edad.

La fuerza muscular disminuye con los años por la disminución de fibras tipo II (rápidas) y las unidades motoras reducen su densidad. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta y los cambios óseos son de particular importancia por las implicaciones clínicas y epidemiológicas que pueden tener

Hay disminución en la actividad osteoblástica ocasionando un decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical, en caso de los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibidor de éstos sobre los osteoclastos. Se puede presentar osteoporosis generalmente en cadera, fémur y vértebras. Aunque puede aparecer también osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) asociado directamente con deficiencia de vitamina D. (pág. 170)

4.6.4. Sistema Nervioso: El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo, pues "el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo". (Marín J. , 2003), pues existe pérdida de neuronas y la circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema.

Las catecolaminas, serotonina y opioides se reducen y estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. De la misma forma los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. (Marín J., 2003, pág. 28). El sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se nota dificultad en la conciliación del sueño, el despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador que causa el mismo.

- **4.6.5 Sistema Endócrino:** En el sistema endocrino también se dan cambios como proceso propio del envejecimiento, y el Manual de Geriatría de Chile (2002), muestras las principales características:
 - Pituitaria: Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.
 - Glucosa e Insulina: No hay disminución de la secreción pancreática de insulina; pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.
 - Tiroides: Con el paso de los años la tiroides se vuelve fibrosa y nodular.
 Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta

un 50%, los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Por lo que con los años aumenta la tendencia a presentar nódulos tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

- Paratiroides: El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio, por otro lado la calcitonina a pesar que disminuye su concentración mantiene su actividad.
- Suprarrenales: El proceso de envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y la disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización y la pérdida de la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.
- **4.6.6. Sistema Inmune:** La inmunidad del adulto mayor presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos.

El timo se transforma en un órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides. A nivel celular no se evidencia la disminución de su función pero pierde capacidad para reparar efectos deletéreos de radiaciones ionizantes.

Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la disminución de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos. (Marín J., 2003, pág. 30)

4.6.7. Sistema Renal y vías urinarias: De igual modo Marín (2003), muestra que los riñones sufren importantes cambios con el proceso de envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como

hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a I riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.

Aproximadamente el 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 y 70 años así como la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml min. cada 10 años. Es probable que la disminución normal del flujo renal que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, una menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal. (Marín J., 2003, pág. 32)

En cuanto a las vías urinarias estas se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, la presencia de obstrucción prostática a causa del crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres.

- **4.6.8.** Sangre y Coagulación: Marín (2003), asevera que a pesar de que la anemia se asocia al envejecimiento una adecuada nutrición y la ausencia de patologías que conlleven a esta condición debería evitar la aparición de recuentos disminuidos de glóbulos rojos por el momento es controvertido que la edad per se esté ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina. El fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII y el dímero D que se encuentran en valores que alcanzan el doble de los hallados en jóvenes.
- **4.6.9. Sistema Cardiovascular:** A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil establecer entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años.

Por otra parte estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos

puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. Posteriormente se produce una disminución de la cantidad de miocitos por fenómenos no bien aclarados dentro de mismos que se ha postulado a la apoptosis como mediador. (Marín J., 2003, pág. 30)

A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema éxcito conductor, pudiendo aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones y el tejido excito-conductor tiene pérdida progresiva de su actividad lo que requiere presencia de un marcapasos a los 75 años sólo hay un 10 a15% del número de células marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto es más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor.

Aparece una mayor activación intracardíaca de angiotensina lo que ocasionaría cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.

El consumo de oxígeno máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio. Existiendo una disminución de la respuesta de los receptores beta-adrenérgicos a lo cual contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilato ciclasa del músculo cardíaco. Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos lo que derivará en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos y se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial.

4.6.10. Sistema Respiratorio: A través del envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con un aumento del diámetro antero-posterior del tórax, por cuanto la distensibilidad de la pared

muscular disminuye. Así mismo se reduce la elastina de la pared bronquial así como el colágeno.

Existe un aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. La capacidad vital y el VEF disminuyen hasta un 30% a los 80 años aproximadamente El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial y el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. (Marín J. , 2003, pág. 29)

4.6.11. Sistema Digestivo: Se producen cambios a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados se hace evidente.

Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente la reducción de la inervación.

Así también se altera la fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. Siendo una meta propuesta por la OMS, la conservación de 20 a 22 dientes en esta etapa de la vida.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación y un 10% de los octogenarios pierde por alteraciones de los plexos entéricos la coordinación de los músculos esofágicos. El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. (Manual de Geriatría, 2002)

La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la al del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas.

A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal. A nivel gástrico la incidencia de Helicobacter pylori aumenta lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más prevalente la existencia de úlceras. (Manual de Geriatría, 2002)

4.6.12. Cambios en la Motricidad: La motricidad se refiere a movimientos controlados y deliberados que requieren el desarrollo muscular y la madurez del sistema nervioso central que puede implicar movimientos de mayor o menor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo y mano. (Motricidad en la tercera edad, 2010)

En la persona mayor suceden cambios a diversos niveles que inciden directamente en las estrategias de aprendizaje y acción, uno de los cambios más importantes es la ejecución motriz de los ancianos que se ve afectada cuando se ejecutan actividades en un tiempo concreto de realización, denotándose la lentitud y complejidad a causa de las transmisiones nerviosas más lentas.

La motricidad se ve afectada con los años afectándose la estabilidad en posición erecta, el control del equilibrio y la coordinación del movimiento, condiciones y cambios propios de la edad, aún en ausencia de enfermedades. La Motricidad en la tercera edad (2010), publicado a través del portal de Buenas tareas, explica que los cambios del ser humano en el proceso de envejecimiento y en especial la importancia de la marcha, la postura y el equilibrio, son los cambios más sobresalientes en la motricidad.

Sabido es que las transformaciones degenerativas en la tercera edad pueden afectar la posición estática o cinética del individuo, y por tanto alterar su movimiento, y que los cambios osteomioarticulares en huesos, músculos y articulaciones, pueden producir pérdidas progresivas de la elasticidad muscular evidenciando articulaciones rígidas que dificultan tanto la motricidad fina como gruesa.

4.7. El Abandono del Adulto Mayor

Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil, refiriéndose a la productividad ante la sociedad, lo que comienza a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de hijas e hijos, amistades y parientes cercanos.

Maguey (2002), hace referencia al tema destacando que un factor frecuente ocurre cuando la familia se apodera de los bienes materiales de la o el adulto mayor, aprovechando su fragilidad, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o se le agrede (física o verbalmente) y en ocasiones se le desplaza de la familia llevándolo a asilos o albergues en contra de su voluntad.

En la actualidad, los ancianos son considerados frecuentemente como seres indeseables o considerados una carga para sus familiares.

Fuentes & García (2003), afirma: "Esta idea absurda puede explicarse por la ausencia de productividad económica, la carga financiera que representa y por la imagen de futuro deterioro que dan a los más jóvenes".

Este rechazo de la persona que envejece, contrasta con las sociedades antiguas donde el anciano era venerado y respetado, pero ello ocurría por que la expectativa de vida era menor a la actual, donde no se experimentaban padecimientos crónicos como los actuales que por su implicación económica y dependencia se considera a la persona adulta mayor como un problema para la familia.

El problema del cuidado al adulto mayor implica grandes aspectos, como los que se mencionan a continuación:

(Bruna, Reinoso, & San Martín), menciona que la familia no está dispuesta a aceptar pérdidas, gastos ocasionados por el adulto mayor, que es considerado un ser nada productivo para la sociedad. Otra característica muy particular de la familia es el no tener un espacio físico, psicológico, emocional para el adulto mayor.

Osorio (2007), recalca que desde el punto de vista del adulto mayor este tampoco se prepara para esta etapa de la vida con todos sus cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, económicos, sociales que tienen al ir avanzando en la edad.

El maltrato al adulto mayor ocurre de manera directa o indirecta, ya que el maltrato puede ser directo o indirecto; es de tipo directo cuando hay agresiones

físicas, falta de atención en alimentación o cuidado médico y suelen ser pasivas pero no menos importantes cuando existe abandono al adulto mayor. Por lo que Osorio (2007), también se refiere al tema mencionando:

- El abandono Físico: ocurre cuando las necesidades básicas del anciano (alimentación, abrigo, aseo, protección, vigilancia) son descuidadas o no atendidas de manera temporal o permanente por ningún miembro de su entorno.
- El Abandono Emocional y Psicológico: se refiere a la falta de respuestas a las necesidades de contacto afectivo del anciano, ausencia de contacto corporal, como abrazos o caricias y a más de ello la indiferencia que causa graves alteraciones en el adulto mayor.

Asimismo existe el abandono total en el que implica que los adultos mayores sean institucionalizados en un centro de cuidado del adulto mayor a manera de evitar responsabilidades.

