
**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**TITULO DE LA INVESTIGACION PARA OPTAR A LA LICENCIATURA
EN PSICOLOGIA:**

“RELACION DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON EL DETERIORO
DEL PENSAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS, SIN ENFERMEDADES MENTALES
ESPECÍFICAS DEL CENTRO DE ATENCION A ANCIANOS SARA
ZALDIVAR.”

AUTORAS:

BR. AGUILAR SANCHEZ RAQUEL ANDREA **AS11036**
BR. ERROA MANCIA SILVIA TATIANA **EM11022**
BR. RODRIGUEZ MAZARIEGO DIANA IRIS **RM10047**

DOCENTE DIRECTORA:

LICDA. MARIELA VELASCO DE AVALOS

DOCENTE COORDINADOR GENERAL:

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2017

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**TITULO DE LA INVESTIGACION PARA OPTAR A LA LICENCIATURA
EN PSICOLOGIA:**

“RELACION DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON EL DETERIORO
DEL PENSAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS, SIN ENFERMEDADES MENTALES
ESPECÍFICAS DEL CENTRO DE ATENCION A ANCIANOS SARA
ZALDIVAR.”

AUTORAS:

BR. AGUILAR SANCHEZ RAQUEL ANDREA **AS11036**

BR. ERROA MANCIA SILVIA TATIANA **EM11022**

BR. RODRIGUEZ MAZARIEGO DIANA IRIS **RM10047**

DOCENTE DIRECTORA:

LICDA. MARIELA VELASCO DE AVALOS

DOCENTE COORDINADOR GENERAL:

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2017

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

MTR. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE-RECTOR ACADÉMICO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO

RECTOR ADMINISTRATIVO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

SECRETARIO GENERAL

LIC. CRÍSTOBAL RÍOS BENÍTEZ

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO

LIC. JOSÉ VICENTE CUCHILLAS MELARA

VICE- DECANO

LIC. EDGAR NICOLAS AYALA

SECRETARIO

MTR. HÉCTOR DANIEL CARBALLO

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

DOCENTE DIRECTORA

LICDA. MARIELA VELASCO DE AVALOS

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



MIEMBROS DEL TRIBUNAL JURADO

PRESIDENTE

LICDA. ELVIA LORENA MEZQUITA

SECRETARIO

LIC. JAIME SALVADOR ARRIOLA

VOCAL

LICDA. MARIELA VELASCO DE AVALOS

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia por su apoyo incondicional especialmente a mi madre por ser el pilar fundamental en mi vida que me impulsa a ser mejor día a día, tanto como persona y profesionalmente, a mis abuelos, tías y hermanos porque siempre me han apoyado e incentivado a cumplir mis metas y sueño.

Agradezco a mis amigos por ser parte fundamental en este camino de la vida universitaria, por apoyarme y ser parte de las mayores alegrías y satisfacciones que he tenido a lo largo de estos años.

Agradezco de forma especial a mis compañeras de Tesis Tatiana Erroa y Diana Rodríguez por todo su esfuerzo y dedicación a este proyecto, pero primordialmente por su amistad, compañía y complicidad. De igual forma agradezco a sus familias por el apoyo incondicional.

A los licenciados que han sido parte primordial en mi formación académica, en especial a mi asesora que me brindo de su conocimiento y experiencia.

Pero sobretodo le agradezco a Dios por permitirme culminar una de mis mayores metas en la vida, por ser quien guía mis pasos e ilumina mi caminar.

Raquel Aguilar

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

A mis padres: Por estar siempre en mí caminar, por confiar en mí, por saber orientar mis pasos y decisiones, pero sobre todo por inculcarme excelentes valores para poder desarrollarme en mi vida profesional y espiritual; Los amo.

Querido mejor amigo y hermano: Que es un pilar vital en mí caminar, con sus desvelos, complicidad y consejos apporto a mi crecimiento personal en mi carrera y por ende en mi actitud profesional; Te amo.

A los Erroa, Mancia y Aguilar nacionales e internacionales: Perfecta familia, ejemplares personas de mi vida, que con sus consejos y apoyo también han hecho de mí una profesional de éxito, gracias por su amor y entrega; Los amo.

A mis paterros, agregados y familias: Esos seres perfectos que encontramos en nuestra vida y que sin ellos la vida universitaria no hubiese tenido sentido, por su apoyo, por los pleito, complicidad alegrías y reuniones, por dejar de ser compañeros y convertirse en amigos primordiales de mi vida y por dejar que sus familias fueran parte de mí, gracias por seguir en el camino conmigo; Los adoro. A mis compañeras de tesis que me han aguantado tanto las quiero las admiro y la familia Rodríguez que me tolero tanto mis locuras y la maravillosa niña gloria con sus ricos alimentos, se les agradece inmenso por tener a perfectas hijas; Diana y Raquel fueron mi mejor matrimonio.

A mis licenciados: sin sus conocimientos, confianza, apoyo y dirección quizá no conocería el valor de la pertenencia y la pasión de mi carrera, gracias por seguir formando parte de mi crecimiento profesional; se les apreciara toda la vida.

A mi particular licenciada: Dejo de ser licenciada desde hace mucho tiempo, se convirtió en mi asesora pero ahora es una amiga más de mi vida, que con su confianza, sus particularidades profesionales, complicidad y sus palabras se convirtió en momentos buenos y difíciles mi motor, gracias por hacer de mí una persona crítica y amante de la vida.

A mi gente: Personas que han estado la vida entera conmigo, que me han llenado de confianza y son un apoyo incondicional en lo que hago, he hecho y hare, es suficiente para considerarme afortunada por siempre están ahí; los quiero tanto.

Pero sobre todo esto, a Dios que es la base de todas las maravillas que en mi vida hay, que es la luz principal que guía mi caminar en todas esas decisiones pasadas y futuras, gracias por hacer de mí una mujer de excelencia y profesional de éxito

Tatiana Erroa

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

A Dios que me ha permitido llegar hasta donde estoy, por la sabiduría y el entendimiento brindado y por darme serenidad en los momentos que creía caer. ¡Infinitas gracias!

A mis padres quienes han sido pilares fundamentales en mi vida y de manera especial a lo largo de mi carrera universitaria, quienes incondicionalmente estuvieron dándome todo su apoyo y comprensión en los momentos difíciles, desde siempre dando lo mejor de ellos para mí, dándome los mejores ejemplos y brindándome sus consejos, valores que me rigen como la persona que soy hoy en día y sobre todo la constancia y determinación para cumplir con mis metas y salir adelante. ¡Los amo!

A mi hermano siempre estuvo apoyándome en mis momentos de colapso, tenía alguna palabra para calmarme o simplemente escucharme. Siempre fuiste esa compañía en nuestros días de trabajo. ¡Gracias negrito!

A mis compañeras y sus familias Taty Erroa y Raquel Aguilar, amigas y compañeras, juntas salimos adelante a pesar de los obstáculos que tuvimos al iniciar esta travesía, un reto al cual dimos cumplimiento y del cual nos sentimos orgullosas, estoy más que agradecida con estos seres llenos de paciencia y tolerancia en esos momentos de estrés pero que a pesar de ello, cada una tenía la mejor manera de resolver y salir nuevamente adelante. A sus familias, especialmente a sus mamis que siempre nos dieron el mayor de los apoyos en todo sentido. ¡Gracias, las quiero!

A mis licenciados desde que inicie este camino, en mi vida universitaria aparecieron sin duda personas que me brindaron sus conocimientos de la manera más clara y precisa, dejando así su huella profesional en mi persona. No me alcanzarían las palabras para agradecer a cada uno de mis maestros a lo largo de estos años por impulsar nuestro desarrollo en esta formación profesional. Agradezco de manera especial a la Licda. Mariela Velasco, mi tutora, una de mis mayores fuentes de inspiración y motivación desde que inicie esta carrera, por esos momentos de orientación cuando creía estar perdida, siempre estuvo para sacarme de dudas y brindarme su conocimiento profesional y como excelente persona que es.

A mis amigos/as y personas especiales A todas esas maravillosas personas que han estado conmigo en los momentos más difíciles, dándome ánimos a seguir adelante, dando una palabra de aliento cuando lo necesite, y que de una u otra manera sabía que siempre estaban para mí. ¡Gracias a ustedes!

Ha sido largo el viaje, pero al fin llegué.

Diana Rodríguez

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	i
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
A. Situación del problema.....	15
B. Enunciado	18
C. Objetivos	19
General.....	19
Específicos	19
D. Justificación.	19
E. Delimitación.....	21
o Espacial:	21
o Social:	21
o Temporal:	21
o Teórica:	21
CAPITULO II. MARCO TEORICO	23
A. MARCO LEGAL DEL ADULTO MAYOR.....	23
1. La Constitución de la República de El Salvador.....	23
2. Código de familia.....	23
2.1 Instituciones públicas y privadas que brindan atención a las personas adultos mayores en estado de abandono.	29
3. Ley contra la violencia intrafamiliar	29
4. Ley de atención integral para la persona adulta mayor.	30
5. Código de salud.....	33
B. BASE TEORICA	34
1. Antecedentes.....	34
1.1.1 Las concepciones del adulto mayor a través de la historia.	34
1.2 La actualidad del adulto mayor.....	37
1.2.1. El adulto mayor en el mundo moderno.....	37
1.2.2. El adulto mayor en el mundo contemporáneo.....	38
1.2.3. La concepción del adulto mayor en el mundo futuro.....	39
2. La edad adulta tardía o vejez.....	40

2.1	Aspectos generales sobre el envejecimiento.....	40
2.2	Clasificación del sujeto en la vejez.....	41
2.3	Estado físico y psíquico del adulto mayor.....	43
2.3.1	Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento.....	43
2.3.2	Estado psíquico del adulto mayor.....	43
3.	Factores Psicosociales.....	44
3.1	Conceptualización de factores psicosociales.....	44
3.2	Teorías de los factores psicosociales en el adulto mayor.....	45
3.3	Factores psicológicos.....	46
3.3.1	Cambios psicológicos en el adulto mayor.....	46
3.3.1.2	La adaptabilidad y crisis en la vejez.....	46
3.3.1.3	Adaptaciones de la edad adulta según Peck.....	47
3.3.2	La autoestima y autoeficacia en el adulto mayor.....	48
3.3.3	Personalidad y envejecimiento.....	50
3.3.4.	Factores psicológicos derivados de la cotidianidad de los adultos mayor.....	50
3.4	Factores sociales.....	52
3.4.1	Elementos sociales.....	52
4.	El Deterioro cognitivo y el pensamiento en la vejez.....	55
4.1	La conceptualización del deterioro cognitivo en la vejez.....	55
4.2	Aspectos cognitivos del envejecimiento.....	57
4.3	El proceso del Pensamiento.....	59
4.3.1	Tipología del pensamiento.....	61
4.4	La generalidad en el deterioro del pensamiento.....	64
4.5	El Deterioro del Pensamiento.....	65
4.5.1	Tipología de los trastornos del pensamiento.....	66
CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES.....		73
CAPITULO IV. MARCO METODOLOGICO.....		78
a)	Tipo de investigación.....	78
b)	Diseño de investigación.....	78
c)	Población y muestra.....	78
d)	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	79
Guía de Observación “Evaluación del curso y forma del pensamiento”.....		80

Guía de entrevista semi- estructurada.....	80
Guía de cuestionario- Escala Likert (evaluación de contenido y forma).....	80
e) Procedimiento.....	81
CAPITULO V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	83
5.1 Gráficos de generalidades de la Muestra.....	83
Tabla n°1.....	83
<i>Género e institucionalización</i>	83
Tabla n°2.....	84
Edad y caracterización	84
Tabla n°3.....	85
Estado familiar y nivel académico	85
5.2 Tabulación de factores psicosociales asociados al deterioro del pensamiento, en su curso, contenidos y forma.....	86
Tabla n°4: Factores sociales asociados al deterioro del pensamiento.....	86
Tabla N° 5: Factores psicológicos asociados al deterioro del pensamiento.....	87
5.3 Análisis de resultados.....	88
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	94
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	95
Referencias bibliográficas.....	97
Índice de anexos.....	99

INTRODUCCION

Dentro de la realidad salvadoreña se ha estudiado poco o de manera general los procesos cognitivos del ser humano, por lo que surge la inquietud de investigar dicho fenómeno y de esta manera conocer por qué el proceso del pensamiento se ve afectado progresivamente por elementos de vida favorables o no, y lograr evidenciar de qué manera los componentes psicológicos y sociales juegan un papel fundamental, más allá de la estimulación o calidad de vida que han tenido y actualmente tienen los adultos mayores.

Por lo tanto la presente investigación se denomina “relación de los factores psicosociales con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, sin enfermedades mentales específicas”

El propósito primordial de esta investigación radica en alcanzar progresivamente una mayor calidad de vida para el adulto mayor y favorecer a esta población a que su vejez sea óptima y cubra de manera idónea sus necesidades psicológicas y sociales y disminuir paulatinamente los factores que afecten en su desarrollo humano.

En el primer capítulo de esta investigación plantea la situación del problema, enunciado, objetivos, justificación y delimitación de la misma.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico donde se aborda el marco legal del adulto mayor que fundamenta leyes y artículos que amparan la salud mental y física del adulto mayor. Seguidamente de la base teórica como antecedentes de la situación, la edad adulta tardía o vejez, factores psicológicos y sociales, así como el deterioro cognitivo y pensamiento en la vejez.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Luego se describe el sistema de hipótesis y variables de la misma, seguido de la metodología utilizada en el proceso de la investigación, en donde se clarifica el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos, y el procedimiento que se lleva a cabo.

Así también el capítulo de la presentación y análisis de los resultados obtenidos y finalmente el capítulo de conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación del problema.

Según la División de Población de las Naciones Unidas (OPS-OMS 2008)¹ Los cambios demográficos, impactados por factores como la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida e intervenciones de salud en la niñez van dirigidos a reducir la mortalidad infantil y como consecuencia el aumento de la esperanza de vida y un incremento creciente del grupo de población adulta mayor (+60 años).

(CONPES, 2004)². “En América Latina y del caribe el promedio de edad vivida en el 2005 era de 72,4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25%”. Para el año 2010 la población de 60 años y más, ya alcanzaba el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años por cada 100 niños menores de 15 años, y 49 adultos mayores de 75 años por cada 100 niños menores de 15 años.

De esta manera, el envejecimiento poblacional ha originado cambios no solo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, sino también ha afectado las distintas áreas del adulto mayor (familia, salud física y mental), llevando a que se cuestionen temas relacionados con la calidad de vida, la salud, el involucramiento social y la búsqueda de la seguridad social de estas personas. (Jaspers-Faijer, 2005)

Según la OMS (2012)³ El salvador es considerado el país más densamente poblado de la región, para el año 2008 el 77% de la mortalidad correspondió a adultos mayores y en el 2005 de 54,7%, sin embargo para el año 2011 la población ya ascendía a 53% mujeres y 47% hombres y

¹ Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública (2012).

² Intervención psicológica en adultos mayores (2010). Psicología del Caribe Universidad del Norte.

³ Dirección General de Estadística y Censos. Estimaciones y proyecciones de poblaciones. El Salvador 2010.

con esta dinámica particular en sus tasas de natalidad y mortalidad provocaría gran impacto no solo en el desequilibrio demográfico, sino también en los aspectos sociales, de salud y económicos dentro de esta población. Se cuenta con una población de aproximadamente 5 millones 744mil 114 habitantes, de los cuales, cerca de 600 mil son personas de la tercera edad, es decir, entre el 10 y 11% de su pobladores, de este porcentaje, sólo el 10% tiene acceso a Seguro Social, mientras el 90% restante no tiene acceso a Salud, Vivienda y viven a la deriva, si no tienen hijos o familiares que velen por su bienestar.

Según “datos estadísticos nacionales del último censo, del total de población del país está estimada en aproximadamente 5,7 millones” (Censo 2007)⁴, 542,191 son personas mayores de 60 años de edad. Esto corresponde al 11.1% de la población total del país. De conformidad a las proyecciones de población, este grupo aumentará en 15 años al 20%; es decir, dos de cada diez personas serán mayores de 60 años.

Entrar a la adultez mayor en El Salvador resulta muy difícil para los ciudadanos que se encuentran en el rango de la tercera edad, o se acercaban a ella, sobre todo porque no existían leyes que los amparaban completamente y muchos de ellos terminan en la mendicidad o en un asilo. Las consideraciones acerca de la situación y necesidades de la población adulta mayor han venido por lo tanto desarrollándose lentamente. En su devenir se han mezclado criterios de edad con los de pobreza y abandono.

Originalmente los Adultos Mayores que representaban el interés social eran aquellos que requerían de apoyo material por su indigencia y abandono; de esa manera lo que visibilizaba, frente al conjunto social, era la pobreza y la indigencia. Fue justamente sobre esta visión de

⁴ Informe nacional de El Salvador, secretaria de inclusión social.

asistencia y caridad que se articularon los esfuerzos sociales económicos y legales durante casi un siglo en el tema de la asistencia a los Adultos Mayores⁵.

Hoy en día en nuestro país se han creado leyes que ayudan, no a eliminar sino más bien a sobre llevar la situación que vive el adulto mayor en nuestra sociedad, debido a que estos sufren ante la discriminación y la violación de todos sus derechos como seres humanos⁶.

Sin embargo existen acciones que contrarrestan el cumplimiento de todo el marco legal que ampara al adulto mayor, ya que muchos adultos mayores residen en asilos, pues a sus parientes, en algunos casos, no les queda tiempo para atenderlos o porque simplemente los abandonaron ahí y existe un buen número de adultos mayores que deambulan por las calles del país; factores sociales y psicológicos han impactado negativamente en esta población, pensiones y donaciones es casi siempre la única fuente de ingresos para satisfacer sus necesidades básicas humanas, la precariedad del mercado del empleo, salud, trabajo y en particular la desprotección social, determinan que la mayoría de la población carezca de prestaciones y por tanto la dificultad de alcanzan una adultez digna e independiente.

En la actualidad el adulto mayor se visualiza como una población no provechosa, a pesar de que el presente gobierno ha hecho un esfuerzo por incorporar al adulto mayor en la sociedad, para jugar un papel importante en ella aunque no se le reconozca como debe de ser con las diferentes actividades creadas en reconocimiento de este sector de la población, buscando

⁵ Situación Actual de los Hogares y Residencias de las Personas Adultas Mayores en El Salvador, Informe nacional de El Salvador, pág. 18.

