

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: PSICOLOGÍA

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGAS**

**TEMA:
“LA INCIDENCIA DEL ABANDONO FAMILIAR EN EL PROCESO DE
DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS DE LA RESIDENCIA SANTA CATALINA
LABOURÉ”**

**AUTORAS:
TATIANA MARITZA GUEVARA SANTILLÁN
MARÍA DANIELA YÉPEZ SERRANO**

**DIRECTOR:
FERNANDO MANUEL PALADINES JARAMILLO**

Quito, diciembre 2014

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACION DE USO
DEL TRABAJO DE GRADO**

Nosotras, autorizamos a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaramos que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Quito, diciembre del 2014

Tatiana Maritza Guevara Santillán

1723470264

María Daniela Yépez Serrano

1720805496

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por guiar mi camino y darme la fuerza para alcanzar mis metas, protegiéndome con sus bendiciones en cada paso que he dado, por todos sus regalos que he recibido en todo momento, por la salud, la familia y la oportunidad que me ha brindado para llegar hasta este momento de mi vida, logrando culminar mis estudios universitarios y permitiéndome ser una buena profesional.

A mis padres Edgar Yépez y Diana Serrano, por su amor y su ayuda incondicional, quienes me han apoyado en todos mis propósitos que he querido alcanzar, estando siempre acompañada de toda su comprensión, siendo un modelo a seguir.

A mi esposo Francisco Silva, por ser un motor y un compañero de vida , quien con su amor, paciencia y ayuda me ha impulsado para ser mejor cada día y no rendirme ante nada. A mi pequeña hija Carmelita, que es un regalito de Dios y una razón más para salir adelante.

A mis abuelitos Jaime Yépez y Carmita Moncayo, que desde el cielo me han enviado todas las bendiciones para seguir adelante, y a toda mi familia que siempre se ha preocupado por mí, brindándome sus consejos y su ayuda en todo momento.

A mi compañera de tesis Tatiana Guevara, quien ha sido una excelente persona y amiga, con quien he podido hacer esta tesis a pesar de todos los obstáculos que se nos han presentado.

María Daniela Yépez

DEDICATORIA

Primeramente dedico este trabajo a Dios, por darme la vida, guiar mi camino a lo largo de mi carrera, por darme la fortaleza y entereza para cumplir mis propósitos, colocando en mi camino a personas que me han ayudado y brindado múltiples oportunidades de aprender y crecer como ser humano y profesional.

A mis padres Tomás Guevara y Laura Santillán por ser la base de mi formación profesional, quienes me han apoyado en el transcurso de mi vida brindándome su ejemplo de responsabilidad, respeto, sencillez, amor y proporcionándome el mejor obsequio que es la educación.

A mis hermanas Alejandra y Diana por su constante presión indicándome que lo que me proponga lo puedo lograr con esfuerzo y constancia.

A mi enamorado Suber Das, por darme su apoyo, paciencia y comprensión, por estar a mi lado y mencionar que para cada cosa hay un momento, y éste era el indicado para llegar a obtener mi título.

A mi compañera de trabajo de tesis Daniela Yépez, quien es una persona constante y persistente con la que fuimos un equipo fuerte al momento de realizar la tesis a pesar de las múltiples limitaciones que la vida nos ha planteado.

Tatiana Guevara

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Politécnica Salesiana por darme la oportunidad de estudiar en esta institución.

A nuestra directora de carrera Máster María José Boada, por estar pendiente y dispuesta a brindarnos ayuda ante dificultades académicas.

A nuestro director de tesis Fernando Paladines por todo su apoyo y ayuda incondicional que nos ha dado para realizar este trabajo.

A la Residencia Santa Catalina Labouré, especialmente a Sor Alexandra Macías por ser una persona generosa y sencilla quien nos ha abierto las puertas de la institución, dándonos la ayuda necesaria para lograr acabar las prácticas y obtener los datos para la tesis.

María Daniela Yépez

A la Universidad Politécnica Salesiana porque en el transcurso de mi carrera me he encontrado con docentes preparados que han sabido impartir sus conocimientos de manera práctica, objetiva y comprensible.

A la Master María José Boada, directora de la carrera, por su colaboración y apoyo académico.

A nuestro tutor de tesis Doctor Fernando Paladines por su ayuda, colaboración y sobretodo paciencia al momento de realizar este trabajo de grado, contribuyendo con sus amplios conocimientos y aportando tareas de mejora para el éxito de esta tesis.

A la Residencia Santa Catalina Labouré, por darnos la oportunidad de trabajar con los adultos mayores, aprendiendo y aplicando ciertos conocimientos de los que a futuro será nuestro trabajo.

Tatiana Guevara

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
EL ENVEJECIMIENTO	4
1.1. ¿Qué es el envejecimiento?	4
1.2. Concepciones acerca del envejecimiento	5
1.3. Teorías del envejecimiento	6
1.3.1. Teorías biológicas del envejecimiento	6
1.3.2. Teorías Psicosociales	11
CAPÍTULO 2	17
ADULTO MAYOR	17
2.1. ¿Qué es un adulto mayor?	17
2.2. Prejuicios acerca del adulto mayor	18
2.3. Características del adulto mayor	20
2.3.1. Aspectos físicos	20
2.3.2. Aspectos psicológicos	22
2.3.3. Aspectos sociales	23
2.4. Trabajo, jubilación y tiempo libre en el adulto mayor	24
2.5. Característica poblacional del adulto mayor a nivel mundial	25
CAPÍTULO 3	28
FUNCIONES COGNITIVAS EN EL ADULTO MAYOR	28
3.1. Definición de funciones cognitivas	28
3.1.1. Inteligencia	28
3.1.1.1. Tipos de Inteligencia	29
3.1.2. Memoria.....	32
3.1.2.1. Tipos de Memoria	33
3.1.3. Orientación	36

3.1.3.1. Tipos de Orientación.....	36
3.1.4. Atención y concentración	37
3.1.4.1. Tipos de Atención.....	38
3.1.5. Lenguaje y pensamiento	38
3.1.5.1. Tipos de pensamiento	39
3.1.6. Motricidad y psicomotricidad.....	40
3.1.7. Conciencia.....	41
3.1.7.1. Niveles de conciencia	42
3.2. Funciones cognitivas en el adulto mayor	43
CAPÍTULO 4.....	52
INSTITUCIONALIZACIÓN Y ABANDONO DEL ADULTO MAYOR.....	52
4.1. Las instituciones	52
4.2. Vivir en instituciones	53
4.2.1. Que es institucionalización e institucionalización del adulto mayor	53
4.3. Abandono familiar del adulto mayor y las relaciones familiares	56
4.4. Marco Institucional.....	62
4.4.1. Vivir en la institución Santa Catalina Labouré	62
4.4.2. Descripción física de la institución	64
4.4.3. Caracterización de la población beneficiaria.....	65
4.4.4. Diagnóstico institucional.....	66
4.4.5. Análisis del diagnóstico.....	70
CAPÍTULO 5.....	75
METODOLOGÍA	75
5.1. Metodología.....	75
5.2. Análisis de los datos cuantitativos.....	79
5.3. Análisis de los datos cualitativos	95

CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Teorías biológicas	7
Tabla 2. Teorías psicosociales.....	12
Tabla 3. Niveles de conciencia.....	42
Tabla 4. Estructuraciones familiares	59
Tabla 5. Mapa de involucrados Residencia Santa Catalina Labouré	68
Tabla 6. Indicador de deterioro cognitivo y abandono familiar.....	76
Tabla 7. Tabla de puntuaciones escalares verbales	84
Tabla 8. Tabla de puntuaciones escalares manipulativas.....	86
Tabla 9. Síntesis de los resultados obtenidos en los test	88
Tabla 10. Análisis de los promedios de la escala verbal y de ejecución.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Población de personas mayores en el mundo	26
Figura 2. Plano de la residencia Santa Catalina Labouré.....	64
Figura 3. Test de PFEIFFER.....	79
Figura 4. Test Mini Mental 2013 & 2014	81
Figura 5. Abandono familiar	82
Figura 6. Frecuencia de visitas 2013.....	82
Figura 7. Frecuencia de visitas 2014.....	83
Figura 8. Test de WAIS III CI Verbal	84
Figura 9. WAIS-III CI Ejecución.....	85
Figura 10. WAIS-III CI Total	87
Figura 11. Subpruebas WAIS – III. Puntuaciones bajas.....	94
Figura 12. Índice de soledad	95

RESUMEN

El presente trabajo investigativo se fundamenta en la evaluación de los niveles y tipos de abandono familiar en adultos mayores ingresados en una institución de protección social, para identificarlos como posibles factores causales de deterioro de funciones cognitivas. La importancia de esta investigación radica en que de identificarse efectivamente la relación entre abandono familiar y deterioro cognitivo, posibilitará la creación de programas de intervención temprana para evitar en lo posible dicho deterioro.

La investigación comprueba la hipótesis planteada en su inicio, es decir, el deterioro cognitivo en la población investigada parece ser un efecto del abandono familiar, aun cuando no se desconoce que el deterioro no tiene una etiología monocausal, y por tanto, no solamente el abandono familiar la estaría causando.

Tanto para evaluar las funciones cognitivas como los niveles y tipos de abandono se aplicaron varios instrumentos: test cognitivos (Test de inteligencia para adultos de Wechsler, WAIS – III, el Mini Mental y el Test de PFEIFFER) además del Test de Índice de Soledad. Estas pruebas psicológicas aportaron información con relación al abandono y los sentimientos de soledad consecuentes, así como el estado funcional de la cognición. Y, por supuesto, se tomaron en cuenta las respectivas entrevistas e historias clínicas.

ABSTRACT

This research Project is founded in the evaluation of the levels and types of familiar abandonment of senior citizens admitted into a social protection institution, in order to identify possible causes of cognitive deterioration. The importance of this research lies in that effectively identifying the relation between familiar abandonment and cognitive deterioration enables the creation of intervention programs early enough to prevent said deterioration wherever possible.

The research verifies the hypothesis from its beginning, or so to say, cognitive deterioration in the research population seems to be an effect of familiar abandonment, even when admittedly, the deterioration does not have a monocausal etiology, therefore familiar abandonment is not the only responsible cause.

In order to evaluate cognitive functions as well as the levels and types of abandonment, various tools are applied: cognitive test (Wechsler`s intelligence test for adults, WAIS – III, the Mini Mental and the Pfeiffer Test) in addition to the Loneliness Index Test. These psychological test provide information relative to abandonment and the consequential feelings of solidarity, like the functional state of cognition. And of course, the respective interviews and clinical histories are taken into consideration.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como pregunta de investigación fundamental ¿el abandono familiar incide de alguna manera en el deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados de la Residencia Santa Catalina Labouré? De aquí que el objetivo general es indagar si existe alguna incidencia del abandono familiar en procesos de deterioro cognitivo. Esto se realizó evaluando el nivel de desgaste de las funciones superiores, y también, identificando el tipo de abandono que sufren los adultos mayores.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ha planteado normas de atención a grupos prioritarios de la sociedad entre ellos los niños, adolescentes y adultos mayores, “fundamentando la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo” (MIES, *Viviendo y Apoyando el Desarrollo de las personas adultas mayores: Experiencias y Aprendizaje.*, 2011), con el objetivo de prevenir, proteger y garantizar los derechos del adulto mayor en su entorno familiar, social y cultural.

De esta manera se visualizará al adulto mayor en sus tres dimensiones: física, psíquica y sociocultural; por lo que con esta investigación se fomentará el estudio psicogerontológico de la población de la RSCL en un futuro.

El estudio se realizó en la Residencia Santa Catalina Labouré (RSCL), ubicada en el barrio La Recoleta en la ciudad de Quito. Se fundó en 1964 por las hermanas y el grupo de voluntarias San Vicente de Paúl. Es una institución de asilo que acoge a 65 adultos mayores, cuya finalidad es brindar un espacio físico en donde puedan vivir, convivir y relacionarse con otros adultos mayores, además de proporcionar atención psicológica, terapia ocupacional, trabajo social, terapia física y cuidado médico.

Esta residencia intenta realizar un seguimiento al grupo familiar de cada adulto mayor que ingresa en ella, ya que éste tiende a percibir que al ingresar a una institución, los familiares se van deslindando poco a poco de sus responsabilidades con los adultos mayores, así experimentan desapego a nivel físico, emocional y familiar.

El estudio de la relación entre abandono familiar y deterioro cognitivo en el adulto mayor institucionalizado, nace como respuesta al porcentaje..... de adultos mayores que acuden a los asilos o residencias en la ciudad de Quito. Este índice permite pensar en una posible falta de consolidación del núcleo familiar, sea por exigencias socioculturales, por las relaciones intrafamiliares, creación de vínculos, alianzas, etc.

Mediante visitas consecutivas durante dos años a la Residencia Santa Catalina Labouré (RSCL), se ha podido evidenciar el abandono que existe en el diario vivir de sus residentes; viéndose afectados no solo en la parte emocional y comportamental, sino en el aspecto cognitivo.

Para llevar a cabo esta investigación se tomó en cuenta la variable (independiente) “abandono familiar” para determinar si constituye un factor influyente sobre el proceso de deterioro cognitivo (variable dependiente) en los adultos mayores institucionalizados en la Residencia Santa Catalina Labouré. Para constatar la presencia o ausencia de ésta variable se utilizaron herramientas psicológicas (historias clínicas, observación clínica, historias de vida, entrevistas, y test). Estos instrumentos permitieron obtener información para posteriormente realizar un análisis comparativo entre variables.

Se dividió a la muestra en tres categorías de acuerdo a la frecuencia con que son visitados por sus familiares: a) reciben visitas de manera consecutiva semanal y/o quincenalmente b) reciben visitas en intervalos que van de uno a seis meses c) no reciben visitas por más de un año. Así se puede comprobar si el deterioro cognitivo que se da en el adulto mayor influye en contar o no con la presencia de la familia.

El resultado que se obtenga de esta investigación constituirá un material de estudio muy actual y con información verídica y fiable para la Psicología.

En resumen, esta tesis cuenta con los siguientes capítulos:

El primer capítulo trata las diferentes definiciones que se dan acerca del envejecimiento, así como las distintas concepciones, características, definiciones y teorías que tratan de explicar el envejecimiento.

En el segundo capítulo se exponen las distintas definiciones del adulto mayor, ya que es importante distinguir entre envejecimiento y adultez mayor. También se toman en cuenta los prejuicios que se tienen del adulto mayor, los cambios físicos, orgánicos, cognitivos y sociales que marcan el inicio de la adultez tardía.

El tercer capítulo comprende una ligera revisión de las funciones cognitivas: definiciones de inteligencia, memoria, orientación, atención y concentración, lenguaje y pensamiento, motricidad, psicomotricidad y conciencia, incluyendo las diferentes clasificaciones. Posteriormente se analizan las características del cerebro en el adulto mayor y finalmente se trata el deterioro de las funciones cognitivas que se dan específicamente en el envejecimiento normal del adulto mayor.

En el cuarto capítulo se aborda la teoría de las instituciones, entre las cuales se encuentran los asilos, importante para comprender como la institución influye en el bienestar psíquico de los adultos mayores. Se expone una recopilación de la información de la Residencia Santa Catalina Labouré y un análisis institucional a partir de un diagnóstico que se realizó por parte de los estudiantes practicantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana. El objetivo de esto es complementar la información acerca de la dinámica que se produce entre los familiares del adulto mayor y el abandono familiar que ellos sufren.

Por último, en el quinto capítulo, referente a la metodología, se describe el proceso y herramientas utilizadas para cumplir con el objetivo de la investigación. Se hizo un análisis comparativo entre el test Mini mental tomado en el año 2013, el Mini Mental tomado en el 2014 y las frecuencias de visita en el transcurso de un año. De igual manera se utilizaron otros test relevantes, como el WAIS – III, PFEIFFER e Índice de Escala de Soledad. Finalmente se consignan las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó considerando las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO 1

EL ENVEJECIMIENTO

1.1. ¿Qué es el envejecimiento?

La OMS define al Envejecimiento como:

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (Geriatría, 2011)

Partiendo de este concepto acerca del envejecimiento, se podría decir que es el proceso por el cual todo ser humano pasa, ya que desde que nace está destinado a transitar en diferentes etapas de la vida, hasta llegar a una de las últimas que es la adultez tardía.

Un envejecimiento saludable se refleja en la aceptación de los cambios y las transformaciones propias y ajenas con mayor flexibilidad. Esto afirma Quintanar, haciendo hincapié que para lograr todo esto las personas deben romper con la rutina rígida, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse. “Sobre la base de estas características de funcionamiento psíquico, se logrará realizar la elaboración anticipada y gradual del envejecimiento.” (Quintanar, 2011, págs. 11 - 12). De esta manera se lograría que todas las personas que ya llegan a ser adultas mayores, tengan un envejecer activo y positivo, y puedan aceptar todos los cambios que conlleva el llegar a ser adulto mayor.

Desde una perspectiva psicosocial el envejecimiento está visto como “fenómeno que suscita enormes intereses y preocupaciones de cara al siglo XXI, dado que tiene y tendrá consecuencias y repercusiones en todos los ámbitos de la vida diaria del hombre y la mujer.” (Psicogerontología, 2007, pág. 77). El proceso del envejecimiento al ser continuo implica cambios y transformaciones dentro del ámbito psicosocial en el que se desenvuelve el sujeto, es por eso que hablando desde un contexto de intereses, no solo económicos sino además médicos, culturales y políticos, cuando se llega a la etapa de adultez tardía, causa una serie de estereotipos “negativos” que juegan un papel primordial para el desenvolvimiento de los adultos

mayores dentro de la sociedad, ya que el medio es el que los aísla por su condición de adulto mayor. Por este motivo se desprende a continuación varias concepciones que se dan en el envejecimiento haciendo un hincapié a los diferentes contextos que se tiene sobre éste.

1.2. Concepciones acerca del envejecimiento

El proceso del envejecimiento en el ser humano es visto y percibido de diversas formas por psicólogos y neuropsicólogos, que mencionan algunas posturas y concepciones, en las que se describen factores de gran relevancia como características, definiciones y teorías acerca del envejecimiento. A continuación se expondrá algunos autores que definen el envejecimiento, los mismos que se consideran más relevantes dentro de esta investigación.

Salvarezza menciona que “el término envejecimiento de por sí puede inducir a ambigüedades sobre su ubicación temporal. [...] es el proceso de transición del ser humano hacia la vejez”. (Salvarezza, 1996, pág. 38). De aquí que para algunas legislaciones la vejez se da a partir de los 60 años, para otras a partir de los 65 o 70.

Craig afirma que “el envejecimiento es universal e inevitable, algo que sucede en todos los sistemas corporales, incluso bajo las más óptimas circunstancias” (Craig, Desarrollo Psicológico, 1994, pág. 553). Esto supone que nada puede evitar que se envejezca, y que de todas maneras van a existir cambios muy marcados en la vida de las personas.

Algunos autores distinguen entre envejecimiento “normal” y “patológico”, cada uno conlleva aspectos y características diferentes y marcadas, aportando a una calidad de vida activa o limitada.

Berger distingue entre envejecimiento primario, considerado como la serie de cambios que ocurren en la senectud, y envejecimiento secundario que abarca las consecuencias de enfermedades particulares. (Berger, 2009, pág. 178). Por otro lado, Papalia afirma que “El envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que comienza muy temprano en la vida y continúa en el curso de ésta. El envejecimiento secundario es el resultado de enfermedades, del abuso y

desuso, factores que las personas pueden evitar y controlar con frecuencia.” (Papalia D. y., 2001, págs. 638-639). El envejecimiento “normal” que menciona Craig es el llamado envejecimiento primario, que son los cambios que aparecen a lo largo de la vida del ser humano, independientemente de la salud y el estilo de vida. En cambio el envejecimiento “patológico” es el envejecimiento secundario, que es un deterioro corporal ligado a enfermedades y la influencia del medio ambiente y puede ser controlado manteniendo buenos hábitos de vida.

En resumen el envejecimiento es un proceso gradual, inevitable y universal para todos los seres vivos, que empieza desde el momento de la concepción y continúa en el transcurso de la vida, en el que se produce un deterioro corporal que generalmente suele ser una manera óptima, pero que en algunos casos se ve afectada por ciertas patologías.

1.3. Teorías del envejecimiento

1.3.1. Teorías biológicas del envejecimiento

Como ya se ha mencionado, el envejecer sobre todo a partir de los 50 años, está relacionado con la creciente imposibilidad del cuerpo para poder realizar diversas actividades biológicas y mantenerse por sí solo, lo cual da lugar a diferentes teorías del envejecimiento, mismas que describen esencialmente al proceso del envejecimiento primario y secundario.

Tabla 1.

Teorías biológicas

Teorías biológicas		
ENVEJECIMIENTO PRIMARIO	Teoría de programación genética.	Teoría de senectud programada
		Teoría endócrina
		Teoría inmunológica
	Teoría del retiro, desvinculación o desligamiento.	
	Teoría mitocondrial	
	Teoría del marcapasos	
ENVEJECIMIENTO SECUNDARIO	Teoría de índice variable	Teoría del desgaste natural o envejecimiento celular
		Teoría del radical libre
		Teoría del índice de vida
		Teoría autoinmune
	Teoría del estrés hormonal	
	Teoría de la reparación del ADN	
	Teoría de la catástrofe del error	
	Teoría de los vínculos cruzados	
	Teoría del desperdicio celular	

Fuente: (Papalia D. y., 2001)

Elaborado por: (Guevara & Yépez, 2014)

A) Teorías biológicas del envejecimiento primario

Teoría de programación genética: “Los genes reguladores se desconectan y conectan durante el desarrollo. Al llegar a la mediana edad, los genes de la juventud se desconectan o los del envejecimiento se ponen en funcionamiento.” (Hoffman, 1995, pág. 201). El envejecimiento se genera secuencialmente dentro de un desarrollo normal, que va a estar ligado a los genes en los que ninguna influencia ambiental desempeñará un papel significativo, por esta razón se podría decir que el cuerpo humano biológicamente en algún momento fallará por completo. La teoría de programación genética comprende tres teorías más que explican el desgaste del cuerpo a nivel hormonal, genético e inmunológico. Se describen a continuación:

Teoría de senectud programada: “El envejecimiento es el resultado del encendido y apagado secuencial de ciertos genes.” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). Existen genes específicos que se encuentran programados para dejar de funcionar con el

transcurso de la vida, pero otros en cambio se activan para funcionar específicamente en la vejez.

Teoría endócrina: “El reloj biológico actúa a través de las hormonas para controlar el ritmo de envejecimiento” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). Dentro de esta teoría endócrina existen cambios hormonales generados por el sistema inmune debido a la falla de los genes que controlan el sistema hormonal.

Teoría inmunológica: “La declinación programada en las funciones del sistema inmune conduce a la vulnerabilidad creciente y enfermedades infecciosas y, en consecuencia, al envejecimiento y la muerte.” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). Los adultos mayores son más propensos a contraer enfermedades, ya que su sistema inmune se encuentra muy vulnerable a causa de la influencia genética del organismo.

Teoría del reloj genético o reloj celular: “El reloj biológico está regulado por la reducción de las telómeros, que son las puntas protectoras de los cromosomas, cada vez que las células se dividen. Con el tiempo esta disminución programada llega al punto en que la división celular se detiene.” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). Cada vez que una célula se divide su telómero se va acortando, y llega un momento en que ya no se pueden dividir más, generando una muerte celular.

Santrock, menciona que Leonard Hayflick ha realizado investigaciones acerca de la división celular, en las que afirma que células de personas jóvenes se dividen de entre 75 a 80 veces al día, y en personas de entre 50 y 80 años esta división disminuye, por lo que las células no pueden reproducirse más, y es por eso que se da el envejecimiento que se lo vería netamente como el desgaste de las células. (p. 618)

Teoría mitocondrial: “El envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias dentro de las células. [...] Se supone que el deterioro de las mitocondrias se debe al daño oxidante y a la pérdida de micronutrientes que proporciona la célula.” (Santrock, 2006, pág. 619). Sabiendo que los radicales libres proporcionan parte de la energía a las mitocondrias, y éstas a su vez a las células, se puede decir que al haber una inestabilidad en los radicales libres, se genera una oxidación dentro de las mitocondrias por una sobrecarga de energía, que a futuro generaría ineficacia en el funcionamiento celular.

Teoría del marcapasos: “El reloj biológico dentro del hipotálamo está programado para reducir las señales de la pituitaria. Cuando el reloj se desconecta, el equilibrio hormonal del cuerpo se deteriora y comienza el envejecimiento.” (Hoffman, 1995, pág. 201). Llega un momento en la vejez en el que el hipotálamo disminuye la cantidad de señales enviadas a la glándula pituitaria para secretar hormonas, de esta manera, el sistema inmunológico se va deteriorando, generando así un envejecimiento en la persona.

B) Teorías biológicas del envejecimiento secundario

Teoría del índice variable: “Explica el envejecimiento biológico como resultado de procesos que varían de una persona a otra, y están influenciados por el entorno interno y externo.” (Papalia D. y., 2001, pág. 644). Dentro del proceso de envejecimiento existen errores biológicos que son fortuitos, pero son causados por el entorno, como por ejemplo, errores en el metabolismo y oxigenación. De una u otra manera influyen en el equilibrio del envejecimiento.

A partir de esta teoría se desglosan cuatro teorías más que describen el comportamiento celular en el proceso de envejecimiento de la persona, éstas son las siguientes:

Teoría de desgaste celular o desgaste natural: “Las células y tejidos tienen partes vitales que se agotan.” (Papalia D. y., 2001, pág. 644). Tanto los factores internos como externos influyen en el desgaste celular y por ende en el proceso de envejecimiento, ya que su capacidad de reparar o renovar a las células de los sistemas orgánicos que ya estaban deteriorados son cada vez más abolidos.

Teoría del radical libre: “Los procesos normales de las células producen moléculas inestables cuyos electrones libres dañan los cromosomas y las membranas de las células y también se combinan para formar compuestos que inician vínculos cruzados. Los radicales libres se propagan solos; cada vez que reaccionan con una molécula, producen más radicales libres.” (Hoffman, 1995, pág. 202). Dentro del proceso metabólico normal que es la conversión de oxígeno en energía, en ocasiones se genera moléculas, conocidas como radicales libres, los cuales dañan el ADN, que

al desplazarse dentro de la célula altera el metabolismo. Papalia cita en su libro a Michikawa, Mazzucchli, Bresolin, Scarlato y Attardi, 1999: “Existe evidencia de que las mutaciones del ADN de las mitocondrias del envejecimiento, las plantas de energía de las células humanas, las induce a producir radicales libres.” (Papalia D. y., 2001, pág. 645). Una de las formas de reducir los daños que generan los radicales libres es una buena dieta alimentaria, midiendo la cantidad de calorías.

Teoría del índice de vida: “Cuanto mayor sea la tasa metabólica de un individuo, mayor es la duración de su vida.” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). Cada ser humano tiene un ritmo de metabolización que determinará la calidad y cantidad de vida, esto quiere decir que cuanto mayor sea el metabolismo, la persona tiende a asimilar de mejor manera los alimentos y nutrientes, generando una mejor predisposición a actividades físicas, encontrando en ellas efectos beneficiosos para todo el organismo.

Teoría autoinmune: “El sistema inmune se confunde y ataca a sus propias células corporales” (Papalia D. y., 2001, pág. 643). El sistema inmunológico al ir envejeciendo no reconoce a sus propias células, liberando anticuerpos que atacan y destruyen a las mismas, sintiéndolos externos al propio cuerpo.

Teoría del estrés hormonal: “El envejecimiento del sistema hormonal del cuerpo puede disminuir la resistencia ante el estrés y hacer aumentar la probabilidad de padecer enfermedades.” (Santrock, 2006, pág. 620). Uno de los sistemas reguladores que responde al estrés externo es el eje hipotalámico pituitario adrenal, en donde la glándula adrenal junto con la glándula pituitaria, trabajan en conjunto para regular el estrés que puede afectar al ser humano, generándole posibles enfermedades.

Teoría de la reparación del ADN: “La capacidad del cuerpo de reparar el ADN no puede hacer frente a los deterioros que tienen lugar durante el metabolismo por el contacto con la polución o la radiación. El envejecimiento tiene lugar a medida que se acumula el almacén de ADN dañado.” (Hoffman, 1995, pág. 201)

Teoría de la catástrofe del error: “El aumento de daños biológicos es resultado de errores constituidos durante la síntesis de proteínas en el interior de la célula. Durante la copia repetitiva de los mensajes genéticos, los errores se acumulan hasta alcanzar proporciones catastróficas y las células no pueden funcionar con normalidad.” (Hoffman, 1995, págs. 201-202).

Teoría de los vínculos cruzados: “Los cambios que acontecen durante el metabolismo alteran permanentemente la naturaleza de las moléculas de proteínas dentro de las células del cuerpo.” (Hoffman, 1995, pág. 202). Los vínculos cruzados forman uniones rígidas en las moléculas de proteínas, lo cual dificulta su funcionamiento, y como consecuencia se pierde la elasticidad de la piel.

Teoría del desperdicio celular: “Contempla a los radicales libres como un factor en el envejecimiento, pero también asume que dentro de las células se construyen otras sustancias perjudiciales e interfieren en su función.” (Hoffman, 1995, pág. 202)

Por lo tanto las teorías que se producen dentro del envejecimiento primario como del secundario son procesos secuenciales e inevitables que se generan a nivel genético, inmunológico y hormonal a lo largo de la vida, con la diferencia que en el envejecimiento secundario también influye el ambiente externo y el resultado de posibles enfermedades adquiridas.