Y de la misma forma existe el abandono en situación de calle en el que se pierde total contacto con el adulto mayor y el desamor se hace evidente, enviando al adulto mayor fuera de sus propios hogares a padecer carencias en la calle.

Todo este problema social se debe a la cultura de cada sociedad y familia, pues es importante que el adulto mayor se considere un ser de admiración, de sabiduría y sea respetado a manera de reciprocidad por sus cuidados hacia y desde sus hijos.

4.8. Deterioro Cognitivo del adulto mayor

Según Robalino J. (2012), el deterioro cognitivo sin enfermedad específica, es la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria. Los deterioros cognitivos más graves interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria mismas que cuando producen un déficit importante y notorio de la capacidad de relación afectan el aspecto social, familiar, o laboral de un adulto mayor.

También se menciona que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, y la mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con dificultades transitorias para evocar o rememorar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, enlentecimiento del pensamiento.

El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores y que en general no afecta a la realización de las tareas habituales del día a día.

Según Queralt (2008), se refiere al deterioro cognitivo resaltando que es; el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente cuando ya existe incapacitación para las actividades de la vida diaria.

Queralt (2008) plantea las siguientes funciones cognitivas afectadas con el envejecimiento:

- La memoria a corto, medio o largo plazo.
- Las áreas del lenguaje (comprensión, elaboración, vocabulario).
- Las habilidades manuales (praxias).
- Las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones.
- Los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente afectados en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales.
- **4.8.1. Teorías del envejecimiento cognitivo y el lenguaje:** Según Véliz, et al. (2010), se nombran ciertas teorías del envejecimiento:
 - ✓ Enlentecimiento: Uno de los fenómenos mejor establecidos en relación con el envejecimiento cognitivo son las diferencias observadas en la velocidad de procesamiento cuando se compara el desempeño de jóvenes y mayores frente a diferentes tareas.

- ✓ **Déficit inhibitorio:** Esta teoría sostiene que el envejecimiento debilita los procesos inhibitorios que regulan la atención sobre los contenidos de la memoria operativa afectando a una amplia gama de actuaciones cognitivas entre las cuales se incluyen la comprensión y producción del lenguaje. Pues la memoria, según esta teoría, no solo debe activar y procesar ciertas unidades de información, sino también debe filtrar los contenidos no pertinentes para que no se produzca interferencia o confusión.
- ✓ Disminución de la capacidad de la memoria operativa: Como consecuencia del envejecimiento, la memoria operativa, entendida como un sistema de memoria de recursos limitados, dotado de capacidad para almacenar y manipular información, experimenta una disminución en su capacidad de trabajo, hecho que impone limitaciones a la habilidad de las personas mayores para comprender o producir oraciones semántica o sintácticamente complejas.
- ✓ Déficit de transmisión: Existen muchos cambios cognitivos asociados al envejecimiento debidos al debilitamiento de las conexiones entre las representaciones en la memoria.
- ✓ Déficit sensorio-perceptivo: La teoría del déficit sensorio perceptivo o de la señal muestra una declinación de los procesos sensoriales y perceptivos asociada al envejecimiento principalmente en audición y visión, produce entradas erróneas o incompletas en las computaciones de bajo nivel implicadas en la codificación fonológica y ortográfica, conllevando a falla o daño en el proceso de selección léxica y en otros procesos

Campillo (2002), se refiere al estado del adulto mayor y refiere que se ve afectado por múltiples factores como:

 El abuso físico: relacionado con actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.

- El psicológico o emocional: es la conducta que causa angustia mental o trastorno mental como las amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación.
- El abuso del dinero o bienes: daños ocasionados a la persona anciana para ganancia personal del abusador en cuanto a situaciones como dinero, herencias o testamentos que repercuten drásticamente en el estado del adulto mayor.
- El abuso por negligencia: es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera. La negligencia engloba daños físicos como la no atención del cuidado personal del adulto mayor en cuanto a higiene, alimentación, y medidas de seguridad, de la misma manera puede ser de tipo social, al propiciar el abandono, la soledad y el aislamiento afectando el bienestar del adulto mayor.
- El abuso sexual está definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el adulto mayor es incapaz de dar su consentimiento.

El deterioro cognitivo inicial en pacientes mayores ha recibido distintas denominaciones, tales como: "olvidos senescentes benignos", "deterioro de la memoria asociado a la edad", "deterioro cognitivo asociado a la edad" y "deterioro cognitivo leve"; siendo en la actualidad éste último término el más ampliamente aceptado. (Shano & Gonzales, 2003, pág. 2)

El deterioro cognitivo se establece como una entidad patológica la declinación exclusiva de la memoria, en vez de considerarla como una condición fisiológica normal de la senencia.

El deterioro cognitivo se ha asociado además a alteraciones cuantitativas y cualitativas en estudios de neuroimágenes, así como a factores de riesgo biológicos y ambientales, que apoyan la hipótesis de que se trata de estadios iniciales de demencia en una gran proporción de casos. Idea que se apoya además en estudios

de anatomía patológica que muestran que un porcentaje importante de pacientes con deterioro cognitivo inicial tienen depósitos neurofibrilares, placas neuríticas y severa disminución neuronal a nivel de hipocampo y corteza entorrinal, compatibles con el diagnóstico patológico de enfermedad como el Alzheimer. (Shano & Gonzales, 2003, pág. 3)

4.10. Estado emocional del adulto Mayor

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la "pérdida de la autonomía y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo." (Urrutia & Villarraga, 2010)

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neoformaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, además de un miedo al pensar o estimar el tiempo que le queda de vida y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

Tabla 1: Principales cambios físicos asociados a los impactos emocionales del adulto mayor

Impacto Físico	Impacto Emocional
El nivel de energía disminuye, menos	Pueden disminuir los intereses en pasatiempos
active, sube de peso.	/eventos.
Se deteriora el sistema del cuerpo.Perdida de Sensores (oído y vista)	Temor a la muerte/aumenta las necesidades religiosas.
disminuye el movimiento seguro y la comunicación.	Se rechazan compromisos sociales, aislamiento conduce a la soledad.
Cambios externos: se arruga la piel y	Los efectos físicos al envejecer pueden tener un
se vuelve frágil, canas.	impacto significante mentalmente, pueden
• Cambios en la masa y la fuerza de los	recurrir a cirugía plástica, etc.
huesos, caídas resultan en lesiones	Lo vulnerable puede afectar la comodidad,
serias la mayoría de las veces.	angustia, fe en los extraños.
Sensibilidad a las aromas, cambios de	La angustia por lo perdido puede crear
luz y medicinas causada por los	depresión severa; independencia, seres amados,
cambios en los sistemas del cuerpo.	mascotas, trabajo, etc.

Fuente: (Trastornos Pscicológicos y Emocionales, 2011)

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal asociada a la declinación general de las funciones fisiológicas, y entre ellas las más destacadas son las funciones cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales

La esfera emocional también muestra alteraciones con el aumento de la edad ya que estudios han evidenciado una disminución de las sensaciones de placer o anhedonia y dificultad en el procesamiento de la información emocional. Mostrándose que los sujetos de 60 a 80 años no tienen dificultades en decodificar emociones de material verbal, pero son menos hábiles para identificar expresiones faciales de enojo y tristeza y presentan una menor capacidad para reconocer emociones e intenciones a partir de las expresiones en los ojos. (Bentosela & Mustaca, 2005, pág. 6)

En dicha publicación también se muestra que en los ancianos se suscitó un incremento de las concentraciones basales de noradrenalina, que está involucrada en el procesamiento de las emociones.

Powell, en su publicación menciona los principales trastornos emocionales del adulto mayor y describe la depresión de la siguiente forma:

4.9.1 Depresión: La depresión es una afección más común en las personas mayores y los ancianos generalmente es el resultado de no sentirse necesitados. Las personas que tienen puestos de trabajo sienten que están contribuyendo a la sociedad y son una parte necesaria del sistema, pero cuando estas personas envejecen y finalmente se jubilan, o dejan de ser parte útil de la sociedad, se deprimen

La depresión es un padecimiento médico en el cual una persona tiene sentimientos persistentes de tristeza, a menudo con desmotivación y falta de autoestima.

Síntomas de la depresión en los ancianos

Powell, en su publicación se refiere a que existen muchos de los síntomas usuales de la depresión pueden estar presentes en los ancianos, aunque puede ser difícil de detectar.

Los síntomas como fatiga, inapetencia y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico como resultado, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los ancianos.