⁶ Asamblea General de Naciones Unidas. Remisión información sobre propuestas concretas, medidas prácticas, mejores prácticas y enseñanzas adquiridas que contribuyan a la promoción y protección de los derechos y la dignidad de las personas de edad (2015).

desterrar los estereotipos en los cuales se asume que por su edad son personas con faltas de interés por aprender nuevas habilidades, aisladas socialmente y no productiva ni consumidores⁷.

En el adulto mayor la dificultad o el “desinterés” que se proyecta por parte de algunas personas en la sociedad no radica totalmente porque ellos así lo quieren, si no debido a procesos naturales que debido a su edad se ven inmersos, hablamos del deterioro en sus procesos cognitivos, Según (Arriola e Inza 1999) “Se habla de que el envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose”. Sin embargo, dicha decadencia no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiente histórico social, como previamente se mencionó, y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.

Dice Puig (2000)⁸ “Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud mental frágil, escasa educación, inestabilidad económica, presencia de algún tipo de patología, falta de motivación o visión de la vida, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales. Pero no sólo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva”.

B. Enunciado

¿Existe relación entre los factores psicosociales y el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, sin enfermedades mentales específicas del Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar?

⁷ “Estudio social Desplazamiento del Adulto Mayor” 2005, Págs. 1- 100.

⁸ Estimulación cognitiva en personas adultas mayores.

C. Objetivos

General

- Conocer cómo los diferentes factores psicosociales se relacionan con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, sin enfermedades mentales específicas.

Específicos

- Determinar si los factores sociales a nivel económico, relacional, de salud, institucionalización y laborales se relacionan con el deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en el adulto mayor institucionalizado sin enfermedad mental específica.
- Determinar si los factores psicológicos; autoestima, autoeficacia, adaptabilidad y maltrato (físico, económico y psicológico) se relacionan con el deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en el adulto mayor institucionalizado sin enfermedad mental específica.

D. Justificación.

La presente investigación va orientada a conocer si existe relación de los factores psicosociales con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar durante el año 2017.

La iniciativa de investigar sobre la relación de los factores psicosociales con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, deriva de las vivencias obtenidas en el entorno familiar y social en relación a los adultos mayores con los cuales se ha presentado algún tipo de convivencia que en su gran mayoría han perdido su importancia dentro de estos

contextos, son victimizados, ignorados, olvidados y/o subestimados, y en consecuencia a lo anterior muchos terminan en un asilo sin recibir visitas por parte de familiares o amigos. A pesar de que se han intentado diversas formas de concientizar a la población mediante la construcción, leyes, artículos, teoría y/o acciones que buscan contrarrestar el estado vulnerable de los adultos mayores, no se cumple en su totalidad y si se cumplen no existe un seguimiento ni actualización de los estados de los adultos mayores en dichos contextos.

Así también otro de los factores que han llevado a investigar esta temática, es la inquietud de conocer porqué el proceso del pensamiento se ve afectado progresivamente por las condiciones y estilo de vida que promueven tanto el ente psicológico como el social.

Por lo tanto el aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y a los profesionales del área de la salud, específicamente, en el caso de los psicólogos, a que contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad a nivel físico y salud mental optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002)⁹.

Ante lo anterior es preciso señalar que en la vida ninguna persona puede evitar el fenómeno biológico de envejecimiento, pero si es posible evadir y corregir los factores que facilitan la aceleración degradada del mismo; siendo necesario estudiar las condiciones psicológicas y sociales, para desafiar el problema del deterioro en el proceso cognitivo del pensamiento en el

⁹ www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf

envejecimiento, por una vejez saludable en la cual se haga efectiva la atención integral de la misma.

Por lo que se considera que los resultados obtenidos con esta investigación, la institución pueda optimizar sus servicios, de igual forma podrá ajustar y mejorar los programas que viene desarrollando y crear nuevas propuestas contribuyendo a la prevención del deterioro del pensamiento en el adulto mayor.

E. Delimitación

- **Espacial:** La presente investigación se desarrolló en las instalaciones del Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”, ubicado en la colonia Costa Rica, Avenida Irazú, San salvador; institución que se encuentra anexa al Instituto de Rehabilitación Integral (ISRI).
- **Social:** Adultos mayores (8 mujeres y 12 hombres) 20 en su totalidad, residentes del Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”, sin enfermedades mentales específicas, mayores de 60 años de edad, nivel educativo básico, sin limitantes físicas, que pudieron impedir la interacción y comprensión de lo que se pretendía en la investigación y con experiencias previas dirigidas al área laboral, familiar, afectivo, social etc.
- **Temporal:** El proyecto de investigación se ejecutó en dos fases: en la primera fase se desarrolló el proceso de planificación donde se recabo toda la información teórica que sustentaría la fase de ejecución, en la segunda fase se realizó la aplicación de instrumentos y análisis e interpretación de estos mismos. Estas fases se desarrollaron de Marzo a Septiembre del presente año 2017.
- **Teórica:** La investigación se suscribió únicamente a dos variables de investigación: La primera de variable los factores psicosociales, desglosando factores psicológicos (autoestima,

autoeficacia, adaptabilidad y maltrato) así como factores sociales (económico, relacional, de salud, institucionalización y laboral) que se relacionan en el adulto mayor, estos factores que rodean al adulto mayor el cual hace ver que la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, pero fundamentalmente por factores socio-psicológicos, y solo una pequeña parte de estos se encuentran determinado por factores biológicos.

Las reacciones de las personas al abandono del mundo del trabajo, familia, buena salud, y por lo cual verse influida su autoestima, su adaptabilidad a los cambios, la conceptualización y significancias emocionales y sentimentales de sus experiencias , hay que tomar en cuenta que también los adultos mayores comienzan a afrontar la idea de la propia muerte, Los significados a nivel personal y cultural de la muerte influyen de manera importante en el hecho de que las personas muestren miedo o preocupación con los pensamientos acerca de éste evento y opten por aislarse o por buscar más compañía. Necesidad de interacción social que se satisface mediante una afiliación explícita con el grupo de edad a fin.

Y como segunda variable el deterioro del proceso cognitivo del pensamiento, que abarca de primera instancia el deterioro cognitivo, como generalidad que es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención, pensamiento, solución de conflictos y velocidad de pensamiento de la información, que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo del cerebro depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual; los trastornos del pensamiento y variabilidades. Finalmente abordar respecto al deterioro del pensamiento como tal, dando un planteamiento de lo que lo construye y como se representa considerablemente en el individuo.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

A. MARCO LEGAL DEL ADULTO MAYOR.

A nivel nacional se cuenta con instrumentos en donde se reconoce la protección a la persona humana y en especial a las personas adultas mayores, entre ellas se pueden mencionar:

1. La Constitución de la República de El Salvador.

Reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, debiendo éste implementar los medios necesarios para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común, además asegurar a sus habitantes el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Asimismo, el artículo 32 de dicha Constitución reconoce a la Familia como base fundamental de la sociedad, y el Estado está en la obligación de dictar la legislación necesaria para su protección.

En su artículo 70 se obliga al Estado para tomar a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.

Por lo tanto, y en base a estos principios constitucionales se han creado leyes que protegen y amparan la seguridad y la igualdad de las personas humanas.

2. Código de familia.

a) Objeto del código.

Art. 1.- El presente Código establece el régimen jurídico de la familia, de los menores y de las personas adultas mayores y consecuentemente, regula las relaciones de sus miembros y de éstos con la sociedad y con las entidades estatales. Es por ello, que se debe tomar en cuenta lo

importante que resulta regular, especialmente en la materia familiar, lo referente a menores y a las personas adultas mayores ya que estos son una parte demasiado vulnerable de la sociedad que hay que protegerla de una forma especial y efectiva.

b) Concepto.

Art. 389.- Se entiende por personas adultas mayores, las que hubieren cumplido sesenta años de edad o más. En caso de duda, se presumirá que una persona es adulto mayor. Es decir, que se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad.

c) Régimen especial.

Art. 390.- El régimen especial de las personas adultas mayores, establece los principios en que se fundamenta su protección; reconoce y regula sus derechos y deberes; así como los deberes de la familia, la sociedad y el Estado, para garantizarles la protección integral.

d) Protección integral.

Art. 391.- La protección de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico.

Se consideran aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados. Las personas adultas mayores requieren consideración y atención especial de la familia, la Sociedad y del Estado, pero para ello se debe tomar en cuenta una serie de aspectos que son pilares para el desarrollo integral del adulto mayor. Por lo

cual, al adulto mayor se le debe brindar un entorno agradable, lleno de amor, respeto y comprensión, etc.

e) Responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.

Art. 392.- Las personas adultas mayores, tienen derecho a vivir al lado de su familia, siendo ésta la principal responsable de su protección; la sociedad y el Estado la asumirán, cuando ellas carecieren de familia o cuando la que tengan, no sea capaz de proporcionarles una protección adecuada. El internamiento en asilos o casas de retiro se tendrá como última medida a aplicar. En todo caso, dichos centros deberán tener las características propias de un hogar familiar.

El Estado deberá propiciar por todos los medios a su alcance, la estabilidad de la familia de las personas adultas mayores y su bienestar en materia de salud, empleo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que sus miembros puedan asumir plenamente, las responsabilidades que por este régimen se les imponen.

f) Prevención.

Art. 393.- La protección de las personas adultas mayores se realizará mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

La familia, la sociedad y el Estado están obligados a ejecutar prioritariamente acciones preventivas tendientes a lograr que las personas adultas mayores vivan con dignidad, con la debida salud física, mental y emocional, gozando efectivamente de las atenciones y consideraciones especiales que requieren por su condición.

Las acciones preventivas del Estado se orientarán con las políticas sociales de asistencia, protección, programas de esparcimiento y voluntariados, promoción familiar y educativa que

incluya a los miembros de la familia, para inculcarles valores morales como el respeto y protección a los mayores.

g) Derechos fundamentales de las personas adultas mayores.

Art. 394.- Las personas adultas mayores gozarán de los siguientes derechos:

1º) A no ser discriminado en razón de su edad; 2º) A ser atendidos con prioridad para el goce y ejercicio de sus derechos; 3º) A recibir alimentación transporte y tener vivienda adecuadas; 4º) A vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad; 5º) A recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica; 6º) A buen trato, consideración y tolerancia, por parte de la familia, la sociedad y el Estado; 7º) A disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos, de servicio o de simple esparcimiento; 8º) A ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado; 9º) A recibir protección contra abusos o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita, para la defensa de sus derechos; 10º) A ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad que preserven su auto imagen de personas útiles a la sociedad; 11º) A no ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas; o que menoscaben su dignidad; 12º) A recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y verificar periódicamente sus pensiones; 13º) A ser informados de sus derechos y de las leyes que se los garantizan; y, 14º) A gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los tratados internacionales ratificados por El Salvador y demás leyes que les garanticen su protección.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Se consideran esenciales para la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, asistencia médica, a recibir protección contra abusos o malos tratos, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados.

Se establece también que las personas adultas mayores gozaran de un régimen especial que comprende su protección, sus deberes y derechos, deberes de las familias para con ellos, así como la protección del Estado y la sociedad a fin de garantizar una protección integral.

i) Normas supletorias.

Art. 396.- Los principios y disposiciones contenidas en el Título Primero de este Libro, se observarán respecto de las personas adultas mayores, en todo aquello que razonablemente les fuere favorable, de acuerdo a sus limitaciones y necesidades de asistencia. “De acuerdo con nuestro Código de Familia, los Principios Rectores, Derechos Fundamentales y Deberes de Las Personas Adultas Mayores las menciona este Capítulo, en lo referente a lo más favorable para con el desarrollo integral del adulto mayor.”

j) Deberes.

Art. 397.- El Estado deberá propiciar por todos los medios la estabilidad de la familia y su bienestar en materia de salud, trabajo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que pueda asumir plenamente las responsabilidades que le competen en la formación y protección del menor y de todo el grupo familiar.

k) Sistema nacional de protección a la familia y personas adultas mayores.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Art. 398.- La protección integral de la familia y personas adultas mayores, a cargo del Estado, se hará a través de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, coordinadas por la Secretaría Nacional de la Familia, con la participación de la comunidad y el apoyo de los organismos internacionales, los que conforman el Sistema Nacional de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores. Dicho sistema garantizará la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación y estabilidad de la unidad familiar.

La ley misma indica que para darle un mejor cumplimiento a todas las regulaciones debe crearse un consejo especial, por esa razón se creó el Consejo Nacional de Atención Integral a Los Programas de los Adultos Mayores denominado por sus siglas CONAIPAM. El cual tendrá dentro de sus atribuciones crear y desarrollar programas tendientes a incorporar a la persona adulto mayor en actividades ocupacionales, vocacionales y recreativos, vigilar y facilitar a todas las instituciones públicas, privadas, no gubernamentales, incluyendo también a los gobiernos locales para que se creen campañas que brinden una adecuada atención a las personas adultas mayores y brinden además información sobre los deberes y derechos que poseen.

m) Permanencia y obligatoriedad.

Art. 401.- Las instituciones que conforman los Sistemas Nacionales de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores y al Menor, ejecutarán programas y actividades de atención en forma permanente y obligatoria, encaminados a beneficiar a la familia y personas adultas mayores y a satisfacer las necesidades relacionadas con el desarrollo integral del menor; cumplirán y harán cumplir en sus respectivas áreas de competencia, las normas que para la protección de dichas personas se consagran en este Código.

2.1 Instituciones públicas y privadas que brindan atención a las personas adultos mayores en estado de abandono.

En El Salvador cuenta con cincuenta y cuatro en total de las instituciones que trabajan con la población Adulto Mayor. Donde dos son de carácter Público y cincuenta de carácter privada de los cuales ocho son privados comerciales y cuarenta y seis son privados sin fines de lucro.

Dichos centros deberán tener las características propias de un hogar familiar. El Estado deberá propiciar por todos los medios a su alcance, la estabilidad de la familia de las personas adultas mayores y su bienestar en materia de salud, empleo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que sus miembros puedan asumir plenamente, las responsabilidades que por este régimen se les imponen.

Las acciones preventivas del Estado se orientarán con las políticas sociales de asistencia, protección, programas de esparcimiento y voluntariados, promoción familiar y educativa que incluya a los miembros de la familia, para inculcarles valores morales como el respeto y protección a los mayores.¹⁰

3. Ley contra la violencia intrafamiliar.

a) Fines: Art. 1.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

b) Proteger de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas discapacitadas. Esta protección especial es necesaria para disminuir la desigualdad de poder que exista entre las personas que constituyen una familia y tomar en cuenta la especial situación de cada una de ellas.

¹⁰Código de Familia Art.392, 393. Pág. 60 y 47.

Dicha ley está encaminada específicamente a la protección de las personas que son víctimas de la violencia intrafamiliar ya sea esta en una relación de pareja, adolescentes o simplemente de personas que no pueden valerse por sí mismas.

4. Ley de atención integral para la persona adulta mayor.

Art. 1. La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia. “Para la protección de las personas adultas mayores es de suma importancia tener una ley específica que las respalde, para que no se les vulneren sus derechos, es por ello que se ha creado esta ley para contribuir de alguna manera en la protección del adulto mayor.”

Art. 3.- La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas. “Así mismo, la familia es la principal obligada al cuidado y atención de las personas adultas mayores, pero el, Estado también tiene que contribuir de una manera efectiva a dicho fin”.

Art. 4.- A falta de una familia para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin. “Siendo la Familia la principal obligada para este fin, a falta de esta el estado está en la obligación de velar para que las personas adultas mayores no queden desamparadas, por ningún motivo el estado puede permitir que esta no tengan ningún apoyo para sobrevivir, y es con el apoyo de instituciones especiales que el estado vela por la protección integral del adulto mayor. ”

Art. 5.- Son derechos fundamentales de las personas adultas mayores, los siguientes:

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

1°) No ser discriminado en razón de su edad, sexo o cualquier otra condición; 2°) Ser atendido con propiedad para el goce y ejercicio de sus derechos; 3°) Recibir alimentación, transporte y tener vivienda adecuada; 4°) Vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad; 5°) Recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica, en forma oportuna y eficaz; 6°) Recibir buen trato, consideración y tolerancia por parte de la familia, la sociedad y el Estado; 7°) Disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos y de esparcimiento; 8°) Ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado; 9°) Recibir protección contra abuso o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita para la defensa de sus derechos; 10°) Ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la Comunidad que preserven su autoestima de personas útiles a la Sociedad; 11°) No ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas que menoscaben su dignidad; 12°) Recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y a que se revise periódicamente su pensión a fin de adecuarla al costo de vida vigente; 13°) Ser informados de sus derechos y de las Leyes que se los garantizan; 14°) Disfrutar de un envejecimiento útil a la sociedad, entendiéndose éste como el aprovechamiento máximo de sus experiencias adquiridas participando activamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades; y 15°) Gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los Tratados Internacionales ratificados por El Salvador y demás Leyes que les garanticen su protección.

“Todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por un personal de salud que haya recibido una capacitación apropiada en el manejo de los problemas de salud más comunes en la

vejez. Sin embargo, el personal de salud en nuestro país carece de una formación o capacitación en envejecimiento y en gerontología o geriatría”.

“El servicio de salud no es el más adecuado en coordinación con las necesidades de esta población, por lo que sus citas con médicos especialistas tienen que esperar un tiempo aproximado de seis a nueve meses, pero tampoco se ha podido garantizar la existencia y dotación de los medicamentos que, a diario, requiere la población adulta mayor usuaria de los servicios de salud”.

“Dentro del funcionamiento de los Tribunales de Familia y dentro del papel que éstos deben jugar dentro de la protección de las y los adultos mayores, éste se ve limitado por la falta de mecanismos, en el sentido que ellos son un ente jurisdiccional, pero que al aplicar las decisiones que se toman, o para aplicar una protección jurisdiccional también se necesita de toda una estructura múltiple que pueda responder a las necesidades de la población y esta es una de las carencias que tiene el país en el sentido de que no basta con tener una protección judicial y un marco legal, sino que se necesita de toda una estructura amplia de atención a esta población”.