1.3.2. Teorías Psicosociales

Autores como Hoffman, Papalia y Santrock, también han propuesto las teorías psicosociales dentro del proceso del envejecimiento, pero éstas a su vez están ligadas a la etapa de la adultez tardía, ya que describen los cambios, formas de adaptación, relaciones sociales y cambios emocionales que se dan en el adulto mayor.

Las teorías psicosociales que son tratadas a continuación, se contemplan dentro de las concepciones de adulto mayor, ya que como menciona Salvarezza y Erickson en estas personas se “describen una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales.” (Salvarezza, 1996, pág. 46). La persona transita por el proceso de envejecimiento, pero este proceso se relaciona con el individuo en diversas etapas, estas teorías que se describirán se producen después de que el ser humano llega al último ciclo de vida que es la adultez tardía.

Tabla 2.

Teorías psicosociales

TEORÍAS PSICOSOCIALES	
Erick Erickson: Teoría psicosocial, Integridad del Yo frente a desesperanza	
Teoría del retiro, desvinculación o desligamiento	
Teoría de la actividad	
Teoría dinámica	Teoría de la continuidad
Teoría de la selección socio – emocional	
Teoría de la selección, optimización y compensación	
Teoría del sí mismo	
Teoría de la identidad	
Teoría de la estratificación	
Teoría de Levinson: La última estación	
Teoría del curso de la vida	

Fuente: (Papalia D. y., 2001)

Elaborado por: (Guevara & Yépez, 2014)

Teoría psicosocial de Erikson: Integridad del yo frente a desesperanza: “Cuando el adulto entra en la etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar ésta en conjunto y con coherencia.” (Hoffman, 1995, pág. 204). La persona debe pasar por un proceso de aceptación de todo lo ocurrido en su pasado, mirándola de una manera positiva, recogiendo de ella todo lo bueno para la persona, ya que esto servirá para adecuarse de mejor manera a la adultez tardía. Para el éxito de esta tarea, se verá el desarrollo de la integridad del yo, que solo se podrá obtener siempre y cuando se haya pasado por la aceptación de todo su pasado, caso contrario se da la desesperación, y el querer aferrarse a la vida para completar con las metas establecidas, temiendo y negando la muerte. Aquí una virtud de la integridad del yo, es la sabiduría, que es vista como un recurso psicológico para superar la posible desesperanza.

Teoría del retiro, desvinculación o desligamiento: “El envejecimiento exitoso se caracteriza por un alejamiento mutuo entre ancianos y sociedad.” (Papalia D. y., 2001, pág. 684). Esta teoría propone que dentro de un envejecimiento normal hay una reducción en las actividades cotidianas de la persona y disminución de su estado físico, en donde se genera una preocupación por sí mismo porque estas capacidades disminuyen y por lo tanto el adulto mayor tiene miedo de realizar las actividades

físicas como lo hacía antes. “A medida que las capacidades de la persona cambian, también lo hacen sus preferencias.” (Hoffman, 1995, pág. 206)

El alejamiento de los adultos mayores con la sociedad marca “el abandono gradual del mundo en los niveles físico, psicológico y social.” (Feldman, 2007, pág. 632). Se puede ver que en algunos casos los adultos mayores se retiran de los roles sociales que ocupan y se vuelven más introvertidos, y cabe mencionar que dependerá de los rasgos de personalidad. Habrá personas que estando vinculadas o desvinculadas con la sociedad, se sentirán plenas y satisfechas de las vidas que llevan y, por lo tanto, lograrán adaptarse de mejor manera al envejecimiento.

Teoría de la actividad: “Sostiene que la persona debe permanecer tan activa como sea posible para envejecer con éxito.” (Papalia D. y., 2001, pág. 684). Esta teoría se contrapone con la anterior, porque el adulto mayor debe encontrarse tan activo como pueda y de esta manera generará satisfacción ante todo lo vivido. Algunos adultos mayores, al realizar actividades productivas, se sentirán activos y pertenecientes a un grupo social, que será el sustituto de las pérdidas que en la vejez se producen.

Teoría dinámica: “La vida de cada persona es vista como un proceso activo siempre cambiante en gran medida autopropulsado, que sucede dentro del contexto social específico que también está en constante cambio.” (Berger, 2009, pág. 247). Esto quiere decir que todos los seres humanos envejecen en un proceso activo y cambiante, que estará determinado por el entorno social en donde se han desarrollado. Esta teoría ve al sujeto como un sistema dinámico, y es por eso que de ésta se desprende la siguiente teoría:

Teoría de la continuidad: “Para envejecer con éxito las personas deben mantener un equilibrio entre continuidad y cambio en las condiciones internas y externas de sus vidas.” (Papalia D. y., 2001, pág. 685). En la etapa de la adultez mayor, es importante que se dé una continuidad de las actividades y estilo de vida que ha tenido anteriormente la persona, y siempre debe existir una conexión entre el pasado y presente que marcará la secuencia del ciclo vital, mas no un salto de una etapa a otra. Se menciona que es muy importante el apoyo familiar, de amigos y de la comunidad porque ayudará a paliar la discontinuidad que en algunos adultos mayores se da.

Teoría de la selección socio – emocional: “Los adultos ancianos, de manera consciente, restringen el contacto social con los individuos que han aparecido de manera tangencial en sus vidas.” (Santrock, 2006, pág. 680). La red de las relaciones sociales en la vejez se cierra, porque los adultos mayores únicamente tienden a socializar con sus familiares y amigos cercanos. Se evidencia que esta selectividad de las redes sociales se asocia a experiencias emocionales positivas porque de esta manera toda la tensión disminuye.

Teoría de la selección, optimización y compensación: Esta teoría está compuesta por tres factores importantes que son:

La selección: “Los adultos ancianos disponen de una capacidad reducida y sufren una disminución de su funcionamiento general, lo que exige una reducción del rendimiento en la mayor parte de las áreas de su vida.” (Santrock, 2006, pág. 681)

La optimización: “Es posible mantener el rendimiento en ciertas áreas a través de la práctica continua y del uso de las nuevas tecnologías.” (Santrock, 2006, pág. 681).

La compensación: “Adquieren importancia cuando las tareas de la vida exigen un nivel de capacidad que superan el potencial del rendimiento del individuo anciano.” (Santrock, 2006, págs. 681 - 682). Es importante que el adulto mayor se exija física y mentalmente para poder reaccionar de una mejor manera frente a algún tipo de enfermedad que puede padecer.

Teoría del sí mismo: “Enfatiza el núcleo del sí mismo, o la búsqueda para mantener la integridad e identidad personal.” (Berger, 2009, pág. 238). Los adultos mayores se enfrentan a diversas elecciones y problemas y ven la realidad a su modo, afrontando varios desafíos que la vida trae consigo, pero siempre están buscando la independencia y autosuficiencia.

Teoría de la identidad: “La identidad es puesta a prueba en la vejez. Los pilares normales del concepto de sí mismo se derrumban, especialmente la apariencia, la salud y el empleo.” (Berger, 2009, pág. 239). Esta teoría propone aceptar y conocer los rasgos de la personalidad de uno mismo. Es importante que el adulto mayor adapte su identidad y rasgos de personalidad al mundo cambiante para que tenga éxito y superación de esta etapa, evitando la derrota.

Teoría de la estratificación: “Sostiene que no son los factores dentro del individuo, sino las fuerzas sociales e influencias culturales las que limitan las elecciones y dirigen la vida en todas las etapas.” (Berger, 2009, pág. 242). Se dice que las sociedades organizan a las personas, es por eso que la adultez tardía es categorizada de acuerdo a la edad, género y etnia, separando a los adultos mayores y limitando cualquier decisión y necesidad que ellos tengan, es decir que siempre estarán jerarquizados por estos tres aspectos sociales, y de esto depende la calidad de envejecimiento que van a tener.

Teoría de Levinson: La última estación: “Se basa en el proceso de cambio de la personalidad mientras envejecemos.” (Feldman, 2007, pág. 627). Los adultos mayores son conscientes de que ya son “viejos” y están conscientes de los posibles estereotipos sociales y de una u otra manera esperan un rechazo social y familiar. Ellos sienten que han perdido el control de sus vidas, y por lo tanto el respeto y la autoridad que manejaban en el hogar.

Teoría del curso de la vida: “Es el conjunto de procesos que transcurren a lo largo de la vida del individuo y que van desde el nacimiento hasta el deceso; son la dimensión biológica y la dimensión psicológica específicamente. Pero también encontraremos que las dos dimensiones mencionadas se entrelazan con la dimensión social afirmando la existencia del sujeto no solo como un individuo único sino también como partícipe de un ambiente social que lo precede pero que el contribuirá a modificar.” (Schutz, pág. 2). Esto quiere decir que la vida es dinámica, porque las personas tenemos varias dimensiones como son la biológica, psíquica y social, y todos los procesos por los cuales se pasa tienen que ver con cada uno de estos aspectos que se deben tener en cuenta, ya que todo se relaciona con lo que pensamos, sentimos y cómo nos relacionamos con los otros, y cada persona debe adaptarse a este proceso porque es diferente en cada etapa.

Las teorías psicosociales describen en forma general las diversas maneras de adaptación y aceptación de los sujetos a la etapa de la adultez tardía, contemplando las múltiples maneras de comportamientos y formas de expresión que tienen los adultos mayores desde el ámbito psicosocial. El llegar a la última etapa de vida conlleva generar nuevas dinámicas de socialización y creación de vínculos, formas

de identidad, expresiones emocionales y nuevas actitudes, que implica en algunos casos una introspección de la persona y que ayudará a adecuarse a la nueva etapa.

Pero entre todas las teorías que se ha planteado, es importante tomar en cuenta aquellas que ven al envejecimiento de una manera positiva, en donde el adulto mayor se adapta a los cambios y necesidades que se le presentan, logrando una armonía entre su cuerpo, mente y entorno, éstas teorías son la dinámica, la de actividad y de la continuidad, sin dejar de lado la del curso de la vida que toma en cuenta a todas las demás.

CAPÍTULO 2

ADULTO MAYOR

2.1. ¿Qué es un adulto mayor?

Para la Organización de las Naciones Unidas adulto mayor es definido como “*persona de 60 y más años de edad*” (ONU, s.f.), el cual tiene la necesidad de recibir de sus familiares todo el apoyo a medida de que vayan apareciendo, poco a poco, las dificultades de valerse por sí mismo, el mayor cuidado que requiere debido a su condición física y psíquica, la comprensión de todo lo que implica ser adulto mayor, la afectividad, etc.

“La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan estas edades se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.” (Psicología del Adulto Mayor, 2012)

Cuando una persona llega a convertirse en adulto mayor, sus facultades físicas y psíquicas empiezan a disminuir, y el camino por el cual transita está acompañado del desgaste de sus facultades que depende de la calidad de vida que tiene esa persona, en la que se le incluye los hábitos, el estado físico, el estado emocional, afectivo, las relaciones familiares y sociales, las metas alcanzadas, y los sufrimientos; pero una persona que llega a recorrer esta etapa de la vida de una manera adecuada logra superar todos los obstáculos y su envejecimiento es positivo, es decir sin ningún tipo de problema psicológico o emocional, a pesar de todo lo que lleva consigo.

Tomando en cuenta las diferentes definiciones que se hace acerca del adulto mayor se puede decir que es aquella persona que cumple los 65 años, que debido a todo el proceso de envejecimiento por el cual ha transcurrido se comienza a ver una decadencia de sus facultades físicas y psíquicas propias de la edad, que dependerán

de la calidad de vida de cada persona, que ineludiblemente se producirán y distinguirán en el adulto mayor.

2.2. Prejuicios acerca del adulto mayor

Salvarezza propone que los adultos mayores son vistos como viejos, a lo que denomina “viejismo.” (Salvarezza, 1996, págs. 16-36). El término viejismo parte de viejo, y esto se lo atribuye a los adultos mayores a los cuáles las personas tienden a discriminar, ya que los consideran como inservibles teniendo un prejuicio contra ellos.

El adulto mayor no sólo tiene que adaptarse al medio en el que vive, sino también tiene que aceptar sus procesos de envejecimiento. En la mayoría de casos se puede evidenciar rechazo al envejecimiento, lo que genera conductas inapropiadas debido a su malestar y temor a los cambios por los cuáles deben atravesar. Si no es aceptado el envejecimiento de manera positiva, tal y como se presente, se puede dar una serie de problemas que afectan tanto física como psicológicamente.

“La vejez es un tema conflictivo, no solo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, [...] o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras ciudades.” (Salvarezza, 1998, págs. 23-29). El que envejece debe hacer un doble esfuerzo porque debe adaptarse no solo al medio, sino además a su propia vejez, y uno de los prejuicios más comúnmente extendidos es que los viejos son todos enfermos o discapacitados, tienen accidentes en el hogar, problemas de coordinación psicomotriz o desarrollan enfermedades fácilmente. De esta manera es importante que los profesionales tengan una actitud positiva a la hora de tratar conflictos relacionados con los adultos mayores, para poder proporcionar estabilidad emocional, psíquica, física y bienestar personal.

Pero ninguna de estas razones son válidas y se encuentran bastante alejadas de la realidad, ya que en muchos casos siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con

todos sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia como los nietos y los triunfos acumulados.

Hoffman afirma que “la principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte.” (Hoffman, 1995, pág. 204).

Papalia, sostiene que existen distintos estilos de adaptación a la adultez tardía debido a todos los cambios que ocurren en esta etapa, generando en algunos casos mayor entusiasmo de realizar alguna actividad o participación, o por el contrario acogiendo una actitud de retraimiento. Esto depende de la personalidad y hábitos de respuesta que le han caracterizado a lo largo de la vida. (Papalia D. y., 2001, págs. 677-679).

Entonces, según la Psicología del Desarrollo, el adulto mayor se encuentra en la última etapa de su vida, y es importante que así lo acepte. Por vivir un sin número de experiencias se lo considera como una persona sabia, que tiene todo el tiempo libre porque ha trabajado lo suficiente y ahora vive de su jubilación, disfruta de su familia y aprovecha del descanso haciendo lo que desee. Pero la realidad es otra, porque ellos sienten que van decayendo, incluso no llegan a aceptar su vejez por todas las cosas negativas que ello trae consigo, como por ejemplo, la soledad, el deterioro del cuerpo, el deterioro cognitivo, especialmente la pérdida de la memoria, la pérdida de la autonomía, el hecho de ya no poder trabajar como lo hacían antes, etc.

Para Papalia, “La mayoría de los adultos mayores son físicamente activos, relativamente saludables, independientes y mentalmente alertas, aunque pueden experimentar cambios en su salud.” (Papalia D. y., Desarrollo del adulto y vejez, 2009, pág. 8) A pesar de los cambios que se dan en cuanto a la salud, los adultos mayores también tienen ventajas que son las de disfrutar del tiempo libre para relacionarse con sus amigos y compartir con sus seres queridos, dejando de lado las percepciones negativas sobre los cambios físicos y emocionales que conlleva pasar por una nueva etapa de vida.

Cuando los adultos mayores han tenido una calidad de vida activa y adecuada, ellos tienden a sentirse más jóvenes y con energía para realizar tareas cotidianas que les ayuda a considerarse útiles para la sociedad.

2.3. Características del adulto mayor

En el desarrollo de la vida existen cambios en la persona a nivel físico, orgánico, cognitivo y social que marcarán el inicio de la adultez tardía. Cabe tomar en cuenta que estos cambios que se describen a continuación no se dan en todas las personas de la misma manera y al mismo tiempo, sino que depende de los antecedentes del desarrollo que ha tenido cada individuo.

2.3.1. Aspectos físicos

Son los signos anatómicos y fisiológicos que predominan en el proceso de envejecimiento durante la etapa de la adultez tardía. Estos cambios se dan tanto externa como internamente.

a) Cambios externos

Las características predominantes que marcan el inicio de la adultez tardía, según la Psicología del Desarrollo, considera como signos típicos a la escases y blanqueamiento del cabello, la aparición de arrugas en todo el cuerpo debido a la falta de humectación y elasticidad de la piel, el encogimiento debido a los cambios estructurales del organismo por la pérdida de materia ósea en las vértebras y como consecuencia de esto el adulto mayor tiende a encorvarse, haciendo que su cuerpo adopte una mala postura, por último se evidencia el apareamiento de pecas y lunares en la cara y el cráneo.

b) Cambios internos

Los huesos se vuelven porosos y frágiles, tardando más en soldarse, los músculos se afectan debido al cambio estructural del esqueleto y la composición de las estructuras musculares que se tienden a endurecer porque ya no tienen tanta actividad física. Su

ritmo cardiaco disminuye, incluso realizando actividades de bajo impacto como caminar, alterando la circulación sanguínea a causa del endurecimiento de las arterias que van perdiendo la elasticidad, sin olvidar el cúmulo de grasa que se encuentra alrededor de este órgano, que hace que se aumente la presión arterial. Y debido a que se reduce el funcionamiento pulmonar, llega menos oxígeno al músculo y al cerebro, es por eso que la coordinación motora y el tiempo de reacción se ven afectados.

El sistema digestivo produce menos jugos gástricos por lo que dificulta el paso de la comida hacia los intestinos, generando estreñimiento. Pero en general el estómago junto con el hígado y la vesícula biliar, son los órganos que mejor se conservan.

En el sistema inmunológico se puede ver una alteración de su funcionalidad, ya que en los adultos mayores disminuye las defensas contra los microorganismos y las enfermedades.

En cuanto al sistema sensorial, se puede decir que también se produce un déficit o reducción del funcionamiento de los órganos de los sentidos.

En la vista se pierde la agudeza visual, la percepción y la profundidad. Además de esto pueden aparecer enfermedades causadas por factores externos como por ejemplo las cataratas, glaucoma, degeneración macular, etc. Los ojos de los adultos mayores necesitan mayor cantidad de luz para poder enfocar, lo que causa la dificultad para localizar señales, ocasionando un mayor riesgo de sufrir accidentes.

En la audición, que es uno de los sentidos que más se deteriora, existe una deficiencia en la agudeza auditiva en los tonos de alta frecuencia. Es por eso que tienden a captar fragmentos de la conversación, produciendo muchas veces una vergüenza de participar en ella, ocasionando un aislamiento dentro del grupo.

El sentido del gusto depende del olfato, porque se dice que el olfato presenta un mayor deterioro en comparación con el gusto. En el sentido del gusto hay una disminución de las papilas gustativas por lo que los adultos mayores ya no pueden saborear especialmente los alimentos amargos y con sabores combinados, en tanto que el que mayor conservado esta es el sabor dulce.

El sentido del olfato y del gusto va de la mano, “el bulbo olfatorio en el cerebro empieza a secarse, lo cual reduce la capacidad de oler.” (Feldman, 2007, pág. 600). El olfato es el encargado de dirigir al gusto, es por eso que los adultos mayores no pueden disfrutar de la comida porque su capacidad olfativa es menor, y esto produce que coman los alimentos más condimentados, picante, con mayor cantidad de sal o también con mucho azúcar, ocasionando hipertensión, desnutrición o aumento excesivo de peso.

2.3.2. Aspectos psicológicos

Papalia explica que “el funcionamiento físico y cognitivo tienen efectos psicológicos que determinan el estado emocional de los ancianos y la posibilidad de llevar o no una vida independiente.” (Papalia D. y., 2001, pág. 630).

Dentro de los cambios psicológicos es importante considerar que existe disminución de la respuesta mental debido al enlentecimiento en los procesos cognitivos. También se puede observar disminución en la capacidad de percepción, porque los órganos de los sentidos sufren una serie de desgastes en los receptores de los estímulos. Sin dejar de lado que todos los deterioros dependen de la calidad de vida de las personas y no en todas son igual.

Parte de los cambios psicológicos están ligados a las relaciones familiares y psicosociales a lo largo de su vida, así como a la aceptación de la adultez tardía, la salud física y la parte emocional, las mismas que concatenan en resultados marcados tanto positivos como negativos que se reflejan en las actitudes, frente a la aceptación de convertirse en adulto mayor.

La psicología estudia al ser humano en todas sus dimensiones como son el cuerpo, la mente y el entorno social. Dentro de la mente se trata el funcionamiento cognitivo, el cuál será descrito en el siguiente capítulo de una manera más desarrollada.

2.3.3. Aspectos sociales

Dentro de los aspectos sociales que se evidencian en la tercera edad se puede decir que hay una “transición de estatus a un cambio importante de roles y de posición social. [...]. No obstante la transición de estatus a la vejez es muy distinto. La transición a la jubilación, a la viudez o a una salud deteriorada puede disminuir el poder, la responsabilidad y la autonomía.” (Craig, 2001, pág. 578).

Las personas tienen un modelo ya establecido de sus actitudes, creencias y percepciones de lo que es la vejez y de sí mismo, todo esto depende de la calidad de vida que ha tenido el adulto mayor, de sus experiencias tanto positivas como negativas, de las metas alcanzadas y del entorno social en el que actualmente se están desarrollando. Aquí la personalidad es muy importante, porque a pesar de que ésta pueda cambiar a lo largo de la vida debido a situaciones externas y todo lo que influye la transición de estatus, los rasgos básicos que son el carácter y el temperamento se siguen manteniendo.

Neugarten en el texto de Feldman (Feldman, 2007, págs. 627 - 628) propone que hay cuatro diferentes tipos de personalidad en los adultos mayores:

Personalidades desintegradas y desorganizadas: algunos adultos mayores no aceptan los cambios que trae consigo la adultez tardía y sienten desesperanza frente a esto. Muchos de ellos están en asilos u hospitalizados.

Personalidades pasivo – dependientes: tienen miedo a sufrir de enfermedades, a su futuro, a la edad por la cual están pasando, por lo que piden ayuda a sus familiares o a cuidadores.

Personalidades defensivas: es una respuesta indiferente al temor de llegar a ser adulto mayor, la cual tratan de suplir con comportamientos adolescentes y realizando actividades peligrosas para su condición física y emocional, ya que con el tiempo la decepción de no poder ser activo completamente puede decepcionarlos.

Personalidades integradas: son adultos mayores que aceptan la llegada a esta nueva etapa de adultez tardía de una manera adecuada, y se adaptan a los cambios de estilo de vida de la vejez manteniendo una dignidad personal.

Al llegar a la tercera edad las personas tienden a realizar una “revisión de la vida” en las que tendrán que afrontar no solo las posibles enfermedades que aparecen en ella, sino además un deterioro sensorial y cognitivo, que verán suceder en familiares, amigos y en ellos. De igual manera necesitan estar aptos para enfrentar la pérdida de sus seres queridos y de decrecer en su salud, igualmente se encontrarán con la pérdida de la autonomía y algunas restricciones que vienen con ella.

Por otro lado se puede decir que las relaciones sociales en algunos adultos mayores decrecen por lo que ellos se muestran más selectivos al momento de interactuar con sus pares, teniendo únicamente grupos pequeños de amigos, en donde lo más importante es brindarse apoyo entre ellos, sin necesariamente ser un grupo grande. Mientras que en otros se mantienen iguales, pero esta situación es relativa ya que depende del entorno en el que se desenvuelva cada persona, y el acceso que tiene a mantener estas relaciones sociales.

La adaptación es un recurso importante que deben tener todas las personas, en especial los adultos mayores para poder afrontar todos los cambios que van apareciendo al llegar a la tercera edad. Porque se trata de “reducir o aliviar el estrés proveniente de condiciones nocivas, amenazantes o exigentes.” (Craig, 2001, pág. 680). En base a esta adaptación, los adultos mayores van percibiendo las situaciones de diferente manera, y buscan la forma o estrategia apropiada para cada situación. La adaptación puede estar centrada en el problema en donde el adulto mayor elimina, maneja o mejora cualquier situación que le cause estrés o preocupación. Pero también en la emoción, que es otro tipo de adaptación que por medio de la respuesta emocional desvía la atención de la situación generativa del estrés. Estudios demuestran que los adultos mayores se centran más en la adaptación por medio de sus emociones, debido a que tienen posibilidad de controlarlas.

2.4. Trabajo, jubilación y tiempo libre en el adulto mayor

La idea de la jubilación nace con la implantación de la milicia en Roma en donde los reclutas permanecían activos durante 25 años a servicio del rey, los mismos que al finalizar su servicio recibían una remuneración económica válida a 12 años de servicio más. Posteriormente con la revolución industrial en el siglo XVI y XVIII

con el mercantilismo que exige cambios económicos y políticos en el ámbito laboral surgiendo el primer de sistema de seguro social y financiera para los trabajadores, culminando la etapa laboral a su “vejez”, haciéndose obligatorio el retiro de las plazas de trabajo a los 23 o 25 años de servicio que inicialmente fue ideado en Alemania en 1889 y consecuentemente en las demás naciones de Europa hasta llegar a América a Estados Unidos, llegando a ser con los años una decisión universal.

Actualmente, este retiro de los lugares de trabajo a los 65 años está condenado, por ser considerado una manera de discriminación por la edad, ya que los adultos mayores están en sus capacidades de seguir inmersos en actividades totales, parciales con la finalidad de sentirse útiles y activos; “los trabajadores ancianos son más productivos que los jóvenes y son más precisos, aunque trabajen con más lentitud.” (Papalia D. y., 2001, pág. 687). Los adultos mayores que aun laboran, suelen ser más responsables, cuidadosos y dependientes, por la experiencia que han adquirido en los puestos de trabajo, a diferencia de los jóvenes que aún les falta mucho por aprender hasta poder cumplir con las exigencias que una empresa requiere.

Se ha podido aclarar que “la condición física y la capacidad mental varían crecientemente con la edad y difieren más en los grupos de edad que entre grupos de edad y las pruebas psicológicas de habilidades específicas, físicas, de percepción y motrices, pueden predecir el desempeño en el trabajo mejor que la edad.” (Papalia D. y., 2001, pág. 688). Por esta razón en algunos países industrializados como Estados Unidos, Alemania y Japón la jubilación no es obligatoria, teniendo porcentajes elevados de adultos mayores mujeres que aun trabajan, ya que su fuerza laboral aún perdura como predominante en mujeres que en hombres.

2.5. Característica poblacional del adulto mayor a nivel mundial

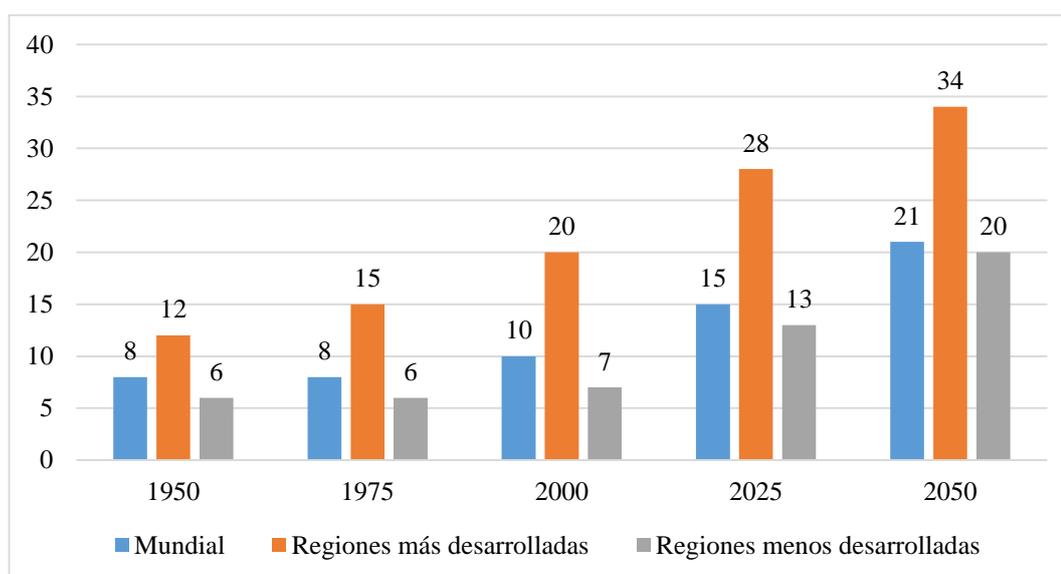
En el Mundo Oriental los adultos mayores son admirados, respetados y considerados como sabios. En China, Japón y otros países vecinos, ellos son respetados por la tradición de la piedad filial que “es la veneración que se tributa a los ancianos en las culturas orientales. Se manifiesta tanto en las tradiciones culturales como en los encuentros cotidianos.” (Craig, 2001, pág. 546), por lo que tres de cada cuatro adultos mayores viven con sus familiares que se organizan en torno a ellos, y a los

cuales les muestran respeto, veneración, colaboración y en algunos casos hasta adoración, ya que conciben que el adulto mayor posee conocimientos de la vida práctica, lo cual les convierte en sabios.

Por el contrario en el Mundo Occidental recientemente se está poniendo atención al adulto mayor. En este lado del mundo, las personas de la tercera edad pasan por algunos niveles de discriminación propios de países industrializados, como es el caso de Estados Unidos, en donde son considerados con una serie de estereotipos negativos tales como “cascarrabia, vejestorio, ruco, viejo chocho, senil, vieja bruja”, que hacen reverencia a la apariencia e importancia juvenil que caracteriza a América.

“Que la población sea más larga ha transformado los perfiles de población en todo el mundo, y se predice que la proporción de adultos mayores de 60 años se incrementará sustancialmente para el año 2050.” (Feldman, 2007, pág. 594).

Figura 1. Población de Personas Mayores en el Mundo



Fuente: (Feldman, 2007, pág. 594)

En el caso del Ecuador el MIES ha realizado estudios de los adultos mayores, conjuntamente con los países vecinos de Colombia y Bolivia, con el fin de generar políticas públicas y diversas maneras de crear estrategias que garanticen el bienestar en la población de la tercera edad.