Las claves para la depresión en los ancianos pueden abarcar:

- Estar más confundido u olvidadizo.
- Comer menos.
- No bañarse o afeitarse con la frecuencia de antes.
- Se puede notar olores de orina o materia fecal.
- La ropa puede estar sucia y arrugada.
- Desorden en casa
- Suspender los medicamentos o no tomarlos de la manera correcta
- Aislarse de los demás.
- No hablar mucho (ClínicaDam, 2010, pág. 23)

En la publicación de ClinicaDam (2010), también se muestran las causas probables de la depresión:

- Adaptarse a la mudanza o cambio de hogar o a un centro de la tercera edad
- Dolor crónico
- Sentimientos de aislamiento o soledad a causa de abandono o muerte de familiares
- Pérdida de la independencia
- Enfermedades múltiples
- Luchas constantes con la pérdida de memoria y problemas para pensar con claridad

La depresión también puede ser signo de un problema médico. Puede ser una reacción a una enfermedad o ser causada por el padecimiento físico. Los padecimientos físicos que incrementan el riesgo de depresión abarcan: trastornos tiroideos, Parkinson, cardiopatía, cáncer y accidente cerebrovascular y también son un efecto secundario de muchos fármacos comúnmente recetados para los ancianos.

Algunas de estas personas no informarán sobre su depresión a sus familiares o entorno porque creen que sentirse triste pero dentro de parámetros normales como parte del envejecimiento.

Tabla 2: Factores de Riesgo para Depresión en el adulto mayor

Predisponentes	Contribuyentes	Precipitantes
Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos)	Situación socioeconómica	Crisis propias de la edad
Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión	Dinámica familiar	Abandono
Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica)	Grado de escolaridad, actividades Iaborales y de recreación	Sentimientos de desesperanza
	Pertenencia a un grupo étnico específico	Aislamiento
	Formas de violencia	Violencia
	Comorbilidad orgánica y mental	Muerte de familiares y allegados
		Pérdidas económicas
		Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades
		Discapacidad y disfuncionalidad
		Dependencia

Fuente: (Gomez Ayala, 2007)

4.9.2. Ansiedad: Powell, J, describe la ansiedad en el anciano diciendo que algunas personas mayores experimentan ansiedad al comenzar su etapa de envejecimiento. Los temores acerca de situaciones comunes como el lugar donde vivir, como mantenerse, con quien va a convivir, quien le puede brindar cuidado a menudo provocan ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad es debida a una hiperactividad de la función noradrenérgica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro, a nuestra integridad física o psíquica; como una reacción de adaptación y de hiperalerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos y psíquicos. (Merino)

La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo-emocionales, conductuales o somáticos: angustia, temores, preocupación, inseguridad; inquietud, distraibilidad; tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiocirculatoria, respiratoria.

A criterio de Rodríguez (2013), las causas de la ansiedad en la tercera edad pueden ser variadas. Por un lado, hay personas que arrastran sus problemas ansiosos de años atrás, que pueden agravarse a edades avanzadas. Pero hay otras específicas propias de los cambios vitales que se producen a partir de los 65 años, como la jubilación, el progresivo deterioro de la salud y las capacidades, la pérdida de la autonomía personal, la necesidad de tener que mudarse a una residencia ante la incapacidad de desenvolverse en la vida cotidiana, el aislamiento social, la reducción de los ingresos económicos o la cada vez más cercana presencia de la muerte pueden provocar signos depresivos y ansiosos en muchas personas.

4.10. Estado mental del Adulto Mayor

(Castilla), en su publicación asevera que el envejecimiento no necesariamente implica que las funciones mentales y la capacidad de racionamiento sean automáticamente disminuidas. No obstante, con la edad aparece el declive en la capacidad de adaptación, que se traduce en la disminución o deterioro de algunas funciones fisiológicas y mentales; dentro de éstas, la más notable es la pérdida de memoria inmediata, que es mayor si requiere velocidad o se producen interferencias. Algunos de los factores que pueden sugerir deterioro mental son:

- Propensión a perder o no localizar cosas.
- Problemas de coherencia verbal.
- Abandono personal (vestido, higiene,...).
- Agresividad, ira.

- Incontinencia.
- Desorientación espacio-temporal.
- Fragilidad emocional

Los trastornos mentales más comunes del adulto mayor son:

- **4.10.1 Demencia:** Castilla, en su investigación sobre los principales problemas que afronta el anciano institucionalizado, se refiere a la demencia como: un trastorno crónico que incide en la memoria, la capacidad de concentración y el aprendizaje, asociadas en gran medida al aumento en la esperanza de vida, pues suelen aparecer a partir de los 70 años. Afectan más a las mujeres. Sus síntomas incluyen:
 - Tendencia a olvidar episodios recientes.
 - Recuerdos vívidos de hechos pasados, muy alejados en el tiempo (niñez, primera juventud), que, incluso, pueden ser absolutamente novedosos para sus familiares.
 - Dificultad progresiva para orientarse respecto del espacio y del tiempo, que desencadena un progresivo aislamiento.
 - Exageración de algunos rasgos de su personalidad, y aparición de facetas nuevas que toman la forma de "manías" (guardar cosas, esconder su dinero,...).
 - Desaparición de aficiones o hábitos.

La demencia es un término amplio que abarca un conjunto de síntomas típicamente experimentados por las personas mayores. Afecta la forma en cómo el cerebro de los adultos mayores trabaja y puede causar que la persona se vuelva demasiado emocional o agitada. Algunas personas que sufren de demencia son incapaces de realizar las actividades diarias normales, tales como vestirse, mientras que otros trabajan casi normalmente sufriendo únicamente períodos de demencia. Varias enfermedades causan la demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer y los accidentes cerebrovasculares. Powell, J.

4.10.2. Pérdida de la memoria: La pérdida de memoria puede resultar de la senilidad o de un derrame cerebral y las personas mayores que sufren de pérdida

de memoria pueden tener la función cerebral perfectamente normal contrariamente. La severidad de la pérdida de la memoria determina el mejor curso de acción. (Powell, J.)

4.10.3. Estados confusionales: La confusión es un síntoma de alguna enfermedad orgánica (infección, fallo cardiaco,...), accidente, o efecto secundario de algún fármaco, especialmente sedantes, o anti-Parkinsonianos. La avitaminosis también puede provocar confusión aguda en el adulto mayor y la mayor característica es la desorientación espacio-temporal, que tiene carácter fluctuante, con momentos de confusión seguidos de periodos de plena orientación. (Castilla)

4.10.4. Trastornos paranoides: De la misma forma Castilla, menciona que los trastornos paranoides, se presentan con alteración marcada de la conciencia que incluye ideas delirantes (estar perseguidos, ser mensajeros de algún acontecimiento especial,...) y en ocasiones, alucinaciones.

Con el trascurso de los años el cuerpo deteriora sus capacidades y funciones tanto físicas, emocionales y sociales, mismas que deben ser abordadas por el personal médico y familiares procurando garantizar una buena calidad de vida del adulto mayor.

Existen diversos métodos de valoración del estado emocional y metal del adulto mayor, pero se destaca las siguientes:

4.11. Valoración del estado emocional- Test Yesavage

Antonini, C. describe la valoración del estado emocional, mediante Test Yesavage, de la siguiente forma: La Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.

Los test pueden variar pero generalmente consta de las siguientes preguntas, cuyo objetivo es determinar la existencia de depresión en la persona.

Tabla 3: Test Yesavage

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Cree que si vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que si situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

Fuente: (Nava, 2012)

Interpretación:

• 0-5 puntos: Tiene un nivel normal de depresión.

6-9 puntos: Tiene depresión leve.

10 o más: Tiene depresión severa.

4.10.12 Valoración del Estado Mental – Escala Pfeiffer.

CRC, Asociación Madrileña, Centro de Reconocimiento de Conductores, destaca la importancia de la valoración del estado cognitivo o mental mediante Pfeiffer, acentuando que esta escala fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de valoración de deterioro cognitivo. Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Explora:

- Memoria a corto plazo.
- Orientación.
- Información sobre hechos cotidianos, y la
- Capacidad de cálculo.

Las preguntas que conforman este test son:

- 1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)
- 2. ¿Qué día de la semana es hoy?
- 3. ¿Cómo se llama el lugar dónde estamos?
- 4. ¿En qué mes estamos? (en su defecto, en qué estación del año)
- 5. ¿Cuál es su número de teléfono? (o bien, si no tiene teléfono, o si tiene dificultades con los números, se le puede preguntar por su dirección: calle, número y piso)
- 6. ¿Cuántos años tiene usted?

38

7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

En algunas presentaciones del test, de cara a basar el resultado en la escala decimal, en lugar de preguntar 6 y 7, se pregunta sólo 7.

- 8. ¿Quién es el actual presidente del gobierno?
- 9. ¿Y el anterior presidente?
- 10. Dígame los apellidos de su madre.
- 11. Si usted tiene 20 manzanas (o cualquier objeto conocido) y me da ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da otras 3? (y seguir hasta llegar a 0)

La valoración se realiza en función de número de errores que ha tenido la persona que lo completa. Así:

0-2 errores: Normal (no hay deterioro cognitivo).

3-4 errores: Deterioro cognitivo leve.