Art. 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

“Se le reconoce a todas las personas adultas mayores el derecho a recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica; y a recibir buen trato, consideración y tolerancia, por parte de la familia, la sociedad y el Estado”.

Art. 11.- Los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención Geronto-Geriátrica.

“Es de suma importancia para el adulto mayor recibir constantemente los servicios médicos de las instituciones correspondientes, por lo tanto estas instituciones deberán contar con una atención Geriátrica, con condiciones de fortalecimiento de las instituciones de salud pública y privada en la prestación de servicios en geriatría y gerontología para la población mayor.”

5. Código de salud.

a) Nutrición.

Art. 52.- El Ministerio dictará medidas y realizará actividades para prevenir la desnutrición y deficiencias específicas de la población en general especialmente de los niños pre-escolar y escolares, de las mujeres embarazadas, madres lactantes y de los ancianos. Hay una serie de personas que lastimosamente no pueden acceder a servicios de atenciones de salud que les ayuden a mantener un bienestar emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de una enfermedad. Todo niño/a, mujeres y adultos mayores están respaldados por el ministerio de Salud para prevenir la desnutrición.

b) Salud mental.

Art. 54.- El Ministerio organizará y desarrollará actividades de salud mental para el estudio, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población en general y principalmente de la infancia. El Ministerio está organizado para prevenir enfermedades y trastornos mentales a través de una serie de actividades encaminadas al mejoramiento y tratamiento de dichos problemas.

d) Asistencia psiquiátrica.

Art. 203.- El Ministerio de conformidad con sus recursos, y sus normas respectivas en los organismos de salud que determine, dará asistencia psicológica y psiquiátrica a los enfermos que la requieran. Esta asistencia será domiciliaria, ambulatoria o institucional y tendrá por objeto el tratamiento y control de las enfermedades y deficiencias mentales.

Art. 229.- Para desarrollar las actividades técnicas del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos en forma eficiente, éstas se encomendarán, de acuerdo a cada especialidad, a las siguientes unidades:

f) Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", que atenderá especialmente a personas de edad avanzada. Este centro de Atención se encarga específicamente de personas de edad avanzada, las cuales no poseen ningún familiar que responda por ellos.

B. BASE TEORICA

1. Antecedentes.

1.1.1 Las concepciones del adulto mayor a través de la historia.

Conceptos y sinónimos variados engloban la palabra vejez y adulto mayor en los diccionarios de lengua española. La mayor parte de ellos se utiliza como expresiones peyorativas, que disminuyen su verdadero valor y cualidades de este grupo. Si la palabra viejo y/o vejez posee tan variados alcances significa que tuvo una larga historia y también una variedad de interpretaciones.

En todas las sociedades encontramos diferentes concepciones acerca de la vejez y se puede afirmar que la situación adversa que viven en la actualidad los adultos mayores (considerados

fuera de moda, estorbo, una carga o improductivos) también fue parte en otras épocas, llegando, incluso, al castigo y desprecio por su edad.

Para Manuel Lillo Crespo en el estudio “Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia”, realizado en España en el 2002¹¹, menciona que:

1. **Los egipcios:** consideraban al anciano se le contemplaba desde una visión positiva, como pilar en la educación de los más jóvenes y como símbolo de sabiduría, para los griegos era lo contrario.
2. **Los griegos:** que adoraban la belleza, la vejez significaba una ofensa al espíritu; motivo de burla en sus comedias que, incluso, la consideraban en sí misma como una lacra. La vejez junto a la muerte configuraban lo que llamaban *Keres*: el grupo de males de la vida y, por tanto, considerados como un castigo para la humanidad.
3. **Los ancianos en la época Hebrea:** el consejo pierde su poder y la imagen del anciano comienza a deteriorarse. Podemos afirmar que dentro del mundo hebreo el concepto de longevidad sufrió grandes polarizaciones pasando de visiones positivas a negativas causadas por acontecimientos sociopolíticos. Sin embargo, la mujer continúa ocupando el papel principal en los cuidados al anciano.
4. **Cultura romana y el concepto de vejez:** en un principio existía una visión pesimista de la vejez, sin embargo, el anciano fue un personaje muy considerado en los textos de esta época. Es más, se analizaron los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. De los registros existentes en la época se determina que la cantidad de ancianos en la sociedad romana era mucho mayor que en la griega.

¹¹ <https://es.scribd.com/.../ANTROPOLOGIA-DE-LOS-CUIDADOS-EN-EL-ANCIANO>.

5. **La vejez en la edad media:** un panorama aterrador para los ancianos significó la denominada 'Edad Oscura' o 'Alta Edad Media', del siglo V al X, marcada por la brutalidad y predominio de la fuerza. No es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les correspondió a los ancianos.

En el colectivo eclesiástico, los ancianos fueron numerosos, aunque en sus escritos no dieran importancia a la ancianidad. Llama la atención que, en el ámbito de la moral, se utilizó a la vejez como un mal proveniente del castigo divino por los pecados del hombre. El único interés que existe por la vejez en el cristianismo es la imagen de fealdad y decrepitud.

6. **La longevidad en el renacimiento:** Durante el siglo XV las gentes se fueron entusiasmando con el descubrimiento de las bellezas escondidas del mundo grecorromano el cual yacía sepultado. A la Europa Occidental le atraían los griegos antiguos, cultivadores de la belleza, juventud y perfección. Se renovaba, de esta manera, el horizonte cultural. Este naciente espíritu individualista que florecía, tras siglos de encierro en pequeñas ciudades amuralladas y pestilentes, ahogados de miedos y violencias, rechazaron sin disimulo la vejez. Asimismo, todo aquello que representaba la fealdad, decrepitud inevitable, el carácter melancólico y la decadencia. Fueron, quizás, los tiempos más agresivos contra los ancianos. El desprecio a la vejez se manifiesta en las artes y en las letras. Los pintores italianos ignoran la vejez, los flamencos y alemanes se ensañan con ella, especialmente con la mujer vieja, a la que representan arrugada y decrepita asimilándola a la imagen de la bruja con la que tanto se ensañó la Inquisición.

1.2 La actualidad del adulto mayor.

En la actualidad, el nuevo papel de los adultos mayores se redefine dentro de la sociedad. Con menos o más avances, en el caso de los países de Latinoamérica, los ancianos han asumido los nuevos desafíos de un envejecimiento activo, saludable, pero como actores sociales con participación y derechos.

Pero también los adultos mayores en su gran mayoría han perdido su importancia, son despreciados e ignorados, lamentablemente son vistos como un estorbo, la gran mayoría terminan en un asilo y nunca los visitan. Y aunque de diversas formas se ha tratado de concientizar a la población acerca del trato que se le debe dar a los adultos mayores, progresivamente se va evitando su desprecio y mejorando su calidad de vida.

1.2.1. El adulto mayor en el mundo moderno.

El Estado del mundo moderno fue impersonal, reglamentado y el poder se caracterizaba por ser representativo, es decir, basado en la delegación del pueblo. Se entiende que, en este sistema, surgiera la progresiva despersonalización y el creciente predominio de los funcionarios de la nueva organización, para cuyo retiro se inventó lo que hasta nuestros días hemos llamado “jubilación”. Este fenómeno supone una visión economicista y especializada del cuidado del anciano que durante siglos había sido realizado desde la familia, sin ningún tipo de remuneración y entendido como un deber independiente y familiar, mientras que es a partir de este momento y con la llegada de la Revolución Industrial, cuando al ser humano se le valora por el trabajo que ha realizado al servicio de una institución pública, privada, de forma autónoma, etc. Y el Estado se siente obligado a compensarle ante el resto de la sociedad.

Sin embargo, es en esta época todavía cuando el anciano continúa recibiendo los cuidados desde dentro de la familia. La incorporación de las mujeres al mundo laboral estaba despegando, así que en general, todavía se consideraba labor para ella el prestar los cuidados domésticos, entre los que se encontraban el de los ancianos de la familia. En países como España, todavía existía un gran número de habitantes en las zonas rurales, lo cual ayudaría a que el problema no trascendiera al Estado de forma tan acuciada hasta más tarde.

Es ya a finales del siglo XIX cuando se comienza a separar a la vejez de la enfermedad del anciano y nace por un lado la Gerontología y por el otro la Geriatria.

1.2.2. El adulto mayor en el mundo contemporáneo.

Esta época dio paso a lo que los especialistas denominan la cultura tecno científica, la cual ha sido la que más ha influido en la vida del adulto mayor. Dejaron de ser los depositarios de la sabiduría, como en épocas anteriores, para pasar a ser los más alejados del nuevo conocimiento. La experiencia no es apreciada porque está atada al pasado. Además, física y estéticamente, los ancianos ocupan un papel no deseable para la sociedad. En las diferentes sociedades, la representación de la mujer anciana se ve reducida a hija, hermana, familiar, esclava o sirvienta, además de la encargada del cuidado de ambos sexos.

En esta época el aumento del número de ancianos y el envejecimiento de éstos coincide con un rápido proceso de urbanización de la sociedad española y la reducción del tamaño de la familia y de la vivienda familiar, además de otros cambios culturales y sociales destacados. Tanto el espacio físico como social de los ancianos en la familia ha sido reducido; su capacidad para contribuir en la familia también se reduce; el sentimiento de obligación hacia los ancianos se debilita en el marco urbano, y la reducción en el número de hijos y el incremento en la actividad laboral de la mujer reducen el número de cuidadores potenciales. Familias de tipo

profesional y de clase media empiezan a abandonar sus responsabilidades de cuidar directamente a sus ancianos. Sin embargo, las familias de clase trabajadora, con menor espacio físico y dinero, todavía cuidan a sus adultos mayores. A su vez, otra problemática que acontece ligada a ésta es la del cuidado de los que cuidan.

Existe, poca información sobre la mujer anciana en el terreno de la política, economía y ciencia, pero su papel no tuvo el protagonismo justo a lo largo de la historia. Dependiendo de las culturas, de lo político, demográfico, artístico, estético, ético o religioso, el papel y valor de los ancianos ha sido interpretado de manera. Crespo Lillo (2002)¹².

1.2.3. La concepción del adulto mayor en el mundo futuro.

Japón es la sociedad industrial que presenta el más rápido envejecimiento; una de cada seis personas es mayor de 65 años, lo cual implica en este grupo se inviertan casi la mitad de los gastos de atención médica proporcionada por el gobierno del país. Para el año 2025 Japón tendrá dos veces más ancianos la reserva de pensión probablemente estarán agotadas y la carga de atención social, costos de atención médica y jubilación para los ancianos pueden llegar a consumir cerca de las tres cuartas partes del ingreso nacional junto con el equilibrio inestable entre ancianos y jóvenes, tendencias como la urbanización, la migración y una mayor proporción de mujeres en la fuerza laboral permiten predecir que cada vez serán menos factibles de disponer de personas para cuidar en el hogar parientes ancianos. Para detener el deterioro del cuidado familiar, Japón ha convertido en una obligación legal cuidar a los parientes ancianos y ha establecido alivio tributario para las personas que les presten ayuda financiera.

¹² www.equiponaya.com.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm.

Su protagonismo ha tenido altibajos y en la actualidad son los jóvenes quienes asumieron esta condición, en casi todos los ámbitos. En todo el mundo sucede un fenómeno irreversible que seguramente determinará un nuevo tipo de relación: el envejecimiento poblacional.

En Europa, la región más ‘vieja’, este proceso inició hace más de un siglo, mientras que en Latinoamérica comenzó en la década de los 60 y se estima que evolucione aceleradamente hasta llegar a un estado avanzado en dos o tres décadas más. “El envejecimiento de la población es un logro de la humanidad. El número de personas con 65 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980 y se prevé que alcance los 2.000 millones a 2050.”¹³

2. La edad adulta tardía o vejez.

2.1 Aspectos generales sobre el envejecimiento.

Según la organización mundial de salud (2015)¹⁴ plantea que desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

El ser humano presenta cambios en su organismo durante toda la vida, se considera vejez el periodo de vida que discurre a partir de los 65 años. El envejecimiento conlleva una serie de cambios tanto físicos como psicológicos, que empeoran su salud física y mental. En este sentido, Según Guillano (2007)¹⁵ "el envejecimiento es un fenómeno que se observa en todos los seres vivos, caracterizado por la pérdida progresiva de funciones, y que culmina con la muerte del individuo".

¹³ Situación demográfica en el mundo 2014, pág. 24.

¹⁴ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/

¹⁵ Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores (2005), Maracaibo.

Asimismo el envejecimiento se considera como una fase tardía en la evolución de un organismo, según los mencionados autores, es un proceso normal, y no de acumulación de patologías, aunque con frecuencia se asocian con determinadas enfermedades, pues afecta a todos los órganos del cuerpo, incluyendo el sistema nervioso central.

Por su parte, Vilorio (2009)¹⁶ “explican que el envejecimiento debe ser entendido con unos criterios dinámicos, por tratarse de un proceso continuado, el cual se inicia en el momento del nacimiento y culmina con la muerte”. Este argumento está basado en la arquitectura neuronal, dado que el ser humano dispone de alrededor 50 billones de neuronas, cada una establece alrededor de 100.000 conexiones con otras neuronas, todo esto condicionado por la respuesta medioambiental, generando nuevas neuronas y conexiones entre ellas. Esta capacidad disminuye después de la primera década de la vida.

2.2 Clasificación del sujeto en la vejez.

La población mayor se constituye actualmente como un grupo emergente por su progresiva vulnerabilidad. Se trata de un grupo poblacional progresivamente creciente y con una cada vez mayor demanda de necesidades, exigiendo atención. Se trata de un grupo heterogéneo, por presentar necesidades muy diferentes. Es importante no asociar vejez a enfermedad, sino a fragilidad y vulnerabilidad, a pesar que muchos de ellos son sanos y/o autónomos, de ahí el énfasis de optar por el diseño de estrategias para alcanzar un envejecimiento saludable. De lo expuesto anteriormente se deduce la necesidad de tener que clasificar a las personas mayores para orientar la atención que se les debe brindar. Por lo que a continuación se presenta la clasificación de los adultos mayores:

¹⁶ Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores (2005), Maracaibo.

1. *Las clasificación según los aspectos sociológicos o demográficos:* según Espinosa, Muñoz y Portillo (2005)¹⁷ se considera anciana a la persona mayor de 65 años, definiendo en este grupo como ancianos jóvenes entre los 65 y 75 años, y los muy ancianos a los mayores de 80.
2. *Clasificación desde el punto de vista de la gerontología:* de acuerdo a Benítez y Asensio (2004)¹⁸ se clasifican como persona mayor sana a aquella que no presenta enfermedad ni problemática funcional o social; persona mayor enferma quien posee una patología aguda o crónica, no incapacitante; anciano frágil a aquel que presenta un alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial, en base a la presencia de algún factor de riesgo y paciente geriátrico al adulto mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad y con deterioro mental y/o problemática social añadida.
3. *Clasificación de los ancianos según la dependencia:* entendida ésta como una variable decreciente continua en la cual es posible el cambio tanto en el sentido de la pérdida (vulnerabilidad, fragilidad) como en el de la mejora (intervenciones orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y autonomía). En función de la intervención que determinan, se clasifican en:
 - Persona mayor autónoma: incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes.
 - Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación está determinada por la presencia de algunos de los aspectos como:

¹⁷ Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores (2005), Maracaibo.

¹⁸ Grace Craig, Desarrollo psicológico, cuarta edición.

2.3 Estado físico y psíquico del adulto mayor.

2.3.1 Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, a excepción de los países que han desarrollado la geriatría como disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructura tradicional y en la investigación epidemiológica.

2.3.2 Estado psíquico del adulto mayor.

La mayoría de las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, pero a veces en el plano psicológico ocurren ciertos cambios en la memoria, la atención, el aprendizaje, la orientación y la agilidad mental.

La cultura, la educación y la experiencia adquirida durante años atrás hacen parte de una base sólida para reentrenar o reaprender las habilidades que con el pasar del tiempo irán disminuyendo.

La vejez puede ser una etapa de realización, de disfrutar y de descansar, sin embargo en muchas ocasiones nos podemos ver afectados emocionalmente debido a crisis y tensiones acumuladas, las cuales pueden desarrollar algún problema de salud mental. Y al conocerla puede disminuir el malestar psíquico que afecta al adulto mayor. Por lo tanto mencionamos algunos de esos indicadores:

1. Adaptabilidad en su calidad y estilo de vida
2. Pérdida de un ser querido o pareja.
3. Soledad y aislamiento.
4. Estrés.
5. Depresión.
6. Baja autoestima.
7. Alteraciones del sueño.
8. Pensamientos suicidas.

3. Factores Psicosociales.

3.1 Conceptualización de factores psicosociales

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en situaciones diferentes como lo laboral, social, familiar, salud, etc. y que se relacionan directamente con el contexto del individuo teniendo estos la capacidad de afectar tanto al bienestar o a la salud física y psíquica de una persona.

Por lo tanto podemos decir, que el envejecimiento, definido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos. En el envejecimiento patológico o senilidad, a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalizaciones frecuentes. En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa. En el nivel social, hay pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, hay dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad, a diferencia del envejecimiento normal o senectud donde hay más sincronismo en la estructura de los órganos, más compensación psicológica y apoyo social.

3.2 Teorías de los factores psicosociales en el adulto mayor.

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios. Las principales teorías que explican el fundamento de esos cambios son:

1. Teoría de la desvinculación Cumming y Henry (1961): esta teoría parte de la idea que lo natural es la desvinculación del entorno. Y que el envejecimiento satisfactorio deriva cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.
2. Teoría de la actividad Tartler (1961): esta teoría parte de la idea que a mayor actividad, mayor satisfacción tendrá el adulto mayor. De igual forma plantea que la sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación).
3. Teoría de la continuidad Atchley (1971): esta teoría plantea que se mantiene la continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Por lo que menciona que se mantienen los mismos estilos, pero acentuados.

De igual forma plantea que el requisito fundamental para un envejecimiento satisfactorio: es permitir esa continuidad.

Comparando todas esas teorías se llega a varias conclusiones:

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores.
- Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

3.3 Factores psicológicos.

3.3.1 Cambios psicológicos en el adulto mayor

Para explicar los cambios psicológicos que puede sufrir el individuo al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia: la teoría de Erikson y la de Peck.