“El adulto mayor en el Ecuador constituye un 6.5% de la población ecuatoriana y es en Manabí y Azuay donde se registran poblaciones de más de 90000 adultos

mayores.[...] La mayoría de adultos mayores ecuatorianos comprenden entre 65 y 69 años (35%) y le sigue el grupo de 70 a 74 años.” (MIES, 2011, pág. 70). El 12 % vive solo y el 88% vive acompañado ya sea de sus hijos, esposos, compañeros, familiares o cuidadores. El promedio de esperanza de vida en el Ecuador es de 76 años aproximadamente. Casi los mismos datos estadísticos tienen los países de Colombia y Bolivia, en donde la esperanza de vida es de 73.3 años. Con estas estadísticas se espera recolectar datos para crear políticas públicas de integración de los adultos mayores a la sociedad, ya que años anteriores no eran tomados en cuenta y su calidad de vida era precaria, es por eso que ahora con el Plan Nacional del Buen Vivir se espera alcanzar una sociedad multicultural, integrada y basada en los derechos humanos.

CAPÍTULO 3

FUNCIONES COGNITIVAS EN EL ADULTO MAYOR

3.1. Definición de funciones cognitivas

Las funciones cognitivas (FC) son “las funciones ejercidas por el cerebro encaminadas al conocimiento del medio interno y externo. Las FC, separan a nuestra especie de las demás, porque en el humano han alcanzado tal desarrollo que le permite, en buena medida, modificar el ambiente y las circunstancias en las que vive.” (Paladines, 2012, pág. 105). Estas funciones cognitivas se desarrollan gracias a las relaciones sociales que el ser humano es capaz de establecer, y además de esto, están mediadas por la cultura. No son determinadas genéticamente, sino que nosotros aprendemos y gracias a ellas vamos adquiriendo símbolos que nos permiten pensar de manera compleja. A continuación se definirá las funciones cognitivas que se ha tomado en cuenta para la presente tesis.

3.1.1. Inteligencia

La inteligencia tiene el papel de recopilar información para comprender y conocer la realidad. David Wechsler define a la inteligencia en forma operacional siendo la capacidad integral o global del individuo para actuar con determinación, pensar en forma racional y enfrentarse de manera efectiva con su ambiente.” (Da Costa, 2010). Pero debido a que existe infinidad de concepciones acerca de la inteligencia, se ha planteado el siguiente concepto, “capacidad de utilizar la información que un determinado organismo posee para actuar con eficacia en su medio ambiente, además de utilizar la información nueva que recibe, de tal manera que aumente la información y la capacidad que posee” (Paladines, 2012, pág. 113).

Una definición conjunta que hace Pieron, Ey, Stern, Wechsler, Yela, etc, afirman que la inteligencia “es la aptitud o capacidad global para concebir y comprender la relación entre dos ideas en la conciencia, pensar racionalmente, relacionarse eficazmente con el ambiente, y actuar con propósito o intencionalidad, adaptando el pensamiento a las necesidades del momento presente, pudiendo trabajar con

esquemas cada vez más complicados conforme a un plan lógico en la solución de nuevos problemas.” (Cohen Jay, 2001).

Stern nos dice que “inteligencia es la aptitud personal para enfrentarse con requerimientos nuevos haciendo un uso adecuado del pensamiento como medio.” (Rojas, 1979, pág. 169). La inteligencia esta vista como la suma de varias funciones aisladas, en las cuales entra el pensamiento y el lenguaje. Esta función requiere respuestas operativas al momento de desafiar diversas situaciones. “Una persona inteligente es aquella que produce un rendimiento cognoscitivo superior, capaz de ser medido mediante pruebas objetivas de carácter teórico o práctico (test).” (Rojas, 1979, pág. 144). La actividad que genera la inteligencia es el dar un juicio acerca de lo que estamos pensando, es por eso que todas las funciones cognitivas tienen relación unas con otras.

Desde una visión general la inteligencia se caracteriza por la capacidad de resolver problemas nuevos, utilizando el pensamiento de una manera productiva. En cambio la inteligencia desde una visión funcional radica en la aplicación práctica de ésta con la ayuda de otras funciones cognoscitivas.

Se ha tomado en consideración que la definición descrita de manera más completa es la que Pieron, Ey, Stern, Wechsler, Yela, mencionan, ya que toman en cuenta la capacidad de concebir ideas de forma racional para obtener soluciones ante situaciones que se nos presenta en el diario vivir a partir de nuestros objetivos y la manera de solucionar las necesidades.

3.1.1.1. Tipos de Inteligencia

Dentro de una perspectiva más clínica existen varios tipos de inteligencia que son formas de comportamiento inteligente.

Inteligencia espontánea y provocada: la inteligencia espontánea es aquella que no necesita estímulos exteriores para ponerse en marcha, sino que se da de una manera natural en el individuo. En cambio la provocada es aquella que necesita ser excitada por estímulos exteriores para producir un rendimiento ante diversas situaciones.

Inteligencia analítica y sintética: la inteligencia analítica “trata de escrudñar los problemas separando, distinguiendo y puntualizando los diversos aspectos que éstos presentan. La segunda consigue, por el contrario, resumir apretadamente las características que singularizan a una persona, de una situación, de un tema a abordar.” (Rojas, 1979, pág. 171). La primera es un tipo de inteligencia más profunda que analiza o trata de buscar los factores antes de ejecutar una respuesta, en cambio la segunda no necesita buscar los factores sino que actúa netamente con la información básica.

Inteligencia objetiva y subjetiva: lo más importante para hacer la comparación entre la inteligencia objetiva y subjetiva es la relación del sujeto con el mundo, ya que la objetiva “toma a la realidad lo más desprovista de aditamentos posibles, intentando sujetarse escuetamente a lo que ve ante sus ojos.” (Rojas, 1979, pág. 171). La subjetiva en cambio “lleva a cabo una operación sobre la realidad, transformándola de algún modo.” (Rojas, 1979, pág. 171). La diferencia entre las dos es debido a la imaginación y la fantasía de cada individuo.

Inteligencia teórica y práctica: la inteligencia teórica es aquella que “nace con la reflexión y el lenguaje [...], por medio de ella el hombre es capaz de moverse dentro de un terreno abstracto, comprender en profundidad el sentido de aquello que observa y captar la realidad en un sentido más reflexivo.” (Rojas, 1979, pág. 172). La inteligencia práctica es la acción que toma el individuo ante cualquier situación, esto es a partir de conductas que se dan de una manera directa sin verificar la teoría. “La inteligencia teórica es cognoscitiva, propia del hombre introvertido y del hombre de ciencia, la práctica es aquella que está al servicio de la acción y que es la que abunda en la gran mayoría de las personas.” (Rojas, 1979, pág. 172). Estos dos tipos de inteligencia se diferencian por la manera en cómo se ejecuta la respuesta ante una situación o actividad, la primera es más analítica y la segunda en cambio es operativa.

Inteligencia individual y social: estos tipos de inteligencia se relacionan con la capacidad que tiene el sujeto al momento de relacionarse, y su afinidad para mostrar un juego social logrando de esta manera un buen trato con el otro y adquiriendo amistades con gran facilidad.

De igual manera es importante mencionar la clasificación de los tipos de inteligencia que hace Catell, porque David Wechsler a partir de éstas características trabaja las escalas que conforman el test de inteligencia. A continuación se menciona los dos tipos de inteligencia, que cuya descripción suele establecer la variable edad, influencia de la herencia y ambiente.

Inteligencia fluida: “es la capacidad para adaptarse y afrontar situaciones nuevas de forma flexible, sin que el aprendizaje previo constituya una fuente de ayuda determinante para su manifestación.” (Mars, 2000). Este tipo de inteligencia se relaciona con aspectos neurofisiológicos como el desarrollo de asociaciones neuronales y la influencia de bases genéticas.

La inteligencia fluida está constituida por:

Imaginería espacial y visual

Habilidad para advertir detalles visuales

Memorización

Razonamiento lógico

Capacidad de establecer relaciones o extraer diferencias

Capacidad de razonar contenidos abstractos

Inteligencia cristalizada: “es un conjunto de capacidades, estrategias y conocimientos que representa el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado a través de la historia de aprendizaje del sujeto.” (Mars, 2000). Esta inteligencia depende de la experiencia previa que ha tenido el sujeto y todo su ambiente cultural al cual pertenece.

La inteligencia cristalizada está constituida por:

Comprensión verbal y numérica

Establecimiento de relaciones semánticas

Evaluación y valoración de la experiencia

Establecimiento de juicios y conclusiones

Conocimientos mecánicos

Orientación espacial

3.1.2. Memoria

“La memoria es la impresión o grabado, retención y reproducción de las huellas de una experiencia anterior.” (Paladines, 2008, pág. 223). Es la capacidad para recordar todas nuestras experiencias, imaginaciones y aprendizajes que hemos tenido a lo largo de la vida y que gracias a ésta se nos queda grabado. No muy lejos de este concepto, Quintanar nos dice que “la memoria es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal. La memoria nos permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente.” (Quintanar, 2011, pág. 95).

“La memoria es aquella función psíquica mediante la cual traemos a colación hechos pasados, pudiendo a través de ella vivir el pasado en el presente. [...] La memoria es un archivo de percepciones.” (Rojas, 1979, pág. 137). Una persona que tiene memoria puede contar su historia gracias a las huellas mnémicas que permiten una adaptación y habituación a la realidad.

Para que se dé un buen proceso de la huella mnémica, ésta tiene que pasar por cuatro fases que son:

Fijación: “es la impresión de las vivencias, la aprensión y grabación de los hechos psíquicos, quedando incorporados a nuestro patrimonio psicológico.” (Rojas, 1979, pág. 138). Para que un recuerdo se quede fijado, éste dependerá de la intensidad del estímulo, la atención, el interés y la repetición del mismo, sin dejar de lado el normal funcionamiento del aparato psíquico.

Conservación: “se encarga de que la información recogida se codifique y se almacene con una sistemática ordenada y precisa.” (Rojas, 1979, pág. 138).

Evocación: “nos permite desarchivar los recuerdos y traerlos al campo de la conciencia, puede ser espontánea o provocada.” (Rojas, 1979, pág. 138). En esta fase influye la voluntad y condiciones psicológicas, tomando en cuenta lo que se pretende recordar, la vivacidad y el cúmulo afectivo que interviene en este recuerdo.

La fijación, conservación y cierta parte de la evocación inmediatamente posterior a su presentación conforman la memoria reciente o a corto plazo.

Reconocimiento: “es aquel mediante el cual comprobamos que ese recuerdo que acabamos de traer al presente, es el que buscamos y otro no, además que tenemos conciencia de haberlo vivido anteriormente, nos identificamos con él, nos es familiar.” (Rojas, 1979, pág. 138).

La evocación después de un intervalo de tiempo, y cuando la atención del sujeto se ha direccionado a otras actividades, junto con el reconocimiento de recuerdos antiguos conforman la memoria antigua o a largo plazo.

3.1.2.1. Tipos de Memoria

A) De acuerdo a la forma de recordar

Memoria implícita: “es el término técnico para describir la forma inconsciente de recordar.” (Solms, 2004, pág. 89). De la misma manera en que podemos ver el mundo de una forma inconsciente, también recordamos de esta forma, porque algo se ha quedado en nuestra memoria.

Memoria explícita: “es el término técnico para describir la forma consciente de recordar.” (Solms, 2004, pág. 89).

B) De acuerdo al tiempo que duran

Memoria fisiológica o reciente: es la memoria que tienen las neuronas individualmente, ésta puede durar poco o muchos minutos. “La continuidad de las descargas eléctricas nacidas de un solo estímulo indica que las neuronas son algo más que aparatos receptores de señales o reguladores de las respuestas correspondientes, que también conservan las huellas del estímulo y siguen dando

respuestas originadas por dicho estímulo.” (Paladines, 2008, pág. 225). Esto quiere decir que cada neurona conserva su propia memoria y que es capaz de conservar la información para recuperarla cuando sea necesario.

Memoria de corto plazo, inmediata o funcional: “se refiere a la información que está en su conciencia en este momento, procedente de hechos ocurridos hace apenas unos segundos.” (Solms, 2004, pág. 143). La memoria a corto plazo tiene dos momentos, uno activo y otro pasivo, al referirnos a la memoria inmediata hablamos de un aspecto pasivo, generado desde el interior porque es más perceptivo, en cambio la memoria funcional se refiere a un aspecto activo generado desde el exterior y por lo tanto es más cognoscitivo. La memoria de trabajo también se encuentra dentro de la memoria de corto plazo y es aquella que “mantiene en el foco de la conciencia, la representación interna de estímulos del mundo externo recientes y/o pasados, y utilizar esta información a fin de lograr un resultado elaborado.” (Paladines, Manual Didáctico de Evaluación Neuropsicológica, 2012).

Memoria de Largo Plazo: “Este tipo de memoria permite conservar información por un largo tiempo, incluso toda la vida.” (Paladines, 2008, pág. 225). La información que guardamos en la memoria y su establecimiento de ésta depende de las sinapsis que tienen las neuronas para transmitir las señales nerviosas. Esta memoria es toda la información que sabemos y que hemos recolectado a lo largo de la vida. Se dice que el dato es lo que determina el tipo de memoria y si ésta se la va a guardar o no, de ello que el repaso de la información es importante para retener todos los datos. La memoria a largo plazo es duradera, “ya que por lo general los recuerdos quedan codificados en varios lugares; en cierto sentido, los recuerdos están por todas partes en el cerebro.” (Solms, 2004, pág. 149). Los recuerdos involucran varias conexiones neuronales y son codificados en más de una manera, generando subsistemas y múltiples archivos de almacenamiento de memoria. Los archivos almacenados en la memoria a largo plazo tienen subsistemas que contienen diferente información específica tales como:

Memoria Semántica: “Sistema de conocimiento general adquirido con el transcurso del tiempo y no relacionado con los acontecimientos en el momento del aprendizaje.” (Paladines, 2008, pág. 226). Este tipo de memoria guarda la información general y los hechos que no son de un momento en particular.

Shaacter en el libro de Solms, menciona que la memoria semántica “es una red de asociaciones y conceptos que sostienen nuestro conocimiento básico del mundo, significados de palabras, categorías, datos y proposiciones, y cosas similares.” (Solms, 2004, pág. 150). La información que se almacena no es personal ni en base a experiencias, sino que contiene información objetiva y general acerca del mundo.

La memoria semántica a su vez se subdivide en dos propiedades que son especificidad material y especificidad modal. La especificidad material son “las reglas lingüísticas, matemáticas, conocimiento de las formas y los patrones de comportamiento de varias categorías de objetos.” (Solms, 2004, pág. 151). La especificidad modal son “los circuitos que conforman la estructura que nos permite reconocer rostros individuales y circuitos que nos permiten recuperar nombres específicos.” (Solms, 2004, pág. 152). La especificidad material va a depender de la especificidad modal.

Memoria Procesal u Operacional: “Es un tipo de memoria corporal, es la memoria para las destrezas motoras habituales y destrezas perceptomotoras o ideomotoras.” (Solms, 2004, pág. 157). Gracias a este tipo de memoria sabemos cómo hacer las cosas sin necesidad de tener conciencia de aquello. Para mantener la memoria procesal es importante la continua repetición de la destreza aprendida. La memoria procesal tiene la característica que funciona de una manera implícita porque lo aprendido es ejecutado de manera automática o inconsciente.

Memoria Episódica: “Es un sistema que retiene memorias relacionadas con un tiempo y un lugar determinados, son memorias autobiográficas.” (Paladines, 2008, pág. 226). Son recuerdos personales de cada uno, mas no hechos históricos, es un diario que nos permite retroceder en el tiempo para recordarlo. “El sistema de memoria episódica nos permite recordar de manera explícita los incidentes personales que singularmente definen nuestras vidas.” (Solms, 2004, pág. 160). La memoria episódica implica volver a experimentar hechos pasados de una manera subjetiva y por lo tanto consciente.

3.1.3. Orientación

La orientación es la acción de ubicarse en el espacio y en el tiempo y tener consciencia de nuestra propia persona y del mundo circundante. “La orientación es la capacidad que nos permite tener presentes y saber utilizar los datos básicos de la realidad en la que vivimos.” (García J. , pág. 2).

3.1.3.1. Tipos de Orientación

A) Orientación alopsíquica: es la orientación sobre el mundo exterior, y se divide en orientación temporal y espacial.

a) Orientación temporal: “Es la capacidad para localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos momentos.” (García J. , pág. 2).

Los elementos que componen a la orientación temporal son:

Nociones temporales básicas: día/noche, año, mes, fecha.

Seriación: es la organización temporal, el poder ordenar un episodio de manera secuencial.

Razonamiento temporal: inferir en actividades y situaciones en función de la fecha de hoy.

b) Orientación espacial: “Es la capacidad que permite al sujeto conocer dónde se ubica espacial y/o geográficamente.” (García J. , pág. 3).

Los elementos que componen a la orientación espacial son:

Nociones espaciales básicas: lugar en el que vivimos, la casa, edificio, dirección, ciudad, país.

Planos/mapas: poder ubicarse en un plano y mapa

Ubicación geográfica de calles y avenidas

B) Orientación autopsíquica o de la persona: “Es la capacidad que nos permite mantener la conciencia de nuestra propia identidad, de nuestras raíces, de quiénes somos, de lo que nos hace únicos. Requiere, por lo tanto, una visión conjunta del pasado y del presente.” (García J. , pág. 4). La manera de evaluar este tipo de orientación es “averiguarle sus datos de identificación.” (Paladines, 2012, pág. 106).

Los elementos que componen la orientación autopsíquica son:

Identificación de la propia imagen en el espejo

Preguntas personales

Elaboración del árbol genealógico

Aspecto físico

Carácter y personalidad

3.1.4. Atención y concentración

La atención “es una función por la que un estímulo se sitúa en el foco de la conciencia, distinguiéndose con precisión del resto, por desplazamiento, por atenuación o por inhibición de otros estímulos que son irrelevantes.” (Paladines, 2012, pág. 117). La atención es una de las funciones cognitivas que es capaz de hacer funcionar a las otras.

“La atención es la habilidad para orientarse hacia y enfocarse sobre un estímulo específico y la concentración es la habilidad para sostener o mantener la atención.” (Quintanar, 2011, pág. 94). Al momento de evaluar las funciones cognitivas es importante establecer si la persona puede enfocar y sostener la atención antes de evaluar cualquier otra función que es más compleja como la memoria, lenguaje o capacidad de abstracción.

La característica de la concentración se basa principalmente en sostener la atención durante un tiempo prolongado, siendo necesaria para la realización de tareas o actividades intelectuales.

3.1.4.1. Tipos de Atención

Esta función maneja mecanismos neuroanatómicos y neurofisiológicos, los mismos que integran como funciones importantes a la activación, concentración y atención selectiva. Los modelos anteriormente mencionados dividen a la atención en:

Atención selectiva: “Selecciona estímulos específicos de una variedad de estímulos.” (Hoffman, 1995, pág. 181). Selecciona aquellos que son muy importantes para ser procesados, poniendo a un lado aquellos que son distractores. Es la “habilidad para dirigir el foco de atención hacia aspectos biológicamente relevantes del espacio sensorial extrapersonal.” (Quintanar, 2011, pág. 94). Está relacionado con la corteza cerebral.

Atención tónica: “son los mecanismos que regulan los lapsos o períodos de vigilia y concentración.” (Quintanar, 2011, pág. 94). Está relacionado con el sistema regulador activador.

Desde la perspectiva de Hoffman, en su libro Psicología del desarrollo de hoy, la atención se divide en:

Atención mantenida o concentración: “Dirigir una sola tarea durante largos periodos.” (Hoffman, 1995, pág. 181). Se encarga de mantener el nivel de atención y no es selectiva. Es un estado de concentración y de intensidad de ella.

Atención dividida: “Realizar dos tareas al mismo tiempo.” (Hoffman, 1995, pág. 181). Dirige la atención a dos estímulos diferentes.

Atención Cambio: “Dirigir primero una tarea y luego otra.” (Hoffman, 1995, pág. 181). Se cambia de manera flexible el control del foco de la atención.

3.1.5. Lenguaje y pensamiento

El pensamiento trabaja conjuntamente con otras funciones cognitivas como lo son la memoria y la sensopercepción, captando la realidad y tomando de ella lo general; y sobre todo está muy ligado al lenguaje. “El producto específico del pensamiento es la idea o concepto.” (Rojas, 1979, pág. 143). Gracias al pensamiento se logra una

significación abstracta, universal y diferenciada, y todo lo que percibimos se convierte en representaciones interiores, y ahí es donde interviene el lenguaje, porque ayuda a la expresión de los conceptos de una manera verbalizada.

El lenguaje es un sistema de señales para comunicar, son una representación de los símbolos. Rojas lo define como “el lenguaje es un sistema de signos que tiene una validez social y que es el vínculo de la relación humana fundamental.” (Rojas, 1979, pág. 146). Es decir que el lenguaje es el medio de expresión de las ideas, y gracias al lenguaje, el pensamiento cobra una dimensión social.

El pensamiento es “el resultado de un patrón de estimulación de diversas partes del sistema nervioso al mismo tiempo y en secuencia definida...” (Paladines, 2008, pág. 232). El lenguaje es el resultado del pensamiento, ya que por medio de éste nosotros comunicamos todo lo que pensamos y sentimos.

Por lo tanto la relación que existe entre pensamiento y lenguaje siempre será indispensable, ya que ambas se complementan al momento de transmitir ideas para relacionarse con el mundo. No existe otra manera de transmitir pensamientos si no es por medio del lenguaje, creando vínculos sociales que forjaran mejores maneras de comunicación subjetiva y objetivamente.

3.1.5.1. Tipos de pensamiento

Pensamiento deductivo: parte de lo general para hacer afirmaciones sobre lo particular. Es donde se infiere una afirmación a partir de varias premisas, como se lo hace con los silogismos.

Pensamiento inductivo: parte de lo particular para llegar a lo general, “la base de la inducción es la suposición de que si algo es cierto en algunas ocasiones, también lo será en situaciones similares aunque no se hayan observado.” (UNAD, s.f.).

Pensamiento lógico: es el pensamiento normal, en el cual se expresa de una manera ordenada las ideas de una forma concatenada y correcta. Se dice que pensar lógicamente es adquirir nuevas ideas a partir de las ideas anteriores, razonando de manera lógica y precisa.

Pensamiento analítico: es aquel pensamiento que divide una situación en partes pequeñas, que encuadra una realidad para pensar de mejor manera. Así organiza las partes en las que se ha dividido la situación de una forma sistemática y comparando las diferentes características para obtener las variables.

Pensamiento sintético: es reducir toda la información a una idea concreta que resuma e incorpore las ideas principales de cada segmento.

Pensamiento creativo: es la capacidad de generar, innovar y crear opciones nuevas a partir de las anteriores, que busquen dar una mejor solución a los diferentes problemas. Es un recurso que poseen todas las personas para ampliar la realidad.

Pensamiento crítico: es un modo de pensamiento sobre una reflexión ya dada por otros. “Es un pensamiento reflexivo racional que incluye la habilidad para clarificar el problema, para reconocer los supuestos subyacentes, las implicaciones y las contradicciones, que se caracteriza por la exigencia de claridad, precisión y firmeza, que cuestiona profundamente la propia estructura de pensamiento.” (UNAD, s.f.).

3.1.6. Motricidad y psicomotricidad

Es la capacidad de movimiento sea este fisiológico u orgánico, que está asociado a lo motriz o fuerza que es impulsada por algo.

“La motricidad es mucho más que la funcionalidad reproductiva de movimientos y gestos técnicos, es en sí misma creación, espontaneidad, intuición; pero sobre todo es manifestación de intencionalidades y personalidades, es construcción de subjetividad.” (Peña Murcia, 2013).

La motricidad es creación ya que los individuos están en interacción con la cultura por lo que nuestros movimientos corporales dependerán de las actividades, roles, situaciones y necesidades a las que nos enfrentaremos dentro de la sociedad.

“El termino psicomotricidad integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto social”. (Psicomotricistas, 2012).

De Lièvre y Staes en el año del 1992 menciona que “la psicomotricidad es un planteamiento global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea. Puede ser entendida como una mirada globalizadora que percibe las interacciones tanto entre la motricidad y el psiquismo como entre el individuo global y el mundo exterior. Puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada”. (Psicomotricistas, 2012).

La psicomotricidad integra un sin número de funciones entre ellas psíquicas, motrices, cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices, las mismas que conforman e integran parte de la formación de la personalidad del sujeto, sin dejar de lado el contacto e interacción con el medio cultural, para el cual será indispensable el uso del cuerpo como medio de expresión.

3.1.7. Conciencia

La conciencia resulta de un cumulo de fenómenos psíquicos, considerada como un estado cognitivo, que permite la interacción e interpretación de los estímulos externos que conformarían lo que consideramos como nuestra realidad, al hablar de tener conciencia se relaciona con la noción de sí mismo, del entorno y de sí mismo en el entorno.

Al tener conciencia se diría que permite estar alerta de nuestro alrededor y actuar ante cualquier peligro, sería considerado como un elemento “de supervivencia”, este percibir el entorno se da por medio de los sentidos.

Henry Ey, menciona que la estructuración de la vida psíquica se relaciona con las experiencias presentes vividas y estas experiencias están instituidas por un grupo de fenómenos psíquicos tales como la percepción, actividad psicomotriz, lenguaje, etc., las mismas que conforman el campo de la conciencia.

Partiendo de lo mencionado por Ey, Jaspers afirmó que “La conciencia es la vida psíquica en un momento dado, el campo de la conciencia refiere a la organización de la experiencia sensible actual.” (Psicológicos, 2013).

Desde la fisiología, se describe a la conciencia como una actividad de los centros nerviosos superiores especialmente del neocórtex cerebral, por lo que el individuo es consciente de los fenómenos que ocurren a su alrededor sean estos internos o externos. Para que el estado de conciencia tenga una buena actividad se pretende que el sistema nervioso central, la actividad de la corteza cerebral y los centros del mesencéfalo estén en perfectas condiciones de funcionamiento.

3.1.7.1. Niveles de conciencia

Jean Delay y Pierre Pichot exponen en el texto de (Fernández, 2010), que existen 7 niveles de conciencia a continuación se enumeran:

Tabla 3.

Niveles de conciencia

NIVELES	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
I	Vigilia excesiva	Sujeto en plena actividad. Atención difusa Conciencia del mundo debilitada. No existe control de la conducta.
II	Atención	Atención selectiva de estímulos ambientales.
III	Vigilia relajada	Presentan una atención no concentrada. Descenso de la conciencia del mundo exterior.
IV	Ensoñación	Percepción del mundo debilitada. Ideas que son presentadas de forma poco organizada y expresadas por medio de imágenes visuales.
V	Sueño ligero	Pérdida de conciencia del mundo exterior. El contenido de la conciencia son los pensamientos del sueño.
VI	Sueño profundo	Pérdida completa de la conciencia.
VII	Coma	En este estado, son muy débiles las respuestas motoras.

Fuente: (Fernández, 2010)

Elaborado por: (Guevara & Yépez, 2014)

3.2. Funciones cognitivas en el adulto mayor

A) Características del cerebro en el adulto mayor

En la adultez tardía es importante detallar y hacer hincapié que se producen dos tipos de envejecimiento, uno al que se lo considera como “normal”, y el otro que es el patológico. Esto quiere decir que es la manera en cómo se envejece y la capacidad funcional que tiene la persona. “El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.” (CSIC, 2013). La normalidad estaría considerado como lo usual o lo standard para toda la muestra, y especialmente está dentro de un contexto biopsicosocial del proceso de envejecimiento.

En el envejecimiento patológico en cambio existen cambios a partir de enfermedades que afectan a un desarrollo normal.

En el envejecimiento cerebral normal existe una pérdida del peso de la masa, pérdida que comienza a partir de los 30 años cuando inicialmente la pérdida es leve, pero posteriormente se va acelerando, es por esto que a los 90 años el peso del cerebro habrá disminuido en un 10%.

“La pérdida de peso se atribuye a la pérdida de neuronas en la corteza cerebral, la parte del cerebro que realiza la mayoría de las tareas cognitivas”. (Papalia D. y., Desarrollo del adulto y vejez, 2009, pág. 648). En la actualidad algunas investigaciones han revelado que la disminución del peso del cerebro no se debe a la pérdida de neuronas, si no al encogimiento del tamaño neuronal debido a la disminución de la sinapsis, se ha indicado que el encogimiento avanza con rapidez hacia la zona de la corteza frontal, por lo que se ven afectadas las funciones cognitivas.

Hay que tomar en cuenta que el cerebro sufre cambios de manera diferente de un individuo a otro y que dependerá de factores tanto genéticos como ambientales para que el encogimiento se genere.

Existe un llamado “renacimiento”, que se ve en la edad adulta intermedia y vejez temprana en donde surgen dendritas adicionales, ayudando a crear nuevas conexiones cerebrales.

El cerebro del adulto mayor en el proceso de envejecimiento no se afecta en todas sus regiones de la misma manera ya que dentro de la misma región cerebral, existen diferencias entre unos tipos de células y otros. “La pérdida de las células en el envejecimiento afecta mucho más al córtex cerebral que al tronco cerebral. Algunos núcleos de células cerebrales como las masas de sustancia gris formadas por células nerviosas, no muestran pérdida en el envejecimiento mientras que otros como el locus cerúleo localizado en la protuberancia y la sustancia negra que se encuentra en el cerebro medio, manifiestan una pérdida significativa de células a una edad avanzada.” (Cohen, 1991, pág. 27).