5-7 errores: Deterioro cognitivo moderado

8-10 errores: Deterioro cognitivo grave

A criterio de Marín (2014), dice que si bien es cierto que las preguntas pueden parecer muy sencillas de responder, pero el mismo test discrimina muy bien entre las personas con algún tipo de deterioro cognitivo, y aquéllas no lo tienen.

4.13. Cuidado del Adulto Mayor

4.13.1. Cuidado a través de familiares: Luego et al. (2010), brinda una base sobre las implicación de la familia en el cuidado de sus miembros y más aún en adultos mayores genera importantes cambios en la estructura familiar, como en

los roles y los hábitos. Las tareas de cuidado de una persona dependiente requieren de una asistencia oportuna y confiable, el cuidador debe conocer al usuario postrado, teniendo una visión clara de sus deseos y necesidades.

Cuidar en el ámbito doméstico incluye distintos tipos de cuidados; existiendo necesidades que constituyen la base del cuidado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar; si no se vela por este cumplimiento, que los problemas del adulto mayor irán progresando rápidamente, pero en la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva.

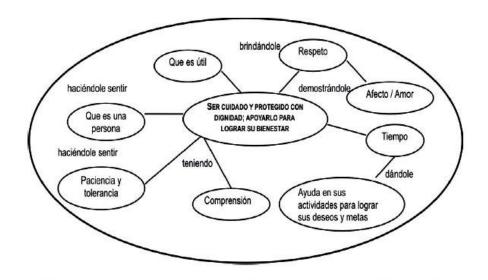


Gráfico 1: Factores familiares para la calidad de vida del adulto mayor

Fuente: http://www.scielo.org.pe/img/revistas/afm/v68n3/a12fig02a.jpg

En el adulto mayor, se debe procurar que su vida cotidiana tenga un mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión, pero también a diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto, principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades

básicas pues el adulto mayor debe sentirse autorealizado, y con el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas se garantice su calidad de vida.(Vera, 2007)

4.13.2. Tipos de cuidadores: Hernández (2006), describe al cuidador y los tipos de los mismo para referenciar sus implicaciones en el cuidado del adulto mayor; Cuidador: "es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales

Por lo que Hernández, asimismo refiere que para el cuidado del adulto mayor existen varios tipos de cuidadores:

- Cuidador informal: Son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios que generalmente es brindado por familiares, amigos y vecinos.
- Cuidador formal: Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio

Por lo que la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo al provocar un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar del cuidador por lo que varias familias optan por dejar a los adultos mayores en instituciones de cuidado como la mejor opción sin considerar las repercusiones que ello acarrea

4.13.3 Cuidado del adulto mayor Institucionalizado: El cuidado del adulto mayor ha sido blanco de varias investigaciones pues es el desafío actual principalmente para gobiernos, es brindar atención en forma moderna y adecuada a las necesidades del nuevo usuario de los servicios de salud, que es la persona mayor,

lo que requiere establecer un abanico de servicios y cuidados de salud que se empleen tanto para los Adultos mayores que estén sanos, como para aquellos con enfermedades agudas, limitaciones funcionales que necesiten rehabilitación y enfermedades crónicas más discapacitantes o con problemas mentales, que requieren cuidados prolongado.

Díaz et al. (1999), muestra las exigencias primordiales para el cuidado de un adulto mayor institucionalizado:

El personal de la institución, en coordinación con los demás trabajadores de salud debe procurar una labor profiláctica con el fin de evitar o disminuir las caídas en los ancianos:

- Colocación de lámparas y conexiones de alumbrado, para garantizar la iluminación en las habitaciones, portales y pasillos.
- Arreglo de barandales y apoyos de las camas para colocarlas a una altura adecuada.
- Confección de parrillas de madera para los baños, donde los ancianos puedan sostenerse sin riesgo de resbalar.
- Organización y limpieza de salas, jardines y otras áreas exteriores, eliminando obstáculos con los que puedan tropezar.
- Estabilización de los objetos en el ambiente físico que rodea al anciano, de manera que pueda desenvolverse en él, sin riesgos de sufrir caídas.
- Confección y aseguramiento del uso de bastones.
- Adiestramiento del personal auxiliar, sobre la importancia de garantizar la limpieza y el secado de los pisos.
- Evitar el uso de ropas sueltas y zapatos de ajuste inapropiado.
- Vigilancia estricta de los ancianos, que por causas médicas ya conocidas, puedan sufrir caídas, ofreciéndoles acompañamiento y apoyo al desplazarse de un lugar a otro.

5. MATERIALES Y METODOS.

5.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, transversal y con un enfoque cuantitativo, de manera que se abarcaron aspectos generales y específicos sobre el tema planteado.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se realizó en el asilo de ancianos Hogar San José ubicado en la provincia de Loja, en la ciudad de Cariamanga, siendo la capital del cantón Calvas, con una superficie de 155KM² y una población de 13.311 habitantes aproximadamente.

Trabajando con una población altamente vulnerable como son los adultos mayores de dicha institución misma que está compuesta por personal médico y personas encargadas de su cuidado.

5.3. TIEMPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación fue realizada con un inició en diciembre 2015 y finalizó en marzo 2016.

5.4. UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo y muestra del estudio fueron 35 pacientes adultos mayores, que residen en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga, los que fueron incluidos en la presente investigación porque cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

 Ancianos que habiten el Hogar San José y que deseen participar voluntariamente o que les sea autorizado por sus familiares y/o la autoridad de la institución

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no se encuentren presentes en los días de la recolección de la información
- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado

5.5. PROCESO METODOLÓGICO.

- Se realizó una petición formal y por escrito a las autoridades del asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga.
- Se pidió el consentimiento informado a los adultos mayores para ejecutar la presente investigación (ANEXO N°5)
- A través de una entrevista se procedió a aplicar una encuesta para establecer características sociodemográficas de todos los adultos mayores que entraron en el estudio (ANEXO N°2)
- Luego aplicamos el test de Yesavage para valorar el estado emocional de todos los adultos mayores que entraron en el estudio. (ANEXO N°3)
- Después aplicamos el test de Pfeiffer para valorar el estado mental a todos los adultos mayores que entraron en el estudio (ANEXO N°4)
- Posteriormente la información obtenida se procesó en el programa exel y los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos.
- Por último se realizó la socialización de los resultados tanto a las autoridades como al personal médico que trabajan en el asilo de ancianos. Además se impartió una conferencia acerca del estado mental y emocional en adultos mayores y cómo podemos prevenir su deterioro mediante la realización de diferentes actividades preventivas. (ANEXO N°1)
- 5.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA: Se realizó una entrevista a través de una encuesta que fue elaborada y ejecutada por los investigadores, con la utilización de preguntas cerradas para determinar características sociodemográficas del Adulto mayor, que son relevantes para determinar el estado mental y emocional. Como son: Sexo, edad, estado civil, medio en el que llegó al Hogar San José, nivel de escolaridad, ocupación o actividad a la que se dedicaba en edad productiva. Además se aplicó otras preguntas referentes al abandono.

Es importante recalcar que inicialmente se ejecutó un plan piloto con la participación de 10 adultos mayores del Hogar San José donde se realizaron varias intervenciones para determinar aspectos relevantes de la investigación estableciéndose una relación del abandono en centros de cuidado del anciano con las repercusiones emocionales y mentales.

TEST DE YESAVAGE: Para abordar el estado emocional se aplicó Test Yesavage diseñado por Brink y Yesavage, ya validado y utilizado como herramienta para valorar la depresión en pacientes ancianos, su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, por lo que su aplicación para valorar el estado emocional del adulto mayor es necesaria.

Este test consta de 15 preguntas cerradas entre las que se menciona si está satisfecho con su vida, si la vida está vacía, sobre su humor, hábitos, energía y expectativas de vida, mismo que se determina por niveles desde leve a severo de acuerdo a la puntuación y con ello se determinó el grado de depresión del adulto mayor. Para ello se utilizó 20 minutos aproximadamente y en ciertos casos se contó con el apoyo del personal de cuidado para la obtención de respuestas.

En cuanto a su valoración se la realiza de acuerdo al puntaje obtenido la persona. Así: 0-5 puntos: tiene un nivel normal, 6-9 puntos: tiene depresión leve, 10 o más: tiene depresión severa.

ESCALA DE PFEIFFER: Para determinar el estado mental se aplicó la escala Pfeiffer diseñado por Pfeiffer, ya validado y utilizado como herramienta para valorar

el estado mental en pacientes ancianos en la presente escala, se utilizó preguntas directas para valorar varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración para evaluar el estado mental de manera sencilla.

Esta escala se aplicó a cada adulto mayor, con una duración aproximada de 15 minutos y de la misma manera se procedió a hacerlo con ayuda del personal de cuidado de la institución.

Se utilizaron 10 preguntas para arrojar resultados del estado cognitivo de la persona con interrogantes que involucran fechas, años, lugares, es decir lo referente a orientación en tiempo y espacio, lo que conllevó a determinar el nivel de deterioro mental desde normal hasta severo. Para su aplicación se contó de la misma manera con la autorización de directivos del Hogar San José y el apoyo del personal médico y de cuidado.