3.3.1.2 La adaptabilidad y crisis en la vejez.

Las crisis de Erikson son un concepto que pertenece a la teoría del desarrollo psicosocial, en el que se hace un seguimiento de la personalidad a través de la vida, enfatizando las influencias sociales y culturales sobre el YO en cada uno de los ocho períodos del desarrollo de la vida.

En la octava etapa planteada por Erickson de la integridad del yo frente desesperación hace referencia que en esta última etapa de la vida, el individuo puede sentir que ha merecido la pena vivir, estar satisfecho con la decisiones tomadas a lo largo de la vida y aceptarlas como las apropiadas e inevitables dadas las circunstancias en las que se tomaron.

La vida se contempla como un todo significativo. Por el contrario, una resolución negativa de la crisis propia de esta etapa conllevaría un arrepentimiento y remordimiento en relación a decisiones tomadas en el pasado. La persona se siente desilusionada y apesadumbrada debido a las equivocaciones que siente que cometió.

Dar marcha atrás y desandar lo andado tomando otro camino, pero a la vez es consciente de que ya no hay vuelta atrás y de que el tiempo queda es ya muy poco, ve la muerte cercana y con temor. Como vemos, la teoría de Erickson contempla aspectos de pérdida y de ganancia al mismo tiempo, como resoluciones posibles de una crisis normativa.

Por lo tanto, aunque las crisis son normativas, el envejecimiento no lo es, y se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de por qué la persona se incline en cada una de las encrucijadas. Puede haber maneras de envejecer ciertamente muy negativas, dominadas por el aislamiento, el estancamiento, con sentimiento de culpa, depresivos y con temor a la muerte, pero también puede haber trayectorias de envejecimiento altamente positivas, como cuando un individuo es capaz de expandir su capacidad creativa, de comprometerse con su entorno y de asumir los errores y éxitos que ha cometido conservando, pese a todo, un sentimiento de satisfacción en relación con su propio devenir evolutivo.

3.3.1.3 Adaptaciones de la edad adulta según Peck.

A semejanza de las etapas de Erikson, ninguno de los conflictos de Peck se restringe a la madurez ni a la vejez. Las decisiones tomadas en los primeros años de vida sientan las bases de las soluciones en los años de la adultez y las personas maduras comienzan ya a resolver los

desafíos que se les presentarán en la senectud. Peck, por otra parte, fija tres tareas principales para el envejecimiento:

- A) Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo: Teniendo en cuenta el más que previsible riesgo de enfermar a esta edad y la disminución del rendimiento físico, es obligado "transcender" los problemas físico-corporales, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual, y en las relaciones sociales.
- B) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo: Al llegar la jubilación y abandono del puesto de trabajo, la persona mayor debe valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.
- C) Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego: El temor a la propia muerte debe verse liberado por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones.

Las tareas de desarrollo no sólo indican las metas que la persona debe perseguir, sino también aquellas que debe pasar por alto, llegada cierta edad. Mientras que las metas "adaptadas" a la edad se ven reforzadas y apoyadas socialmente, las metas "inadecuadas" quedan rechazadas y privadas del apoyo instrumental necesario.

3.3.2 La autoestima y autoeficacia en el adulto mayor.

La autoestima es un importante indicador de salud y bienestar, se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la

vida. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás.

Por otro lado, La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas.

Para los adultos mayores la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico, su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana, aportando soluciones, todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades. Los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios de la ancianidad; es más difícil para ellos motivarse con las capacidades que ahora poseen y así lograr sus metas. En consecuencia realizan una valoración negativa de su vida, del modo opuesto las personas mayores con percepción de autoeficacia facilitan la cognición de las habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores de la acción.

3.3.3 Personalidad y envejecimiento.

La personalidad se describe como el conjunto estructurado de características de los que dispone un individuo para sentir, pensar y comportarse según su propia manera. Se ha demostrado que el individuo al llegar a la etapa del envejecimiento conserva las tendencias de su personalidad a lo largo de la vida adulta y lo que se modifica es lo relacionado con el proceso de adaptación.

En el periodo de la vejez se presentan unos cuantos cambios universales en la personalidad; pero los investigadores han estudiado que si, a medida que envejecemos, se observa un patrón bien diferenciado en el cambio de personalidad.

Se ha comprobado la existencia de una diferencia en la forma en que el envejecimiento afecta al hombre y a la mujer. Los hombres pasan de un estilo activo a un estilo pasivo. Luego de una vida llena de responsabilidades, de ser los encargados de la subsistencia de la familia y de tomar decisiones de toda índole, parece sentirse libres de expresar la complejidad de su personalidad, sin excluir aquellos rasgos calificados normalmente de femeninos. (Los muy ancianos rebasan la pasividad y llegan a un estilo que Gutmann llamo dominio mágico).

Con el paso de los años, las mujeres dan a impresión de volverse agresivas, manipuladoras y dominantes. En opinión de Gutmann ambos sexos están reaccionando ante la liberación del “imperativo de padres”, o sea la presión social que siente la mujer de aceptar los roles maternos y la que siente el hombre de asumir la responsabilidad económica y suprimir cualquier rasgo contradictorio.

3.3.4. Factores psicológicos derivados de la cotidianidad de los adultos mayor.

Entre los factores psicológicos que surgen en la cotidianidad de un individuo y que representan aspectos negativos en el adulto mayor son los siguientes:

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

- ✓ Procesamiento de información en la vejez: dicho factor podría presentar cambios, ya que desde el hecho de entrar en esta etapa de la adultez mayor, biológicamente se generan cambios que influyen en el desarrollo y en las funciones básicas que intervienen en procesamiento de la información.
- ✓ Maltrato: este puede ser físico, y con ellos se refiere a golpes, empujones, comida insuficiente, agresión sexual, etc. También se dice del maltrato psicológico y en este se dan situaciones tales como angustia, tensión emocional, amenazas, silencio, infantilización, gritos, insultos, ignorar, etc. Dicho maltrato puede repercutir en gran manera en la situación en la que se encuentra el adulto mayor o que lo ha llevado a la misma.
- ✓ Negligencia: esta puede ser por parte de la familia o cuidadores ya sea en la ingesta de sus alimentos, si sus medicinas son aplicadas a la hora correspondiente o se olvida dar los mismos, así también el cuidado personal que tienen con la persona adulta mayor, si es aseado de manera correcta o existe un descuido en su aseo, etc.
- ✓ Abuso económico: este factor consiste en estafas de las que hayan podido ser víctimas, en ocasiones existe una presión para la distribución de bienes por parte de los familiares, y por último el mal uso del dinero que pudieron haber trabajado y por ende ahorrado a lo largo de los años, pero distintas situaciones podrían llevar a hacer una malversación de los mismos, llevando a la persona incluso a sentirse frustrada por ello.

3.4 Factores sociales.

3.4.1 Elementos sociales.

El envejecimiento es un proceso que no involucra solo aspectos físicos y psicológicos del ser humano si no que involucra los aspectos sociales que rodean al individuo, es decir, el envejecimiento no determina un tiempo específico si no que depende de la calidad de vida.

La vejez es una etapa de la vida que tiene una existencia evolutiva propia y que junto a algunas limitaciones, ofrece ciertas potencialidades efectivas definidas por las experiencias y recorridos históricos de las personas que las viven. Es decir, es un proceso evolutivo del ser humano en el cual se pueden observar potencialidades en los ancianos como “la sabiduría” que se traduce en experiencias vividas durante su recorrido por la vida”. Cordero (2003).

En este caso se incluyen personas con condiciones como: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación actual, etc.

- Socioeconómicos: Con estos se hace referencia al status económico en el que el individuo vivió o vive actualmente, ya que las condiciones en las que se encuentre sean estas favorables o desfavorables, repercuten en el bienestar del adulto mayor.
- Ocupacionales: ¿A qué se dedicó durante su vida el adulto mayor? Este es un punto muy importante, el hecho de haberse dedicado a realizar cierta actividad, ser un profesional o realizar algún oficio que lo mantuvo activo hasta el momento de su jubilación, o hasta ese momento en que se retiró de ejercer una actividad laboral.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

- Tiempo de institucionalización: hace referencia desde el momento en que el adulto mayor llega a la institución en donde reside actualmente.
- Razón/motivo de institucionalización: las razones o motivos por las cuales fueron institucionalizados pueden variar, desde ser motivos familiares, el hecho de que ya no quieran cuidar del adulto mayor y optan por institucionalizarlo, hasta razones personales, en las que el adulto mayor decide ingresar a una institución por cuenta propia, ya que tiene la concepción de que estarán mejor en un lugar en donde cuiden de ellos y puedan convivir con otros adultos mayores.
- Salud y enfermedad en el adulto mayor: los patrones de la enfermedad cambian a lo largo del ciclo de vida. Una de las diferencias fundamentales entre la niñez y los últimos años de la edad adulta es la incidencia de enfermedades agudas frente a los padecimientos crónicos. En la niñez las enfermedades agudas, que duran poco tiempo y que llegan al clímax con fiebre y erupciones, suelen ser muy comunes. En cambio, los adultos mayores a menudo padecen afecciones crónicas, o sea enfermedades que ocurren de forma repetida o que nunca desaparecen. Las afecciones crónicas más frecuentes son las artritis, cardiopatías e hipertensión, así como los problemas visuales y auditivos. Los ancianos son además propensos a las lesiones y caídas accidentales. Las afecciones y deficiencias crónicas afectan la vida de un número considerable de ancianos: el 85% de los mayores de 65 años tienen por lo menos una de las enfermedades crónicas y el 50% dos o más (Belsky, 1984).¹⁹

En este incremento de los problemas de salud se refleja, en gran medida, la menor capacidad del organismo para sortear el estrés incluido el estrés producido por la enfermedad. En la vejez,

¹⁹ preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/.../Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf

disminuye la capacidad de superar el estrés y, al mismo tiempo crece el número de eventos productores de estrés. El estrés se origina en problemas de salud, entre ellos la pérdida de la vista o del oído, y también de las crisis del ciclo vital como la jubilación y la viudez.

Los factores socioeconómicos, la raza y el sexo intervienen en la aparición de la enfermedad durante la senectud. En efecto, en personas mayores de 25 años, los días de restricción de la actividad, debida a la enfermedad, muestran una correlación más estrecha con el ambiente socioeconómico que con la edad. Se cuenta con datos similares respecto a las causas principales de muerte entre los ancianos. La gran mayoría de fallecimiento entre los mayores de 65 años son atribuibles a tres categorías: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Las tasas son más altas para los hombres que para las mujeres en las tres categorías.

- Estimulación recibida por los cuidadores: qué tipo de actividades se desarrollan dentro de la institución, que estimulen los procesos cognitivos del adulto mayor.
- Bienestar material: Esta dimensión incluye aspectos tales como; derechos, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, condiciones estatus socioeconómico. Para potenciar este indicador se debe de permitir en el individuo la propiedad es decir que ellos puedan elegir en dónde vivir, defender la seguridad financiera; que puedan manejar sus presupuestos, cuentas de banco, etc. Así también brindar ambientes seguros; que no estén expuestos a peligros físicos, alimentos; que ellos puedan elegir sus comidas de acuerdo a un presupuesto y contenido nutricional, empleo con apoyo es decir brindar el respaldo necesario para poder sostener un trabajo, fomentar posesiones así como tener sus propias pertenencia.
- Relacional: con este factor se refiere a tres aspectos fundamentales en el adulto mayor; familia, cónyuge y amigos. La relación de la familia con el adulto mayor es importante y

fundamental para enfrentar el proceso de envejecimiento porque pasa el ser humano, ya que el anciano, al no sentirse apoyado por sus familiares tiene problemas en sus relaciones con la sociedad, pues existen adultos que tienden a aislarse, o en ocasiones es la propia familia quien los relega, por considerarlo persona improductiva.

Tomando en cuenta que la familia es un sistema donde cada miembro es un potencial de muchas influencias y de relaciones interpersonales, este es parte del contexto en que se desenvuelve el adulto mayor y, al no estar preparada para enfrentar los cambios propios de la edad adulta y por lo tanto considerarlos como una problemática, se ve la institucionalización de la persona como una solución; al tomar la decisión se modifica el sistema familiar, ya que la persona sale del hogar para ingresar a un asilo o casa hogar y ahí puede ser o no ser visitado por sus familiares.

Si tuvieron la oportunidad de compartir una vida conyugal, la ausencia o presencia de este, juega un papel fundamental en la vida del adulto mayor, si existen hijos/as, o no, en ocasiones no hay familia que se haga cargo de ellos o hijos/as que no los toman en cuenta, así también las amistades que formaron parte de su círculo social antes y ahora.

En relación a lo anterior, se definen de manera concreta los factores sociales que pueden influir en la calidad de vida presente en el adulto mayor, y de ello que, en su estado físico y mental se presenten o no variables disfuncionales.

4. El Deterioro cognitivo y el pensamiento en la vejez

4.1 La conceptualización del deterioro cognitivo en la vejez.

“El deterioro cognitivo es un concepto ambiguo que define un grupo de perturbaciones que implican la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades cognitivas

(memoria, lenguaje, orientación, pensamiento abstracto, juicio, etc.), con posibilidad de obstaculizar la capacidad funcional del individuo” (Montón Álvarez, 2011)²⁰.

El deterioro cognitivo, es un cuadro muy frecuente en la población mayor de 65 años, aunque existen poblaciones que inician a partir de los 80 y 85 años de edad; se crea gran dependencia y suele aparecer intercalados a otros cuadros clínicos u orgánicos.

Entonces, el deterioro cognitivo es toda alteración de las capacidades mentales como: memoria, razonamiento, juicio, concentración, atención, pensamiento. En el cual se produce disminución del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas, entre las funciones cognitivas se encuentran: Orientación (temporal, espacial y personal), atención, memoria, lenguaje, percepción y reconocimiento de objetos, elaboración de las respuestas motoras, organización y planificación de actividades, razonamiento; cuando las funciones mencionadas anteriormente tienen una alteración, el individuo empieza a tener deterioro cognitivo. (Pérez, 2005)²¹.

Es decir que, y con base a lo que Barahona, Villasán y Sánchez (2014)²² exponen, “El deterioro cognitivo es un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia”. Actualmente el deterioro cognitivo se considera una condición patológica, no un proceso normal solamente asociado a la edad o vejez, y se aplica también a individuos con cierto grado de déficit cognitivo que a su vez influye en la realización de actividades cotidianas.

²⁰ www.isfie.org/documentos/mafe.pdf.

²¹ VT Pérez Martínez - Revista Cubana de Medicina General Integral, (2005) - scielo.sld.cu.

²² MN Barahona Esteban, A Villasán Rueda, (2014) dehesa.unex.es

Armas, Carrasco, Valdez y López (2009)²³ refieren por su parte, que la valoración del deterioro cognitivo presenta algunos inconvenientes, puesto que se ha utilizado en la literatura durante varios años como un estado de transición entre el envejecimiento normal y una enfermedad de Alzheimer leve, pero esta afirmación ha sido cuestionada, porque no todos los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo evolucionan hacia el Alzheimer, por lo cual ello no es aplicable a la población en general.

De cualquier modo cabe mencionar que del pensamiento y envejecimiento, destacando la existencia del envejecimiento normal, envejecimiento con deterioro cognitivo y envejecimiento con demencia; Fustinoni (2002)²⁴ Explica, que el deterioro cognitivo y demencia son conceptos similares, diferenciándose sólo por el grado de la alteración, ya que todos están determinados por múltiples procesos: medioambientales, genéticos, socioculturales, aleatorios, entre otros.

4.2 Aspectos cognitivos del envejecimiento.

Durante el envejecimiento, tanto normal como patológico, se produce una atrofia y muerte neuronal que acaba siendo selectiva y en el segundo caso viene más acusada. En el momento que se produce una situación de deterioro, se pone en funcionamiento todo un conjunto de sistemas que tratan de compensar las pérdidas sufridas, de forma que se produzca un retraso en la aparición de déficits funcionales importantes y consiguiendo que, por tanto, dicha función permanezca, al menos en parte, compensada (gracias a la plasticidad cerebral). El fin de estas modificaciones es mantener el sistema afectado dentro de los límites óptimos de funcionamiento

²³ J Armas Castro, M Carrasco García, S Angell Valdés... - Medisur, (2009) - scielo.sld.cu

²⁴ catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/oai::catalogo:CatalogoRevar_13149

y adaptarlo a la nueva situación de tal forma que pueda seguir siendo operativo y funcional a niveles aceptables (Lozoya, 1995)²⁵.

Las funciones cognitivas (atención, orientación, percepción, fijación, memoria, etc.) establecen procesos por los que el individuo recibe, almacena y utiliza la información de la realidad y de sí mismo. En consecuencia, si con la edad se producen cambios relacionados con las funciones anteriores, estos afectarán al conjunto de procesos, funciones y capacidades psicológicas fundamentales para nuestra vida.

“Hasta hace poco tiempo las modificaciones en las funciones cognitivas se asociaban a un proceso de deterioro irreversible, que hoy se ha desechado gracias a los avances en el conocimiento de las mismas y a la existencia de diferentes técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar y modificar estos procesos” (Yanguas, J., Sancho, M. & Leturia, F. 2004)²⁶.

En el ámbito del funcionamiento intelectual se sabe que, si bien es cierto que las personas mayores, como grupo de edad, presentan un cierto declive en algunas funciones relacionadas con el rendimiento intelectual, éste no aparece hasta el final de los 65 años y no se trata de una disminución generalizada ya que un importante porcentaje de sujetos no sufre merma alguna; como previamente se planteó.

No obstante, sabemos que ciertos elementos moduladores personales, socioeconómicos y educativos influyen en el funcionamiento intelectual de la vejez, así como la salud en general. En

²⁵ Habilidad que tiene el cerebro de cambiar su estructura y su función debidos a factores internos o externos (Kolb&Wishaw, 1998)

²⁶ www.efdeportes.com/efd122/el-envejecimiento-cognitivo-trastornos.htm

contrapartida, el organismo humano tiene capacidades de reserva que pueden ser activadas durante la vejez y que permiten compensar, e incluso prevenir, el declive (Belsky, J. 1996)²⁷.