“Existen ciertos factores o sustancias que son los neurotransmisores, activados o producidos en el cerebro que inducen a cambios en las células cerebrales asociados con el envejecimiento.” (Cohen, 1991, pág. 28). Estos cambios que se dan en las células cerebrales afectan a los cuerpos celulares y a las terminaciones nerviosas, de igual manera, se da un cambio metabólico en los neurotransmisores como son la norepinefrina y dopamina que se altera a partir de los 70 años. Las células nerviosas que van quedando empiezan a trabajar de una manera más fuerte para poder actuar sobre las que sobreviven y producir los neurotransmisores necesarios. Además de esto los receptores aumentan su sensibilidad produciendo mucho más potencia en moléculas neurotransmisoras, necesitando menos receptores.

B) Deterioro de funciones cognitivas en el adulto mayor

El deterioro cognitivo se define como “la pérdida paulatina de funciones cognitivas, especialmente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo de nuestro cerebro depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual”. (UnoBrain, 2012). Así, el deterioro cognitivo se da en los adultos mayores de una manera natural pero puede variar dependiendo de las condiciones de vida, pasadas y presentes del adulto mayor.

En los adultos mayores “la mayoría de habilidades mentales permanecen intactas. [...]. Hay compensaciones cuando ocurre el deterioro, y se ha demostrado sin lugar a duda que disminuye la rapidez de los procesos cognitivos.” (Craig, 2001, pág. 563). En la adultez tardía hay una pérdida de velocidad en la capacidad de reacción, en los procesos de percepción y en los procesos cognitivos.

“En la mayoría de los individuos de edad avanzada se presentan cambios cognoscitivos que alteran los procesos de atención, memoria, lenguaje, percepción y funciones ejecutivas.” (Quintanar, 2011, pág. 73). Para poder evaluar si una persona que está en la edad adulta tardía presenta algún tipo de deterioro es necesario realizar una evaluación neuropsicológica para determinar algún cambio, deterioro o alteración de las funciones cognitivas o verificar un proceso de envejecimiento normal.

“Salvarezza y Ramos entre otros, coinciden que en muchas de las declinaciones de algunas habilidades en el adulto mayor, obedecen en mayor grado más a una falta de entrenamiento o actividad que el proceso inevitable del envejecimiento.” (Psicogerontología, 2007, pág. 424)

Existen varias investigaciones que mencionan que “el deterioro cognitivo no ocurre de un modo tan general como se suponía, ni en las habilidades ni en las personas, sino que existe una gran variabilidad, tanto en la edad de comienzo como en las habilidades a las que afecta.

Asimismo, se ha empezado a considerar que la historia vital del individuo es tan responsable de su pérdida de capacidad como los factores biológicos.” (Calero, 2003, pág. 24). Esto quiere decir que el deterioro cognitivo no solo se da por la edad, ésta es una de las razones menos válidas, sino que se produce debido a la falta de entrenamiento del cerebro en cuanto a la aptitud numérica, espacial, de razonamiento y solución de problemas que una persona adulta mayor puede realizar en su vida cotidiana. Es por eso que se debe entrenar al cerebro y mantenerlo activo para que éste no se deteriore, y es aquí donde podemos comprobar la teoría del desuso de la cual se ha hablado en el capítulo primero.

Desde una explicación neuropsicológica dentro del proceso de envejecimiento en el sistema nervioso central actúan los neurotransmisores, hormonas y factores

fisiológicos. En el caso de los neurotransmisores se ve una estrecha relación con las funciones cognitivas como la memoria, pensamiento, conducta y emoción, manejados por neurotransmisores específicos tales como la serotonina, dopamina, norepinefrina, acetilcolina y ácido gama aminobutírico GABA. “La norepinefrina y serotonina están asociados con la regulación del humor. La dopamina va unida a la coordinación motora. La acetilcolina juega un papel importante en la memoria y funcionamiento intelectual.” (Cohen, 1991, pág. 30).

“Una disminución normal de los niveles de los neurotransmisores pueden contribuir a aumentar la vulnerabilidad del organismo hacia ciertas enfermedades mentales, orgánicas y psicológicas asociadas con la edad, pero estas variaciones normales no causan por sí solas las enfermedades.” (Cohen, 1991, pág. 30).

Tomado en cuenta las características del deterioro cognitivo que puede tener el adulto mayor debido a ciertos factores que surgen a lo largo de sus vidas, es importante mencionar qué es lo que sucede con cada función en la adultez tardía:

a) Inteligencia

Hablar de medición de inteligencia en la vejez es complicado ya que como se ha mencionado dependerá de factores como la presión arterial, problemas cardiovasculares y problemas neurofisiológicos que afectan el flujo sanguíneo al cerebro, de esta manera aunque pongan la mejor predisposición a la realización de las pruebas, su puntaje se podrá ver afectado, haciendo que se subestime la inteligencia en la adultez tardía.

Para medir la inteligencia en la vejez comúnmente se utiliza la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS). “Prueba de inteligencia para adultos que produce puntajes verbales y de ejecución, así como un puntaje combinado.” (Papalia D. y., Desarrollo del adulto y vejez, 2009, pág. 660). En las pruebas que constan en el área de ejecución, como el hecho de identificar las partes que le faltan a un dibujo, recorrer laberintos o copiar un diseño; se puede observar mediante investigaciones, que los puntajes disminuyen en una manera significativa conforme avanza la edad, por el contrario en las pruebas que conforman la escala verbal, como, en vocabulario, información, comprensión, etc., los puntajes caen solo un poco y muy paulatinamente, a lo cual llamaremos “Patrón gradual de envejecimiento”.

En cuanto a la clasificación que hace Catell sobre la inteligencia fluida y cristalizada, Rocío Fernández Ballesteros menciona que:

“La inteligencia fluida se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años.” (Fernández Ballesteros, 2004). En cambio la inteligencia cristalizada “una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida.” (Fernández Ballesteros, 2004).

Datos importantes tomados de Fernández – Ballesteros mencionan que cuando existe una actividad intelectual en los adultos mayores, como por ejemplo jugar ajedrez, armar rompecabezas, leer, etc., hay menos propensión a sufrir algún tipo de deterioro cognitivo y demencia.

b) Memoria

Como signo de envejecimiento está considerada la pérdida de la memoria o la “mala memoria”. Esto se debe a que hay un funcionamiento “ineficaz” (Cohen, 1991, pág. 35), más que una rotura clara o una pérdida en estructuras del sistema nervioso central.

Investigaciones muestran que la pérdida de la memoria se ha podido evidenciar mediante la aplicación de tareas en donde se pide la repetición de una secuencia de números en el mismo orden en que se da la serie y a la inversa, a través de la cual se ha podido ver que al haber repetición inmediata se utiliza la *memoria sensorial*, que es la que se mantiene activa durante toda la vida, por el contrario al repetirla a la inversa trabaja la *memoria de trabajo*, la misma que se ocupa mediante la reorganización o elaboración, esta memoria se va deteriorando a partir de los 45 años.

Se dice que la memoria a largo plazo se encuentra mejor conservada, “por lo que la recuperación de los recuerdos demuestra que la memoria original está todavía presente y supone una evidencia de la capacidad de plasticidad de la memoria en el cerebro envejecido.” (Cohen, 1991, págs. 35 - 36). La memoria original se refiere a aquella memoria en la cual la persona es capaz de guardar los recuerdos, pero ésta se actualiza normalmente y modifica lo recordado, en donde uno puede “insertar

elementos del presente en los recuerdos del pasado cuando uno los visita.”
(Hernández, 2012)

La memoria procedimental es la memoria menos afectada en la adultez tardía. La característica que marca el deterioro normal de ésta es el enlentecimiento en la ejecución de tareas, anteriormente aprendidas sin esfuerzo consciente.

En cuanto a la memoria episódica, los adultos mayores no prestan mucha atención al contexto en el que suceden las cosas, es por eso que no tienen referencias para evocar los recuerdos. En cambio la memoria semántica no se deteriora significativamente como la memoria episódica, pero sí se ve afectada a partir de los 60 años.

c) Orientación

Generalmente el deterioro de la orientación se debe a un deterioro de la memoria, atención o de la conciencia en caso de demencia, de lo contrario ésta no se deteriora. “En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.” (Jara, 2002, pág. 8)

d) Atención

La dificultad de las personas adultas mayores en poner atención a diversas tareas y actividades es el resultado del envejecimiento del sistema nervioso central. El enfocar la atención es complejo ya que además se requiere estar alerta, despierto para ejecutar la tarea de manera automática o de lo contrario al aprender, lo cual demandaría enfocar y mantener la atención en alguna actividad por tiempo prolongado.

Cabe mencionar que cuanto más tiempo se de atención, la precisión disminuirá en las personas de toda edad; en el envejecimiento tardío aunque existe la capacidad de aprender, hay un desgaste de energía mental, por el esfuerzo que tiene que realizar al poner la atención de manera deliberada en lo que se está realizando.

Es por esto que algunos investigadores han señalado que “la atención de las personas adultas mayores no es defectuosa, sino simplemente no eficiente.” (Hoffman, 1995, págs. 181 - 182).

e) Lenguaje y pensamiento

En estudios cognitivos transversales se ha visto que los resultados muestran que “los cambios típicos de la edad pueden no indicar una pérdida en la capacidad de pensar, sino una lentificación en el índice del pensamiento inteligente.” (Hoffman, 1995, pág. 176).

En el proceso de envejecimiento normal, se puede decir que “existe un deterioro del lenguaje que es propio de la edad, afectando al léxico, la sintaxis y la organización del discurso.” (Saá, 2006, pág. 3)

Nelson Saá menciona a Juncos quien afirma que “con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, como la memoria operativa, afectando de esta manera al lenguaje.” (Saá, 2006, pág. 3). Por lo tanto en el proceso de envejecimiento se ve afectado el sistema atencional y de control, sin embargo las posibles alteraciones del lenguaje se deberían a dificultades con la memoria operativa y no a un deterioro propio del lenguaje.

Así, Ventura hace un resumen del deterioro normal del lenguaje, y dice que la capacidad de denominar objetos no se altera en el adulto mayor, sino que se debe al poco conocimiento del léxico debido a una educación de bajo nivel. Lo que declina notablemente es la fluidez semántica y la velocidad de procesamiento en la producción del habla. “Tienden a producir definiciones más largas, explicaciones y descripciones de muchas palabras. [...]. Y mayor dificultad en procesar las estructuras sintácticas complejas como poder hacer inferencias en la comprensión tanto de una frase individual como de un discurso narrativo.” (Ventura, 2004, pág. 23).

De igual manera el lenguaje escrito tiene la característica de tener muchas palabras y pocas frases, no hay una descripción correcta de los objetos, y hacen poco esfuerzo cognitivo para utilizar nueva información en su discurso. Pero si es capaz de corregir y reconocer frases aberrantes en su discurso.

“El pensamiento y lenguaje van indisolublemente unidos, de tal manera que sus alteraciones no se pondrían de manifiesto si no lo hiciesen mediante la expresión oral.” (Rojas, 1979, pág. 146).

f) Motricidad y psicomotricidad

“Según la hipótesis de la lentificación periférica, el envejecimiento en el sistema nervioso periférico es el responsable de la lentitud en la ejecución de las acciones.” (Hoffman, 1995, pág. 176). Los nervios y sus receptores reciben información del mundo exterior para mandar las órdenes motoras a los músculos para ejecutar movimientos, pero al iniciar el proceso de envejecimiento la calidad de la transmisión va disminuyendo, y así las órdenes llegan a los músculos y los activan de una manera muy lenta.

“Según la hipótesis de lentitud generalizada el proceso se lentifica a través del cerebro, así como en el sistema nervioso periférico.” (Hoffman, 1995, pág. 176). Mientras más complicadas sean las tareas o actividades, se evidencia la diferencia de edad, es por eso que el sistema nervioso central se deteriora con los años.

Papalia menciona la existencia de algunos factores que se deben tomar en cuenta al hablar de psicomotricidad en el adulto mayor, tales como:

La disminución de los reflejos.

La pérdida de fortaleza muscular.

Perdida de la visión y percepción de profundidad. (Papalia, 2001, pág. 651)

Debido a que se dan cambios del adulto mayor en cuanto al esquema corporal, los movimientos, el mantenimiento del tono muscular y su postura se ven afectados, se adquiere una imagen inconsciente del cuerpo y por lo tanto el adulto mayor tiende a lentificar o disminuir sus movimientos por el miedo a sufrir caídas y perder el equilibrio. “Los adultos mayores a partir de los 70 años en adelante pierden casi del 10% al 20% de fortaleza especialmente en los músculos de la parte inferior del cuerpo.” (Papalia, 2001, pág. 650).

Por lo que se tiene mayor probabilidad de sufrir caídas ya que hay una disminución de las células receptoras que son las que llevan información al cerebro indicando la posición del cuerpo en el espacio, lo que permite mantener el equilibrio.

Hay que tomar en cuenta que el movimiento corporal es la manera de interacción y relación con el medio circundante, pero las continuas variaciones tanto morfológicas como funcionales que se dan a partir de los 50 años de edad en adelante, podrían interferir y modificar la forma de establecer las relaciones interpersonales, sin dejar de lado que la psicomotricidad es la correlación entre la capacidad psíquica y la función motriz, los mismos que influirán en la parte emocional y cultural en el que interactúa en adulto mayor.

g) Conciencia

El adulto mayor que tiene un envejecimiento normal, no sufre cambios o alteraciones en cuanto a los niveles de conciencia. Las posibles causas de las alteraciones de la conciencia pueden ser complicaciones biológicas y psicológicas, además del abuso de alcohol, drogas, fármacos y enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, depresión, Alzheimer, etc.

CAPÍTULO 4

INSTITUCIONALIZACIÓN Y ABANDONO DEL ADULTO MAYOR

4.1. Las instituciones

Una institución es un conjunto de normas, pautas y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales, además de una organización, en el sentido de una disposición jerárquica de funciones que se realizan generalmente dentro de un edificio, área o espacio delimitado. (Kaes, 2002, pág. 78). La institución de una manera u otra protege de la angustia que causa el cambio de estructuración de la institución inicial, que en este caso sería la familia.

Goffman habla de las instituciones totales y expone que “una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2007, pág. 13). Estas instituciones totales absorben todo el tiempo de las personas que se encuentran ahí, el interés de cada uno también desaparece y la institución es la que se encarga de darles un mundo propio de ese lugar, al que lo llama tendencia totalizadora, en la que Goffman menciona que está simbolizada por los obstáculos que oponen a una interacción social con el medio externo.

El autor clasifica a las instituciones en cinco tipos que son:

Hogares para cuidar a personas incapaces e inofensivas como ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes

Hogares para cuidar a personas incapaces de cuidarse por sí misma y constituyen una amenaza involuntaria para la comunidad como son los hospitales psiquiátricos

Lugares para proteger a la comunidad de personas que intencionalmente son un peligro para ella, en donde entran las cárceles y reclusorios

Lugares para mejorar el cumplimiento de una tarea de carácter laboral

Instituciones hechas para la formación de religiosos/as

Los ancianatos entrarían en la primera clasificación que hace el autor acerca de las instituciones totales, aquellas que son destinadas para cuidar de las personas incapaces e inofensivas.

Las personas se desarrollan en el mundo de una manera totalmente libre, deciden donde trabajar, con quien relacionarse, donde vivir, disponen de su tiempo y de su dinero. Pero Goffman también hace referencia que “la característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario los ámbitos de la vida” (Goffman, 2007, pág. 19). Entonces, en las instituciones totales, todo esto se rompe porque todas las actividades cotidianas se desarrollan en un mismo lugar, existe una sola autoridad, se comparte siempre con las mismas personas, todos reciben el mismo trato, además, todo el día está estrictamente programado según las reglas institucionales.

Las instituciones, que sellan el ingreso del hombre a un universo de valores, crean normas particulares y sistemas de referencia (mito o ideología), que sirven como ley organizadora también de la vida física, de la vida mental y social de los individuos que son sus miembros. (Kaes, 2002, pág. 85). Esto quiere decir que al momento en que se ingresa a la institución, la persona debe ser parte de esas normas comunes, que son las que organizan a la institución y permiten un correcto funcionamiento y control por parte de sus jefes principales, entonces el adulto mayor en un asilo, debe acoplarse a todo este sistema inmediatamente como ingresa.

4.2. Vivir en instituciones

4.2.1. Que es institucionalización e institucionalización del adulto mayor

Institucionalización es el proceso de aprobar el ingreso de persona a un psiquiátrico, reclusorio, asilo, convento, cárceles, etc. Y que ésta institución supla con los servicios por los que cada sujeto ingresó a los diferentes tipos de institución. Es decir que si hablamos de asilo, ésta debe proporcionar todos los cuidados para el adulto mayor, pero la institucionalización también es el proceso de adaptación de la persona

a las normas planteadas por cada lugar y finalmente la aceptación al nuevo estilo de vida adoptado en el proceso de convivencia en la institución asilar.

La persona llega a la institución al momento de ser ingresado con una “cultura de presentación” (Goffman, 2007, pág. 25), es decir un estilo de vida y una rutina propia, pero en las instituciones se da una desculturación, que consiste en un cambio o desentrenamiento de socialización y eliminación de oportunidades de comportamiento, comenzando como dice Goffman con “una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones”. (Goffman, 2007, pág. 27). Todo este punto de vista que se lo ve desde un lado un poco negativo, en realidad tiene que ver con la vida cotidiana que ocurre en las instituciones, porque para que sea una institución cada una debe tener sus normas, y por lo tanto la cultura de presentación pasaría a segundo plano, porque caso contrario esta organización se vería afectada.

Como ya se mencionó anteriormente, los ancianos también entran dentro de éstas instituciones totales, en donde el adulto mayor es privado de una libertad y un estilo de vida al que ellos estaban habituados antes de ingresar, convirtiéndose inmediatamente en personas desvalidas que dependen totalmente de una institución y de normas impuestas, teniendo que pedir permiso para hacer todo lo que ellos estaban acostumbrados a realizar anteriormente con libertad como por ejemplo: el salir a pasear, gastar su dinero, llamar por teléfono a sus familiares y amigos, e incluso el poder fumar un cigarrillo. De igual manera son obligados a comer a una hora determinada, acostarse a dormir en los horarios establecidos e inclusive esperar que los cuidadores les atiendan, sin poder bañarse, comer, vestirse como lo hacían anteriormente, sino cuando esté en el horario y como decidan los asistentes y cuidadores.

Según la experiencia acumulada, las secuelas de la institucionalización tienen una elevada prevalencia entre los/as residentes. Aunque el trauma del traslado es más probable en los primeros meses de estancia, también pueden manifestarse las consecuencias en cualquier otra época posterior. A tenor de lo que se escribe, parece ser que las medidas para minimizar el efecto deben de incluir a toda la población residenciada y prolongarse a lo largo de todo el tiempo de permanencia. (Imsero, 2000, págs. 159 - 160). Éste comienza cuando el adulto mayor debe desculturarse

para aceptar las reglas, y si no hace esto, no se logra adaptar a la institución, que puede desencadenar en depresiones, ansiedades y hasta en patologías más graves.

Las personas mayores que viven en contextos residenciales son un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta cada vez más claramente unas características fundamentales que se agrupan en torno a las situaciones de dependencia, esto es a la necesidad de apoyo de terceras personas para desenvolverse en la vida cotidiana, y de fragilidad, frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, polimorbilidad, etc. A la vez el propio medio presenta una serie de características propias de tipo estructural y organizacional relacionadas con el concepto de institucionalización, esto es, el riesgo de que los centros tengan poca relación con el exterior, de que todas las actividades de la vida diaria se realicen en el mismo lugar, la ausencia de toma de decisiones por parte de los usuarios, etc., que son muy relevantes para la calidad de atención y de vida de los usuarios. (Leturia, 2001, págs. 1-2)

Como se menciona en la cita, los grupos de personas que se forman dentro de las instituciones responden a dinámicas de dependencia, necesidades, falencias, etc., por otro lado es de suma importancia la infraestructura del lugar ya que potenciara o deslindará a los adultos mayores de las actividades que se realicen en la cotidianidad, haciendo que exista o disminuya las ganas al momento de participar.

Dentro del proceso de institucionalización es fundamental preservar y promover la autonomía de los residentes puesto que el cambio a una residencia disminuye la autonomía como un efecto un tanto inevitable de la regulación existencial de la organización institucional. (Imsero, 2000, pág. 161). Este fenómeno se da porque todos los adultos mayores deben acatar la organización de los cuidadores, y poco a poco ellos dependen más y más de alguien para que los ayude, porque están limitados y el esfuerzo por ser dependientes es menor.

Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. (...) La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros,

alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos. (Goffman, 2007, págs. 17 - 18).

4.3. Abandono familiar del adulto mayor y las relaciones familiares

Es considerado abandono hacia el adulto mayor cuando el cuidador se rehúsa a cumplir o no cumple con sus obligaciones de satisfacer las necesidades básicas, que incluye las relacionadas con la alimentación, la vestimenta, la vivienda y la atención médica. Se incluye también el abandono en instituciones asistenciales, lugares públicos y vía público. (OPS, s.f., pág. 130).

En el abandono se da un rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado, como por ejemplo no aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarla sola largos periodos de tiempo, no procurarle afecto, etc. (..) En nuestro medio, al menos de forma coloquial, la tendencia es a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado. (Moya & Barbero, 2005, pág. 25).

Partiendo de estos conceptos citados anteriormente, cuando un adulto mayor ingresa a una institución el cuidado radica netamente en la institución y el personal de cuidado que ella provee, pasando a segundo plano la familia porque se desliga de toda responsabilidad de protección, presentándose a la institución únicamente para los pagos con la finalidad de que la persona esté bien atendida por el personal capacitado. Se considera abandono familiar cuando aquella persona que era encargada de hacer los pagos, visitas esporádicas y la previsión de insumos necesarios como medicinas, pañales, ropa, etc., deja de apoyar a la institución y desaparece, dejando al adulto mayor anulado desde la pertenencia a un núcleo familiar. El simple hecho de ingresar a una institución de asilo no se considera

abandono familiar, siempre y cuando los parientes estén presentes en algún momento y colaborando con las responsabilidades anteriormente mencionadas.

En el Ecuador existen de acuerdo al último censo 1.341.664 adultos mayores, es decir el 9.3% de la población total. El 97% de adultos mayores no está vinculado a ninguna institución, lo que quiere decir que el 3% que equivale a 40.250 adultos mayores se encuentran en centros de día, centros de talleres y en asilos. Indicando que solo 5124 adultos mayores viven en asilos o residencias de ancianos. (MIES, 21-23 de Septiembre del 2011, pág. 53).

“La institución familiar, ya definida como un sistema viviente, no queda al margen del desarrollo sociocultural e histórico. Su dinámica se ve afectada por el concurso de diversas variables que modifican sensiblemente su existencia como sistema.” (García, 2005, pág. 31). Hace algunos años atrás, cuando los adultos mayores perdían a uno de sus cónyuges la idea de reintegrarse al hogar de uno de sus hijos, daban lugar a los hogares trigeracionales. Con los cambios que se han venido dando a nivel sociocultural, han dado lugar a hogares unigeneracionales, es decir adultos mayores que viven solos.

Esto quiere decir que los hijos ya no se hacen cargo de sus padres debido a varias circunstancias como el nivel y tiempo de trabajo que ha aumentado, el espacio para acoger a sus padres en sus casas, el costo que implica la manutención de un adulto mayor, porque en la mayoría de casos necesita de alguien que lo cuide permanentemente, la interferencia del apoyo familiar y la pérdida de la libertad, viéndose obligados a contratar a profesionales de la salud y cuidado que lo atiendan todo el tiempo.

La estructura familiar se ha modificado, pasó de ser familias ampliadas y extensas donde todos los hijos y nietos vivían en una misma casa para cuidar al anciano, a familias nucleares donde cada hijo intenta independizarse, y por ende cambia la estrategia de cuidado del adulto mayor, y los vínculos que establecen con sus padres.

El mundo cambiante y exigente ha llevado a que las familias que tienen a cargo un adulto mayor planteen alternativas de apoyo y cuidado al anciano, tales como:

Incorporar al adulto mayor en el hogar de uno de sus hijos

Llevarlo a un hogar o residencia es decir institucionalizarlo

Que viva solo

Contratar a alguna persona que lo atienda

“Esta situación se hace aún más difícil de resolver, por el hecho de que el adulto mayor no es un paquete que los hijos deban resolver en donde ubicarlo, sino una persona que expresa también su propia expectativa de vida.” (García, 2005, pág. 35). Es importante que un adulto mayor exprese sus necesidades y decisiones en base a su expectativa de vida, sin embargo se debería considerar la salud física y psíquica de la persona, tomando en cuenta dos posturas, tanto del adulto mayor como de sus hijos.

Desde la postura de los hijos se presentan dos casos; el primero es cuando los hijos deciden por los padres sin consultarlos, y por eso deciden llevarlo a un asilo porque no pueden o no se organizan en el cuidado del adulto mayor, encontrando la solución de institucionalizarlo, ya que ven al asilo como un recurso para su bienestar. El segundo es cuando los hijos toman en cuenta lo que expresan sus padres y respetan sus decisiones, en este caso el adulto mayor es libre de escoger su modo de vida, sea este en un asilo, en su propia vivienda, o en la de algún hijo.

Desde la visión de los padres de igual manera se desprenden dos casos; el primero es cuando el adulto mayor está diagnosticado alguna enfermedad física o mental que requiere de cuidado especial y permanente, en donde es necesario un consenso entre todos los hijos ante la posibilidad de institucionalizarlo, dejando de lado la opinión del padre porque no se encuentra en la capacidad de decidir por sí solo en el sentido de que no puede ser autónomo.

El segundo es cuando el adulto mayor decide por sí solo por ser independiente, el cual realiza sus actividades sin depender de las opiniones de sus hijos, realizando su vida cotidiana de una manera totalmente libre y en algunas ocasiones ingresando a un asilo por sí solos para no ser una carga para nadie.

Estas cuatro posturas que se han presentado anteriormente, dependerán de la dinámica familiar en la que se desenvuelven cada miembro, lo ideal sería que el adulto mayor pueda decidir por sí solo, pero debido a las exigencias socio culturales que en este tiempo se está dando, se busca un cuidado ambulatorio o permanente

para los adultos mayores, que por lo general ya no son de sus hijos, sino de las instituciones que han tomado el rol y función de este cuidado.

Tabla 4.

Estructuraciones familiares

1) Familias extensas (Antes) Familia Adulto mayor	2) Familias nucleares (Ayer) Institución  Familia Adulto mayor	3) Familias nucleares (Hoy) Familia  Institución Adulto mayor
Antes: la familia se hacía cargo en su totalidad del adulto mayor.	Ayer: la familia recibía ayuda de las instituciones en la atención del adulto mayor.	Hoy: la familia ayuda a las instituciones como si el adulto mayor les perteneciera a éstas y no a ella.

Fuente: (García, 2005, pág. 36)

Elaborado por: (Guevara & Yépez, 2014)

En algunos casos se habla de estructuraciones de familias en las que se evidencia abandono debido a que los integrantes velan por sus propios intereses y actividades, dejando de lado a los demás miembros del grupo familiar y éste queda emocionalmente estéril, sin tomar en cuenta los lazos emocionales, y las problemáticas que tengan que ver con el adulto mayor, por lo que “si un adulto mayor es institucionalizado, lo descargan en la institución y transfieren totalmente a ella la responsabilidad de hacerse cargo de él. Es el profesional o la institución en su conjunto a la demanda a la hora de responder por la salud y el bienestar del anciano.” (García, 2005, pág. 60). Al no haber vínculos reales de pertenencia entre ellos se genera un distanciamiento o abandono entre padres e hijos que es percibido de una manera irrelevante entre ellos, porque creen que “la institución se hace cargo del anciano” y se desligan de toda responsabilidad, inclusive de los rubros económicos, por el simple hecho de ya tener una estructura abandonica mutua.

Si el anciano no está institucionalizado, viva solo o no, no encontrará un lugar propio. Si vive solo, quizá la familia solicite la presencia de otros para que lo acompañe, muy difícilmente se harán cargo de él por sí mismo, y siempre se

excusaran ante el anciano con la idea sobrevalorada de que más de lo que hago no puedo.” (García, 2005, pág. 60). Estando o no institucionalizado el adulto mayor, los hijos piensan que dan todo de ellos para apoyar a sus padres, y no asumen la responsabilidad de manera consiente, porque la disfunción familiar ya viene dada desde antes, por una estructura abandonica de base sea por uno o por ambos miembros del núcleo inicial (padre o madre).

Hablando netamente de los adultos mayores institucionalizados en la Residencia Santa Catalina Labouré, se ha podido dividir a la población en cuatro grupos, el primero son adultos mayores que no tienen ningún familiar cercano, y que han decidido por su propia voluntad ingresar a la residencia, el segundo son los adultos mayores llevados a la residencia de manera obligada por sus hijos sin ningún tipo de problema psíquico, el tercero son los adultos mayores con demencias que han sido ingresados por sus hijos, y el cuarto grupo equivale a los adultos mayores en situación de callejización e indigencia.

Debido a alguna de estas cuatro situaciones que presentan los adultos mayores en la residencia, mediante historias de vida, se ha podido ver resignación de su parte a este estilo de convivencia, en donde se presenta un empobrecimiento de relaciones sociales y afectivas con sus familiares y compañeros que residen en el ancianato, visualizándose una disminución en el contacto con otras personas, lo que quiere decir que existe de cierto modo abandono.