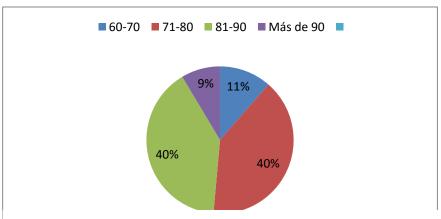
La valoración se realiza en función de número de errores que ha tenido la persona que lo completa. Así: 0-2 errores: normal (no hay deterioro cognitivo), 3-4 errores: deterioro cognitivo leve, 5-7 errores: deterioro cognitivo moderado y 8-10 errores: deterioro cognitivo grave

6. RESULTADOS

Tabla 1: Grupos de edad de los adultos mayores que residen el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
60-70 años	4	11%
71- 80 años	14	40%
81-90	14	40%
Más de 90	3	9%
años		
Total	35	100%

GRÁFICO 1: GRUPO DE EDAD



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

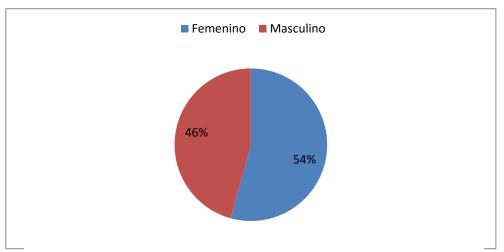
Análisis e Interpretación:

Según lo expuesto; el 40% de la población comprende edades entre 71 y 90 años, un 11% comprende edades de 60 a 70 años y un 9% sobrepasa los 90 años.

Tabla 2: Población por género de los adultos mayores que residen el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Femenino	19	54%
Masculino	16	40%
Total	35	100%

GRÁFICO 2: SEXO



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

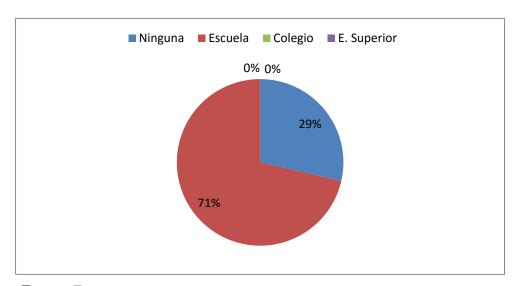
Análisis e Interpretación:

Según lo expuesto; el 54% de la población es de sexo femenino y un 46% pertenece al sexo masculino.

Tabla 3: Nivel de Instrucción de los adultos mayores que residen el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

ÍNSTRUCCION	NÚMERO	PORCENTAJE
Analfabetismo	10	29%
Escuela	25	71%
Colegio	0	0%
Educación Superior	0	0%
Total	35	100%

GRÁFICO 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

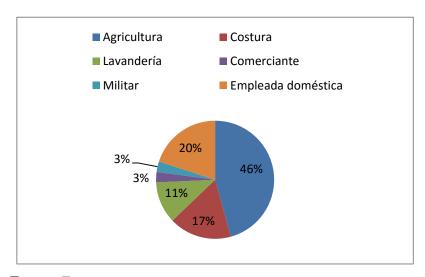
Análisis e Interpretación:

Según lo expuesto; el 71% de la población tuvo acceso a un nivel de educación básica (asistieron a la escuela), y un 29% no tuvo acceso a ningún tipo de educación.

Tabla 4: Ocupación o Actividad a la que se dedicaban los adultos mayores que residen el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

OCUPACION	NÚMERO	PORCENTAJE
Agricultura	16	46%
Costura	6	17%
Lavandería	4	11%
Comerciante	1	3%
Militar	1	3%
Empleada domestica	7	20%
Total	35	100%

GRÁFICO 4: OCUPACIÓN O ACTIVIDAD



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

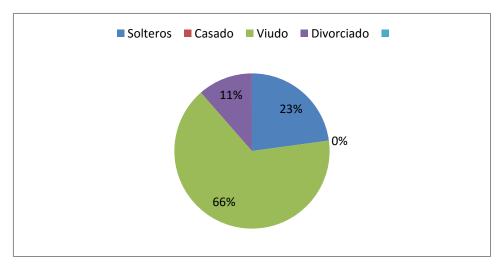
Análisis e Interpretación:

Según lo expuesto; el 46% de la población se dedicaba a actividades de agricultura, un 20% se desempeñaba como empleada doméstica, 17% en el campo de la costura, un 11% lavando ropa, y u 3% como militar y comerciante.

Tabla 5: Estado civil de los adultos mayores que residen el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Soltero	8	23%
Casado	0	0%
Viudo	23	66%
Divorciado	4	11%
Total	35	100%

GRÁFICO 5: ESTADO CIVÍL



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

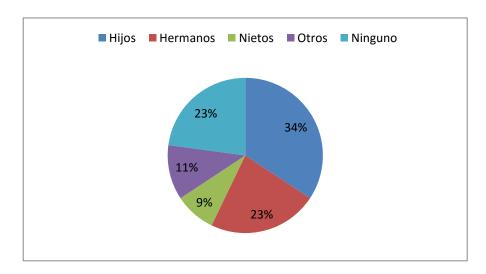
Análisis e Interpretación:

Según los datos; el 66% de la población son viudos, un 23% comprenden a solteros y un 11% que corresponde a divorciados. Por lo que se determina que los adultos mayores del asilo Hogar San José, mayoritariamente está constituido por personas viudas.

Tabla 6: Personas que llevaron a los adultos mayores al asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

PERSONAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Hijos	12	34%
Hermanos	8	23%
Nietos	3	9%
Otros	4	11%
Indigencia	8	23%
Total	35	100%

GRÁFICO 6: Personas que llevaron a los adultos mayores al asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

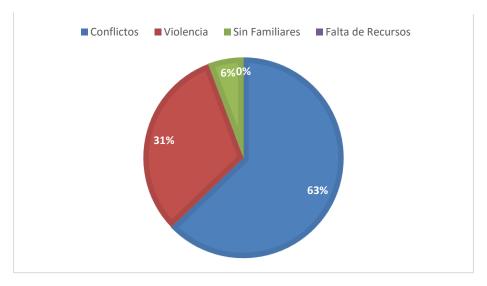
Análisis e Interpretación:

Según los datos, las personas que llevaron a los adultos mayores al Hogar San José fueron en un 34% por sus hijos, un 23% comprenden a hermanos, al igual que un 23% dado por indigencia y el 11% por otros, en los que se considera a amigos, vecinos, y un 9% por nietos.

Tabla 7; Factores por los cuales los adultos mayores llegaron al asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

FACTORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Conflictos Familiares	22	63%
Violencia	11	31%
Abandono	2	6%
Falta de Recursos	0	0%
Total	35	100%

GRÁFICO 7: FACTORES DE LLEGADA AL ASILO



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

Análisis e Interpretación

Tras los datos obtenidos se muestra que el 63% de los encuestados manifiesta como causa de abandono en el Hogar San José a los conflictos familiares, un 31% asumido por situaciones de violencia y un 6% por abandono al no tener familiares o personas que se hagan cago de sus necesidades.

Tabla 8: Causas que atribuyen a la ausencia de visitas a los ancianos que residen en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

CAUSAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Falta de cariño	35	100%
Tiempo	0	0%
Total	35	100%

GRÁFICO 8: FALTA DE VISITAS



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

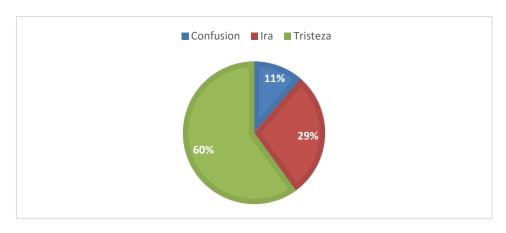
Análisis e Interpretación:

Según lo mencionado por los adultos mayores en 100% de los entrevista se establece que la falta de cariño por parte de los familiares es la causa principal para el completo abandono en el que viven.

Tabla 9: Estado de ánimo de los adultos mayores al momento de ingresar al asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

ESTADO DE	NÚMERO	PORCENTAJE
ANIMO INICIAL		
Confusión	4	11%
Ira	10	29%
Tristeza	21	60%
Total	35	100%

GRÁFICO 9: ESTADO DE ÁNIMO INICIAL



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez.

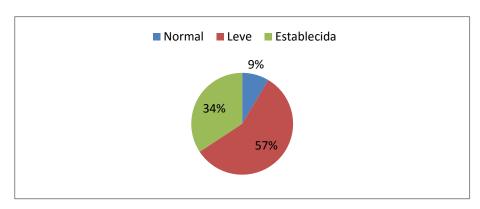
Análisis e Interpretación:

Según lo expuesto se manifiesta que el 60% de los adultos mayores encuestados consideran que su estado anímico al llegar a la institución fue de tristeza, un 29% presentaron sentimientos de ira y un 11% de confusión.