Debemos tener en cuenta que los aspectos motores están condicionados, en parte, por los procesos psicológicos; mantener funcionales estos procesos supone mantener en gran medida funcional la motricidad y actividad del sujeto. Los datos históricos, antropológicos y, particularmente, los estudios psicológicos, muestran que los ancianos pueden mantener sus capacidades psicológicas a un buen nivel si no dejan de estimularlas. (Oña, A. 2002)²⁸. Pero la situación normal de aislamiento del anciano en nuestras sociedades provoca un empobrecimiento estimular que deteriora gravemente las funciones psicológicas

4.3 El proceso del Pensamiento.

Worchel & Shebilske (1998)²⁹ definen al pensamiento como la “actividad mental de manipulación de los símbolos. Las palabras son símbolos y a veces, casi no podemos oír usándolas mientras pensamos.”

Sabemos que el pensamiento no capta la experiencia como es, sino que forma una imagen de lo que la persona quiere o no quiere que sea; de modo que la experiencia no es vivida plenamente tal cual es y es archivada en la mente como recuerdo anhelado o rechazado. Las imágenes mentales que nos acosan son experiencias del pasado negadas o deseadas, porque como no las aceptamos como son, quedan en el recuerdo modificadas.

²⁷ Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona. Editorial Masson.

²⁸ Roy, J.F. (2000) *Deterioro cognoscitivo en el anciano*. Medicina Interna. Barcelona. Editorial Hartcourt. Oña, A. (2002).

²⁹ miblogfilosofiacelia.blogspot.com/2015_03_02_archive.html.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

El pensamiento siempre está activo y fluctúa entre el pasado y el futuro: “debería hacer esto, no debería hacer aquello” o “por qué hice esto, por qué hice aquello”. El contenido de mis pensamientos es mi desdicha, porque son las imágenes acumuladas a lo largo de la vida, las frustraciones, los temores, los sufrimientos, los odios. Pero la mente puede lograr liberarse de los pensamientos.

Se trata de no formar imagen alguna ahora, de algo que no lo vivimos tal cual fue, tanto en las situaciones de placer como en las de dolor. Si no formamos ninguna imagen ahora, las imágenes del pasado no tienen lugar, porque siempre que construimos una imagen, que no es lo que es, la relacionamos con las imágenes del pasado.

Entonces, si no formo ninguna imagen ahora, porque vivo la experiencia total como es, con su placer o con su dolor en el presente, no necesito relacionarla con ninguna otra imagen anterior; de esta manera me libero definitivamente del pasado. La mente puede vaciarse a sí misma de todas las imágenes si no formamos imágenes ahora, viviendo las cosas tal cual son sin rechazarlas, negarlas o modificarlas

El pensamiento entonces, deriva de un "patrón" de estimulación en múltiples componentes del sistema nervioso al mismo tiempo, que quizás implique por encima de todo a la corteza cerebral, el tálamo, el sistema límbico y la parte superior de la formación reticular en el tronco del encéfalo. Los rasgos diferenciados del pensamiento, tales como:

- La localización específica de las sensaciones en la superficie del cuerpo y de los objetos en el campo visual.
- La sensación de la textura.
- El reconocimiento visual de objetos.

- Otras características individuales que entran a formar parte del conocimiento global de un instante particular.

En la fisiología del pensamiento encontramos señales simultáneas en muchas porciones de la corteza cerebral, el tálamo, el sistema límbico y la formación reticular del tronco del encéfalo. Algunos pensamientos primitivos probablemente dependan casi por completo de los centros inferiores (Guyton & Hall, 2001)³⁰.

El área de asociación pre frontal resulta fundamental para llevar a cabo en la mente los procesos de pensamiento. Se supone que esto depende en parte de las mismas propiedades de la corteza pre frontal que le permite planificar las actividades motoras; en este sentido, parece ser capaz de procesar información tanto motora como no motora procedente de amplias áreas del cerebro y, por tanto, de alcanzar un pensamiento no motor.

4.3.1 Tipología del pensamiento³¹

Pensamiento efectivo: A pesar de lo que muchos creen, pensar no es una “capacidad innata”. Es una habilidad y, como tal, es posible aprender a hacerlo mejor. Los seres humanos han podido evolucionarse más allá de otros animales por haber desarrollado su capacidad de pensar. Esta capacidad está todavía en evolución. En nuestra vida cotidiana, el pensar está involucrado en casi todo desde reconocer, recordar, anticipar, planificar, inferir, solucionar problemas, imaginar, crear, adivinar; hasta un sentido de asombro y nuestras emociones superiores.

Como adultos disponemos de una gama muy amplia de herramientas y capacidades de pensar. Necesitamos aprender y crearlas a lo largo de la niñez. En las edades tempranas la mayor parte

³⁰ Dual.dyndns.org/Biblioteca/Fisiologia/Pdf/Unidad%2001.pdf.

³¹ Psicología general, A. Petrovsky, ediciones de cultura popular, Pág 315

de nuestro pensar se desarrolla de forma natural y posteriormente se desarrollan habilidades formales de pensamiento mediante la educación formal.

Sin embargo, cuando esto ocurre muchas de nuestras formas de pensar ya están establecidos y por eso puede que no hagamos el mejor uso de las herramientas formales, incluso es posible que las dejemos casi sin utilizar. Algunas maneras de pensar son más efectivas que otras para propósitos específicos.

Pensamiento figurativo: surge a partir de la infancia, a pesar del vínculo pensamiento. En el proceso de análisis y síntesis del objeto cognoscitivo, el sujeto no debe y obligatoriamente no se toca con la mano algún objeto de interés. En muchos casos se hace innecesaria la manipulación como tal, es decir que se piensa con la imagen o imágenes y no se domina los conceptos; es ligado meramente a la percepción.

Pensamiento abstracto: El pensamiento abstracto supone la capacidad de asumir un marco mental de forma voluntaria. Esto implica la posibilidad de cambiar, a voluntad, de una situación a otra, de descomponer el todo en partes y de analizar de forma simultánea distintos aspectos de una misma realidad. De esta forma, el pensamiento abstracto permite discernir las propiedades comunes, planear y asumir simulacros, y pensar y actuar simbólicamente.

Las particularidades del pensamiento son meramente individuales y propias, las cuales se desarrollan según dimensiones que las influyan favorables o no, estas pueden ser; la independencia, es decir la manera en la cual se logra ver y plantear una nueva tarea, el nuevo problema y la resolución de este; la flexibilidad, acá nos referimos al cambio de camino que inicialmente se tomó, dicho de otra forma el plan, para resolver una dificultad. La rapidez, se

enfoca en la manera en la cual tomamos una decisión en cortos periodos de tiempos o en diversos contextos

Así mismo, el pensamiento se deriva en diversas clasificaciones importantes a considerar, ya que estas intervienen a lo largo del desarrollo del ser humano desde que nace hasta su edad adulta tardía o vejez, y las cuales evolucionan de manera individual y genera en la cotidianidad de la persona aspectos que contraen beneficios o no.

- 1) Pensamiento deductivo: Parte de afirmaciones basadas en ideas abstractas y universales para aplicarlas a casos particulares.
- 2) Pensamiento inductivo: Este tipo de pensamiento no parte de afirmaciones generales, sino que se basa en casos particulares y, a partir de ellos, genera ideas generales.
- 3) Pensamiento analítico: Crea piezas de información a partir de una unidad informacional amplia y llega a conclusiones viendo el modo en el que interactúan entre sí estos “fragmentos”.
- 4) Pensamiento lateral o creativo: Acá se juega a crear soluciones originales y únicas ante problemas, mediante el cuestionamiento de las normas que en un principio parecen ser evidentes.
- 5) Pensamiento suave: Este tipo de pensamiento se caracteriza por utilizar conceptos con unos límites muy difusos y poco claros, a menudo metafóricos, y la tendencia a no evitar las contradicciones. Actualmente es muy característico de corrientes de pensamiento vinculadas a la filosofía posmoderna o al psicoanálisis.
- 6) Pensamiento duro: Utiliza conceptos lo más definidos posibles, y trata de evitar las contradicciones. Es típico del tipo de razonamientos vinculados a la ciencia.

- 7) Pensamiento divergente: Se establece una división entre dos o más aspectos de una idea, y se explora las posibilidades de mantener esta “partición”.
- 8) Pensamiento convergente: Se da un proceso por el cual nos damos cuenta de que hay diferentes hechos o realidades que encajan entre sí a pesar de que en un principio parecía que no tenían nada en común.
- 9) Pensamiento mágico: Confiere intenciones a elementos que no cuentan con voluntad ni consciencia propias, y menos aún capacidad para actuar siguiendo planes.

4.4 La generalidad en el deterioro del pensamiento

Sabemos que el pensamiento está ligado en su proceso por los órganos sensoriales, la sensopercepción, la representación sensible, la representación mental y el estímulo externo, basado en ello, podemos hacer referencia a una alteración en el proceso de la información, la capacidad de actuar con adecuación al fin propuesto y razonamiento, al decir que existe un deterioro del pensamiento.

El pensamiento es considerado como el proceso por medio del cual llega a dominarse el sistema de operaciones y conocimientos elaborados socio-históricamente. Constituye un reflejo generalizado y mediatizado de la realidad, íntimamente enlazado con la cognición sensorial del mundo y con la actividad práctica de las personas. El pensamiento es un tipo especial de actividad humana, que se forma en la práctica, cuando ante el hombre aparece la necesidad de resolver algún problema.

Si bien es cierto, no se da certeza que el pensamiento es un proceso eminentemente individual, ya que existen procesos multifactoriales y sinergias para que se desarrolle dentro del individuo un deterioro, dicho de otro modo, el deterioro del pensamiento se reflejara en

correlación con procesos cognitivos, como el lenguaje, memoria, atención etc.; ya que “el constructo del pensamiento es superior de la materia específicamente organizada y el cerebro es el proceso activo del reflejo del mundo objetivo en conceptos, teorías, juicios etc.”³² .

Aunque también, aquí cabe mencionar que las alteraciones que representa dicho deterioro, no solo puede darse por factores biológicos propios de la edad, o repercusiones por su historial de vida (sociales y psicológicos), también por enfermedades que podrían ser agravantes o influyentes al desarrollo como tal.

En el deterioro del pensamiento se identifican las representaciones directas del entorno, es decir que el individuo no tiene la capacidad de lograr establecer una selección o clasificación lógica de características, las cuales esclarecen el concepto de lo que es el estímulo, puesto que personifica el objeto bajo su juicio y no bajo la característica general; pero también puede verse en la incomprensión hacia el cumplimiento de una orden.

Así mismo y teniendo una importante parte, dentro del deterioro del pensamiento, encontramos la comprensión que el individuo tiene mediante la abstracción de hechos concretos que se mencionan en una frase, metáfora, historia, cuando los fenómenos aislados concretos adquieren un carácter de generalización, ya que al procesar la información y al externalizarla lo hace sin una razón lógica o lo plantean con un sentido figurado según su nivel de abstracción y percepción.

4.5 El Deterioro del Pensamiento

El pensamiento lógico- racional o proceso secundario “consiste en un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidos hacia una meta, iniciados por un problema o tarea conducentes a una

³² Psicología general, Petrovski, pág. 292- 295

conclusión adaptada a la realidad". El pensamiento es conocido a través de su expresión verbal o escrita o por la observación del comportamiento de un individuo.

El pensamiento es lógico si sigue las leyes aristotélicas que se refieren a los principios de especialidad, temporalidad, causalidad, identidad y contradicción.

Se habla de proceso primario para referirse a la forma de pensamiento que Freud escribió en los sueños y que no guarda relación con los postulados Aristotélicos anteriormente anotados. Es primario desde el punto de vista filo y ontogenético.

A excepción del proceso primario onírico cualquier forma que se aparte de los postulados Aristotélicos es ilógica. A este grupo pertenecen los pensamientos denominados desreal, paralógico, mágico, animista, abstraccionista, telepático, aglutinado, condensado, dereístico, autista y contaminado.

Sin embargo, hay que tener en cuenta durante la entrevista psiquiátrica los aportes culturales de tipo mágico y animista que puede mostrar el discurso del sujeto y que no son normales dentro del contexto socio-cultural en que se desenvuelve la persona entrevistada.

4.5.1 Tipología de los trastornos del pensamiento.

Los trastornos del pensamiento se refieren a su forma, a su curso y a su contenido:

A. Trastornos de la forma del pensamiento

En esta tipología se refleja la direccionalidad y la continuidad del pensamiento en el individuo. Abarca todos los tipos de pensamientos que describimos anteriormente como ilógico. Procederemos a ilustrar con algunos ejemplos.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

1. Animista: en esta forma de pensar el sujeto da vida a lo inanimado. Es común y normal en la primera infancia y configura en el lenguaje de Sullivan la forma prototóxica³³ del pensamiento (“Chino tren que se lleva a mi papá... Mami castigue esa mesa que me pegó”).
2. Telepático: siempre conlleva adivinación; se recibe la onda telepática y se expresa inmediatamente pero sin que se configure un pensamiento. (“En la próxima esquina se van a caer esos dos”).
3. Aglutinado o condensado: se caracteriza por la unión de dos o más palabras u oraciones para formar una sola. Es frecuente en las esquizofrenias y muy común en los farmacodependientes.
4. Contaminado: se caracteriza por la amalgama de una parte de una palabra, con una parte de la otra. El resultado de la contaminación es un neologismo. Es el primer paso en el proceso de la condensación. Frecuente en esquizofrénicos quienes ante una pregunta del entrevistador responden con una serie de neologismos que en algunas ocasiones configuran una esquizofrenia (“Que día es hoy” Responde: Markasa ti).

B. Trastornos del curso del pensamiento

El curso de pensamiento está dado, por la asociación de las ideas y sus trastornos se refieren a dos parámetros principalmente: la velocidad y la secuencia en la asociación.

Los principales trastornos son:

1. Bloqueo: o interceptación, se produce una brusca interrupción del curso del pensamiento con continuidad o discontinuidad del flujo ideatoria del mismo, cuando el sujeto reanuda

³³Aparecen en forma de sensaciones, imágenes, sentimientos, estados de ánimo e impresiones momentáneas, que aparecen mientras dormimos y son inconscientes

el discurso. Los bloqueos pueden ser ocasionados por alucinaciones en el paciente con síndrome delirante alucinatorio. Son también frecuentes en el paciente con síndrome cerebral orgánico.

2. Pensamiento disgregado: se presenta cuando falta una línea directriz en la asociación de ideas hasta lograr la meta determinada; no existe por lo tanto una ordenación lógica.

En la medida en que esta disgregación aumente en intensidad se presenta el *pensamiento incoherente*, donde es imposible entender el pensamiento de la persona entrevistada porque sus ideas no tienen finalidad alguna en el discurso. El grado superlativo de la disgregación lo constituye *Jargonofasia*, o llamada también “ensalada de palabras” donde el discurso está limitado a emitir palabra y monosílabos sin un contexto lógico.

Los diferentes tipos de disgregación se aprecian en los pacientes con psicosis esquizofrénicas.

3. Fuga de ideas: para algunos autores es patognomónica de los cuadros maníacos y se caracteriza por logorrea marcada y asociación ideatoria por asonancia verbal y gran velocidad en la asociación, alejándose poco a poco de la idea directriz primaria; es decir, aflora una idea antes que se termine de expresar la anterior y el entrevistador tiene la sensación de que el sujeto ha dejado un espacio “en blanco” en su discurso.
4. Bradipsiquia: implica un enlentecimiento de todas las funciones intelectivas y aun de la expresión motora de la conducta. El pensamiento es lento en la asociación y emisión verbal del pensamiento y escrita. Estos fenómenos se aprecian especialmente en los cuadros depresivos marcados y en algunos síndromes cerebrales orgánicos (S.C.O)
5. Taquipsiquia: es el fenómeno opuesto a lo anterior, está caracterizado por gran rapidez en la asociación y emisión verbal del pensamiento, de todas las funciones intelectivas y casi

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

siempre se acompaña de manifestaciones hipomaniacas en la conducta. Este cuadro es patente en los episodios maniacos tanto endógenos (enfermedad maniaco depresiva) como exógenos (intoxicaciones).

6. Retardo: se diferencia de la Bradipsiquia en que representa defectos en la articulación del lenguaje asociado a la lentificación en la expresión verbal o escrita del pensamiento. Es frecuentemente en los traumatismos craneoencefálicos o en los tumores cerebrales.
7. Prolijidad: o también llamado detallismo, circunstancialidad. Es una forma de pensamiento presente en las personas obsesivas y en algunos delirantes crónicos (paranoicos) donde el discurso está adornado de un sin número de detalles que guardan relación con la idea directriz pero que dan la impresión de que el sujeto “habla con rodeos” o se “va por las ramas”.
8. Perserveración: es la expresión iterativa de una palabra o idea específica. Se advierte con frecuencia en la personalidad epileptoide, en pacientes con demencia vesánica (deterioro mental producido, por cuadros psicóticos crónicos), en esquizofrénicos

C. Trastornos del contenido del pensamiento.

El contenido del pensamiento está constituido por el bagaje ideatoria del entrevistado, que en situaciones normales, debe estar ajustado a los principios de realidad y a los postulados Aristotélicos y respaldados por una carga afectiva adecuada.

Dentro de la actividad ideatoria debe mencionarse la fantasía que es una forma de actividad intelectual, libre del juicio de realidad, sujeta únicamente al principio del placer. Es normal en la infancia y poco a poco desaparece para dar lugar al predominio del pensamiento lógico o proceso secundario. En el adulto normalmente persiste constituyendo los denominados sueños diurnos o

ensueños, pero toma carácter patológico cuando se intensifica la duración o se aumenta la carga afectiva ligada a ella.

Los principales trastornos del contenido son:

1. Idea prevalente fija: es una idea parasita, aceptada por la conciencia, que tiende a orientar en su provecho el curso del pensamiento. Estas ideas afloran a la mente en forma de una representación persistente y se coloca en los límites de lo patológico: idea fija del investigador, del artista, del inventor. En algunas ocasiones conllevan mayor compromiso psicopatológico como es el caso de las ideas fijas en el juego, la ambición y el odio.
2. Idea sobrevalorada o sobredeterminada: es la idea creada por un juicio parcialmente interferido por los estados afectivos pasionales surgidos de la creencia y de los conceptos científico- religiosos, políticos, social, filosófico, etc.