Las instituciones de asilo ofrecen al adulto mayor un espacio en donde ellos pueden permanecer con el fin de tener una actividad ocupacional todo el tiempo, en donde estén acompañados y estén provistos de cuidados por el personal de la salud, alimentación y una habitación para permanecer en ella hasta el final de sus tiempos. “Las instituciones asilares tienen el compromiso con los adultos mayores de acoger, proporcionar un lugar, para que se sientan pertenecientes a la institución asilar y estén amparados. (Psicogerontología, 2007, pág. 430).

Con esta idea los adultos mayores ingresan en la residencia, o los hijos lo internan como la mejor solución para una calidad de vida adecuada de sus padres, pero al momento en que el anciano se encuentra allí se da cuenta de que no es tal y como lo veía desde afuera. El adulto mayor vive en un espacio limitado, realizando las

mismas actividades con las mismas personas, teniendo una limitación en cuanto a su autonomía, además de eso se deben acoger a convivir con personas desconocidas y de hábitos totalmente diferentes al suyo, afectando a su patrón de vida anterior y a la forma de relacionarse con los demás, optando por no hacer nada en la institución y por no conversar con nadie, estando en una completa resignación y aislamiento porque de cierta manera no puede salir de la institución, y es por eso que se sienten abandonados, cambiando la imagen de un asilo de una manera positiva, a una completamente negativa, además que eso influye en la falta de atención que se da por la cantidad de personas que un profesional debe cuidar, y no todos están atendidos como debería ser, y poco a poco dejan de recibir visitas de sus familiares y amigos. “La institución se convierte en un espacio o lugar vacío, donde el tiempo parece estancado, los adultos mayores se encuentran en una situación de pasividad a la espera de recibir las campanadas para almorzar o para ir a dormir.” (Psicogerontología, 2007, pág. 431).

Cuando el adulto mayor se siente abandonado, se debe resignar a ésta situación, porque en realidad no puede hacer otra cosa, ya que no tiene donde vivir o no tiene el apoyo de sus hijos para salir de la institución, y mucho menos quieren incomodar a sus hijos y familiares. Esta resignación produce desinterés por relacionarse con los demás compañeros, por hacer las actividades que brinda el asilo, y hasta por aburrirse de la comida que le proporciona el lugar.

Es decir este sentimiento de abandono desencadena en una serie de situaciones que conlleva al aislamiento del adulto mayor y a la pérdida de interés por realizar toda clase de actividades, quedando completamente en un estado pasivo, viviendo con situaciones de angustia y soledad.

Graciela Gaviria, (Gaviria, 2003), propone seis modelos que adoptan los adultos mayores en una institución de asilo las cuales son citadas por Paola Cifuentes (Cifuentes, 2005, págs. 67 - 68):

Adaptación: es cuando el adulto mayor acepta la dinámica institucional aceptando las reglas que imponen éstas, y todas las demás situaciones y horarios a los cuales no ha estado acostumbrado.

Aceptación pasiva de la dinámica relacional: es cuando el adulto mayor se adecua a cada una de las personas que van a vivir con él, ya que cada una tiene su propia individualidad, pero alguien tiene que ser el líder.

Resignación: el adulto mayor se resigna a vivir en la institución porque no tiene otra opción, y esta resignación conlleva a la apatía e inclusive a la depresión.

Simulación de transformación y transformación en una relación más proyectista: es cuando la persona piensa que el convivir con sus pares es mejor, ya que también tienen situaciones semejantes y entre ellos se pueden brindar apoyo. Esto es beneficioso siempre y cuando el adulto mayor logre hacer algún tipo de amistad y sientan empatía entre ambos.

Evasión o anulación: es el completo rechazo al nuevo estilo de vida en la institución de asilo. Esto conlleva a que las personas no quieran socializar ni participar de las actividades y se anulan completamente, afectando su salud mental y física.

En la residencia Santa Catalina Labouré se puede evidenciar mediante la observación cualquiera de estas actitudes que los diferentes adultos mayores han optado, de ello podemos ver que algunos han logrado sobrellevar la situación de encierro y por último han encontrado algún compañero, y otros en cambio se han anulado completamente, sin dejar que nadie se les acerque, pero finalmente todos se sienten abandonados de alguna u otra forma, a pesar de tener o no visitas de sus familiares o amigos, dejándose vencer por la soledad y hasta a veces por la depresión.

4.4. Marco Institucional

4.4.1. Vivir en la institución Santa Catalina Labouré

La residencia de adultos mayores “Santa Catalina Labouré”, se encuentra ubicada en la ciudad de Quito, parroquia Chimbacalle, barrio La Recoleta, sobre la calle San Vicente de Paul y la calle Exposición.

Las instalaciones de la Residencia de Adultos Mayores “Santa Catalina Labouré” a cargo de las Hermanas de la Caridad San Vicente Paul, corresponden a una

edificación de la segunda mitad del siglo XX. Esta obra se inició con las visitas ambulantes de las religiosas a personas en condición de calle, posteriormente se encontró un lugar en el que la Residencia se inauguró como un espacio para dar acogida a adultos mayores en condiciones de desamparo. En la actualidad se acoge a adultos mayores que puedan retribuir económicamente para el sostenimiento institucional, aunque no es una institución lucrativa.

MISION

Su misión es ser una institución de carácter privado con un carisma vicenciano que ofrece al adulto mayor una atención integral a través de un equipo multidisciplinario y especializado para satisfacer las necesidades y asegurar el bienestar de la población en condición socioeconómica limitada.

VISION

Su visión es ser la mejor institución que brinde acogida y atención integral con calidez, eficiencia y eficacia al adulto mayor con el compromiso de fomentar y difundir los derechos del adulto mayor para un envejecimiento activo y saludable.

A continuación se presenta la recopilación de la información acerca de la Residencia Santa Catalina Labouré y un análisis institucional a partir de un diagnóstico, que se realizó por los estudiantes practicantes de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana. Es importante mencionar en esta tesis toda la información que se ha obtenido de los adultos mayores que residen en la institución y el personal que trabaja en la misma, para tener una idea del modo de vida de los adultos mayores, las relaciones con los otros, los servicios que presenta, y el sistema de administración que tiene la institución, para así poder evaluar a la muestra en el siguiente capítulo, y posteriormente hacer el análisis con los resultados finales a partir de los test propuestos y de los factores que producen el deterioro cognitivo. (Guevara, Rivadeneira, Rodríguez, Valenzuela, & Yépez, 2013).

4.4.2. Descripción física de la institución

Está conformada por una estructura rectangular, con dos patios interiores divididos por una zona utilizada para dormitorios con tres plantas. La estructura principal corresponde a dos plantas principales. La planta alta corresponde al ingreso desde la calle San Vicente de Paul y en ella están las oficinas administrativas, dormitorios y otras instalaciones como puede verse en el plano a continuación:

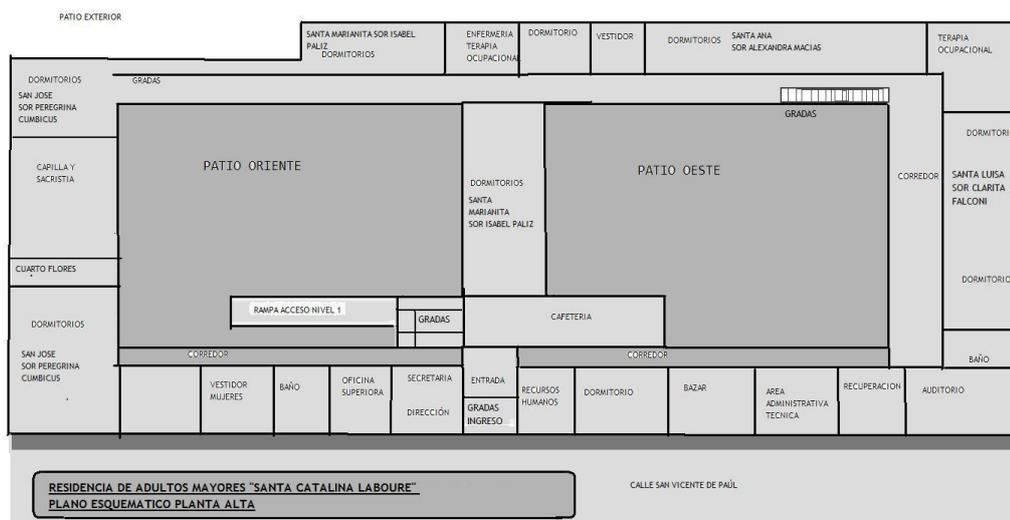


Figura 2. Plano de la residencia Santa Catalina Labouré

Fuente. (Guevara, Rivadeneira, Rodríguez, Valenzuela, & Yépez, 2013)

La planta alta de la residencia se constituye en la zona de ingreso a la misma, por la calle San Vicente de Paúl. Este piso se encuentra dividido de la siguiente manera:

El ingreso a la residencia y una cafetería para visitantes, junto al ingreso se encuentra un corredor largo el cual lleva distintos lugares de la institución, tanto al este como al oeste se encuentran oficinas técnicas y administrativas.

Las oficinas técnicas de recursos humanos, trabajo social, el área de recuperación y un auditorio hacia el occidente del ingreso de la residencia.

Las oficinas administrativas se encuentran hacia el oriente del ingreso tanto de la dirección y la secretaría.

En el extremo noroccidental se encuentra un auditorio, y hacia el extremo sur occidental de esta planta el área de terapia ocupacional. Lugar donde se realizan

actividades de trabajo y ejercitación físico cognitivo con los adultos mayores que puedan realizarlas.

Los corredores permiten la circulación tanto de los residentes como del resto de personas dentro de la institución, junto a la dirección se encuentra una rampa que permite la movilización de personas con movilidad disminuida desde un nivel hacia el otro.

La planta baja de la residencia es la zona donde se encuentran los accesos a los patios interiores, el comedor y el área de rehabilitación física. Distribuidos de la siguiente manera:

En el área central se encuentra una zona de dormitorios.

Existen dos patios interiores divididos por esta zona de dormitorios, el patio de la zona Oeste, es una zona donde los residentes pueden caminar y algunos residentes cuyas habilidades motoras se encuentran disminuidas son llevados por el personal operativo, lo que constituye al patio como un lugar de encuentro.

El área de comedor se constituye en un importante centro de reunión para los residentes por las características de sus actividades diarias.

La planta baja tiene zonas de bodegas y de ingreso vehicular a las cuales no debe acceder la población residente, debido a que es un área no configurada para satisfacer las necesidades de movimiento y actividad. Así mismo puede constituirse en un peligro que los residentes caminen por estas zonas.

4.4.3. Caracterización de la población beneficiaria

En primera instancia, la caracterización de las personas involucradas con el proyecto son las siguientes:

a) Entre personal técnico, cuidadores y religiosas las personas que tienen un rol activo en la institución es de 30 personas.

b) La institución cuenta con una psicóloga a tiempo parcial, una trabajadora social a tiempo completo, un nutricionista a tiempo parcial y una terapeuta ocupacional a tiempo completo.

c) La institución es administrada por Ney Carrillo y su directora es Sor Alexandra Macías.

d) Existen 60 adultos mayores actualmente en la Residencia

e) La edad promedio de los residentes es 84.61 años

f) Actualmente habitan en la residencia 14 hombres y 46 mujeres

Los beneficiarios del presente proyecto son los adultos mayores de la Residencia quienes pertenecen a diversas clases sociales, en su mayoría adultos mayores que anteriormente estuvieron en situación de indigencia y clase media.

4.4.4. Diagnóstico institucional

El presente documento se encuentra redactado con el fin de dar constancia a un levantamiento de información que se realizó en los meses de Abril y Mayo del año 2013.

Sobre el levantamiento de información:

Los instrumentos que se utilizaron fueron: la realización de entrevistas al personal administrativo y adultos mayores, observación participante con los adultos mayores y el acceso a registros escritos. Además se incluyó información proporcionada por el área de trabajo social y el área de psicología.

Con la realización de las entrevistas realizadas a los adultos mayores en el 2013, se observó cierto nivel de abandono por lo que se vio la necesidad de indagar más a fondo la temática del abandono y el deterioro cognitivo, relacionándolo como una posible causa que dentro del proceso será investigado y detallado.

Apreciación cualitativa:

Información obtenida de entrevistas a adultos mayores:

Al ser interrogados sobre su percepción de bienestar o malestar, la mayoría contesta que se siente bien, que reciben los cuidados necesarios y que el personal de la residencia es amable con ellos. No obstante, de una manera análoga se pudo observar que muchos se encuentran en una situación de desamparo y en algunos casos manifiestan mucha apertura a la interacción con el entrevistador.

Los adultos mayores mencionaron que la atención no era del todo personalizada, exponen la necesidad de salir de la residencia más a menudo para distraerse del encierro en el que viven, un factor común que se pudo evidenciar es que no tocaron el tema de sus familias cuando hablaron sobre esto.

Al ser interrogados sobre si sus necesidades se encuentran satisfechas, generalmente no hubo quejas, en muchos casos alababan la atención recibida por el personal tanto en aspectos alimentarios, higiene, y la relación con los cuidadores.

Respecto al tema de sus familias, en muchos casos no las han visto en cierto tiempo, muy pocos manifiestan tener visitas regulares y en otros casos no han tenido ningún contacto en varios años con las mismas.

Existe mucha referencialidad a la muerte de seres queridos y conocidos. En otros casos comentan el hecho de que los familiares han migrado hacia otros países.

Existe apertura a relatar hechos de su vida y a establecer diálogos sobre su historia personal con el entrevistador.

Se manifiestan relatos fabulados ya que algunos mencionaron que en el transcurso de la semana en que se realizó la entrevista fueron llevados de paseo, no obstante algunos mencionaron que fue hacia un lugar (Conocoto) y otros hacia otro (El Quinche).

Tabla 5.

Mapa de involucrados Residencia Santa Catalina Labouré

Grupos involucrados	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos	Conflictos potenciales
Personal Administrativo	Mejorar las relaciones laborales.	Dificultades para comunicarse asertivamente entre integrantes del personal administrativo. Poca integración del personal. Escaso conocimiento sobre normas institucionales y protocolos. Ausencia de código de convivencia y redes institucionales.	Capaces de incidir sobre los procesos que viven cotidianamente los adultos mayores. Mandato: Trabajar de manera intermultidisciplinaria para generar transformaciones importantes en la institución.	Confusión respecto a los roles y las tareas a cumplir en sus áreas de trabajo
Adultos Mayores	Mejorar condiciones de vida.	Situación de desamparo. Deterioro cognitivo que se incrementa por el encierro y la soledad. Funciones superiores afectadas por componentes motivacionales. Poca atención personalizada. Ambigüedad de las órdenes que reciben por parte el personal administrativo. Estigmatización. Depresión. Encierro.	Apertura a socializar y compartir sus vivencias personales con el equipo de trabajo.	Los adultos mayores colaboran con todas las actividades propuestas.
Grupo Hermanas de La Caridad	Que los recursos que poseen para beneficio de la institución sean tratados adecuadamente.	Poca comunicación con el personal administrativo. El personal cumple sus tareas de manera dificultosa. Presencia de favoritismos hacia algunos funcionarios del personal administrativo. Ausencia de código de convivencia y redes institucionales.	Capaces de influenciar fuertemente en las actividades de la Residencia.	Presencia de autoritarismo hacia el personal.

Grupos involucrados	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos	Conflictos potenciales
Personal de Salud	Brindar un servicio de calidad, y cuidado eficiente a los adultos mayores, con el personal suficiente que cubra las necesidades de todos.	Falta de personal Estudios de cada profesional Falta de comunicación entro todos. Mal trato por parte de las hermanas.	Trabajar por medio de planificaciones. Apertura a comunicar y socializar.	Falta de tiempo y personal para los horarios rotativos.
Familias	Pocas visitas. Indiferencia	Los familiares niegan ser parientes de los adultos mayores y cambian sus domicilios o datos personales.	Familias	Pocas visitas. Indiferencia

Fuente: (Guevara, Rivadeneira, Rodríguez, Valenzuela, & Yépez, 2013)

La problemática más evidente que se puede observar en la comunidad que convive en la Residencia son las consecuencias y malestares vividos a causa del encierro, la institucionalización, la ausencia de códigos de convivencia, el desamparo. Esto afecta tanto a adultos mayores, como cuidadores del lugar.

Diagnóstico: Las problemáticas que se pudieron evidenciar en los adultos mayores durante la elaboración del diagnóstico son las siguientes:

Situación de desamparo.

Deterioro cognitivo debido a múltiples causas

Funciones superiores afectadas por componentes motivacionales.

Poca atención personalizada.

Ambigüedad de las órdenes que reciben por parte el personal administrativo.

Estigmatización.

Depresión.

Encierro.

Al realizar este levantamiento de la información en el año 2013, ya se encontró como parte del diagnóstico varias características de las cuáles hemos tomado para el desarrollo de esta investigación y el planteamiento de los objetivos de la tesis, éstas son: el deterioro cognitivo debido a múltiples causas, situación de desamparo, funciones superiores afectadas.

4.4.5. Análisis del diagnóstico

Enrique Pichón Riviére, propone la reflexión problemática del entorno, definiendo al hombre en situación, esta problemática toma en cuenta los siguientes aspectos:

El ambiente físico: corresponde a la infraestructura física de la institución, constituyéndose en un microambiente aislado del exterior. La forma en que el mismo se encuentra distribuido, define las relaciones de poder y las relaciones sociales entre los individuos que interactúan en la Residencia Santa Catalina Labouré. Ésta distribución cumple con un modelo jerárquico que define las relaciones de poder.

Existen distintos espacios físicos como espacios de terapia ocupacional, física, psicológica, el comedor, área de trabajo social, patio, para diversas actividades normadas tanto explícitamente como implícitamente. Además la ubicación de los dormitorios responde a una dinámica de costo beneficio donde quien puede aportar más puede acceder a dormitorios con mejores características.

La configuración estructural de la residencia está conformada por dos espacios abiertos, el primero es la infraestructura física que se configura como un círculo cerrado desde el cual se puede visualizar hacia adentro, pero desde muy pocos espacios se tiene apertura al exterior. La residencia se constituye por esto en un lugar de encierro.

Ambiente sociocultural de la residencia: se desarrolla como una institución total, como plantea Goffman, en donde tanto los adultos mayores, religiosas y cuidadores comparten un espacio físico determinado y sus actividades son regularizadas según las necesidades institucionales. Este ámbito corresponde también a las construcciones sociales desde las cuales se instauran los roles dentro de una institución. Además están relacionadas con campos del saber y políticas

institucionales desde las cuales se implementan estrategias de acción que fundamentan la razón de ser de la misma.

Las internalizaciones de estos ambientes, serán elementos importantes para entender el malestar o bienestar psíquico tanto de los residentes como del personal que labora en la institución.

En base a estas propuestas se tomarán a su vez los aportes de José Bleger, para explicar la información percibida como relevante en el diagnóstico de la residencia. Bleger plantea la importancia de resaltar los siguientes aspectos dentro del diagnóstico institucional. (Bleger, 1997)

Lo institucional: se refiere a los aspectos normativos, ideales, mitos o creencias que dan cohesión a la institución.

La Residencia de Adultos Mayores Santa Catalina Labouré se funda en base a los siguientes aspectos históricos:

En 1964, las Hermanas estudiantes de enfermería de la Escuela San Vicente de Paúl, organizan una visita a domicilio a personas carentes de salud. Los casos que más requerían atención correspondían a enfermos indigentes con cáncer. Esto motivó la idea de construir un lugar donde estos pacientes pudieran morir con dignidad

Desde 1982 se funda oficialmente la residencia, tomando el nombre de “Asilo de Ancianos Santa Catalina Labouré” y su función era proveer de asilo para adultos mayores abandonados y sin recursos económicos. Se puede observar que la característica común que define al acto fundacional de la residencia, es llevar a cabo procedimientos paliativos a las problemáticas que viven las personas en situación de carencia en la satisfacción de las necesidades básicas de los seres humanos.

La función de la residencia se constituye de esta manera desde su mito ideal fundacional, es decir, en un organismo que busca satisfacer las necesidades de las personas en situación de incapacidad de satisfacerlas por sí mismas. El grupo objetivo de este proceder institucional son las personas de edad avanzada.

Siendo ésta la función que estructura la institución, cuidadores, religiosas y residentes responden a los siguientes objetivos:

Ofrecer vivienda, de preferencia a ancianos que no tienen familiares cercanos o en situaciones de abandono, sin o con pocos recursos económicos para subsistir y que por su avanzada edad necesiten de ayuda física, psíquica y espiritual.

Rehabilitar a los ancianos, mediante las terapias: física, recreativa y ocupacional, a fin de que se sientan útiles para ellos mismos y para la sociedad. Proporcionar cuidados físicos y espirituales a fin de disminuir, en algo, los achaques propios de la ancianidad y prepararles para el encuentro con el Señor, en un ambiente de paz y tranquilidad.

Los objetivos de la residencia se implementan desde una visión de atención a un grupo blanco: adultos mayores caracterizados por una situación de desamparo, sensación de inutilidad y en cercanía a la muerte.

Bleger argumenta que un punto importante a tener en cuenta para el diagnóstico institucional es la tarea que la constituye (Bleger, 1997); en este caso consiste en dar acogida a personas adultas mayores para que puedan llevar una existencia digna durante sus últimos años de vida. Esta tarea se constituye desde un paradigma que reduce al adulto mayor a una situación de desvalido que requiere atención caritativa. Este paradigma se encuentra confrontado con las perspectivas contemporáneas del envejecimiento. La política actual implementada por el Ministerio de Inclusión Social y Económica promueve cambios de paradigma en los modelos de atención al adulto mayor. Los mismos se evidencian en la contratación del personal técnico (psicóloga y trabajadora social) buscando promover una alternativa radical en el enfoque de la tarea de la institución.

Esta reforma se constituye en una situación de conflicto a nivel institucional. El conflicto es un aspecto normal y básico dentro de la institución (Bleger, 1997), ya que la misma está sujeta a procesos de cambio permanentes.

En este momento es importante destacar el planteamiento teórico de Cornelius Castoriadis quien propone que la dinámica institucional corresponde a la interacción de dos movimientos regularmente antagónicos.

Todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado encontraremos lo instituido que estará dado por lo establecido, lo determinado y

representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo categórico, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Lo instituyente será aquella fuerza que oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación.

Las características de una institución total y de tipo asilar, administrada de una manera que se podría denominar autoritaria corresponde a lo instituido, es decir, la dinámica de la institución como tal se ha desarrollado desde sus inicios. Los aspectos renovadores que están presentes actualmente corresponden a la fuerza instituyente en la residencia, es decir, la presencia de personal técnico como trabajador social, psicología, rehabilitación etc.

Estas nuevas lógicas no han sido parte de la dinámica institucional a lo largo de su historia. Al contrario, el manejo de la misma corresponde a una administración de caridad ante sujetos pasivos (los adultos mayores) la cual se realizaba (por parte de las religiosas) de una manera autoritaria en ciertos momentos.

Todo este proceso genera una dinámica conflictiva y un ambiente laboral altamente tensionado. Así como una contradicción entre los objetivos explícitos de la institución y los implícitos de la misma. Por ejemplo, la institución no recibe solamente a personas en situación de desamparo, sino también a personas de buen nivel económico (los primeros corresponden al 15% de la población como máximo). Esto incrementa el nivel de conflictividad a nivel institucional.

Lo socio dinámico: las relaciones entre los distintos grupos que conforman la institución dependerá de su función en la misma. Existe un clima laboral altamente conflictivo ya que el personal que labora en la institución; como los cuidadores, quienes mantienen una posición antagónica con las religiosas que dirigen la continuidad de la misma. Estos grupos mantienen una relación de conflictividad antagónica debido a manifestaciones autoritarias de las religiosas.

El grupo de personal técnico, no ha sido integrado totalmente a la dinámica propia de la institución, por lo que es visto todavía por los cuidadores y las religiosas como ajeno a la dinámica relacional de la institución.

Los adultos mayores se encuentran rodeados de esta dinámica conflictiva y debido a la motivación fundacional de la residencia como un lugar atención a personas que se encuentran en estado de “abandono, mendicidad o indigencia”, lo que evidencia el proceso de estigmatización y sometimiento a un estado pasivo, donde la institución, a la manera de un asilo, simplemente satisface sus necesidades básicas.

Lo psicosocial: “El ser humano se encuentra en distintas instituciones un soporte y un apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social o pertenencia.” (Bleger, 1997). Tomando en cuenta esto, la imbricación de la institución, su tarea, su mito fundacional así como su designación de roles entre quienes desarrollan su actuar social en la misma, se convierte en elemento inherente en la conformación de la personalidad de los sujetos. Es así, como los roles sociales se reproducen dentro de la residencia y de esta manera se establecen conductas estereotipadas.

Este tipo de conductas pueden observarse en las actitudes autoritarias de las religiosas con los cuidadores o inclusive en la situación de pasividad que tienen la mayoría de adultos mayores. Esto conduce a que una institución se constituya en un sistema externo de control de las ansiedades de los sujetos. Esto puede suceder cuando la tarea de la institución no se constituye en un medio de enriquecimiento y desarrollo de la personalidad. Ya que aunque la institución tiene una existencia propia, externa e independiente de los seres humanos individualmente considerados, el funcionamiento de la misma se rige también por las leyes objetivas de la realidad social donde se desarrolla, sino por lo que los seres humanos proyectan en ella.

Como elemento adicional sería importante añadir, que siendo el hilo conductor que se ha desarrollado hasta el momento, Bleger también afirma que la ausencia de conflicto tampoco es inherente al funcionamiento adecuado de la institución. Ya que el conflicto es indivisible a la misma. (Bleger, 1997). La disfuncionalidad de una institución no se da por la ausencia del conflicto sino por la incapacidad de los actores institucionales de hacer consiente la presencia de este conflicto.

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5.1. Metodología

1. Objetivos:

General: Indagar la incidencia del abandono familiar en el proceso de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Residencia Santa Catalina Labouré

Específicos:

- Evaluar el nivel de deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores de la Residencia Santa Catalina Labouré.
- Identificar el tipo de abandono que sufren los adultos mayores de la Residencia Santa Catalina Labouré.
- Relacionar el nivel de deterioro cognitivo con el tipo de abandono que sufren los adultos mayores de la Residencia Santa Catalina Labouré.

2. Población: Adultos mayores de la Residencia Santa Catalina Labouré, Quito

3. Muestra: Del total de la Población de la Residencia Santa Catalina Labouré, en Quito, se tomó como muestra a 12 adultos mayores, entre hombres y mujeres, comprendidos entre 75 y 95 años, los mismos que debieron cumplir con los siguientes criterios:

No presentar deterioro cognitivo, que haya sido diagnosticado por el departamento de Psicología de la residencia Santa Catalina Labouré.

Vivir en la residencia por más de 2 años.

Tener apoyo familiar.

No presentar patologías psiquiátricas ni discapacidades visuales y auditivas.

4. Hipótesis: *El abandono familiar incide en el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados*

5. Variables e indicadores:

Variable dependiente: Deterioro cognitivo

Variable independiente: Abandono familiar

Tabla 6.

Indicador de deterioro cognitivo y abandono familiar

Indicadores de deterioro cognitivo	Indicadores de abandono familiar
1. Adultos mayores escolarizados	1. Número de visitas que tienen los adultos mayores
2. Alteraciones significativas en el ámbito social	2. Visitas por parte de los familiares por más de media hora
3. Fallas de la memoria	3. Personas de la tercera edad que vivan en la residencia por más de 2 años consecutivos
4. Síntomas y signos confirmados por el departamento de psicología	4. Percepción de sentimientos de soledad

Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

6. Método: El método utilizado es de carácter mixto, cualitativo y cuantitativo, de tipo no experimental, con una muestra intencionada. La investigación es no experimental, porque no hay manejo y modificación de variables de investigación, se estudia tal y como se presenta.

Es de carácter mixto, porque integra al enfoque cualitativo y cuantitativo, ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos. Es de carácter cualitativo porque se intenta conocer si el factor abandono familiar, interviene para ocasionar deterioro cognitivo, tomando en cuenta las historias de vida, entrevistas y anamnesis en interacción con el ambiente de institucionalización, tabulando la información obtenida para convertirla en porcentajes. Es de carácter cuantitativo porque para obtener la información pertinente de este estudio será necesario realizar y analizar las puntuaciones y porcentajes obtenidas mediante la aplicación de los test, para luego hacer una comparación con los puntajes obtenidos en los test del año anterior.

A) Instrumentos cualitativos:

Observación: Se observó el desenvolvimiento cognitivo (atención, memoria, orientación, lenguaje, pensamiento, inteligencia, motricidad y psicomotricidad, conciencia, concentración) del adulto mayor en la residencia, en los momentos de

socialización, al realizar actividades como ayudar en la cocina, al dialogar, al caminar alrededor de sus habitaciones, al realizarlos preguntas, etc.

Observación clínica: Observación de signos y síntomas como pérdida de memoria, desorientación tanto autopsíquica como alopsíquica, atención dispersa, enlentecimiento al hablar, motricidad disminuida, lo que permitió determinar la existencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Entrevistas de vida actual: Se aplicó a toda la muestra de adultos mayores con el objetivo de indagar las percepciones tanto objetivas como subjetivas que tienen acerca de sí mismos y de la institución en la que permanecen.

Historias clínicas: Se obtuvo información en las dimensiones sociales, familiares y personales de los adultos mayores, así como también evaluaciones clínicas y psicológicas que se recopiló en la Residencia anteriormente.