Tabla 10: Niveles de depresión del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga utilizando el test de Yesavage en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

NIVELES	NÚMERO	PORCENTAJE
0-5 Normal	3	9%
6-9 Depresión Leve	20	57%
Más de 10 Depresión	13	34%
establecida		
Total	35	100%

GRÁFICO 10: NIVELES DEDEPRESION



Autor: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez

Fuente: Test de Yesavage

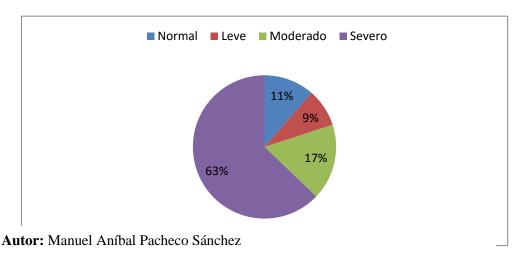
Análisis e Interpretación:

Como se muestra en los datos el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguido de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal. Por lo que se determina que la mayor parte de los adultos mayores que residen en el asilo Hogar San José se encuentran en un intervalo de depresión leve

Tabla 11: Niveles de deterioro cognitivo del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga utilizando la escala Pfeiffer en el periodo diciembre 2015 – marzo 2016

NIVELES	NÚMERO	PORCENTAJE
0-2 Normal	4	11%
3-4 Deterioro cognitivo leve	3	9%
3-4 Deterioro cognitivo moderado	6	17%
5-7 Deterioro cognitivo severo	22	63%
Total	35	100%

GRÁFICO 11: DETERIORO COGNITIVO



Fuente: Escala de Pfeiffer

Análisis e Interpretación:

Según se muestran los datos sobre el deterioro cognitivo en los adultos mayores, un 63% tienen deterioro cognitivo severo, 17% moderado; un 11% normal y en un 9% el deterioro cognitivo es leve.

7. DISCUSION

Con referencia a los datos sociodemográficos se obtuvo que el 40% de la población analizada comprende edades entre 71 y 90 años, de los cuales el 54% de la población es de sexo femenino, dato que se relaciona con la investigación elaborada por (Torres & Gran Álvarez, 2005), con el tema: Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba, donde se menciona que con paso del tiempo se ha observado un incremento del envejecimiento poblacional pues actualmente se rebasaba los 60 años de edad, así como también que la población femenina predomina discretamente debido a su mayor expectativa de vida. Por lo que ambas investigaciones muestran que la población de adultos mayores sobrepasan los 60 años de edad y sobresaliendo el género femenino.

Analizando el estado conyugal se obtuvo que el 66% de la población es viuda y el 34% fue dejado en el hogar San José por parte de hijos y a manera de apoyo de dicho resultado está la elaborada por (Cevallos, M. 2013), en la Universidad Central del Ecuador, con el tema: "Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida", donde se muestra que la mayor parte de adultos mayores no viven con su pareja a causa de la viudez lo que ocasiona el abandono de sus hijos, destacando además en su conclusión que de no promoverse programas preventivos para el cuidado integral del adulto mayor, sus capacidades decaerían conllevando a molestias permanentes para familiares cercanos haciendo evidente su destino en un centro gerontológico. Mostrándose en las dos investigaciones que el ser viudo es un estado muy común en la actualidad que conlleva al parcial o completo abandono por parte de sus hijos.

En cuanto al abandono del adulto mayor se determinó que el 77% de los encuestados manifiesta que llegaron al Hogar San José porque sus familiares y a causa de conflictos familiares en un 63%, siendo pertinente mostrar la investigación de (Vivanco & Rocha, 2014), con el tema: "La Ley del Anciano vigente, determina el abandono de los adultos mayores como infracción, en el Art. 22", donde concluye mencionando que el abandono del adulto mayor es el resultado de un continuo desgaste de la relación familiar sugiriendo que se sancione con mayor drasticidad

el abandono a los adultos mayores por parte de sus hijos que son quienes tienen la obligación de cuidar de ellos, dicha investigación asevera los resultados obtenidos en la presente investigación.

Respecto al estado anímico de los adultos mayores se encontró que el 60% de ellos tienen sentimiento de tristeza y un 29% con ira y resentimiento, dato que es contrastado con la Investigación elaborada por (Paucar & Quezad, 2012), con el tema: El abandono familiar y su incidencia en el estado emocional del adulto mayor de la casa hogar Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, donde se menciona claramente que son varios los estados de ánimo que presenta el Adulto Mayor que es abandonado en un hogar de reposo, siendo el principal el resentimiento que se manifiesta con irritabilidad y como segundo factor la tristeza, siendo pertinente mostrar que las presentes investigaciones concuerdan en los sentimientos que presenta el adulto mayor pero no en la misma proporción.

En cuento al estado emocional en la presente investigación se determinó que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% con depresión establecida, dichos datos se correlacionan con la elaborada por Ricas Martha en Perú con el tema: "Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014", donde se menciona que la mayoría de adultos mayores atendidos en el Centro de atención integral Taita - Wuasi presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa, ultimándose que un adulto mayor que reside en una casa de cuidado padece generalmente de depresión leve, pero siendo pertinente añadir que la depresión es una patología progresiva.

Por ultimo en cuanto al estado mental se obtuvo que el 63% de los adultos mayores muestra un deterioro mental o cognitivo severo, y un 17% moderado lo que comparado con el trabajo investigativo realizado por (Robalino M., 2015), en la Universidad Técnica de Ambato donde se efectúo un estudio comparativo sobre "Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el Asilo de ancianos de Patate", investigación que abarcó a dos asilos

de ancianos de la provincia de Tungurahua para determinar que si existe una disminución de la función mental progresiva en el grupo de ancianos abandonas en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus familiares y así mismo un descenso progresivo y marcado en la función psicoemocional de los adultos mayores que estaban en completo abandono, declarándose de esta forma que los trastornos emocionales y mentales en el adulto mayor han sido abarcados por varios autores en vista de la necesidad por mejorar su calidad de vida a través de aspectos sociodemográficos, y el establecimiento claro de alteraciones generadas por el abandono en centros de cuidado del adulto mayor ya que el abandono es la causa principal de las patologías en estas personas.

Finalmente se muestra la investigación llevada a cabo por (Borda, y otros, 2013), con el tema: Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), donde se alude que las enfermedades mentales como la demencia y la depresión; y que esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro afecta entre el 15 y 35 % de los adultos mayores que viven en centros de atención geriátrica. Datos que verifican los resultados obtenidos en la presente investigación pero contrasta en la prevalencia de dichas afecciones.

8. CONCLUSIONES

- Tras la realización de la investigación se determinó que si existen repercusiones tanto emocionales como mentales a causa del abandono del adulto mayor que reside en el hogar San José de la ciudad de Cariamanga evidenciados en depresión y alteraciones a nivel cognitivo.
- Se determinó que la mayor parte de los adultos mayores tienen una edad mayor a los 70 años, los mismos que en su mayoría tienen un nivel de educación básica y son analfabetos, y durante su vida activa solamente desempeñaron ocupaciones como agricultura y labores domésticas, además más de la mitad de la población quedaron viudos por lo que se le puede atribuir como causa para que sus familiares al tener su vidas propias, lleguen a la decisión de abandonar a los adultos mayores en centros gerontológicos.
- En cuanto a padecimientos relacionados con el estado emocional se determinó que en el Hogar San José, más de la mitad de la población presenta depresión Leve, en una menor proporción presentan de depresión establecida y en mínima cantidad de adultos mayores presentan estado emocional normal.
- En cuanto al estado mental de los adultos mayores se concluyó que la mayoría de la población presenta un deterioro cognitivo severo, una cuarta parte presenta deterioro cognitivo moderado y en una mínima proporción tienen un estado mental normal.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades del asilo de ancianos hogar San José buscar recursos para poder tener a disposición un equipo de salud multidisciplinario permanente para que puedan detectar trastornos emocionales y mentales de forma temprana y por ende realizar un manejo oportuno y eficaz de estas patologías.
- Se sugiere además al personal que se encuentra a cargo del manejo de los adultos mayores realizar periódicamente talleres, ejercicios físicos y terapias para poder de alguna manera contribuir a mejorar el estado mental y emocional que en la mayoría de los ancianos tienen alteraciones.
- Proponer el presente trabajo investigativo como modelo, para que en lo posterior se realice una nueva investigación y evaluar nuevamente a los adultos mayores tanto el estado mental como el estado emocional y así poder determinar la influencia del centro gerontológico en el bienestar de los adultos mayores que allí residen.

BIBLIOGRAFÍA

- Allevato, & Gaviria. (2008). Envejecimiento. Madrid: Educación Continua.
- Antonini, C. (s.f.). Respuesta a la Depresión. Obtenido de http://www.respuestasaladepresion.com/autoevaluacion/testdedepresion.ph
- Bentosela, M., & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones basicas para las estrategias de rehabilitación (Vol. 22). Buenos Aires.
- Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suarez, A., & Suarez, A. (2013).

 Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Scielo, XXIX*(1).
- Bruna, M., Reinoso, Z., & San Martín, Z. (s.f.). *El abandono una problemática del Adulto Mayor.* Obtenido de Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria:

 http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a %20del%20Mar%202003/Abandono_una_problematica_en_el_adulto_may or.pdf
- Caballero, J. (2001). Aspectos Generales del Envejecimiento Normal y Patológico: Fisiología y Fisiopatología. Obtenido de Universidad Oviedo: ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL Y
- Campillo, R. (2002). Vioencia en el Anciano. *Revist cubana de Medicina General Integral, XVIII*(4).
- Castilla, A. (s.f.). *Problemas de los ancianos*. Obtenido de La Casa de mis Abuelos, Centro Gerontológico:

 http://www.lacasademisabuelos.com/articulo_problemas.htm

- ClínicaDam. (15 de Agosto de 2010). Obtenido de Depresión en los Ancianos: https://www.clinicadam.com/salud/5/001521.html
- Club Ensayos. (9 de Septiembre de 2012). Obtenido de Caracteristicas Generales

 Del Envejecimiento Humano:

 https://www.clubensayos.com/Ciencia/Caracteristicas-Generales-Del
 Envejecimiento-Humano/280304.html
- CRC. (s.f.). Obtenido de Asociación Madrileña, Centro de Reconocimiento de Conductores: http://madrid.centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivosdemencias/cuestionario-de-estado-mental-de-pfeiffer/gmx-niv54con137.htm
- Diaz, D., Barrera, A., & Pacheco, A. (1999). Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Scielo, 15*(1).
- Formiga. (2014). ¿Qué es Envejecer? Seneciencia, revsita electrónica sobre envejecimiento activo y hábitos saludables.
- Fuentes, M., & García, A. (2003). Causas sociales que originan sentimientos. Hispital Genral "La Quebrada", II(1), 25-29.
- García, H., & Martinez, S. (2012). Enfermería y Envejecimiento. *Elsevier*.
- Gomez Ayala, A. (2007). Depresión en el Anciano.
- Gomez Rinessi, J., Saiach, S., & Lecuna, N. (2000). Envejecimiento. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*(100), 21.
- Hernandez, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Scielo, 15*(52-53).
- Hoyl, M. (s.f.). *Envejecimiento Biológico*. Obtenido de Elgotero:

 http://www.elgotero.com/Arcrivos%20PDF/Envejecimiento%20Biol%C3%B3
 gico.pdf

- Intriago, L. (2 de Mayo de 2015). Ecuador avanza en la democratización del acceso a la educación. *El Ciudadano*.
- Landinez, N., Contreras, K., & Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Públic*, 562-580.
- Licas Torres, M. P. (2015). "NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL S.J.M V.M.T 2014". Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor San Marcos.
- Luengo, C., Araneda, G., & López, M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Scielo, 19*(1).
- Maguey, P. (2002). El abandono de personas ancianas es una violencia. Obtenido de Salud 180: http://www.salud180.com/adultos-mayores/el-abandono-depersonas-ancianas-es-una-violencia
- Manual de Geriatría. (2002). Obtenido de Algunos Cambios asociados al Envejecimiento: http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/cambioEnvejec.pdf
- Marín, F. (8 de Abril de 2014). Doctissimo. Obtenido de Test de Pfeiffer: diagnóstico de la demencia: http://salud.doctissimo.es/enfermedades/deterioro-cognitivo-y-demencia/test-de-pfeiffer.html
- Marín, J. (2003). *Envejecimiento* (Vol. III). España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Marín, P. (s.f.). ENSEÑANZA DE LA GERIATRIA EN LA ESCUELA DE MEDICINA. Universidad Católica de Chile.
- Martinez Rojas, R. (18 de Abril de 2008). *MedicinaM II*. Obtenido de Adulto Mayor y envejecimiento sano : http://www.medicinam.com/index.php?option=com_content&view=article&id

- =45:adulto-mayor-y-envejecimiento-sano&catid=26:geriatria-tercera-edad<emid=164
- Merino, M. (s.f.). *ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ANSIEDAD*. Obtenido de http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/articulos/ANSIEDAD%20Y%20 ALZHEIMER.htm
- Motricidad en la tercera edad. (15 de Abril de 2010). Obtenido de Buenas

 Tareas.com: http://www.buenastareas.com/ensayos/Motricidad-En-LaTercera-Edad/228911.html
- Nava, M. (8 de Noviembre de 2012). La escala de depresión geriátrica Yesavage.
 Obtenido de https://psicologiaensalud.wordpress.com/2012/11/08/la-escala-de-depresion-geriatrica-de-yesavage/
- Osorio, G. (2007). Abandono del Adulto Mayor en la casa de la tercera edad Dependiendo del sistema DIF Hidalgo. México: Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Pardo, G. (Enero-Marzo de 2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, *XXII*(1).
- Paucar, L., & Quezad, V. (2012). "EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA HOGAR DANIEL ALVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Powell, J. (s.f.). *EHow.* Obtenido de Problemas emocinales y Mentales de jubilados de la tercera edad: http://www.ehowenespanol.com/problemas-emocionales-mentales-jubilados-tercera-edad-info_228247/
- Queralt, M. (2008). *Concepto y tipos de deterioro cognitivo*. Mapfre. Obtenido de Concepto y tipos de deterioro cognitivo.

- Queralt, M. (s.f.). *MAPFRE*. Obtenido de Geriatría y Gerontología: http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/introduccion-geriatria.shtml
- Robalino, J. (2012). Los trastornos cognitivos en adultos mayores. *Revista Médica* de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- Robalino, M. (2015). REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL
 Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS
 ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD
 DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE. Ambato:
 Universidad Técnica de Ambato.
- Robles, L., & Vasquez, E. (2002-2004). EL CUIDADO A LOS ANCIANOS: LAS VALORACIONES EN TORNO AL CUIDADO NO FAMILIAR. *Scielo*, 225.
- Rodriguez, J. (5 de Diciembre de 2013). *COSUMER*. Obtenido de Ansiedad en las personas Mayores:

 http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/11/18/218619.php
- Shano, B., & Gonzales, J. (2003). *Deterioro Cognitivo leve, un paso a la Demencia*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Torres, R., & Gran Álvarez, M. (2005). Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Scielo*, *XXXI*(2).
- Trastornos Pscicológicos y Emocionales. (2011). En *PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD FÍSICA* (págs. 3-4).
- Urrutia, N., & Villarraga, C. (Marzo de 2010). Obtenido de UNA VEJEZ EMOCIONALMENTE INTELIGENTE: RETOS Y DESAFÍOS: http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm
- Véliz, M., Riffo, B., & Arancibia, B. (2010). ENVEJECIMIENTO COGNITIVO Y PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE: CUESTIONES RELEVANTES. *Scielo, XXXXVIII*(1), 75-103.

- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Scielo Perú, 68*(3).
- Verónica, M. (7 de Octubre de 2014). El Ciudadano. *El proyecto de ley para la protección del adulto mayor se analiza en la Asamblea*.
- Vivanco, I., & Rocha, J. (2014). Reformas a la ley del anciano para sancionar con mayor drasticidad el abandono de los adultos mayores. Loja: Universidad Nacional de Loja.

11. ANEXOS

ANEXO N° 1

Aplicación de medidas médicas dirigidas a mejorar el estado emocional y mental de los adultos Mayores del hogar San José

Introducción:

La autonomía de las personas adultas mayores está íntimamente relacionada con su bienestar, pues los términos calidad de vida, bienestar físico, emocional y mental son indispensables para propiciar la independencia en cada una de las actividades de la vida diaria.

Las estrategias utilizadas van desde actividades físico-recreativas hasta programas medicamentosos paliativos, por lo que el enfoque médico debe ir hacia la prevención y es más aun en estados emocionales y mentales que progresivamente pueden convertir al adulto mayor en un ente aislado sin noción de tiempo, espacio.

La formación académica médica está encaminada al cuidado de la gente siendo necesario mediante la presente investigación proteger la integridad del adulto mayor institucionalizado, por lo que se optó por una valoración de su estado emocional y metal, para su posterior intervención mediante estrategias que permitieron que tanto el personal médico como de cuidado del adulto mayor Hogar San José se concienticen que el adulto mayor no solo tiene patologías físicas sino también emocionales y metales que repercuten en su estado de salud en general.