Las ideas sobrevaloradas pueden pasar inadvertidas en determinados lugares y circunstancias; por ejemplo, la idea sobrevalorada religiosa que puede ser considerada normal en un ambiente estrictamente religioso, es patológico en un ambiente corriente y más aún en uno libertino. La idea sobrevalorada se encuentra colocada en los límites de la idea delirante y puede transformarse en tal.

3. Ideas obsesivas: están siempre acompañadas de ansiedad y vivenciadas por el paciente como egodistónicas es decir “extrañas”, y contra las cuales lucha tratando de alejar de su conciencia. Se presenta en algunos estados fisiológicos (pubertad, menopausia) al comienzo de algunos estados patológicos (esquizofrenia, delirio crónico) o conformando el cuadro crónico de la neurosis obsesiva donde son patognomónicas.
4. Ideas fóbicas: son ideas que conllevan repulsión o temor angustioso específicamente ligado para un sujeto determinado a la presencia de un ser, un objeto o cierta situación

cuyos caracteres no justifican tal emoción. El sujeto elabora conductas y situaciones que conllevan el evitar o contrarrestar el objeto fóbico constituyendo las situaciones o rituales contrafóbicas.

5. Ideas hipocondriacas: son ideas que conllevan preocupaciones excesivas y angustiosas respecto a la salud, con exacerbación de las sensaciones cenestésicas normales y sin que tengan explicación mediante los exámenes clínicos y paraclínicos. Las ideas hipocondriacas pueden presentarse predominando en la neurosis hipocondriaca o asociadas a las otras entidades de índole neurótica. Así mismo, las ideas hipocondriacas pueden ser delirantes como el síndrome de Cotard (Delirio crónico donde las ideas hipocondriacas se asocian a ideas delirantes nihilistas, ideas delirantes de universalidad, enormidad y eternidad dentro de un marco de tinte afectivo melancólico.)
6. Ideas delirantes: sus características principales son la ilogicidad, la irreductibilidad mediante razonamientos lógicos y la vivencia por parte del sujeto como egosintónicas, es decir, no extrañas. De ahí el aforismo que “el delirante lucha por su idea mientras que el obseso lucha contra su idea”. Las ideas delirantes se aglutinan y estructuran dentro de un núcleo de lógica que depende del grado de inteligencia y culturización del paciente para conformar los delirios. El pensamiento delirante es aquel cuyos principios (juicios, conceptos, raciocinios) partidos de datos reales o supuestos como tales, están organizados sistemáticamente según una falsa relación de causalidad y cuyas conclusiones falsas determinan un tipo de conducta sometida al influjo de las ideas así concebidas. Es una manera errada de pensar.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Los delirios o ideas delirantes se presentan en los cuadros psicóticos (psicosis alucinatorias agudas, bufets delirantes de los débiles mentales, psicosis toxicas, psicosis esquizofrénicas) pero son más patentes en los delirios crónicos especialmente en la paranoia.

Las ideas delirantes pueden ser de tipo nihilista (negación de órgano), persecutorias, pasionales, celotípicas, de referencia, de invención, místicas, reivindicativas, mesiacas, de minusvalía, etc.

CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES.

MATRIZ DE CONGRUENCIA	Tema	“Relación de los factores psicosociales con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, sin enfermedades mentales específicas.”
	VARIABLES	<p>✓ Variable independiente</p> <p><u>Factores psicosociales</u></p> <p>✓ Variable dependiente</p> <p><u>Deterioro del pensamiento</u></p>
	Definición conceptual	<p>✓ Variable independiente</p> <p><u>Factores psicosociales</u>: Condiciones que se encuentran presentes en situaciones diferentes como lo laboral, social, familiar, salud, etc. y que se relacionan directamente con el contexto del individuo teniendo estos la capacidad de afectar al bienestar o a la salud física y mental de una persona.</p> <p>✓ Variable dependiente</p> <p><u>Deterioro del pensamiento</u>: Alteración en el proceso de la forma, curso y contenido ante estímulos u objetos particulares y que influyen en la capacidad de actuar con adecuación al fin propuesto y razonamiento</p>

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

<p>Definición operacional</p>	<p>✓ Variable independiente</p> <p><u>Factores psicosociales:</u> Elementos sociales (institucionalización, laboral, salud, relacional y económico) y psicológicos (autoestima, adaptabilidad, maltrato y autoeficacia) que se encuentran en el desarrollo histórico de la población muestra y que están presentes en la realidad actual del adulto mayor. Y que de alguna manera podrían traer consecuencias en el bienestar físico y mental.</p> <p>✓ Variable dependiente</p> <p><u>Deterioro del pensamiento:</u> características que cumple el adulto mayor, que afectan la interacción social e individual en el proceso de la información, construcción y razonamiento de la misma, se presenta de tres maneras; en su forma, en el curso y contenido.</p>
<p>Objetivos</p>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer cómo los diferentes factores psicosociales se relacionan con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados, sin enfermedades mentales específicas. <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar si los factores sociales a nivel económico, relacional, de salud, institucionalización y laborales se relacionan con el deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en el

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

	<p>adulto mayor institucionalizado sin enfermedad mental específica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar si los factores psicológicos; autoestima, autoeficacia, adaptabilidad y maltrato (físico, económico y psicológico) se relacionan con el deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en el adulto mayor institucionalizado sin enfermedad mental específica.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Variable independiente Factores psicosociales: Institucionalización, Laboral, Salud, económico, Relacional, Autoestima, Autoeficacia, Adaptabilidad y Maltrato. ✓ Variable dependiente Deterioro del pensamiento: Trastorno del contenido, forma y curso.
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guía de observación: Trastorno del curso y forma del pensamiento. ✓ Escala Likert: Trastorno del contenido y forma del pensamiento. ✓ Guía de entrevista semiestructurada: Institucionalización, Laboral, Salud, económico, Relacional, Autoestima, Autoeficacia, Adaptabilidad y Maltrato.
Hipótesis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El factor social a nivel económico se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica. ✓ El factor social a nivel relacional se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

		<p>forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ El factor social a nivel salud se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.✓ El factor social a nivel laboral se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.✓ El factor social a nivel de institucionalización se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.✓ El factor psicológico autoestima se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.✓ El factor psicológico autoeficacia se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental
--	--	---

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

	<p>específica.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ El factor psicológico adaptabilidad se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica.✓ El factor psicológico maltrato se relaciona con la presencia del deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados sin enfermedad mental específica. <p>H0</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Los factores sociales y psicológicos no tienen relación con el deterioro del pensamiento en ninguna de sus tres modalidades; forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados. <p>H1</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Los factores biológicos presentan mayor relación con el deterioro del pensamiento en sus tres modalidades; forma, curso y contenido en adultos mayores institucionalizados.
--	---

CAPITULO IV. MARCO METODOLOGICO

a) Tipo de investigación

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, mientras que la modalidad era determinar el nivel de correlación entre las variables que definían la investigación y los resultados que se obtuvieron de la misma para realizar las inferencias correspondientes según la muestra con la que se trabajó.

b) Diseño de investigación

Estudio de alcance correlacional ya que la investigación se centró en conocer la relación y/o el nivel de asociación entre las variables como fueron los factores psicosociales con respecto al deterioro del pensamiento en el adulto mayor.

c) Población y muestra

De una población total de 225 adultos mayores entre hombres y mujeres institucionalizados actualmente en el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar, la muestra seleccionada para la investigación fue de 12 hombres y 8 mujeres. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo intencional, por lo que la muestra se seleccionó según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. No presentar enfermedades mentales específicas (Alzheimer, demencia u otra).
2. Conocer sobre la investigación y dar su consentimiento informado.
3. Participar de manera voluntaria en la investigación.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

4. Haber tenido una vida relativamente activa en cuanto a realización de diferentes actividades.
5. Ser mayores de 60 años.

Criterios de exclusión:

1. Si presenta alguna manifestación de deterioro cognitivo bajo, medio o alto.
2. Si presenta alguna enfermedad mental específica.
3. Trastornos psicóticos (trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales.) por ejemplo esquizofrenia o trastorno de bipolaridad.
4. Padecimiento de otros problemas que pueden causar psicosis como: el alcoholismo y ciertos medicamentos, tumores cerebrales, infecciones del cerebro y ataques cerebrovasculares.
5. Padecimiento de enfermedades crónicas que interfieran en el deterioro físico y mental, que impidan la interacción efectiva con el adulto mayor.
6. Si presenta alguna otra condición que afecte su desarrollo motor y mental y esta sea especificada en su expediente clínico.

d) Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Métodos

- ✓ Observación

Técnicas

- ✓ Entrevista
- ✓ Cuestionario

Instrumentos

Guía de Observación “Evaluación del curso y forma del pensamiento”.

Durante la entrevista se tuvo como respaldo una guía de observación ya que son aspectos que se logran detectar a través del lenguaje oral y corporal de la persona entrevistada, dicha guía consto de (10) ítems referidos al curso del pensamiento y tres ítems enfocados a la forma del pensamiento, la conceptualización de las respuestas son las siguientes: SI: Presencia de trastorno. NO: Ausencia de trastorno. (Ver anexo 1)

Guía de entrevista semi- estructurada

Guía de entrevista semi estructurada basada en los factores psicosociales que podrían relacionarse con el entorno del adulto mayor, los ítems se construyeron con base a los indicadores planteados en el marco teórico conceptual. Se aplicó a los adultos mayores participantes, con el propósito de conocer e indagar si dichos factores influían en su situación actual.

La entrevista consto de 37 ítems dividido en 2 áreas la primera de ellas retoma los factores sociales tales como: institucionalización, salud, laboral, relacional, económica, la segunda área aborda el aspecto psicológico tales como: adaptabilidad, autoestima, maltrato y autosuficiencia. (Ver anexo 2)

Guía de cuestionario- Escala Likert (evaluación de contenido y forma).

Se construyó un instrumento, que consto de 28 ítems en su totalidad, dichos ítems evaluaron los siguientes aspectos: (6) Ítems que evalúan el trastorno de la forma del pensamiento de tipo contaminado, (22) Ítems que evaluaron el trastorno de la forma del pensamiento de tipo contenido; en este aspecto se elaboraron los ítems, tomando como base los indicadores

siguientes: Ideas prevalentes o fijas, ideas obsesivas, ideas delirantes, ideas sobrevaloradas, ideas fóbicas e ideas hipocondriacas. Las opciones de respuestas son: N= nunca, A.V= a veces, C.S= casi siempre, S= siempre. (Ver anexo 3)

Como base teórica para la elaboración de los todos los ítems de guía de observación y escala de evaluación se retomó el apartado IV (Pensamiento) de los Principios de Semiología Psiquiátrica.

e) Procedimiento

El proceso de investigación se inició con la asignación de la asesora; en este paso la tutora asignada brindo indicaciones generales sobre el proyecto así como la asignación de las primeras tareas a realizar para comenzar con la investigación.

Posteriormente se dio paso a la construcción, delimitación y aprobación del tema; en este punto se dio entrega al tema de investigación para esperar la aprobación del mismo. Así mismo se desarrolló el protocolo de investigación el cual cuando fue aprobado se inició con la planificación del proyecto.

En la fase de planificación del proyecto, se prosiguió con la construcción de una matriz de congruencia que permitió analizar de manera más eficaz las variables que comprendieron la investigación, así también se construyó el marco teórico constituido por marco legal y conceptual.

Así también se realizó la construcción de los instrumentos de recolección de datos, para ello se procedió a la fase de validación de dichos instrumentos, específicamente para la guía de entrevista semi- estructurada, guía de observación y la guía del cuestionario. Proceso el cual se realizó por medio de jueces que revisaran, corrigieran y aprobaran cada uno de los instrumentos,

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

estos jueces fueron los siguientes: Guillermo Antonio Burgos Rivas (Médico en Medicina) J.V.P.M. N° 12052, Andrea Margarita Menéndez (Licda. En Educación para la Salud) J.V.P.M N° 63 Y Bartolo Atilio Castellanos Arias (Lic. en Psicología) J.V.P.M N° 2610.

Por consiguiente en el mismo proceso de planificación, se realizó el contacto inicial con el Centro de Atención de Ancianos “Sara Zaldívar”, a través de Recursos Humanos y Administración del ISRI, a la cual se le entrego una carta de solicitud para desarrollar la investigación dentro de dicha institución.

Después de concluir la fase de planificación y tener la aprobación de la investigación por parte de la institución, se dio inicio a la ejecución del proyecto de investigación; la cual consistió en la aplicación de las técnicas e instrumentos.

Para la aplicación de instrumentos la muestra fue seleccionada mediante la revisión previa de expedientes de los residentes de la institución con base a una lista de cotejo (ver anexo 4) lo anterior se realizó en conjunto con la Psicóloga y encargada del área Licda. Raquel Espinoza, con el fin de facilitar y agilizar el cumplimiento o no de los criterios de inclusión.

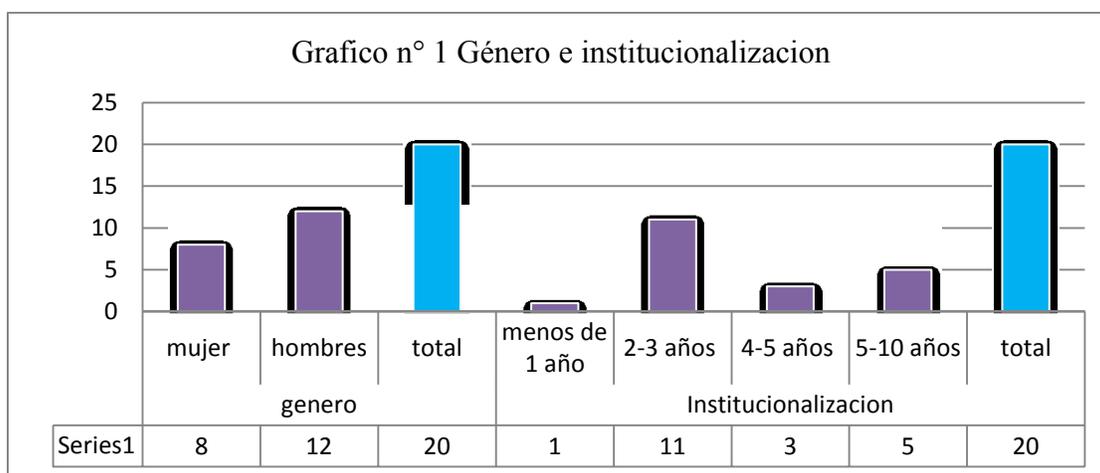
Luego de realizada la recopilación de la información se prosiguió al vaciado, procesamiento y análisis de resultados de las mismas, para realizar este proceso se requirió de trabajar en conjunto con un licenciado en estadística, el cual brindo la técnica necesaria para desarrollar dichos datos recolectados. Y por ende se pudieron realizar inferencias diagnosticas sobre la investigación.

Finalmente, se trabajó en las últimas fases de la investigación enfocadas a la entrega de memoria final y defensa oral de la misma.

CAPITULO V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Gráficos de generalidades de la Muestra.

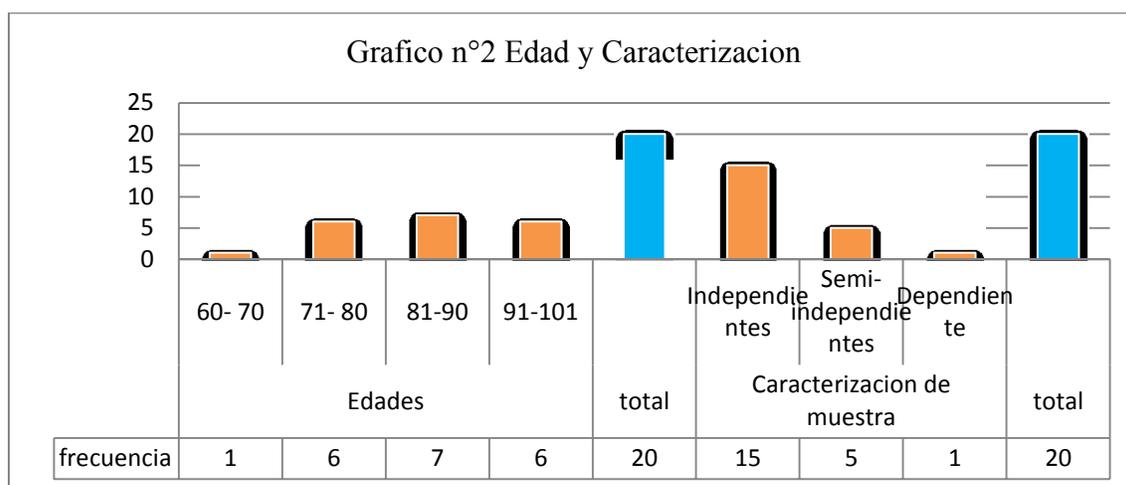
Tabla n°1		
<i>Género e institucionalización</i>		
Rubro	Indicadores	Frecuencia
Género	Mujer	8
	Hombres	12
Total		20
Institucionalización	Menos de 1 año	1
	2-3 años	11
	4-5 años	3
	5-10 años	5
Total		20



El grafico n°1 refleja la frecuencia de la muestra seleccionada para la investigación, siendo esta 12 hombres y 8 mujeres. De dicha muestra solo una persona tiene menos de un año de institucionalización, 11 personas tienen entre 2- 3 años de residir en la institucionalización, tres tienen de 4- 5 años y solo cinco personas tienen de 5 a 10 años de institucionalización en el centro de atención a ancianos Sara Zaldívar.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Tabla n°2		
Edad y caracterización		
Rubros	indicadores	Frecuencia
Edades	60- 70	1
	71- 80	6
	81-90	7
	91-101	6
Total		20
Caracterización de muestra	Independientes	14
	Semi-independientes	5
	Dependiente	1
Total		20



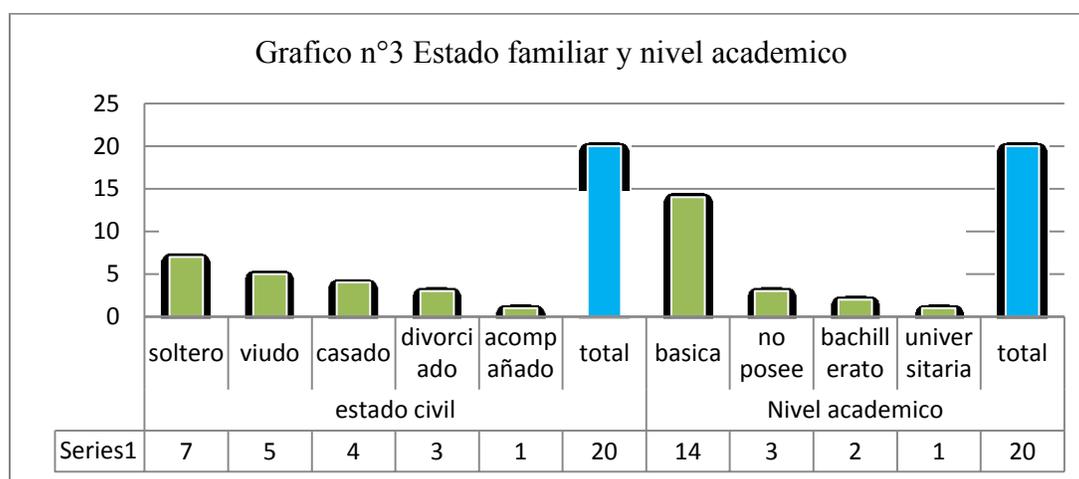
En el grafico n°2 se presentan las edades de la muestra seleccionada, en las cuales una persona está en el rango de 60- 70 años, seis adultos mayores se encuentran en el rango entre 71- 80 años, una población de 7 están en edades entre 81- 90 años y seis pertenecen al último rango de edad de 91- 101 años.