Historias de vida: Permitted obtener información acerca de la percepción que tiene la persona de estar en la etapa de adultez tardía, y su vida antes del ingreso a la residencia.

B) Instrumentos cuantitativos:

Test de Inteligencia WAIS III: Instrumento psicológico creado por DAVID WESCHLER en 1955 con reiteradas actualizaciones hasta el 2005, este test mide y evalúa una amplia gama de habilidades y capacidades que abarca las principales funciones cognitivas, tales como memoria, atención, lenguaje, pensamiento, concentración, viso percepción, sensopercepciones, inteligencia, motricidad, orientación, además de factores como la comprensión verbal, organización perceptual, memoria de trabajo y velocidad de proceso.

Consta de 14 sub test, 7 que miden el desempeño verbal y 7 pruebas que miden las habilidades de ejecución. Los puntajes que arrojan al finalizar la prueba indican el nivel de desarrollo de unas funciones más que otras.

WESCHLER DAVID, WAIS III manual de aplicación y corrección, TEA ediciones, Madrid, 1999

Mini Mental: Instrumento clínico, creado por FOLSTEIN en 1975, el mismo que es utilizado con la finalidad de evaluar el estado cognitivo del individuo, además valora orientación, atención, concentración, memoria, calculo, lenguaje, percepción viso espacial, capacidad para seguir instrucciones básicas. El test consta de 11 ítems a su vez divididas en 5 preguntas, la puntuación máxima es de 30 puntos, los mismos que indican que a mayor puntaje existe mejor capacidad cognitiva. Dentro de la institución (RSCL), este test se ha modificado de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores que residen en ella.

Cuestionario abreviado de PFEIFFER: Fue diseñado por PFEIFFER en 1975, como instrumento de cribado del deterioro cognitivo y la determinación de su grado. Es un cuestionario de 10 ítems sobre cuestiones muy generales y personales, cada respuesta correcta se califica con un punto y a menor error sugiere que ausencia de deterioro cognitivo.

Test de evaluaciones psicogerontológica : Test de escala de soledad en el adulto mayor IMSOL/ AM, pertenece a un grupo de sub test destinados a la medición de bienestar, percepciones, procesos de duelo, redes de apoyo, etc., en los adultos mayores; en este caso se ha escogido la escala de soledad que apoya a la temática que se está tratando. La autora Ana Luisa Gonzales creó estos sub test en el 2009, la cual describe a la escala de soledad como “Un fenómeno psicológico multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y o físicas, reales o percibidas con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto.” (Mónica, 2009, pág. 123) . el test consta de 20 reactivos con 5 opciones de respuesta, donde a mayor puntaje mayor soledad, midiendo varios niveles de soporte social percibidos como soporte emocional, económico e instrumental y cuidado a corto y largo plazo.

5.2. Análisis de los datos cuantitativos

Los datos obtenidos por medio de las historias clínicas, las historias de vida, la observación clínica y además de la aplicación de los test que miden el estado de las funciones cognitivas y el nivel de deterioro, llegamos a los siguientes resultados:

1. Deterioro Cognitivo:

De acuerdo al test de PFEIFFER 2014, los resultados nos indican que el 8.33% de la muestra que corresponde a una persona, tiene un déficit intelectual severo, el 33.3% de la muestra que corresponde a 4 personas tiene un funcionamiento intelectual deficitario con sospecha de deterioro cognitivo y el 58.3% tiene un funcionamiento intelectual normal.

En los casos de deterioro severo y de funcionamiento intelectual deficitario con sospecha de deterioro cognitivo se puede ver que existe una desorientación alopsíquica temporal porque en ellos hay un deterioro de la atención y memoria.

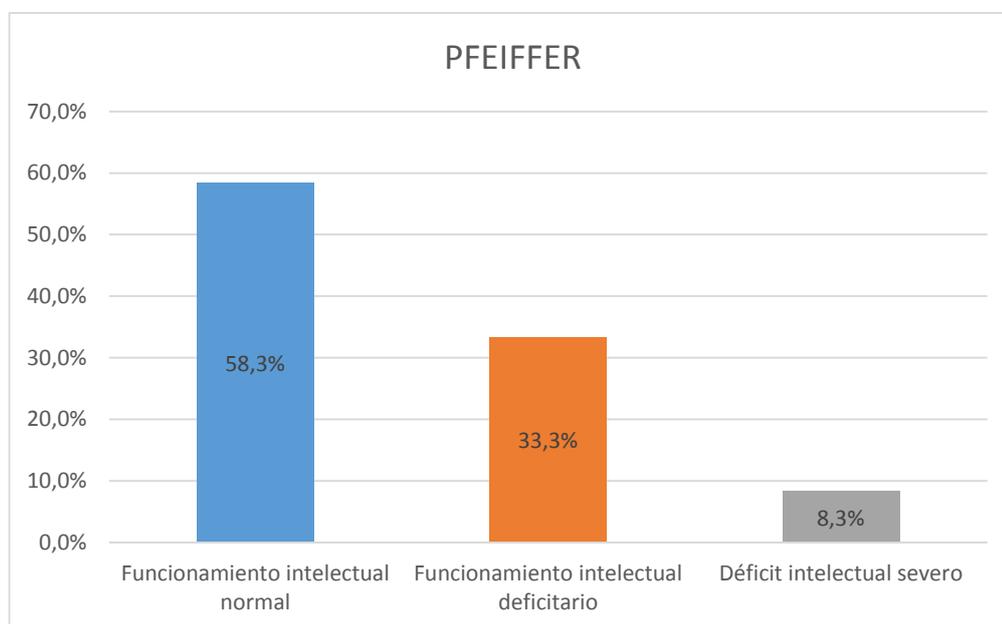


Figura 3. Test de PFEIFFER
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

La gran diferencia que existe entre el porcentaje de personas que tienen funcionamiento intelectual normal y las personas con un déficit intelectual severo, se

debe básicamente a la ausencia o presencia de un deterioro de la memoria y la atención ya que estas dos funciones cognitivas influyen entre sí para que la orientación no se deteriore, cabe mencionar que parte de la disminución del desempeño de las funciones estarán ligados no solo a factores biológicos sino además a factores emocionales como estados de depresión, ausencia de visitas de sus familiares y percepción de ellos mismos.

Así mismo se puede describir que el test de Mini Mental tomado en el 2013 muestra que el 16.6% tiene un inicio de deterioro cognitivo, el 8.3% presenta un deterioro cognitivo leve y en el 75% de adultos mayores hay ausencia de deterioro cognitivo. Mientras que los resultados del Mini Mental tomados en el año 2014, revelan que el 8,3% de la población ha sido diagnosticada con un deterioro cognitivo muy leve, el 25% tiene un deterioro cognitivo leve, el 16.6% padece de un deterioro cognitivo moderado, y el 50% se lo determina con una ausencia de deterioro cognitivo.

Entre el año 2013 y 2014, se observa que hay un incremento de deterioro cognitivo en un 25%, lo cual corresponde a 3 personas de la muestra, indicando que parte de este deterioro responde a la disminución de visitas por parte de los familiares en relación al 2013.

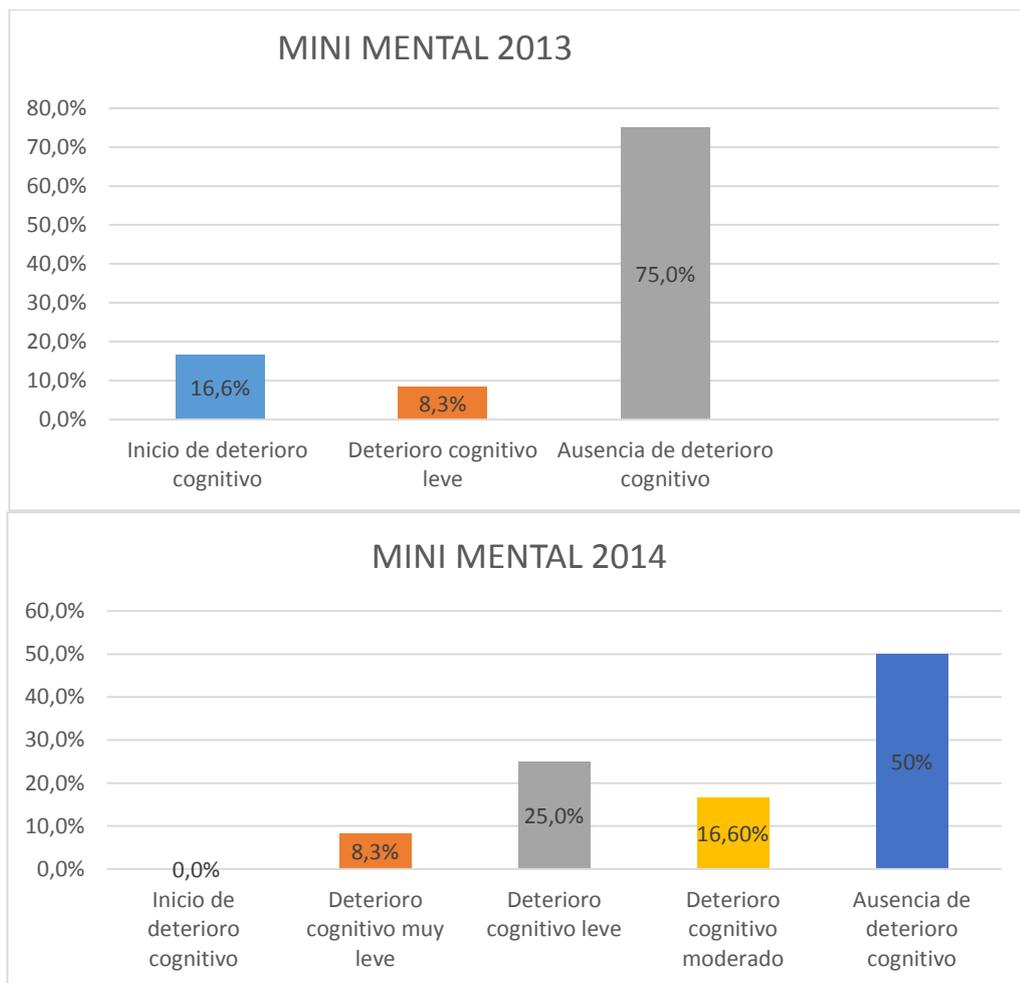


Figura 4. Test Mini Mental 2013 & 2014
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

2. Abandono familiar

La muestra está dividida en tres categorías que son: adultos mayores visitados con frecuencia semanal y/o quincenal por sus familiares; adultos mayores visitados consecutivamente en un intervalo de tiempo de 1 a 6 meses por sus familiares; adultos mayores no visitados por más de 1 año consecutivo.

Del 100% de la muestra el 33.3% sufren un abandono total, ya que sus familiares no asisten al adulto mayor económica, afectiva ni físicamente, por más de 1 año consecutivo. Por otro lado el 66.6% sufren un abandono parcial de sus familiares, ya que por más de que existan visitas semanales a semestrales, cada adulto mayor solventa sus gastos en la residencia.

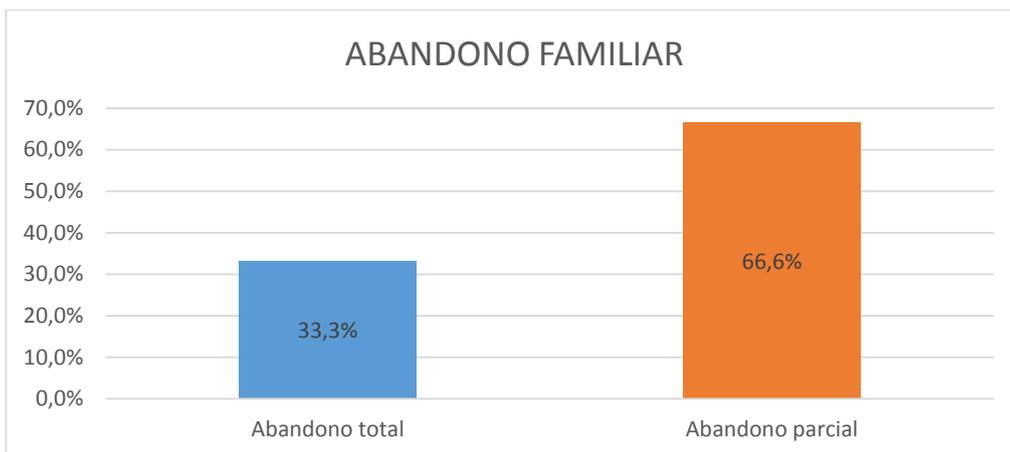


Figura 5. Abandono Familiar
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

De acuerdo a las frecuencias de visitas en el año 2013, los resultados revelan que el 50% de los adultos mayores de la muestra eran visitados semanal o quincenalmente; el 33.3% eran visitados con una frecuencia de 1 a 6 meses; el 16.6% de ellos tenían ausencia de visitas durante más de un año consecutivo.

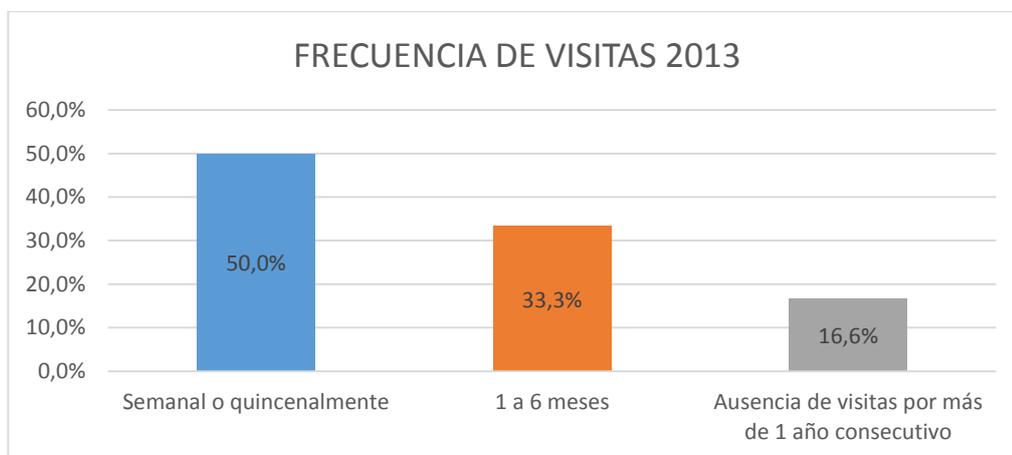


Figura 6. Frecuencia de visitas 2013
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

En el 2014, las frecuencia de visitas fue de 41.6% de manera semanal o quincenalmente; el 25% tuvo visitas en un intervalo de tiempo de 1 a 6 meses; y el 33.3% revelo ausencia de visitas por más de 1 año consecutivo.

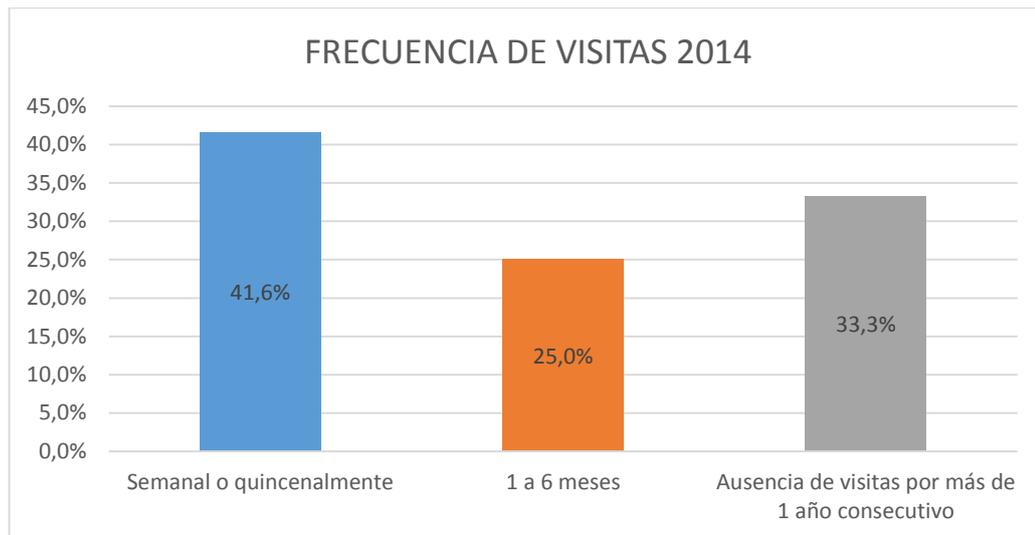


Figura 7. Frecuencia de visitas 2014
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

A partir de estos datos se puede observar que el deterioro cognitivo que revela el test de Mini Mental ha aumentado en este año, con respecto al test tomado en el 2013, pero también la frecuencia de visitas ha disminuido a partir del 2014, por lo tanto a menor frecuencia de visitas, mayor deterioro cognitivo.

De los 12 adultos mayores, 7 de ellos tiene hijos, y únicamente 5 de ellos, que es el 71.4% muestran la responsabilidad filial para con su padre o madre.

Una de las causas de esta ausencia de visitas está ligada a una disfuncionalidad del núcleo familiar, el mismo que se comprobó al momento de realizar las entrevistas y corroborar con la información de las historias clínicas. En el discurso de los adultos mayores entrevistados, se encuentra presente la necesidad de atención y compañía por parte de su familia, y en los casos donde no existe ningún familiar que los visite, siempre queda presente la añoranza de compartir con ellos, y breves indicios de tristeza, que puede transformarse en depresión.

Los familiares de los adultos mayores dejan de acudir a visitarlos porque al momento de ingresarlos en la institución, descargan toda la responsabilidad sobre ésta, asumiendo que ahí estarán bien cuidados, y poco a poco se deslindan de los adultos mayores, poniendo prioridades más importantes para ellos, sobre su padre o madre institucionalizada.

3. Coeficientes intelectuales

Al evaluar las funciones cognitivas por medio del test de WAIS – III, se llegó a las siguientes conclusiones:

De acuerdo a los índices de Coeficiente Intelectual (CI) Verbal, el 25% de la muestra se encuentra en un rango promedio bajo; el 33.3% está en el rango promedio; el 16.6% se encuentra en el promedio alto; el 16.6% en el rango superior y el 8.3% en el rango muy superior. Esto quiere decir que el mayor porcentaje de población está en el rango promedio de la escala verbal.

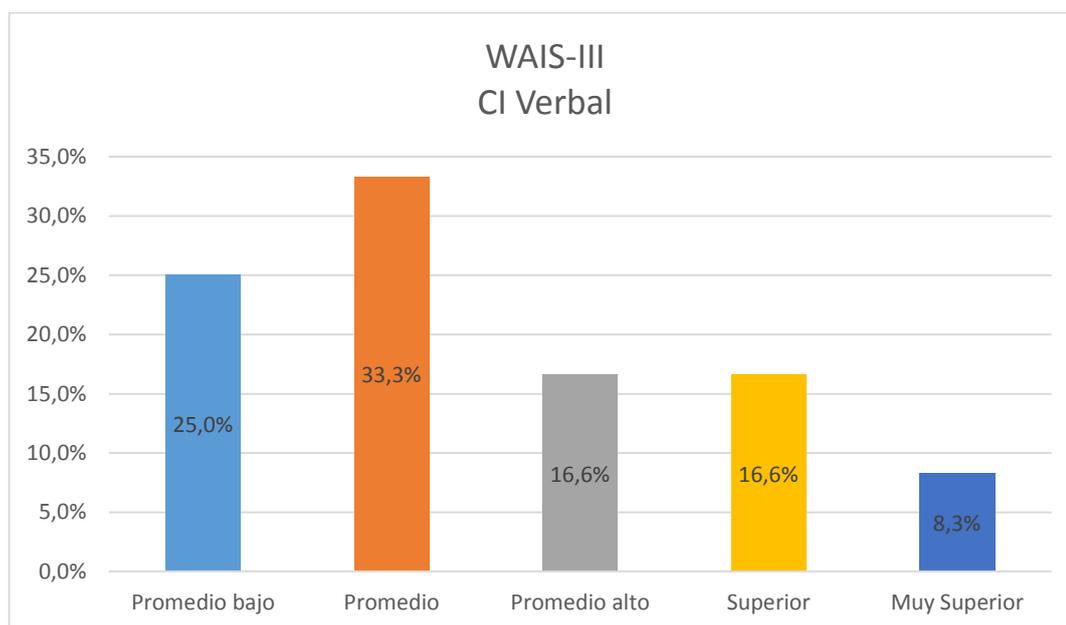


Figura 8. Test de WAIS III CI Verbal
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

Tabla 7.

Tabla de puntuaciones escalares verbales

SUB TEST	PUNTUACIÓN ESCALAR MÁS ALTA	PUNTUACIÓN ESCALAR MÁS BAJA
Vocabulario	15	9
Semejanzas	16	5
Aritmética	15	3
Retención de dígitos	17	8
Información	13	7
Comprensión	15	9
Sucesión de letras y números	16	9

Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

El promedio bajo del CI verbal, que corresponde al 25% de la muestra (3 personas), debido a que las puntuaciones escalares más bajas de los sub test está en semejanzas, la cual implica la capacidad de discernir conceptos y características específicas de cada objeto, tomando en cuenta que en el adulto mayor, la capacidad de pensar jamás se pierde pero si se lentifica.

El segundo sub test es aritmética el cual requiere de comprensión abstracta del número y de las operaciones aritméticas, al igual que la memoria y en el caso de los adultos mayores tienden a utilizar un pensamiento concreto por lo que estas operaciones se vuelven complejas.

El promedio muy superior del CI verbal, que corresponde al 8.3% de la muestra (1 persona), corresponde a la puntuación escalar más alta que se encuentra en el sub test de retención de dígitos, la cual está relacionada con la atención sostenida, memoria a corto plazo y concentración.

La puntuación más baja como la más alta depende del nivel escolar, ámbito laboral en el que se ha desenvuelto y el entrenamiento cerebral.

El Coeficiente Intelectual (CI) de Ejecución muestra que el 8.3% de la población está en el rango promedio bajo; el 41.6% en el rango promedio; el 41.6% en promedio alto y el 8.3% está en el rango superior.

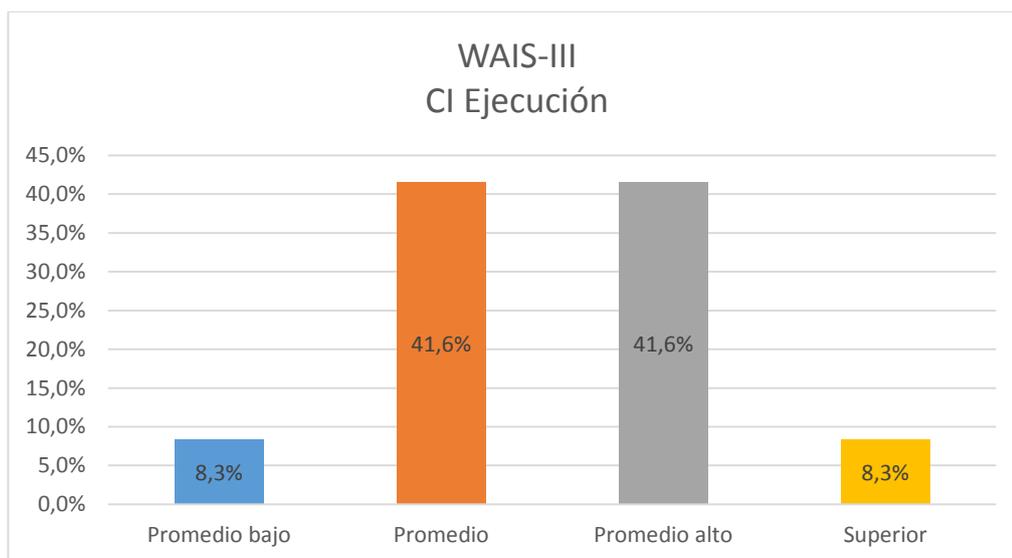


Figura 9. WAIS-III CI Ejecución.
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

Tabla 8.

Tabla de puntuaciones escalares manipulativas

SUB TEST	PUNTUACIÓN ESCALAR MÁS ALTA	PUNTUACIÓN ESCALAR MÁS BAJA
Figuras incompletas	13	8
Dígitos y símbolos claves	13	6
Diseño con cubos	12	6
Matrices	15	8
Ordenamiento de dibujos	13	10
Búsqueda de símbolos	15	9
Ensamblaje de objetos	13	7

El promedio bajo del CI de ejecución corresponde al 8.3% de la muestra (1 persona), y la puntuación escalar más baja está en el sub test de diseño de cubos, ensamble de objetos y dígitos y símbolos claves. Los cuales revelan la capacidad que tiene la persona para resolver problemas, y la estrategia que se va a utilizar tal como el pensamiento crítico, concentración, relaciones espaciales, coordinación visomotora, pensamiento abstracto, inductivo y deductivo.

El promedio superior del CI de ejecución corresponde al 8.3% de la muestra (1 persona), y la puntuación escalar más alta se encuentra en los sub test de matrices y búsqueda de símbolos, las cuales tienen que ver con el pensamiento abstracto y orientación alopsíquica espacial.

El Coeficiente Intelectual (CI) Total indica que el 8.3% tiene un promedio bajo; el 50% se encuentra en el rango promedio; el 16.6% está en el promedio alto y 25% está en el promedio superior.

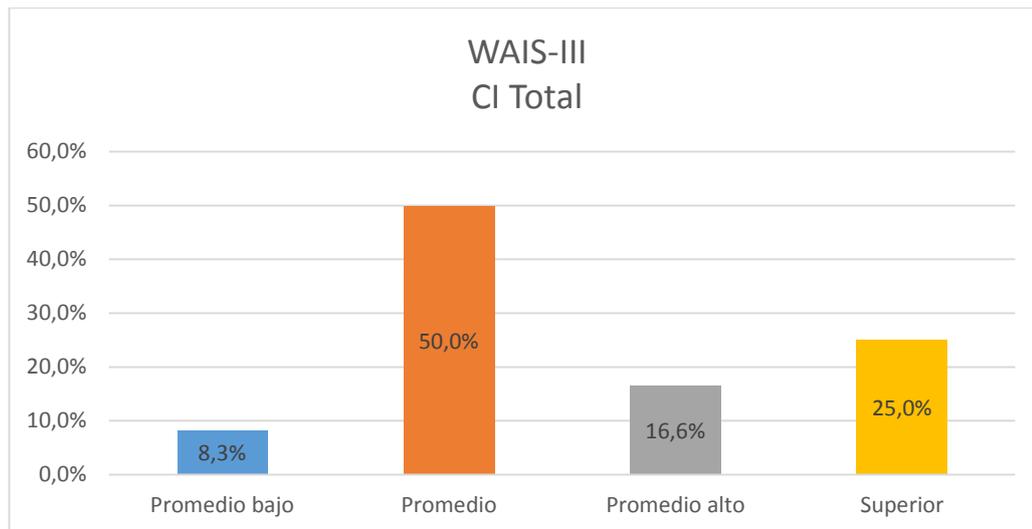


Figura 10. WAIS-III CI Total
Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

En el CI total, el promedio bajo que corresponde al 8.3% (1 persona), las puntuaciones escalares más bajas comprenden a los sub test de aritmética, diseño de cubos y dígitos, símbolos y claves, lo que indica que tiene un enlentecimiento en su pensamiento abstracto al momento de ejecutar actividades que requieran descomponer el todo en partes y de analizar de forma simultánea muchas características de una misma realidad, por otro lado se observa un funcionamiento ineficaz de la memoria ya que al evaluar actividades relacionadas a los números como secuencias y repeticiones, se puede ver claramente que tanto la memoria de corto plazo como la de trabajo se ha deteriorado.

En el CI total, el promedio superior que corresponde al 25% (3 personas), las puntuaciones escalares más altas equivalen a los sub test de semejanzas, retención de dígitos y vocabulario, esto quiere decir que la memoria semántica, de largo plazo, atención, lenguaje y pensamiento se encuentran en un buen funcionamiento para poder responder a todas las actividades que conlleva la batería, arrojando resultados elevados y demostrando que el CI de dichas personas se encuentran en un rango superior, además también está influenciado por las actividades cotidianas y el nivel de educación que tiene cada uno de ellos, como también el trabajo que desempeñaban en el pasado, y el entrenamiento cerebral que le dan hasta estos días, tomando en cuenta que la función del lenguaje no se deteriora con el paso de los años.

Tabla 9. Síntesis de los resultados obtenidos en los test

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS TEST								
Nombre	Frecuencia de Visitas 2013	Frecuencia de Visitas 2014	Persona que lo visita	Resultado Mini Mental 2013	Resultado Mini Mental 2014	PFEIFFER	WAIS – III CIT	Índice de Soledad
A. N.	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Nadie	Inicio de deterioro Cognitivo	Deterioro Leve	Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro	Promedio	Moderada experiencia solitaria
M. R.	Mensuales	Visitas Esporádicas (cada 2 o 3 meses)	Hijos	Inicio de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo moderado	Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro	Promedio	Mínima experiencia solitaria
R. B.	Semanales	Semanales	Sobrinos	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Superior	Sin experiencia solitaria
G. V.	Semanales	Semanales	Hijos	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Superior	Sin experiencia solitaria
B. R.	Semanales	Quincenales	Hijo y hermanos	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Superior	Moderada experiencia solitaria
J. C.	Semanales	Quincenales	Hijos	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Promedio Alto	Sin experiencia solitaria
D. L.	Mensuales	Mensuales	Hijos	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Promedio	Sin experiencia solitaria
L. M. M.	Trimestrales por sus amigas	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Nadie	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo leve	Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro	Promedio	Total experiencia solitaria
D. B.	Visitas esporádicas (cada mes)	Visitas esporádicas (cada mes)	Sobrinos, Primos, Parientes lejanos	Ausencia de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo muy leve	Funcionamiento intelectual normal	Promedio	Mínima experiencia solitaria

C. U.	Semanales	Semanales	Hijo	Ausencia de deterioro cognitivo	Ausencia de deterioro cognitivo	Funcionamiento intelectual normal	Promedio Alto	Sin experiencia solitaria
M. T.	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Nadie	Ausencia de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo leve	Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro	Promedio	Mínima experiencia solitaria
L. A.	Quincenales	Ausencia de visitas más de 1 año consecutivo	Nadie	Ausencia de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo moderado	Déficit intelectual severo	Promedio Bajo	Total experiencia solitaria

Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

4. Análisis de los promedios de la escala verbal y de ejecución de acuerdo a las puntuaciones escalares y CI

Tabla 10.