Objetivos:

Plantear un plan estratégico para preservar un adecuado estado emocional y mental en el adulto mayor

Objetivos Secundarios:

Exponer los resultados de los test efectuados al adulto mayor

 Diseñar un manual práctico sobre los estados emocionales y mentales del adulto mayor

 Aplicación paulatina de dicho manual por parte del personal médico y de cuidado del adulto mayor

Plan de Actividades

Tema: Exteriorizar los resultados al personal médico encargado del estado de salud del adulto mayor

Lugar: Hogar San José

Fecha: Miércoles 20 de Enero del 2016

Responsable: Manuel Pacheco Sánchez

Objetivo: Dar a conocer los resultados del estudio realizado con la finalidad de concientizar al personal médico y de cuidado del adulto mayor sobre las repercusiones emocionales y mentales que causa en abandono.

Cronograma

Fecha	Actividad	Lugar	Técnica	Material	Responsable
Miércoles	Socialización	Hogar San	Exposición	Computadora	Manuel
20 de Enero	de	José		Proyector	Pacheco
del 2016	Resultados				

Plan de Actividades

Tema: Conferencia sobre la importancia del estado emocional y mental en el adulto mayor residente en casa de reposo (asilos)

Lugar: Hogar San José

Fecha: Viernes 22 de Enero del 2016

Responsable: Manuel Pacheco

Objetivo: Proporcionar información mediante charla sobre alteraciones emocionales y mentales que se presentan en el adulto mayor

Cronograma

Fecha	Actividad	Lugar	Técnica	Material	Responsable
Viernes 22	Charla	Hogar San	Conferencia	Computadora	Manuel
de Enero del	informativa	José		Proyector	Pacheco
2016					

Plan de Actividades

Tema: Elaboración de un plan de prevención de alteraciones emocionales y mentales

Lugar: Hogar San José

Fecha: Lunes 25 de Enero del 2016

Responsable: Manuel Pacheco

Objetivo: Confección de un manual sobre actividades preventivas para alteraciones emocionales y mentales.

Cronograma

Fecha	Actividad	Lugar	Técnica	Material	Responsable
Viernes 22	Elaboración	Hogar San	Taller	Computadora	Manuel
de Enero del	de un plan	José		Proyector	Pacheco
2016	de			Material de	
	prevención			escritorio	
	de				
	alteraciones				
	emocionales				
	y metales				

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSE DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA.

OBJETIVO: Recabar información sobre el estado general del adulto mayor.

() años 2. Sexo Femenino () Masculino () 3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad/Instrucción? Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado () Trabajos ocasionales ()	
Femenino () Masculino () 3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad/Instrucción? Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Masculino () 3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad/Instrucción? Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad/Instrucción? Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior () 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Ninguna () Educación Básica () Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) Educación Superior () 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Educación Técnica (oficio) () Educación Media (Bachillerato) (Educación Superior (4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Educación Media (Bachillerato) Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
Educación Superior 4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	
4. ¿A qué actividad se dedicaba? Empleado público () Empleado privado ()	()
Empleado público () Empleado privado ()	()
Empleado público () Empleado privado ()	
Trabajos ocasionales ()	
Jornalero/a ()	
Que hacer doméstico ()	
Ninguna ()	
Que hacer doméstico ()	

5. ¿Cuál es su estado civil?						
	Soltero	()				
	Casado	()				
	Divorciado	()				
	Viudo	()				
	No tiene familia	()				
6. ¿Quién lo trajo al asile	0?					
or granen to majo ar aem	Hijos	()				
	Hermanos	()				
	Nietos	()				
	Otros	()				
	Indigencia	()				
7. ¿Causas que su llega						
	Conflictos familiare	S		()		
	Violencia			()		
	Abandono			()		
	Falta de recursos			()		
8. ¿Por qué cree que no	lo visitan?					
	Falta de cariño			()		
	Tiempo			()		
9. ¿Cuál fue su estado d	9. ¿Cuál fue su estado de ánimo inicial al momento de ingresar al asilo?					
	Tristeza)			
	Confusión	()			
	Ira.	()			

TEST YESAVAGE

	SI	NO
1) En general ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2) ¿Ha abandonado mucho sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3) ¿Sientes que su vida está vacía?	1	0
4) ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5) ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6) ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8) ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
9) ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas	1	0
nuevas?		
10) ¿Crees que tiene más problemas que la mayoría de las gentes?	1	0
11) ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12) ¿Actualmente se siente un/una inútil?	1	0
13) ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14) ¿Se siente sin energía en estos momentos?	1	0
15) ¿Piensa que la mayoría de las gentes está en mejor situación	1	0
que usted?		

Si = 2 PtNo = 1 Pt

Valoración			
Normal:	0 – 5 puntos		
Moderadamente. deprimido:	6 – 10 puntos		
Muy deprimido:	11 – 15 puntos		

ESCALA DE PFEIFFER

	CORRECTO	INCORECTO
¿Qué fecha es hoy (día, mes, año)?		
¿Qué día de la semana es hoy?		
Nº teléfono o dirección		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Qué edad tiene?		
¿Cuándo nació (día, mes, año)?		
¿Quién es el presidente del gobierno?		
¿Quién era anterior presidente gobierno?		
¿Cuál era 1º apellido de su madre?		
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)		
TOTAL		

PUNTUACION
0-2 errores: Normal (no hay deterioro cognitivo).
3-4 errores: Deterioro cognitivo leve.
5-7 errores: Deterioro cognitivo moderado
8-10 errores: Deterioro cognitivo grave

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÈ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA"

Investigador Principal: Manuel Aníbal Pacheco Sánchez

Este Documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

- 1. Información (proporciona información sobre el estudio para usted).
- 2. Formulario de Consentimiento (para obtener la firma si usted está de acuerdo en participar).

Parte 1

Declaración de los investigadores:

Yo Manuel Pacheco, estudiante de medicina, estoy realizando mi proyecto investigativo en el Hogar San José de Cariamanga, con el objetivo de determinar las repercusiones emocionales y mentales que produce el abandono en el adulto mayor que reside dicho asilo.

Propósitos y beneficios

El propósito de la investigación es determinar las repercusiones emocionales y mentales que se desprenden del abandono institucional por lo que el propósito fundamental es una intervención en dicha institución de manera que los aspectos emocionales y mentales de los adultos mayores se consideren prioritarios en la asistencia de salud.

Por lo que al participar de la presente investigación se podrá generar alternativas de acción en el área de salud que beneficiará directamente a los adultos mayores que residen en la institución y además en un futuro a otras personas en iguales condiciones

Procedimiento.

Para el estudio se utilizará un cuestionario donde deberá llenar la información respectiva y deberá responder a las preguntas que se le realizará a través de una encuesta y la aplicación de testa para determinar su estado emocional y mental, mismos que no son procedimientos invasivos y que no incomodarán a los adultos mayores.

Riesgos o molestias.

El estudio no representa un riesgo para su salud de adulto mayor

Conclusión:

La decisión que participe en este estudio es completamente voluntaria. Y es importante que conozca que usted puede cambiar su decisión y dejar de participar, a pesar que haber aceptado previamente esto no influirá en la atención que usted recibe a nivel de salud.

Parte 2

Consiento de forma voluntaria participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica. Los participantes analfabetos pueden incluir su huella dactilar.

Firma del Participante		
Firma del Investigador		
Fecha	día/mes/año	

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
CERTIFICACION	ii
AUTORIA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TEMA:	1
2. RESUMEN	2
2.1. SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	3
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
4.1 El adulto Mayor	7
4.2 Geriatría	8
4.3 Gerontología	8
4.4 Proceso de Envejecimiento	9
4.5 Teorías del Envejecimiento	10
4.6 Cambios Fisiológicos del Envejecimiento	14
4.7. El Abandono del Adulto Mayor	23
□ El abandono Físico:	25
□ El Abandono Emocional y Psicológico:	25
4.8. Deterioro Cognitivo del adulto mayor	25
4.8.1. Teorías del envejecimiento cognitivo y el lenguaje:	
4.10. Estado emocional del adulto Mayor	29
4.9.1 Depresión:	30
4.9.2. Ansiedad:	32
4.10. Estado mental del Adulto Mayor	33
4.10.1 Demencia:	
4.10.2. Pérdida de la memoria:	

	4	.10.3. Estados confusionales:	35
	4.1	1. Valoración del estado emocional- Test Yesavage	35
	4.1	0.12 Valoración del Estado Mental – Escala Pfeiffer	37
	4.1	3. Cuidado del Adulto Mayor	38
	4	.13.1. Cuidado a través de familiares:	38
	4	.13.3 Cuidado del adulto mayor Institucionalizado:	40
5.	N	MATERIALES Y METODOS	42
	5.1	. TIPO DE ESTUDIO	42
	5.2	. ÁREA DE ESTUDIO	43
	5.3	. TIEMPO DE INVESTIGACIÓN	43
	5.4	. UNIVERSO Y MUESTRA	43
	5.5	. PROCESO METODOLÓGICO	44
	5	.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
6.	R	RESULTADOS	46
7.	D	DISCUSION	58
8.	C	CONCLUSIONES	61
9.	R	RECOMENDACIONES	62
10).	BIBLIOGRAFÍA	64
11		ANEXOS	71
		INDICE	81