Así también se muestra la caracterización en las cuales pertenece la muestra seleccionada, siendo estas, independientes con 15 adultos, semi-independientes con 5 y dependientes 1 persona.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Tabla n°3
Estado familiar y nivel académico

Rubros	Indicadores	Frecuencia
Estado familiar	soltero	7
	viudo	5
	casado	4
	divorciado	3
	acompañado	1
Total		20
Nivel académico	Básica	14
	no posee	3
	bachillerato	2
	universitaria	1
Total		20



En el grafico n°3 se observa el estado civil de la muestra, en la cual 7 adultos mayores son solteros/as, 5 personas son viudos/as, 4 se encuentran casados/as y solo 1 persona acompañada.

También se presenta el nivel académico de la población, obteniendo que 14 personas tienen un nivel básico, 2 se encuentran con un nivel de bachillerato, 1 persona logro el nivel universitario y 3 no poseen nivel académico.

5.2 Tabulación de factores psicosociales asociados al deterioro del pensamiento, en su curso, contenidos y forma.

Las tablas presentadas a continuación son una representación sintética general de cada una de las variables; los datos obtenidos y reflejados en dichas tablas están basados en el método estadístico utilizado durante la investigación, las tablas o tablas cruzadas donde se especifican las variables e indicadores y sus grados de significancia se presentan detalladamente en los anexos (ver anexos 5 y 6)

Para la obtención de estos resultados se utilizó el método estadístico de la “chi cuadrado”, es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los mismos, la chi cuadrado se divide en dos pruebas, en este caso se retoma la prueba de independencia.

Esta prueba de independencia, entonces, sirve para determinar si el valor observado de una variable (indicadores del deterioro del pensamiento: forma, curso y contenido) depende del valor observado de otra variable (indicadores de los factores psicológicos y sociales).

Tabla n°4: Factores sociales asociados al deterioro del pensamiento

Tabla n° 4 Factores Sociales			
Rubros	P (grado de significancia)		
	curso	Forma	Contenido
Institucionalización	0.51		
Salud	0.78		
Laboral	0.71		
Relacional	0.47		
Económico	0.59		

En la tabla n°5 presente, observamos los grados de significancia que los factores sociales tienen con relación a las tres formas del deterioro en su curso, contenido y forma, estadísticamente hablando, para que cada indicador adquiriera un valor significativo debe de ser < (menor que) 0.05 y para que no sea significativo debe de ser > (mayor que) 0.05, lo que quiere decir que los cinco rubros con un total de 22 indicadores, no obtienen un valor significativo, ya que estos corresponden a valores de significancia que sobre pasan los valores preestablecidos en su fórmula.

Los resultados que se presentan en esta tabla, se encuentran de manera sintética, para conocer los resultados de las tablas cruzadas generales (ver anexo 5)

Tabla N° 5: Factores psicológicos asociados al deterioro del pensamiento

Tabla n° 5 Factores Psicológicos			
Rubros	P (grado de significancia)		
	curso	forma	Contenido
Adaptabilidad	0.47		
<u>Autoestima</u>	<u>0.01</u>		
Maltrato	0.70		
Autosuficiencia	0.34		

En la tabla n°7 que se presenta observamos los grados de significancia (P) que los factores psicológicos tienen con relación a las tres formas del deterioro, en su curso, contenido y forma, estadísticamente hablando, para que cada indicador *adquiera un valor significativo debe de ser < (menor que) de 0.05* y para que *no sea significativo debe de ser > (mayor que) 0.05*, lo que

quiere decir que los 11 indicadores reflejados en la tabla, únicamente el rubro de la **autoestima**, específicamente en el indicador de satisfacción de la vida que ha tenido, cumple un nivel de significancia de 0.01 en cuanto al curso del pensamiento.

Los resultados que se presentan en esta tabla, se encuentran de manera sintética, para conocer los resultados de las tablas cruzadas generales (ver anexo 6)

5.3 Análisis de resultados.

Relacionando las generalidades de la muestra y la autoestima como elementos clave en el deterioro del pensamiento se puede decir que la escasa motivación, inactividad física, reducida estimulación cognitiva y percepciones respecto a su cotidianidad de forma no adecuada influye de manera progresiva en los individuos, lentificando sus procesos cognitivos, específicamente el pensamiento, ya que como bien la teoría lo plantea el bienestar del adulto mayor radica en la estimulación externa e interna de sus procesos, y al tener ellos un concepto de sí mismos inestable y que genera insuficiente actividad e integración en diversas actividades, crea limitantes que tienen afecciones o que han tenido consecuencias a largo plazo en las tres tipologías del deterioro del pensamiento; se puede percibir de manera inicial en la elaboración de constructos de ideas y representaciones verbales con reducido sentido razonable y lógico.

Cabe mencionar que es evidente la presencia de un pensamiento mágico en la muestra, ya que la mayoría de ellos tienen ideas arraigadas a principios y creencias religiosas, este tipo de pensamiento se encuentra vinculado con la modalidad de las patologías del pensamiento en cuanto al contenido; ya que en el contenido se encuentran las ideas sobrevaloradas, las cuales se refieren a la idea que se tiene respecto a sí mismos, creencias religiosas y concepciones ante la interacción y convivencia social.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

En cuanto al deterioro en su modalidad de la forma, hace referencia a la direccionalidad de la idea como tal ya que en la mayor parte de los entrevistados se presentaron características telepáticas del pensamiento asegurando que en varias situaciones han sido capaces de pronosticar acciones en otras personas o en hechos sociales.

Según el deterioro por su curso del pensamiento, con el que se refiere a las asociaciones de las ideas, las cuales integran una serie de elementos en común como el pensamiento disgregado en el cual el entrevistado difícilmente seguía una línea directriz dentro de la entrevista y cumplían con poca precisión con el objetivo de la pregunta realizada, también encontramos la fuga de ideas que es la asociación con la cual cortan la idea central de la conversación y la forma rápida con la que cambian de tema perdiendo la orientación del objetivo central, ha sido evidente en la muestra poblacional, la prolijidad considerada como el detallismo en la manera de pensar del individuo incluyendo detalles de manera obsesiva. En toda la muestra se reflejó, elemento que dificultaba durante la entrevista el cambio o la continuidad de las preguntas, ya que la innumerable cantidad de detalles daba pauta a perder la objetividad de la respuesta.

Debido a que no se obtuvo una significancia estadística marcada en todos los indicadores psicosociales, se aclara a continuación de forma cualitativa una serie de inferencias entre las diferencias de la población muestra de adultos mayores masculinos y femeninos, partiremos agregando que las condiciones de vida actuales en los adultos mayores institucionalizados representa un elemento significativo anexo a los indicadores investigados, porque es debido a estas condiciones materiales y estilo de vida inadecuadas que los adultos mayores no logran un desarrollo físico y cognitivo óptimo, y que abona entonces al deterioro de su proceso del pensamiento.

Retomando las variables de esta investigación se infiere que la muestra de adulto mayor posee una diferencia establecida entre ella; en adultos mayores de género masculino se determinó que en su deterioro del pensamiento existe un nivel menos avanzado. Con base a la información recopilada, la mayoría de los participantes (11) oscilan entre las edades 67-101 años, los cuales cuentan con un tiempo de institucionalización que no abarca más de 1 a 5 años residiendo en la institución. Así también al profundizar en su historial social y personal se identificó que esta población logro establecer durante su vida relaciones afectivas, es decir que se encontraban casados o acompañados, también estaban en constante presencia de actividades de tipo psicomotriz y que debido a su rol dentro de la familia como soporte de seguridad económica. Este estilo de vida se vio también reflejado en aquellos hombres que son solteros o que no establecieron una relación formal pero que sí lograron construir una base para el proceso de adaptación para el contexto en el que ahora se encuentra ya que, a pesar de que no tenían un trabajo fijo el tiempo que se dedicaron a su profesión u oficio les demandó casi todos sus años de vida hasta donde su salud y condición física se los permitió.

La autosuficiencia en el desarrollo de una persona es elemental y no se diga así en un adulto mayor, el cual históricamente ha sido percibido de diversas formas y que hasta el día de hoy forman parte de reformas legales y actividades sociales, entonces el papel que actualmente poseen en su cotidianidad esta población masculina dentro de la institución es ser independientes y a pesar de que su estancia o desarrollo se limite a estar dentro de la institución les permite sentirse con seguridad y satisfacción de realizar sus actividades personales o preestablecidas sin esperar codependencia absoluta del personal de la institución.

Existe un número de población considerados como semi independientes, y no porque se encuentren limitados o aferrados a una silla de ruedas si no porque de manera biológica diversos

sentidos como la vista o la audición se han visto deteriorados y los ha llevado a que en algunos momentos del día sean asistidos por el personal de salud.

Dentro del área relacional del adulto mayor se establece que la muestra poblacional masculina se encuentra más ligada al dinamismo, apertura social e interacción con otros, caso contrario la población muestra femenina, ya que en ellas se consideró que se limitan solamente a formar parte de un proceso o protocolo de vida institucional.

Pero también dentro de esta área no se puede dejar de lado un elemento importante en la vida y desarrollo del individuo y son todas aquellas situaciones que implican un desgaste psicológico debido a su complejidad y se puede establecer un punto en común entre la población masculina y femenina ya que aunque la mayoría de la muestra total reflejaron no haber vivenciado situaciones de maltrato, mientras que una minoría si existieron situaciones que han influido en la seguridad de sí mismo y es esta la que ha creado obstáculos y limitaciones para integrarse a actividades o demandas de su contexto.

Estas situaciones dan pauta a conocer el motivo por el cual ingresaron a la institución, ya que al no poseer una estabilidad material como un hogar propio en el cual pudieran quedarse, así también el ya no tener la oportunidad de estabilizarse laboralmente, por lo que las posibilidades de cubrir sus necesidades básicas y de seguridad se fueron reduciendo, lo que los llevo a buscar por voluntad propia o mediante contactos una institución que pudiera cubrir con dichas necesidades y que en la mayoría de la población se creó la expectativa de tener más seguridad, mejor “calidad de vida” y mayores oportunidades de subsistir, que estando afuera en las calles o buscando lugares temporales para vivir.

Por otro lado, la población muestra femenina conforme un número menor en su participación dentro de la investigación ya que dentro de los criterios de inclusión debía de cumplirse que la población no presentara un cuadro de deterioro cognitivo, de la población total de adulto mayor mujeres de la institución solamente 8 fueron asignadas para participar en la investigación ya que cumplían con este criterio, esto da un margen de que puede existir un número mayor de mujeres que presentan deterioro en sus procesos cognitivos, específicamente en el pensamiento en su forma, curso y contenido.

Partiendo del tiempo de residencia en la institución la mayoría de ellas son las que cuentan con un tiempo mayor a 5 años y con un rango de edad entre los 70-90 años. Al profundizar en su historia de vida solamente dos se desempeñaron profesionalmente, mientras que la otra parte se limitó al trabajo doméstico o de ventas informales. Así mismo se determinó que estas mujeres no se sintieron pilar principal en su núcleo familiar por el rol que cumplían dentro del hogar y la atención que los miembros del hogar demandaban.

Así también se identificó que esta población al acercarse a la etapa de la adultez mayor se convirtió en su propia fuente de ingresos y subsistencia. Dentro de su área afectiva la mayoría de mujeres no establecieron una relación con ninguna pareja y las que tienen hijos expresaban que difícilmente lograban contacto con ellos, misma razón que las llevo a buscar por sus propios medios lugares seguros para instalarse o vivir de una manera casi permanente.

Esta población al encontrarse con escasa estimulación cognitiva debido a que el tipo de trabajo que realizaban las obligaba a permanecer en el mismo lugar de residencia entrando en la monotonía, por lo que infirió que no hubo una estimulación en su capacidad de adaptabilidad y

que por lo tanto eso ha venido actualmente generando inconformidad en la aceptación de nuevas actividades e interacción con los ya residentes y nuevos residentes en la institución.

Así mismo más de la mitad de esta población muestra femenina expreso ser independientes y solo una minoría ha sido catalogada como semi independientes o dependientes pero no quiere decir que porque se encuentren físicamente funcionales o no funcionales; si no porque que manifestaron que lograban cumplir con sus actividades necesarias dentro de la institución y actividades personales para sentirse satisfechas consigo mismas.

Así también el deterioro biológico cumple un rol inminente dentro de la institución en cuanto a la población en general, ya que son categorizados según su función tanto física como psíquica aunque ellos mismos expresen que se consideran como independientes, aunque no sea visto así. Por lo tanto estos factores biológicos son la principal causa de que se desarrolle un grado de deterioro del pensamiento.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se determina que los factores sociales a nivel económico, relacional, de salud, institucionalización y laboral de manera estadística no se relacionan directamente con el deterioro del pensamiento en cuanto a su forma, curso y contenido.
- Se concluye que de los factores psicológicos incluidos en la investigación solamente la autoestima, tuvo relación significativa en cuanto al deterioro del pensamiento en su forma, curso y contenido, tomando en cuenta que es un factor clave debido a que el adulto mayor no valora sus habilidades y características, ya que con el devenir de los años estas han sufrido modificaciones de manera objetiva.
- Se señala que hay relación entre el factor social relacional (familia, amigos, cónyuge, compañeros de institución, etc) con el factor psicológico de la autoestima siendo este el que presenta mayor relación con el deterioro del pensamiento en cuanto a su forma, curso y contenido en diferentes niveles de afectación.
- Se identificó que las condiciones de vida actual en los adultos mayores institucionalizados representa un elemento significativo, debido a estas condiciones de vida materiales no son las idóneas para que los adultos mayores se desarrollen física y cognoscitivamente.
- Las diferencias que existen entre los parámetros de generalidades (género, institucionalización, edad, caracterización dentro de la institución, estado familiar y nivel académico) de la población masculina y femenina permitió conocer los elementos que se relacionan con el deterioro del pensamiento en ambas poblaciones.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

- Al considerarse una investigación empírica, se considera que aunque no se han presentado resultados significativos a nivel estadístico si hay elementos fundamentales tales como: escasa estimulación cognitiva, monotonía en sus actividades cotidianas, condiciones materiales no favorables dentro de la institución y escaso sentido de pertenencia que se observaron mediante el contacto directo dentro de la institución con los adultos mayores residentes y durante la aplicación de instrumentos y recolección de datos con cada uno de los participantes, con respecto a los factores psicosociales y que se relacionan en alguna medida con el desarrollo de un posible deterioro en el pensamiento.

Recomendaciones

A futuros investigadores:

- Delimitar a trabajar solamente uno de los factores entre la población de adultos mayores, ya que se considera que al querer correlacionar ambos factores (social y psicológico), como lo fue en este caso, se complejizo su objetividad al momento de construir instrumentos y analizar e interpretar resultados.
- Al trabajar con cualquiera de los factores (social o psicológico), enfocarse en delimitar la investigación a uno de los elementos o indicadores que componen a cada factor, para lograr una mejor profundidad investigativa.
- Trabajar con una población más amplia para que se puedan enriquecer mejor los resultados obtenidos, así como también cumplir estrictamente los criterios de inclusión que requiere la investigación.

A departamento de psicología:

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

- Que exista una mayor interacción con las instituciones públicas, que brindan atenciones a Adultos Mayores y se realicen acuerdos que le permitan al estudiante desarrollar habilidades y empatizarse con la realidad de este sector.
- Integrar en cátedras que se relacionen con el desarrollo del adulto mayor contenidos legales, teóricos y realidad actual de la sociedad salvadoreña, en la cual se presente un contraste de la diversidad de elementos influyentes en su cotidianidad y su realidad actual.

A la institución:

- Que exista una mayor apertura e interés de temáticas que tengan como objetivo la optimización e intervención de la calidad de vida y salud mental de la población de adulto mayor.
- Tomar en cuenta los trabajos e investigaciones que se desarrollen en la institución, para optimizar y garantizar que la calidad de vida de los adultos mayores sea adecuada.

Referencias bibliográficas.