Análisis de los promedios de la escala verbal y de ejecución

Sub test	Promedio de las puntuaciones escalares	Coefficiente intelectual (CI)
Figuras incompletas	11	105
Vocabulario	12	110
Dígitos, símbolos y claves	10	100
Semejanzas	12	110
Diseño de cubos	9	95
Aritmética	9	95
Matrices	12	110
Retención de dígitos	12	110
Información	11	105
Ordenamiento de dibujos	12	110
Comprensión	11	105
Búsqueda de símbolos	12	110
Sucesión de letras y números	13	115
Ensamblaje de objetos	11	105

Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

En esta tabla en donde se hizo una evaluación a los sub test, sacando el promedio general de toda la muestra, se puede evidenciar que el mejor promedio es de 13 correspondiente a la sucesión de letras y números con un CI de 115, este promedio alto se debe a que 3 personas de la muestra poseen una correcta funcionalidad de la memoria a corto plazo y de trabajo, que son las que se evalúan en esta sub prueba, acompañado de la capacidad de atención y concentración para realizar una tarea.

El correcto desempeño de la memoria a corto plazo, de trabajo, atención y concentración influye en las actividades que realiza la persona a diario, y que aun siendo adulto mayor las sigue entrenando con la ayuda de actividades como la lectura, escritura, manualidades y actividades ocupacionales.

Los adultos mayores de la muestra reciben a diario terapia ocupacional, pero no todos acuden a ella debido a complicaciones en su estado de salud o emocional, mostrándose poco interés por ejercitar las funciones cognitivas.

El promedio más bajo de esta tabla es de 9, que corresponde a los sub test de aritmética y diseño de cubos con un CI de 95, encontrándose en el rango promedio. Aquí se puede ver que no existe un correcto desempeño de la concentración y la memoria, así mismo que hay un déficit del pensamiento abstracto.

Las funciones cognitivas que generalmente decaen con la edad y la falta de actividades son la memoria, atención, concentración, pensamiento abstracto y orientación; es por eso que en general en todos los sub test que se han aplicado, en donde implica el uso de estas funciones, arrojan resultados bajos, a menos de que exista un entrenamiento adecuado. Y las funciones que no decaen con la edad son el pensamiento y el lenguaje, a menos de que exista una patología cerebral, y la orientación a menos de que haya un deterioro de la memoria y atención.

5. Análisis de las funciones cognitivas:

Cabe mencionar que al comparar los valores de los dos test, existe una diferencia ya que en el caso del mini mental las puntuaciones son crudas, el tiempo de ejecución es de 5 a 10 minutos como tiempo máximo y es una sola actividad, por el contrario en el test WAIS, las puntuaciones crudas son transformadas a puntuaciones escalares y posteriormente a coeficientes intelectuales tomando en cuenta la media poblacional, el tiempo de atención debe ser más prolongado porque existen más ítems al resolver.

Atención: de acuerdo al test Mini Mental el 41.6% de los adultos mayores enfocan y mantiene la atención, mientras que el 16.6% presenta distracción al momento de hacer el ejercicio.

Para analizar esta función el test de WAIS tiene en cuenta tres sub pruebas que son retención de dígitos, sucesión de letras y números, dígitos y símbolos claves. Estas tres pruebas nos indican que el 50% de la muestra tienen una atención sostenida, en cambio el 50% presenta distracción al momento de realizar las actividades, porque cualquier estímulo externo impide una concentración profunda al momento de realizar tareas largas.

Orientación: El 100% de los adultos mayores presentan orientación autopsíquica que implica mantener la conciencia de nuestra propia identidad. Con respecto a la orientación alopsíquica, el 58.3% de la muestra está orientada en el tiempo, y el 100% de la población está orientada en el espacio.

Lenguaje: El 83.3% de la muestra tiene un lenguaje fluido y comprensible, mientras que el 16.6% presenta un lenguaje verborreico y poco entendible al momento de realizar las entrevistas y mantener la conversación con las personas para aplicar los test

Pensamiento: El test de Mini Mental evalúa al pensamiento en cuanto al curso de éste, por lo tanto se obtiene que el 91.6% de los adultos mayores conserva un curso normal de pensamiento con ideas claras y ordenadas, y el 8.3% tiene un pensamiento con ideas persistentes y obsesivas.

El test de WAIS evalúa el pensamiento en cuanto al contenido, e indica que el 41.6% de las personas conservan un manejo del pensamiento concreto y abstracto, y el 58.3% no es capaz de manejar el pensamiento abstracto, pero si el concreto.

Memoria: En cuanto a la memoria de a corto plazo el test de Mini Mental dice que el 91.6% no presenta deterioro pero el 8.3% presenta un deterioro leve, en cambio el 16.6% de los adultos mayores presentan un deterioro leve de la memoria de trabajo y el 41.6% la mantiene estable.

En cambio el test de WAIS indica que el 33.3% de los adultos mayores mantienen la memoria de trabajo estable, y el 16.6% presenta un deterioro o se encuentra en el promedio bajo.

También podemos ver que la memoria semántica se conserva dentro de un promedio normal de en un 38%, y el 62% se mantiene en el rango bajo. Estos datos también se ven influidos por el nivel de educación que tiene la muestra, tomando en cuenta que el 66.6% de ellos no han estudiado.

Psicomotricidad: el 83.3% de los adultos mayores presenta una lentificación de los movimientos pero sin embargo logran realizar las actividades, y el 16.6% no logran realizar movimientos por si solos debido a la debilidad muscular.

Por otro lado en el test de WAIS indica que el 54% de los adultos mayores presentan movimiento lentificado al momento de realizar actividades, y el 46% no logra ejecutar actividades y tareas por sí mismos.

Concentración: el 100% de las personas se logran concentrar, pero cabe mencionar que no son muy eficientes en periodos largos.

En la aplicación del test del WAIS, el 52% de la población se muestra concentrada al momento de la aplicación del test en donde se necesita de destrezas y atención al momento de realizarlas, en cambio el 48% presenta un nivel de concentración medio ya que esta es interrumpida por estímulos externos los mismos que interrumpen las actividades que se están realizando, indicando una pérdida de concentración.

En síntesis, tomando los puntajes más bajos de cada sub test, se puede ver que en la sub prueba de diseño de cubos, que evalúa la velocidad de procesamiento, organización perceptual y razonamiento viso espacial, tres personas que son el 25% presentan puntajes bajos de la media que equivale a 7 o menos; en la sub prueba de información que aprecia la memoria remota, una persona presenta un puntaje de 7 que es considerado bajo de acuerdo a la media poblacional, esto equivale al 8.3%; en dígitos y símbolos, que mide memoria auditiva y de trabajo, una persona presenta un puntaje de 6 que es el 8.3%; por último en aritmética, que valora a la memoria de trabajo y la concentración, dos personas tienen puntajes bajos, que equivale al 16.6%.

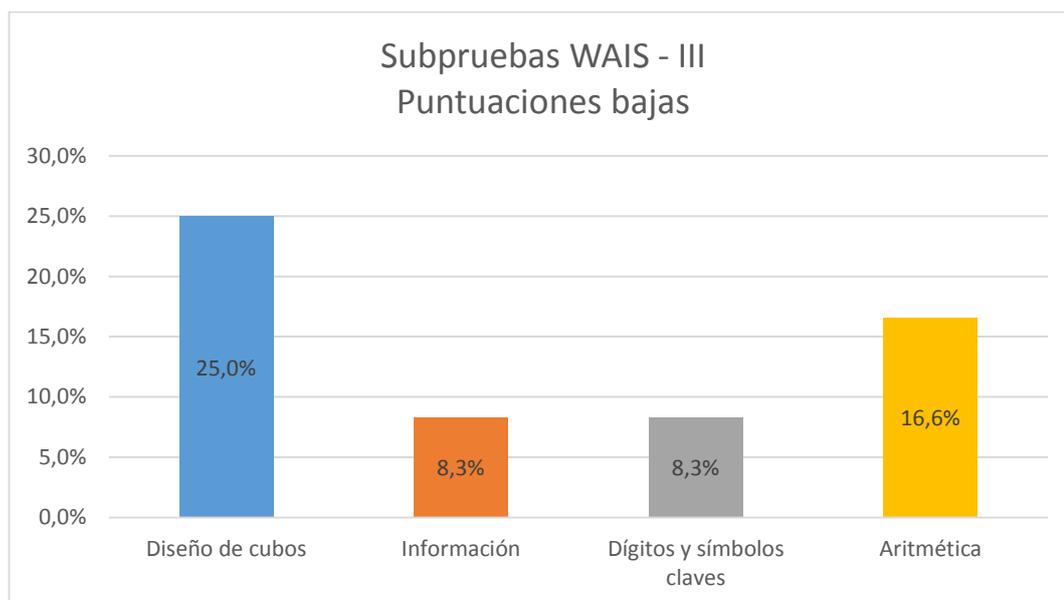
Estos puntajes indican que en total 7 personas que son el 58% de la muestra, presentan deterioro cognitivo según los planteamientos de Quintanar y Craig que indican que el deterioro cognitivo la “pérdida paulatina de las funciones cognitivas como la memoria, atención y la velocidad de procesamiento, que dependerá de factores fisiológicos, ambientales, motivacionales, sujeto a una variabilidad individual”.

Así se puede ver la existencia de correlación con los porcentajes del test Mini mental, PFEIFFER e Índice de soledad, los que revelan que el 58.3% de la población total de la muestra, presenta deterioro cognitivo que no solo dependerá de la variable abandono familiar que a pesar de proveer motivación, apoyo y estructuración dentro de un sistema de familia, se debe tomar en cuenta otros aspectos como el ambiente

en el que se encuentran, capacidad de socialización, facilidad de adaptación y aceptación al medio en el que viven, su estado emocional, físico y psicológico.

Hay que tomar en cuenta que la diferencia de 8.3% que se da entre el PFEIFFER, WAIS e Índice de soledad con el Mini Mental, equivale solo a una persona menos o más debido a que la muestra es pequeña.

Figura 11. Subpruebas WAIS – III. Puntuaciones bajas



Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

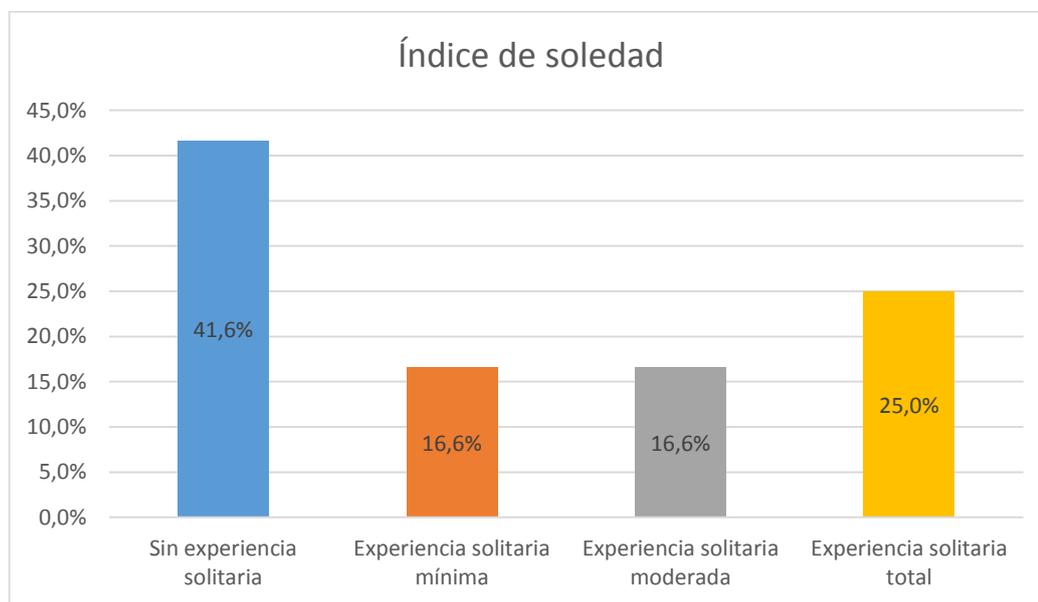
6. Índice de soledad

Respecto al índice de soledad e historias de vida se evidencia que el 41.6% no se siente abandonado debido a que mencionan haber ingresado a la residencia por decisión propia, y otros a pesar de haber sido ingresados por sus hijos sienten la presencia de ellos de alguna u otra manera; el 16.6% tiene una experiencia solitaria mínima porque sienten haber sido influenciados por familiares para entrar a la residencia, y a pesar de que existan visitas no dejan de sentir un vacío familiar; el 16.6% tiene una experiencia solitaria moderada porque desde su ingreso la frecuencia de visitas y las llamadas telefónicas fueron disminuyendo, y el 25% se considera totalmente abandonado por sus familiares.

De las historias de vida, podemos describir que el 100% de la muestra no cuenta con familiares o parientes que brinden el apoyo y la ayuda para que los adultos mayores

puedan salir de la institución e insertarse en su grupo familiar, haciendo que se encuentren en total dependencia institucional indefinidamente.

Figura 12. Índice de soledad



Fuente: (Guevara & Yépez, 2014)

Finalmente se puede ver que el 41.6% de la muestra no presenta experiencia solitaria, por el contrario el 58.2% presenta experiencia solitaria en diferentes escalas, esto indica que el abandono familiar crea experiencia solitaria, y esta experiencia desencadena en la falta de motivación la cual influye en el desempeño de las funciones cognitivas, y como se ha observado en los anteriores datos estadísticos este deterioro cognitivo ha aumentado, incrementándose el índice de soledad y disminuyendo la frecuencia de visitas.

5.3. Análisis de los datos cualitativos

Las entrevistas, historias de vida, historias clínicas y las observaciones han servido como soporte al análisis de los datos cuantitativos, ya que basándonos en éstos hemos logrado correlacionar a profundidad partes necesarias de toda su historia y anamnesis que aportan datos necesarios para evaluar las dos variables, tomando en cuenta los siguientes datos:

Escolaridad: Las historias clínicas indican que 58.33% de la población tienen un nivel escolar primario, el 25 % a ingresado a secundaria y el 16.6% logro finalizar el bachillerato.

La escolaridad es uno de los factores importantes para analizar el desempeño de la muestra en cuanto al test WAIS III, ya que en el 41.6% que corresponde a 5 personas, han ingresado al bachillerato y solo 3 personas de la muestra han culminado el bachillerato, que justamente al calificar y evaluar el test se puede ver que son las personas que han sacado los puntajes escalares más altos en el sub test de la escala verbal, como información, semejanzas y vocabulario, mostrando que la información aprendida en edades tempranas se mantiene siempre y cuando se hagan ejercicios de las funciones cognitivas como la memoria, lectura, lenguaje y pensamiento; por otro lado el 58.33% que corresponde a 7 personas de la muestra tiene una nivel escolar primario, en donde además del nivel de instrucción se valora también el ámbito laboral en el que se desarrollaron toda su juventud, los mismos que por su monotonía, no permitían ejercitar sus funciones cognitivas y se puede observar en los puntajes más bajos de los sub test de la escala verbal como aritmética y semejanzas, en la escala manipulativa se puede ver que los puntajes más bajos son en diseño de cubos que como se ha descrito estos puntajes van acorde al nivel de escolaridad que han tenido.

Frecuencia de visitas: A partir de las entrevistas y la observación se ha podido conocer la frecuencia con que cada uno de los adultos mayores han sido visitados por sus familiares, amigos y allegados, tomando como información base a la obtenida en el año 2013, en donde se pudo observar que la frecuencia de visitas eran de manera regular sean estas semanales, quincenales, mensuales o trimestrales y que con conforme pasaba el tiempo estas fueron disminuyendo de semanales a mensuales y en algunos casos desaparecieron, cuyo desenlace radicaba en problemas emocionales (depresión, aislamiento, falta de socialización, agresividad, llanto, etc.), los mismos que empeoraban y ocasionaban que por el encierro, aislamiento y depresión no asistan a terapias ocupacionales y diversas actividades como bingo, manualidades, bailoterapia, juego de barajas y demás programas dentro de la institución que son una de las formas de poder ejercitar las funciones cognitivas.

Con la ayuda de trabajo Social se pudo además obtener datos acerca de la relación familiar de cada adulto mayor entre el año 2013 y 2014, en donde se pudo evidenciar mediante fichas clínicas que las relaciones intrafamiliares no eran las más equilibradas y que en un 75% ya no eran los domicilios y números de teléfonos, de los familiares de los adultos mayores institucionalizados, lo que imposibilitaba dar seguimiento a cada caso y por consecuencia los familiares se desentienden totalmente de las personas de la tercera edad que radican en la Residencia Santa Catalina Laboure.

Relaciones parentales y sociales: Por medio de las historias clínicas, entrevistas y la observación se conoció las relaciones interpersonales y familiares que mantenían con sus parientes más cercanos en el año 2013, posteriormente en el años 2014 se pudo evidenciar que las visitas disminuían y en algunos casos ya desaparecieron, lo que en las entrevistas se pudo recopilar varios diálogos en donde se apreciaban percepciones y sentimientos de soledad.

Resultado de reactivos psicológicos 2013: Mediante la información que revelan las historias clínicas se pudo realizar el análisis comparativo entre los test tomados por el departamento de Psicología en el año 2013 y los test aplicados en el presente año, mostrando que a nivel de visitas, que en el 2013 eran más frecuentes, mientras que en el 2014 disminuyo la frecuencia de visitas y en algunos casos desapareció.

En el test Mini Mental y Pfeiffer 2013, se observa que las funciones cognitivas están conservadas mostrando que el 75% tiene ausencia de deterioro cognitivo indicando que tanto la orientación, lenguaje, pensamiento, memoria y motricidad se encuentran conservadas acorde a la edad, nivel de escolaridad, afectos y frecuencia de visitas.

En el año 2014 en el Mini Mental y Pfeiffer por el contrario se observa que el numero de personas en ausencia de deterioro, baja del 75% al 50% lo que significa que 2 personas que no presentaban deterioro cognitivo ahora pasaron al rango de deterioro cognitivo muy leve y leve lo cual al relacionarlo con la frecuencia de visitas se puede ver que a menos visitas de sus familiares mas estado y percepcion de soledad, con menor ejercitameinto de funciones cognitivase ingreso a un nivle muy leve de deterioro cognitivo.

Funciones cognitivas: Mediante los test antes mencionados, por medio de las entrevistas se pudo ver que la memoria a corto plazo y de trabajo es deficiente ya que el sujeto no es capaz de recordar acontecimientos producidos en cuestión de minutos, lo que no sucede con la memoria a largo plazo y como se sabe ninguna función cognitiva funciona por sí sola, se requiere que todas se fusionen y participen en las diferentes actividades que nos planteamos en el diario vivir.

Desde la observación y la observación clínica que se realizó durante un año, se ha visto que especialmente la psicomotricidad de ellos está afectada ya que muestran una lentificación en los movimientos y disminución del tono muscular, en cuanto al lenguaje se ha encontrado que existe lenguaje verborreico, básico y en algunos casos es pausado, con relación a la orientación se constató una desorientación en cuanto al tiempo.

Igualmente se distinguió gran dificultad por parte del adulto mayor al momento de dirigir la atención y concentración a una sola actividad su atención es dispersa.

CONCLUSIONES

A partir del análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos se puede decir que la hipótesis planteada al inicio de la tesis *El abandono familiar incide en el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados*, si se cumple, porque se evidencia la presencia de un deterioro cognitivo en los adultos mayores, el mismo que se ve influenciado por el abandono familiar como una de las causas principales, además de otros factores importantes como son la institucionalización.

Está comprobado que el abandono familiar incide en el proceso de deterioro cognitivo de los adultos mayores especialmente en aquellos que ni siquiera reciben visitas de sus parientes ya desde hace mucho tiempo, pero también es importante tomar en cuenta la capacidad que tiene la persona para socializar y para adaptarse al medio en el que vive y aceptar el proceso de envejecimiento, y la etapa en la que se encuentran, de allí que algunos de ellos son totalmente independientes y pueden socializar de una manera fácil, aceptando las dificultades físicas, psicológicas y emocionales que conlleva esta última etapa de vida.

El 100% de los adultos mayores de la muestra se encuentran en abandono familiar. De aquí el 33.3% sufren un abandono total, es decir que no tienen familia, o si la tiene no visitan a los adultos mayores, y el 66.6% sufre abandono parcial, que a pesar de que sus parientes acuden a visitarlos, ellos no son responsables del cuidado o sobrevivencia de los adultos mayores, y mucho menos aportan económicamente a la institución, siendo los adultos mayores quienes solventan los gastos con su jubilación.

Se puede observar la presencia de un grado de soledad que abarca un sentimiento de abandono familiar, y una insatisfacción personal. Esto se da en un 83.3% de la muestra, y tan solo el 16.6% no se considera abandonado, ya que ha ingresado a la residencia por su propia decisión. Este sentimiento de soledad afecta grandemente al adulto mayor la mayor parte del tiempo, acarreando algunas veces a episodios depresivos, tristeza e intranquilidad por lo que puede ocurrir en el futuro, tomando una actitud negativa y viendo a la institución como un castigo para ellos.

El ingreso a la institución se da por tres razones, ingresan a la institución de forma voluntaria, son ingresados de forma involuntaria por sus familiares e ingresan a la institución engañados.

El 100% de la muestra no cuenta con familiares o parientes que brinden el apoyo y la ayuda para que los adultos mayores puedan salir de la institución e insertarse en su grupo familiar, haciendo que se encuentren en total dependencia institucional indefinidamente.

En tan solo un año, el incremento del deterioro cognitivo ha aumentado, el 16.6% de la población ha sido diagnosticado con un deterioro mental muy leve, el 25% tiene un deterioro mental leve, el 8.3% padece de un deterioro mental moderado, y el 50% se lo determina con una ausencia de deterioro cognitivo. En el año 2013 el 16.6% tenía un inicio de deterioro cognitivo, el 8.3% un deterioro cognitivo leve y el 75% de los adultos mayores tenían ausencia de deterioro cognitivo, lo cual demuestra que se ha incrementado el deterioro cognitivo de la población en este último año en un 50%.

De igual manera se puede verificar que las funciones cognitivas más afectadas son la atención, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, pensamiento, psicomotricidad y la velocidad de procesamiento, orientación alopsíquica en cuanto al tiempo y la concentración. Y las funciones que si se conservan son la orientación autopsíquica y alopsíquica en cuanto al espacio, el lenguaje a pesar de que existe verborrea y la memoria a largo plazo.

Finalmente como se ha mencionado en el desarrollo de la tesis, la trípode que sostiene al individuo es la parte física, psíquica y sociocultural, en donde la parte psíquica juega un gran papel, ya que al tener una percepción de abandono familiar, se ve afectada la parte emocional que es otro componente del psiquismo, esta afección produce cambios comportamentales y estos cambios comportamentales afectan las formas de socialización produciendo en algunos casos aislamiento y consecutivamente un inicio de deterioro cognitivo, debido a la falta de motivación que produce el abandono familiar en los adultos mayores y ésta a su vez una disminución de la utilización de las funciones cognitivas al máximo.

RECOMENDACIONES

En cuanto a la dinámica institucional, es necesario crear espacios de interacción con los adultos mayores ya que los mismos permanecen en sus habitaciones y es necesario buscarlos uno por uno, ya que esto puede ser señal de retraimiento a consecuencia de la situación de encierro y desamparo familiar.

Al ingresar un adulto mayor a cualquier institución de asilo es imprescindible las visitas y presencia de los familiares de forma continua, es por eso que se debe conversar con los parientes sobre las posibles consecuencias emocionales, psíquicas y físicas que se podrían presentar al momento de desentenderse de la persona ingresada.

Que en La Residencia Santa Catalina Laboure, se creen espacios de ejercitación de funciones cognitivas a la par con el trabajo de la terapia ocupacional y psicológica a tiempo completo.

Realización de terapias grupales con la finalidad de crear espacios de apoyo y escucha, en donde se sientan comprendidos y tengan la oportunidad de expresar sus emociones, pensamientos y deseos.

Aumentar el personal de la Residencia Santa Catalina Labouré, no solo para el cuidado e higiene sino además de dar un acompañamiento continuo a cada uno de los adultos mayores para que sientan que alguien está pendiente de ellos.

Realizar un trabajo profundo con los familiares para sensibilizar las necesidades que tienen los adultos mayores y lo importante que es para ellos el que se mantengan cerca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo: Adultez y Vejez*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Bleger, J. (1997). *Psicohigiene y psicología institucional*. Argentina: Editorial Paidós.
- Calero, M. (2003). *La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores*. Recuperado el 2014, de http://gerincon.files.wordpress.com/2010/06/utilidad_de_la_intervencion_cognitiva.pdf
- Cifuentes, P. (2005). "*ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO*". Recuperado el 2014, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/176/1/tesis.pdf>
- Cohen Jay, R. (2001). *Pruebas y Evaluaciones Psicológicas "Introducción a las pruebas y a la medición"*. México: Mc Graw Hill.
- Cohen, G. (1991). *Envejecimiento Cerebral*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer, S.A.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- CSIC, C. S. (2013). *Envejecimiento en red*. Recuperado el 2014, de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/especiales/envejecimiento-activo/pyr.html>
- Da Costa, N. (Diciembre de 2010). *Trabajo Especial de Grado: Efectos de un programa de inteligencia emocional en docentes de educación especial*. Recuperado el 2013, de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-10-03968.pdf>
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Recuperado el 2014, de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA16/Roc%EDo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Fernández, A. (1 de Febrero de 2010). *Estados de conciencia*. Recuperado el 2014, de <http://www.slideshare.net/albertofilosofia/conciencia-slideshare>
- García, C. (2005). *La familia del anciano también necesita sentido*. Buenos Aires, Argentina: San Pablo.

- García, J. (s.f.). *Tema 9. Estimulación de otras capacidades cognitivas*. Recuperado el 2014, de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-9-texto.pdf>
- Gaviria, G. (2003). *Ponencia: Reunión Regional de la Sociedad Civil sobre envejecimiento*. Santiago de Chile, Chile: Documento de Trabajo. Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/176/1/tesis.pdf>
- Geriatría, I. N. (2011). *Conceptos Generales relacionados con Envejecimiento*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>.
- Goffman, E. (2007). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. En *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- Guevara, T., & Yépez, D. (2014). Quito, Ecuador.
- Guevara, T., Rivadeneira, S., Rodríguez, M., Valenzuela, M. d., & Yépez, D. (2013). *INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA MEJORAR LAS CONDICIONES RESIDENCIA SANTA CATALINA LABOURE*. Residencia Santa Catalina Labouré, Psicología, Quito. Recuperado el Marzo de 2014
- Hernández, M. (2012). *La Nación: Memoria reescribe el pasado con datos nuevos*. Recuperado el 2014, de http://www.nacion.com/vivir/ciencia/Memoria-reescribe-pasado-datos-nuevos_0_1395660480.html
- Hoffman, L. (1995). *Psicología del Desarrollo de Hoy*. España: Mc Graw-Hill.
- Imsero, M. d. (2000). *Las personas mayores y las residencias: Un modelo prospectivo para evaluar las residencias. Tomo I*. Madrid: Grafo S.A.
- Jara, M. (2002). *Revista Cúpula: Estimulación Cognitiva en personas Adultas Mayores*. Recuperado el 2014, de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
- Kaes, R. (2002). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Leturia, F. y. (2001). *Intervenciones psicosociales y comportamentales con personas mayores en recursos socio sanitarios. MATIA FUNDAZIOA*, 1-2.
- Mars, V. (2000). *Psicología Online*. Recuperado el 2014, de <http://www.psicologia-online.com/pir/inteligencia-fluida-e-inteligencia-cristalizada.html>
- MIES. (2011). *Viviendo y Apoyando el Desarrollo de las personas adultas mayores: Experiencias y Aprendizaje*. En M. E. Miranda (Ed.), *Memorias del Primer Congreso Internacional sobre políticas públicas para la vejez digna y saludable*. Quito.

- MIES. (21-23 de Septiembre del 2011). *Congreso: Viviendo y apoyando el desarrollo de las personas Adultas Mayores. Experiencias y Aprendizajes*. Quito.
- Mónica, A. L. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. Mexico: Manual moderno.
- Moya, B., & Barbero, A. y. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación*. Madrid: IMSERSO.
- OPS, O. P. (s.f.). *Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono), Guía de Diagnóstico y de Manejo*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf>.
- Paladines, F. (2008). *Curso Básico de Psicofisiología*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya - Yala.
- Paladines, F. (2012). *Manual Didáctico de Evaluación Neuropsicológica*. Quito, Ecuador.
- Papalia, D. y. (2001). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. y. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. Mexico : Mc Graw Hill.
- Peña Murcia, N. (Octubre de 2013). *La motricidad humana: Trascendencia de lo instrumental*. Recuperado el 2014, de <http://www.efdeportes.com/efd65/motric.htm>
- Psicogerontología, M. d. (2007). *Envejecimiento, Memoria colectiva y construcción de futuro. Envejecimiento, Memoria colectiva y construcción de futuro*. Montevideo - Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Psicológicos, I. S. (2013). *Psicoweb.com*. Recuperado el 2014, de <http://www.psicoweb.com/psicologia/conciencia.htm>
- Psicomotricistas, A. E. (6 de Junio de 2012). *Psicología I*. Recuperado el 2014, de <http://ispeapsicouno.blogspot.com/2012/06/que-es-la-psicomotricidad.html>
- Quintanar, F. (2011). *Atención Psicológica de las Personas Mayores: Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. México: Editorial PAX México.
- Rojas, E. (1979). *Psicopatología de la Depresión*. Madrid, España: SALVAT Editores.
- Saá, N. (2006). *Lenguaje y Envejecimiento*. Recuperado el 2014, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2006/lenguaje.pdf>
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.

- Salvarezza, L. (1998). *La Vejez: Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo: El ciclo Vital*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Schutz, A. (s.f.). Obtenido de http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/sig/el_curso_de_la_vida_y_el_paradigma_del_transcurso_de_la_vida.pdf
- Solms, M. y. (2004). *El cerebro y el mundo interior*. Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica Colombia.
- UNAD. (s.f.). *Procesos Cognoscitivos Superiores: Tipos de pensamiento*. Recuperado el 2014, de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401507/401507%20Contenido%20en%20linea/leccin_20_alteraciones_del_pensamiento.html
- UnoBrain. (2012). *Qué es el deterioro cognitivo: Cómo prevenirlo de forma natural*. Recuperado el 29 de Julio de 2013, de <http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-de-forma-natural>
- Ventura, R. (Diciembre de 2004). *Deterioro Cognitivo en el Envejecimiento Normal*. Recuperado el 2014, de *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/2%20DETERIORO%20COGNITIVO.pdf>

ANEXOS

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Noboa Salcedo Manuela Angélica

EDAD: 97

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	8		10		10		
Vocabulario	18	9		9			
Dígitos y Símbolos -Claves	15		9				9
Semejanzas	12	12		12			
Diseño de Cubos	11		8		8		
Aritmética	6	8				8	
Matrices	8		12		12		
Retención de dígitos	9	10				10	
Información	9	11		11			
Ordenación de dibujos	7		13				
Comprensión	13	11					
Búsqueda de símbolos	12		(11)				11
Sucesión de letras y números	7	(13)				13	
Ensamblaje de objetos	22		(13)				
Suma de puntuaciones escalares	157	61	52	32	30	31	20
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Puntuación Total (Verbal + Ejecución)							
		113					

Total	74	76	= 150
/ Números de subpruebas	7	7	/ 14
-- X	10.6	10.9	-- X General

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	9	10.7	-1.7	5.40			Marque con una: Diferencia a partir de la X general
Semejanzas	12	10.7	1.3	5.52			
Aritmética	8	10.7	-2.7	5.54			
Retención de dígitos	10	10.7	-0.7	5.52			
Información	11	10.7	0.3	5.44			

Comprensión	11	10.7	0.3	5.60			<input type="checkbox"/> Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Sucesión de letras y números	13	10.7	2.3	5.47			
Figuras Incompletas	10	10.7	-0.7	5.50			
Dígitos y Símbolos - Claves	9	10.7	-1.7	5.66			
Diseño de Cubos	8	10.7	-2.7	5.42			
Matrices	12	10.7	1.3	5.42			
Ordenación de dibujos	13	10.7	2.3	5.61			
Búsqueda de símbolos	11	10.7	0.3	5.77			
Ensamblaje de objetos	13	10.7	2.3	5.95			

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	61	52	113	32	30	31	20
Puntuación CI/ Índice	99	101	100	104	99	100	101
Percentiles	47	53	50	60	47	50	53
Intervalos de confianza al 95%	94-104	95-107	92-108	100-108	95-103	96-104	97-105

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 99	CIE 101	-2	7.51	93.6
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 104	IOP 99	5	5.88	46.5
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 104	IMT 100	4	5.52	59.6
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 99	IVP 101	-2	5.48	93.8
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 104	IVP101	3	5.83	68.5
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 99	IMT 100	-1	5.79	98.7
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 100	IVP101	-1	5.42	98.7

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Reinoso Gonzales Mario Enrique

EDAD: 77

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	7		9		9		
Vocabulario	20	10		10			
Dígitos y Símbolos -Claves	12		8				8
Semejanzas	11	11		11			
Diseño de Cubos	10		7		7		
Aritmética	5	4				4	
Matrices	6		10		10		
Retención de dígitos	8	9				9	
Información	5	7		7			
Ordenación de dibujos	6		12				
Comprensión	10	10					
Búsqueda de símbolos	7		(9)				9
Sucesión de letras y números	5	(12)				12	
Ensamblaje de objetos	15		(10)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	127	51	46	28	26	25	17
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		97					

Total	63	65	= 128
/ Números de subpruebas	7	7	/ 14
--	9	9.3	--
X			X General

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	10	9.1	0.9	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Semejanzas	11	9.1	1.9	5.52			
Aritmética	4	9.1	-5.1	5.54			
Retención de dígitos	9	9.1	-0.1	5.52			
Información	7	9.1	-2.1	5.44			
Comprensión	10	9.1	0.9	5.60			
Sucesión de letras y números	12	9.1	2.9	5.47			
Figuras	9	9.1	-0.1	5.50			

Incompletas						
Dígitos y Símbolos - Claves	8	9.1	-1.1	5.66		
Diseño de Cubos	7	9.1	-2.1	5.42		
Matrices	10	9.1	0.9	5.42		
Ordenación de dibujos	12	9.1	2.9	5.61		
Búsqueda de símbolos	9	9.1	-0.1	5.77		
Ensamblaje de objetos	10	9.1	0.9	5.95		

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 89	CIE 93	-4	7.51	83.7
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 96	IOP 90	6	5.88	37.9
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 96	IMT 87	9	5.52	19.4
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 90	IVP 92	-2	5.48	93.8
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 96	IVP 92	4	5.83	58.3
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 90	IMT 87	9	5.79	93.8
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 87	IVP 92	-5	5.42	86.7

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	51	46	97	28	26	25	17
Puntuación CI/ Índice	89	93	90	96	90	87	92
Percentiles	23	32	25	46	25	19	30
Intervalos de confianza al 95%	84-94	87-99	82-98	92-100	86-94	83-91	88-96

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Andrade Andrade Luis Alfonso

EDAD: 83

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	5		8		8		
Vocabulario	18	9		9			
Dígitos y Símbolos -Claves	9		6				6
Semejanzas	12	12		12			
Diseño de Cubos	10		7		7		
Aritmética	4	3				3	
Matrices	4		8		8		
Retención de dígitos	7	8				8	
Información	6	9		9			
Ordenación de dibujos	4		11				
Comprensión	8	9					
Búsqueda de símbolos	7		(9)				9
Sucesión de letras y números	4	(10)				10	
Ensamblaje de objetos	17		(11)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	115	50	40	30	23	21	15
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		90					

Total	60	60	= 120
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	8.5	8.5	-- X General 8.6

Sub pruebas	Puntuación escalar	---- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	9	8.6	0.4	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general <input type="checkbox"/> Diferencia a partir de la X
Semejanzas	12	8.6	3.4	5.52			
Aritmética	3	8.6	-5.6	5.54			
Retención de dígitos	8	8.6	-0.6	5.52			
Información	9	8.6	0.4	5.44			
Comprensión	9	8.6	0.4	5.60			
Sucesión de letras y números	10	8.6	1.4	5.47			
Figuras Incompletas	8	8.6	-0.6	5.50			

Dígitos y Símbolos -Claves	6	8.6	-2.6	5.66			verbal y la X de Ejecución
Diseño de Cubos	7	8.6	-1.6	5.42			
Matrices	8	8.6	-0.6	5.42			
Ordenación de dibujos	11	8.6	2.4	5.61			
Búsqueda de símbolos	9	8.6	0.4	5.77			
Ensamblaje de objetos	11	8.6	2.4	5.95			

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 88	CIE 85	3	7.51	88.8
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 100	IOP 84	16	5.88	2.4
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 100	IMT 79	21	5.52	0.3
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 84	IVP 87	-3	5.48	89.7
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 100	IVP 87	13	5.83	6.7
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 84	IMT 79	5	5.79	86.4
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 79	IVP 87	-8	5.42	73.8

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT		ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	50	40	90		30	23	21	15
Puntuación CI/ Índice	88	85	85		100	84	79	87
Percentiles	21	16	16		50	14	8	19
Intervalos de confianza al 95%	83-98	79-91	77-93		96-104	80-88	75-83	83-91

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Tapia Orozco Susana Mercedes

EDAD: 84

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	8		10		10		
Vocabulario	20	10		10			
Dígitos y Símbolos -Claves	16		9				9
Semejanzas	10	10		10			
Diseño de Cubos	7		6		6		
Aritmética	6	8				8	
Matrices	6		10		10		
Retención de dígitos	7	8				8	
Información	5	7		7			
Ordenación de dibujos	3		10				
Comprensión	7	9					
Búsqueda de símbolos	10		(10)				10
Sucesión de letras y números	3	(9)				9	
Ensamblaje de objetos	8		(7)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	116	52	45	27	26	25	19
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>		97					

Total	61	62	=	123
/ Números de supruebas	7	7	/	14
-- X	8.7	8.8	-- X General	8.7

Sub pruebas	Puntuación escalar	---- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	10	8.7	1.3	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia a partir de la X verbal y la X de
Semejanzas	10	8.7	1.3	5.52			
Aritmética	8	8.7	-0.7	5.54			
Retención de dígitos	8	8.7	-0.7	5.52			
Información	7	8.7	-1.7	5.44			
Comprensión	9	8.7	0.3	5.60			
Sucesión de letras y números	9	8.7	0.3	5.47			
Figuras Incompletas	10	8.7	1.3	5.50			

Dígitos y Símbolos - Claves	9	8.7	0.3	5.66			Ejecución
Diseño de Cubos	6	8.7	-2.7	5.42			
Matrices	10	8.7	1.3	5.42			
Ordenación de dibujos	10	8.7	1.3	5.61			
Búsqueda de símbolos	10	8.7	1.3	5.77			
Ensamblaje de objetos	7	8.7	-1.7	5.95			

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 90	CIE 91	.1	7.51	98
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 94	IOP 90	4	5.88	57.1
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 94	IMT 87	7	5.52	32.3
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 90	IVP 98	-8	5.48	66.3
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 94	IVP 98	-4	5.83	58.3
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 90	IMT 87	3	5.79	93.8
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 87	IVP 98	-11	5.42	54.4

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	52	45	97	27	26	25	19
Puntuación CI/ Índice	90	91	90	94	90	87	98
Percentiles	25	27	25	34	25	19	45
Intervalos de confianza al 95%	85-95	85-97	82-98	90-98	86-94	83-91	94-102

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Ulloa Domínguez María Carmela

EDAD: 89

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	11		12		12		
Vocabulario	42	15		15			
Dígitos y Símbolos -Claves	26		11				11
Semejanzas	18	5		15			
Diseño de Cubos	15		10		10		
Aritmética	7	10				10	
Matrices	10		13		13		
Retención de dígitos	14	15				15	
Información	13	12		12			
Ordenación de dibujos	7		13				
Comprensión	15	12					
Búsqueda de símbolos	20		(13)				13
Sucesión de letras y números	9	(15)				12	
Ensamblaje de objetos	19		(12)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	234	79	59	42	35	37	24
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>		138					

Total	94	84	=	178
/ Números de suprabas	7	7	/	14
-- X	13.4	12	-- X General	12.7

Sub pruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	15	13-4	1.6	2.30			Marque con una: 
Semejanzas	15	13-4	1.6	2.58			
Aritmética	10	13-4	-3.4	2-61		-	
Retención de dígitos	15	13-4	1.6	2-57			Diferencia a partir de la X general
Información	12	13-4	-1.4	2.39			
Comprensión	12	13-4	-1.4	2.75			
Sucesión de letras y números	15	13-4	1.6	2.47			 Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Figuras Incompletas	12	12	0	3.59			

Dígitos y Símbolos - Claves	11	12	-1	3.84		
Diseño de Cubos	10	12	-2	3.46		
Matrices	13	12	1	3.47		
Ordenación de dibujos	13	12	1	3.76		
Búsqueda de símbolos	13	12	1	4.00		
Ensamblaje de objetos	12	12	0	4.24		

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 118	CIE 110	8	7.51	64.9
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 121	IOP 109	12	5.88	8.3 *
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 121	IMT 113	8	5.52	25.3
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 109	IVP 111	-2	5.48	93.8
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 121	IVP 111	10	5.83	15.1
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 109	IMT 113	-4	5.79	90.7
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 113	IVP 111	2	5.42	96.1

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	79	59	138	42	35	37	24
Puntuación CI/ Índice	118	110	115	121	109	113	111
Percentiles	88	75	84	92	73	81	77
Intervalos de confianza al 95%	113-123	104-116	107-123	117-125	105-113	109-117	107-115

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Barahona Espinoza Rosario Alicia

EDAD: 80

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	15		13		13		
Vocabulario	45	15		15			
Dígitos y Símbolos - Claves	40		13				13
Semejanzas	25	16		16			
Diseño de Cubos	20		12		12		
Aritmética	11	15				15	
Matrices	15		15		15		
Retención de dígitos	14	15				15	
Información	16	13		13			
Ordenación de dibujos	8		13				
Comprensión	23	15					
Búsqueda de símbolos	25		(15)				15
Sucesión de letras y números	9	(15)				15	
Ensamblaje de objetos	23		(13)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	286	89	66	44	40	45	28
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		155					

Total	104	94	= 198
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	14.9	13.4	-- X General

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	15	14.9	0.1	2.30			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general
Semejanzas	16	14.9	1.1	2.58			
Aritmética	15	14.9	0.1	2-61			
Retención de dígitos	15	14.9	0.1	2-57			
Información	13	14.9	-1.9	2.39			
Comprensión	15	14.9	0.1	2.75			
Sucesión de letras y	15	14.9	0.1	2.47			

números							Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Figuras Incompletas	13	13.4	-0.4	3.59			
Dígitos y Símbolos - Claves	13	13.4	-0.4	3.84			
Diseño de Cubos	12	13.4	-1.4	3.46			
Matrices	15	13.4	1.6	3.47			
Ordenación de dibujos	13	13.4	-0.4	3.76			
Búsqueda de símbolos	15	13.4	1.6	4.00			
Ensamblaje de objetos	13	13.4	-0.4	4.24			

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 130	CIE 120	10	7.51	55.1
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 126	IOP 118	8	5.88	23.7
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 126	IMT 126	0	5.52	100.0
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 118	IVP 123	-5	5.48	81.5
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 126	IVP 123	3	5.83	68.5
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 118	IMT 126	-8	5.79	71.3
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 126	IVP 123	3	5.42	93.5

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	89	66	155	44	40	45	28
Puntuación CI/ Índice	130	120	126	126	118	126	123
Percentiles	98	91	96	96	88	96	94
Intervalos de confianza al 95%	125-135	114-126	118-134	122-130	114-122	122-130	119-127

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Balladares Gallardo Diocelina

EDAD: 86

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	14		13		13		
Vocabulario	33	12		12			
Dígitos y Símbolos - Claves	27		12				12
Semejanzas	13	13		13			
Diseño de Cubos	15		10		10		
Aritmética	6	8				8	
Matrices	10		13		13		
Retención de dígitos	11	12				12	
Información	10	11		11			
Ordenación de dibujos	5		12				
Comprensión	15	12					
Búsqueda de símbolos	20		(13)				13
Sucesión de letras y números	5	(12)				12	
Ensamblaje de objetos	18		(12)				
<i><u>Suma de puntuaciones escalares</u></i>	202	68	60	36	36	32	25
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		128					

Total	80	85	= 165
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	11.4	12.1	-- X General 11.8

Subpruebas	Puntuación escalar	---- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	12	11.8	0.2	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general
Semejanzas	13	11.8	1.2	5.52			
Aritmética	8	11.8	-3.8	5.54			
Retención de dígitos	12	11.8	0.2	5.52			
Información	11	11.8	-0.8	5.44			
Comprensión	12	11.8	0.2	5.60			

Sucesión de letras y números	12	11.8	0.2	5.47			<input type="checkbox"/> Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Figuras Incompletas	13	11.8	1.2	5.50			
Dígitos y Símbolos - Claves	12	11.8	0.2	5.66			
Diseño de Cubos	10	11.8	-1.8	5.42			
Matrices	13	11.8	1.2	5.42			
Ordenación de dibujos	12	11.8	0.2	5.61			
Búsqueda de símbolos	15	11.8	1.2	5.77			
Ensamblaje de objetos	13	11.8	0.2	5.95			

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 107	CIE112	-5	7.51	78.6
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 110	IOP 111	-1	5.88	93.3
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 110	IMT 102	8	5.52	25.3
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 111	IVP 114	-3	5.48	89.7
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 110	IVP 114	-4	5.83	58.3
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 111	IMT 102	9	5.79	65.7
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 102	IVP 114	-12	5.42	47.6

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT		ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	68	60	128		36	36	32	25
Puntuación CI/ Índice	107	112	109		110	111	102	114
Percentiles	68	79	73		75	77	55	82
Intervalos de confianza al 95%	102-112	106-118	101-117		106-114	107-115	98-106	109-118

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Morales Orbe Luz María

EDAD: 89

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	10		11		11		
Vocabulario	20	10		10			
Dígitos y Símbolos - Claves	15		9				9
Semejanzas	11	11		11			
Diseño de Cubos	11		8		8		
Aritmética	6	8				8	
Matrices	8		12		12		
Retención de dígitos	10	11				11	
Información	6	9		9			
Ordenación de dibujos	8		13				
Comprensión	12	11					
Búsqueda de símbolos	14		(11)				11
Sucesión de letras y números	4	(10)				10	
Ensamblaje de objetos	16		(10)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	160	60	53	30	31	29	20
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		113					

Total	70	74	= 144
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	10	10.5	-- X General 10.2

Subpruebas	Puntuación escalar	---- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	10	10	0	2.30			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia
Semejanzas	11	10	1	2.58			
Aritmética	8	10	-2	2-61			
Retención de dígitos	11	10	1	2-57			
Información	9	10	-1	2.39			
Comprensión	11	10	1	2.75			
Sucesión de letras y números	10	10	0	2.47			

Figuras Incompletas	11	10.5	0.5	3.59			a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Dígitos y Símbolos -Claves	9	10.5	-1.5	3.84			
Diseño de Cubos	8	10.5	-2.5	3.46			
Matrices	12	10.5	1.5	3.47			
Ordenación de dibujos	13	10.5	2.5	3.76			
Búsqueda de símbolos	11	10.5	0.5	4.00			
Ensamblaje de objetos	10	10.5	-0.5	4.24			

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	50	63	113	30	31	29	20
Puntuación CI/ Índice	88	116	100	100	101	96	101
Percentiles	21	86	50	50	53	40	53
Intervalos de confianza al 95%	83-93	110-122	92-108	96-104	97-105	92-100	97-105

NIVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 88	CIE 116	-28	7.51	4.2 *
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 100	IOP 101	-1	5.88	93.3
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 100	IMT 96	4	5.52	59.6
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 101	IVP 100	1	5.48	98.2
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 100	IVP 100	0	5.83	100.0
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 101	IMT 96	5	5.79	86.4
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 96	IVP 101	-5	5.42	86.7

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Lozada Dolores Emma

EDAD: 81

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	8		10		10		
Vocabulario	25	11		11			
Dígitos y Símbolos -Claves	25		11				11
Semejanzas	11	11		11			
Diseño de Cubos	14		9		9		
Aritmética	6	8				8	
Matrices	8		12		12		
Retención de dígitos	9	10				10	
Información	8	10		10			
Ordenación de dibujos	5		12				
Comprensión	12	11					
Búsqueda de símbolos	10		(10)				10
Sucesión de letras y números	7	(13)				13	
Ensamblaje de objetos	16		(10)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	164	61	54	32	31	31	21
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		115					

Total	74	74	= 148
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	10.6	10.6	-- X General 10.6

Subpruebas	Puntuación escalar	---- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	11	10.6	0.4	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Semejanzas	11	10.6	0.4	5.52			
Aritmética	8	10.6	-2.6	5.54			
Retención de dígitos	10	10.6	-0.6	5.52			
Información	10	10.6	-0.6	5.44			
Comprensión	11	10.6	0.4	5.60			
Sucesión de letras y números	13	10.6	2.4	5.47			
Figuras Incompletas	10	10.6	-0.6	5.50			
Dígitos y	11	10.6	0.4	5.66			

Símbolos -Claves							
Diseño de Cubos	9	10.6	-1.6	5.42			
Matrices	12	10.6	1.4	5.42			
Ordenación de dibujos	12	10.6	1.4	5.61			
Búsqueda de símbolos	10	10.6	-0.6	5.77			
Ensamblaje de objetos	10	10.6	-0.6	5.95			

NIVEL DE COMPUUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 99	CIE 103	-4	7.51	83.7
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 104	IOP 101	3	5.88	69.5
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 104	IMT 100	4	5.52	59.6
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 101	IVP 103	-2	5.48	93.8
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 104	IVP 103	1	5.83	94.1
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 101	IMT 100	1	5.79	98.7
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 100	IVP 103	-3	5.42	93.5

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	61	54	115	32	31	31	21
Puntuación CI/ Índice	99	103	101	104	101	100	103
Percentiles	47	58	53	60	53	50	58
Intervalos de confianza al 95%	94-104	97-109	93-109	100-108	97-105	96-104	99-107

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Castelo Recalde María Judith

EDAD: 81

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	11		12		12		
Vocabulario	30	12		12			
Dígitos y Símbolos -Claves	18		10				10
Semejanzas	15	14		14			
Diseño de Cubos	15		10		10		
Aritmética	7	10				10	
Matrices	10		13		13		
Retención de dígitos	13	13				13	
Información	8	10		10			
Ordenación de dibujos	7		13				
Comprensión	14	12					
Búsqueda de símbolos	18		(13)				13
Sucesión de letras y números	8	(14)				14	
Ensamblaje de objetos	18		(11)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	192	71	58	36	35	37	23
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		129					

Total	85	82	= 167	
/ Números de supruebas	7	7	/ 14	
-- X	12.1	11.7	-- X General	11.9

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	12	11.9	0.1	5.40			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Semejanzas	14	11.9	2.1	5.52			
Aritmética	10	11.9	-1.9	5.54			
Retención de dígitos	13	11.9	1.1	5.52			
Información	10	11.9	-1.9	5.44			
Comprensión	12	11.9	0.1	5.60			
Sucesión de letras y números	14	11.9	2.1	5.47			
Figuras Incompletas	12	11.9	0.1	5.50			
Dígitos y	10	11.9	-1.9	5.66			

Símbolos -Claves							
Diseño de Cubos	10	11.9	-1.9	5.42			
Matrices	13	11.9	1.1	5.42			
Ordenación de dibujos	13	11.9	1.1	5.61			
Búsqueda de símbolos	13	11.9	1.1	5.77			
Ensamblaje de objetos	11	11.9	-0.9	5.95			

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	71	58	129	36	35	37	23
Puntuación CI/ Índice	110	108	110	110	109	113	109
Percentiles	75	70	75	75	73	81	73
Intervalos de confianza al 95%	105-115	102-114	102-118	106-114	105-113	109-117	105-113

NIVEL DE COMPUUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 110	CIE 108	2	7.51	93.6
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 110	IOP 109	1	5.88	93.3
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 110	IMT 113	-3	5.52	71.2
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 109	IVP 109	0	5.48	100.0
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 110	IVP 109	1	5.83	94.1
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 109	IMT 113	-4	5.79	90.7
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 113	IVP 109	4	5.42	90.1

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Ricaurte León Fernando Bolívar

EDAD: 73

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	14		13		13		
Vocabulario	45	15		15			
Dígitos y Símbolos -Claves	24		11				11
Semejanzas	22	16		16			
Diseño de Cubos	18		11		11		
Aritmética	9	13				13	
Matrices	12		14		14		
Retención de dígitos	16	16				16	
Información	17	14		14			
Ordenación de dibujos	8		13				
Comprensión	20	14					
Búsqueda de símbolos	20		(13)				13
Sucesión de letras y números	10	(16)				16	
Ensamblaje de objetos	22		(13)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	257	88	62	45	38	45	24
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>							
		150					

Total	104	88	= 192
/ Números de supruebas	7	7	/ 14
-- X	14.8	12.5	-- X General 13.7

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	15	14.8	0.2	2.30			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general  Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Semejanzas	16	14.8	1.2	2.58			
Aritmética	13	14.8	-1.8	2-61			
Retención de dígitos	16	14.8	1.2	2-57			
Información	14	14.8	-0.8	2.39			
Comprensión	14	14.8	-0.8	2.75			
Sucesión de letras y números	16	14.8	1.2	2.47			
Figuras Incompletas	13	12.5	0.5	3.59			
Dígitos y Símbolos -Claves	11	12.5	-1.5	3.84			

Diseño de Cubos	11	12.5	-1.5	3.46			
Matrices	14	12.5	1.5	3.47			
Ordenación de dibujos	13	12.5	0.5	3.76			
Búsqueda de símbolos	13	12.5	0.5	4.00			
Ensamblaje de objetos	13	12.5	0.5	4.24			

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	88	62	151	45	38	45	24
Puntuación CI/ Índice	128	114	123	127	114	126	11
Percentiles	97	82	94	96	82	96	77
Intervalos de confianza al 95%	123 -133	108-120	115-131	123-131	110-118	122 - 130	107-115

IVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 128	CIE 114	14	7.51	36.7
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 127	IOP 114	13	5.88	7.2*
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 127	IMT 126	1	5.52	94.7
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 114	IVP 111	3	5.48	89.7
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 127	IVP 111	16	5.83	2.3*
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 114	IMT 126	-12	5.79	45.0
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 126	IVP 111	15	5.42	28.5

PUNTUACIONES DEL TEST WAIS-III

NOMBRE: Villacís Sandoval Ernesto Gonzalo

EDAD: 95

Subpruebas	Puntuación Cruda	Puntuaciones escalares ajustadas por edad					
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
Figuras Incompletas	12		12		12		
Vocabulario	44	15		15			
Dígitos y Símbolos -Claves	25		11				11
Semejanzas	20	16		16			
Diseño de Cubos	16		11		11		
Aritmética	9	13				13	
Matrices	12		14		14		
Retención de dígitos	17	17				17	
Información	15	13		13			
Ordenación de dibujos	6		12				
Comprensión	18	13					
Búsqueda de símbolos	22		(15)				15
Sucesión de letras y números	8	(14)				14	
Ensamblaje de objetos	21		(12)				
<i>Suma de puntuaciones escalares</i>	238	87	60	44	37	44	26
		Verbal	Ejecución	CV	OP	MT	VP
<i>Puntuación Total (Verbal + Ejecución)</i>		147					

Total	101	87	= 188	
/ Números de supruebas	7	7	/ 14	
-- X	14.4	12.4	-- X General	13.4

Subpruebas	Puntuación escalar	--- X	Diferencia a partir de la X	Significación a estadística al nivel ---	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Determinación de fortalezas y debilidades
Vocabulario	15	14.4	0.6	2.30			Marque con una:  Diferencia a partir de la X general
Semejanzas	16	14.4	1.6	2.58			
Aritmética	13	14.4	-1.4	2-61			
Retención de dígitos	17	14.4	2.6	2-57	+		
Información	13	14.4	-1.4	2.39			
Comprensión	13	14.4	-1.4	2.75			
Sucesión de letras y números	14	14.4	-0.4	2.47			
Figuras Incompletas	12	12.4	-0.4	3.59			 Diferencia a partir de la X verbal y la X de Ejecución
Dígitos y Símbolos - Claves	11	12.4	-1.4	3.84			

Diseño de Cubos	11	12.4	-1.4	3.46			
Matrices	14	12.4	1.6	3.47			
Ordenación de dibujos	12	12.4	-0.4	3.76			
Búsqueda de símbolos	15	12.4	2.6	4.00			
Ensamblaje de objetos	12	12.4	-0.4	4.24			

IVEL DE COMPUESTOS	COMPARACIONES DE DISCREPANCIAS	Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Significación estadística al nivel	Frecuencia de diferencia en la muestra de estandarización
	CI verbal – CI de Ejecución	CIV 127	CIE 112	15	7.51	32.9
	Comprensión verbal – Organización perceptual	ICV 126	IOP 112	14	5.88	5.5*
	Comprensión verbal – Memoria de Trabajo	ICV 126	IMT 125	1	5.52	94.7
	Organización perceptual – Velocidad de procesamiento	IOP 112	IVP 117	-5	5.48	81.5
	Comprensión verbal - Velocidad de procesamiento	ICV 126	IVP 117	9	5.83	19.3
	Organización perceptual - Memoria de Trabajo	IOP 112	IMT 125	-13	5.79	40.1
	Memoria de Trabajo - Velocidad de procesamiento	IMT 125	IVP 117	8	5.42	73.8

CI/ ÍNDICE	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
Sumas de puntuaciones escalares	87	60	147	44	37	44	26
Puntuación CI/ Índice	127	112	122	126	112	125	117
Percentiles	96	79	93	96	79	95	87
Intervalos de confianza al 95%	122-132	106-118	114-130	122-130	108-116	121-129	113-121