- American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Belsky, J. K. (1996). Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones. Barcelona. Editorial Masson.
- Cardona, A. Estrada, A. y Agudelo, H. (2003). Envejecer nos “toca” a todos.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Decline of cognitive capacity during aging. Rev Bras Psiquiatria. 27 (12), pp. 79-82.
- Cordero, L. (2003). Trabajo Social con adultos mayores. Buenos Aires: Espacio
- Durante, P. & Pedro P. (2004). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª Edición. Editorial Masson. Barcelona
- Lobo, A., Saz, P. & Roy, J.F. (2000) Deterioro cognoscitivo en el anciano. Medicina Interna. Barcelona. Editorial Hartcourt.
- Oña, A. (2002). Longevidad y beneficios de la Actividad Física como Calidad de Vida en las Personas Mayores. I congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores. Libro de Actas. Málaga. Ed. Servicios de Juventud y Deporte. pp. 13-36.
- Román J. 1997. Factores Psicosociales y salud del trabajador. Revisión crítica y un modelo para su análisis. Tesis para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud. La Habana, Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad "General Calixto García".
- Sánchez M, Aparicio M, Dresh V. Ansiedad, Autoestima y Satisfacción autopercebida como predictores de la Salud, diferencias entre hombre y mujeres. Psicothema. 2006;18 (3): 584-590.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

- Tobar R. Luis, Téllez V.Jorge, Vásquez R. Rafael (2009) principios de semiología psiquiátrica; pág,12- 18. Unidad de comunicaciones de Ciencias y Humanidad UES.
- Villalobos G. 1997. Programa de Vigilancia Epidemiológica de Factores Psicosociales. Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social–Colombia. 1999. Identificación y evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Congreso del Consejo Colombiano de Seguridad.
- Yanguas, J., Sancho, M. &Leturia, F. (2004). Aspectos psicológicos del envejecimiento. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona. Editorial Masson.
- Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga., Klassen G. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Ciencia y Enfermedad (2006), 12(2): 53-62.

Índice de anexos.

Anexo 1 guía de observación

Anexo 2 guía de entrevista semi- estructurada

Anexo 3 guía de cuestionario- escala likert

Anexo 4 lista de cotejo

Anexo 5 tablas cruzadas de resultados (chi cuadrado) factores sociales

Anexo 6: tabla cruzada de resultados (chi cuadrado) factores psicológicos

Anexo n° 1 Guia de observacion



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

GUIA DE OBSERVACION

Objetivo: Conocer las características de trastorno de curso y forma de pensamiento que presente el evaluado.

Instrucciones: marcar en la casilla de respuestas con una “X”, la característica que se cumpla.

Entrevistador: _____ Fecha de aplicación: ____/____/____

Entrevistado: _____ Sujeto N° _____

ITEM	CARACTERISTICAS	RESPUESTAS	
		SI	*NO
NORMAL	Persistencia de un pensamiento completo y continuidad sin distracciones.	SI	*NO
BLOQUEO	Brusca interrupción e iniciación de un nuevo tema.	*SI	NO
DISGREGACION	No existe línea directriz en la asociación de ideas. Palabras y frases con significado personal para el sujeto, pero desconectados para el oyente	SI	*NO
JARGONOFASIA	Discurso limitado a emitir palabras y monosílabos sin un contexto lógico	SI	*NO
FUGA DE IDEAS	Logorrea marcada y asociación ideatoria por asonancia verbal y gran velocidad en la asociación. Habla tangencial que refleja distraibilidad.	*SI	NO
BRADIPSIQUIA	Enlentecimiento en la asociación verbal y escrita del pensamiento.	*SI	NO
TAQUIPSIQUIA	Rapidez en la asociación y emisión verbal del pensamiento.	*SI	NO
RETARDO	Defectos en la articulación del lenguaje asociado a la lentificación en la expresión verbal o escrita del pensamiento.	*SI	NO

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

PROLIJIDAD	Discurso con numerosos detalles que se relacionan con la idea directriz, pero no responde objetivamente	*SI	NO
PERSEVERACION	Redundancia de la información con relativa falta de habilidad para conseguir	*SI	NO
PUNTAJE BAJO: 0- 6 PUNTAJE MEDIO: 7- 13 PUNTAJE ALTO: 14- 20			
FORMA DEL PENSAMIENTO			
ANIMISTA	Forma de pensar en la cual el sujeto da vida a lo inanimado	*SI	NO
TELEPÁTICO	Forma de pensar en la cual el sujeto siempre conlleva a una adivinación	*SI	NO
AGLUTINADO/ CONDENSADO	Unión de dos o más palabras u oraciones para formar una sola	*SI	NO
PUNTAJE BAJO: 0-4 PUNTAJE MEDIO: 5- 8 PUNTAJE ALTO: 9- 12			

Conceptualización de las respuestas:

SI: Presencia de trastorno.

NO: Ausencia de trastorno

Nota: Los ítems con (*) se puntuaran con 2, mientras que los ítems con la ausencia de este puntuarán 1.

Anexo n° 2 Guía de entrevista semi- estructurada



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Entrevista Dirigida a Adultos Mayores Institucionalizados

Objetivo: Indagar e identificar los factores psicológicos y sociales experimentados por los adultos mayores institucionalizados en los diversos contextos a lo largo de su vida y actualidad.

Indicaciones: Marque con una “X” la opción que indica el entrevistado/a.

Entrevistadora: _____ Fecha de aplicación: ___/___/___

Entrevistado/a: _____ Sujeto N° _____

ITEMS	A	B	C	D	E
1. Edad					
2. Genero	Femenino	Masculino			
3. Estado civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Acompañado
4. Nivel académico	No posee	kínder	Básica	Bachillerato	Universitario
5. ¿Tiempo de institucionalización?	Menos a un año ¿Cuántos meses?:	1 año	2- 3 años	4- 5 años	más de 5 años
6. ¿Motivo por el cual ingreso a la institución?	Decisión familiar o de encargados	Mediante contactos (amigos, conocidos, otras instituciones	Abandono ¿De quién?	No recuerdo como llegue acá	Voluntad propia ¿Por qué?
7. ¿Qué actividades recreativas realiza usted dentro de esta institución?	Manualidades, dibujo, pintura, costura etc.	Movimiento. Bailar, ejercicios, canto, teatro, excursiones. etc.	Estáticas. Ver tv, películas oír música, asistir a cultos y/o misas, etc.	Participo en la mayoría de actividades	No participo en actividades
8. ¿Cada cuánto	semanal	mensual	quincenal	diarias	Otro:

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

tiempo desarrollan esas actividades realizan con usted?					
9. ¿durante su vida usted ha consumido drogas? Si ()	Estupefacientes (marihuana, cocaína, etc.)	Tabaco	alcohol	Otros:	No consumí
10. Si respondió si en la anterior. ¿A partir de qué edad empezó a ingerir?	Pubertad 10- 15	Adolescencia 15- 21	Adulto temprano 21- 40	Adulto tardío 40- 65	Adulthood tardía (Vejez) +65
11. ¿Cuántos años la ingirió?	Menos de un año	1-2 años	3-4 años	5-10 años	Más de 10 años
12. ¿Durante su vida que enfermedad ha padecido frecuentemente?	Respiratorias	Digestivas	Crónicas (diabetes, hipertensión,)	De la piel	Ninguna
13. ¿Padece alguna enfermedad, física o mental actualmente?	Si ¿Cuál/cuáles?	No	No lo se	Otro: _____	
14. ¿En que se desempeñó durante su vida laboral?	Trabajo para alguna empresa pública o privada	Profesión u oficio	Trabajaba y me apoyaba mi familia	Nunca labore	Negocio propio ¿De qué?:
15. ¿Cuánto tiempo laboro?	Menos de un año	1-2 años	3-4 años	5-10 años	Más de 10 años
16. ¿Por qué motivo finalizo su trabajo?	Jubilación	Despido	Familia/pareja no quiso que continuara	Problemas de salud	Otro:
17. ¿con quién se crio usted?	Mamá papá y hermanos	Solo Mamá y hermanos	Solo Mamá/ Papá	Abuelos	Otros (personas externas a la familia)

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

18. ¿Qué sucedió con los miembros de su familia de origen?	Siguen vivos	Murieron	No sabe dónde están		
19. ¿Con quienes convivía usted antes de llegar a esta institución?	Familia ¿La conformaban? _____	Amigos	Solo	Mi pareja/esposa	Otro:
20. ¿Cómo era la relación que tenía con las personas con las que convivía?	Excelente ¿Por qué? _____	Buena ¿Por qué? _____	Regular ¿Por qué? _____	Mala ¿Por qué? _____	Muy mala ¿Por qué? _____
21. ¿Con que frecuencia recibe visitas de familiares y amigos?	Algunas veces	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca	
22. ¿Con quienes se relaciona más dentro de la institución?	Personal de salud: (Psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras/os, etc)	Estudiantes	Empleados del centro	Compañeros/as de la institución	No me relaciono con nadie
23. ¿Existe alguna persona a la cual le tenga confianza? Si () No ()	Personal de salud: (Psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras/os, etc)	Compañeros de la institución	Empleados del centro	Religión (dios, virgen maría, Yahvé, buda etc.)	Con ninguna persona.
24. ¿Quién o quienes cubrían sus gastos y necesidades antes de llegar a esta institución?	Yo mismo	Pensiones	Trabajo	Amigos	Familia

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

25. ¿De qué manera considera su situación económica antes y ahora que se encuentra dentro de la institución?	Baja	Media Baja	Media	Media Alta	
26. ¿Quién o quienes cubre sus gastos y necesidades actuales?	Institución	Pensiones	Familia	Amigos	Nadie
27. ¿Cómo se sintió cuando llegó a esta institución por primera vez? ¿Por qué?	Triste	Feliz/satisfecho	asustado	Confundido	enojado
28. ¿Cómo se siente ahora, dentro de la institución? ¿Por qué?	Triste	Feliz/satisfecho	asustado	Confundido	enojado
29. ¿Qué cosas le hacen sentir mal o incomodo?	Convivir con las demás personas del centro	Cumplir con sus actividades	Que me den ordenes	Presencia de personas nuevas	No hay nada que me incomode
30. ¿Se siente satisfecho de la vida que ha tenido?	Si ¿Por qué?	No	A veces ¿Por qué?	No lo se	
31. ¿Cómo considera que es su manera de ser?	Expresivo, cálido, amistoso, egocéntrico y exagerado,	Voluntarioso, decidido, líder, rencoroso, frio no emocional.	Abnegado, trabajador, sensible, critico.	Tranquilo, confiable, indeciso, ansioso.	
32. ¿Con que frecuencia se	frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	nunca	Siempre me he sentido solo

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

siente solo?					
33. ¿Ha vivido alguna vez, estas situaciones?	Abuso económico	Maltrato psicológico	Violencia patrimonial	Abandono/ Maltrato o abuso físico	No he vivido ninguna situación.
34. ¿Quién ejercía esas situaciones de maltrato, hacia usted?	Amigos	Trabajo	Pareja	Familia	Nadie
35. ¿Qué actividades a nivel personal se le dificulta realizar?	Comunicarse con otras personas de la institución/ Atender indicaciones	Recordar información o actividades que estaba desarrollando	Terminar o iniciar actividades (empieza a ordenar, pero lo deja a medias)	Actividades de primera necesidad (comer, asearse, moverse etc.)	Ninguna
36. ¿Antes de entrar a la institución realizaba actividades recreativas con alguien?	Junto a mi familia o pareja ¿Cuáles?	Amigos o conocidos ¿Cuáles?	Individual ¿Cuáles?	Solo trabajaba	No, ninguna.
37. ¿Actualmente logra hacer por si solo todas sus tareas y deberes individuales e institucionales? (arreglar su cama, bañarse, cambiarse etc.)	Si realizo todas mis actividades por mí mismo.	Sí, pero requiero ayuda del personal en algunas actividades. ¿En cuáles?	No, sin ayuda del personal no puedo hacer nada.		

Anexo n° 3 Guia de cuestionario escala Likert



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**ESCALA DE CONTENIDO Y FORMA DEL PENSAMIENTO DIRIGIDA A ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

Objetivo: identificar si cada respuesta brindada, cumple los criterios de forma y contenido del pensamiento.

Instrucciones: Marque con una “X” y Responda cada una de las preguntas con lo que usted considere correcto, ninguna respuesta que brinde será considerada como incorrecta.

Entrevistador: _____ Fecha de aplicación: ____/____/____

Entrevistado: _____ Sujeto N° _____

ITEMS	VALORACIONES				
	NUNCA 0	A VECES 1	CASI SIEMPRE 2	SIEMPRE 3	TOTAL
1. “No me preocupo por las situaciones que marcaron a lo largo de mi vida”					
2. “Hay cosas que me sucedieron que dificilmente puedo sacarlas de mi cabeza”					
3. “En la vida suceden situaciones que nos marcan, pero con el tiempo se olvidan”					
Ideas obsesivas					

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

4. “Me siento impulsado a realizar cosas que para los demás no es normal, pero para mí si lo es”					
5. “Tengo miedo a padecer alguna enfermedad grave, a la muerte, a algunas personas/animales o incluso a algunos lugares”					
6. “Me cuestiono constantemente ¿habré hecho bien? ¿Por qué y para qué son las cosas?”					
Ideas delirantes					
7. “Me considero superior a los demás, soy alguien poderoso ante otros”					
8. “soy irresistiblemente amado/a por las demás personas”					
9. “Creo que los demás me quieren dañar, me siento perseguido constantemente”					
10. “Me siento arruinado/a físicamente y mentalmente”					
Ideas sobrevaloradas					
11. “Me considero altamente una persona religiosa”					
12. “estoy más próximo a Dios que los demás.”					
13. “soy un emisario, o representante de Dios”					
14. “Tiene poderes especiales o					

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

inusuales”						
15. “tengo capacidades telepáticas, puedo leer la mente de las demás personas”						
Ideas fóbricas						
16. “Tengo miedo a padecer una enfermedad y que esta me ocasione la muerte.”						
17. “Siento temor de ser dañado por las personas y animales”						
18. “En ocasiones me siento angustiado cuando me encuentro en espacios reducidos”						
19. “En ocasiones me siento angustiado a encontrarme en espacios demasiado amplios.”						
Ideas hipocondriacas						
20. “Siento una preocupación constante a padecer una enfermedad grave sin tener alguna razón aparente.”						
21. “creo padecer una enfermedad grave aunque los médicos me han dicho que no presenta síntomas ”						
22. “Creo que padezco una enfermedad que es muy grave ya que presento síntomas que me indican mi enfermedad.”						
Contaminada o aglutinada						

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

23. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)		
24. ¿En qué año estamos? (1)		
25. ¿En qué país estamos? (1)		
26. ¿En qué departamento vivimos? (1)		
27. ¿Qué estación del año es? /clima actual(1)		
28. ¿En qué institución se encuentra usted viviendo? (1)		

Anexo n° 4: lista de cotejo



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LISTA DE COTEJO

Objetivo: Determinar si los adultos mayores previos a seleccionar cumplen con los criterios requeridos para ser participante de la investigación.

Instrucciones: marcar en la casilla de respuestas con una “X”, la característica que se cumpla.

Nombre persona seleccionada _____

Edad: _____ **N° de Identificación (DUI):** _____ **N° sujeto:** _____

N° ítem	Características	Respuestas	
		SI	NO
1	Presenta enfermedades mentales específicas (Alzheimer, demencia u otra).	SI	NO
2	Tuvo una vida relativamente activa en cuanto a realización de diferentes actividades antes de ingresar a la institución.	SI	NO
3	Presenta alguna manifestación de deterioro cognitivo bajo, medio o alto.	SI	NO
4	Presenta trastornos psicóticos (trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales.) por ejemplo esquizofrenia o trastorno de bipolaridad. U otros Especificar: _____	SI	NO
5	Padece enfermedades crónicas que interfieran en su deterioro físico y mental, y/o que impidan la interacción efectiva con el adulto mayor. Especificar: _____	SI	NO
6	Presenta alguna otra condición que afecte su desarrollo motriz y mental y esta sea especificada en su expediente clínico.	SI	NO

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Con base a lo anterior, se determina que la persona antes seleccionada cumple____, no cumple_____ con los criterios estipulados para formar parte del trabajo de investigación *“Relación de los factores psicosociales con el deterioro del pensamiento en los adultos mayores institucionalizados sin enfermedades mentales específicas.”*.

Por tanto, se comunica a la persona sobre la investigación; dando esta su consentimiento informado y que ha decidido participar de manera voluntaria en dicha investigación.

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Anexo n°5: tabla cruzadas de resultados (chi cuadrado) factores sociales

Factores Sociales				
Rubros e Indicadores	Curso	Contenido	Forma	P (grado de significancia)
Institucionalización				
Tiempo de institucionalización				
Menos de un año	-	1 (8.3%)	-	0.749
2-3 años	3 (60%)	6 (50%)	2 (66.7%)	
4-5 años	-	2 (16.7%)	1 (33.3%)	
	2 (40%)	3 (25%)	-	
Motivo de ingreso				
Decisión familiar o encargados	2 (40%)	1 (8.3%)	-	0.671
Contactos (amigos, conocidos o instituciones)	1 (20%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	
	-	1 (8.3%)	-	
No recuerda el motivo	2 (40%)	6 (50%)	2 (66.7%)	
Actividades que realizan dentro de la institución				
Manualidades	1 (20%)	5 (41.7%)	-	0.584
Participo en la mayoría de actividades	2 (40%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	
No participo	2 (40%)	5 (41.7%)	2 (66.7%)	
Tiempo en el que realizan las actividades				
Nunca	1 (20%)	1 (8.3%)	1 (33.3%)	0.546
Semanal	1 (20%)	5(41.7%)	7 (35%)	
Diarias	3 (60%)	4 (33.3%)	-	
Otro	-	2 (16.7%)	1 (33.3%)	
Salud				
Existencia de consumo de sustancias/ drogas				
Tabaco	2 (40%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	0.937
Alcohol	1 (20%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	
Otro	-	1 (8.3%)	-	
No consumí	2 (40%)	5 (41.7%)	1 (33.3%)	
Edad que empezó a ingerir				
10- 15 años	1 (33.3%)	1 (14.3%)	-	0.844
15-21 años	-	1 (14.3%)	-	
21-40 años	2 (66.7%)	4 (57.1%)	2 (100%)	
40-65 años	-	1 (14.3%)	-	
Cuanto tiempo ingirió				
1-2 años	-	2 (28.6%)	1 (50.0%)	0.526
3-4 años	-	2 (28.6%)	1 (50.0%)	
5-10 años	2 (66.7%)	2 (28.6%)	-	
Más de 10 años	1 (33.3%)	1 (14.3%)	-	

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Enfermedades padecidas frecuentemente				
Respiratorias	1 (20%)	3 (25.0%)	-	0.630
Digestivas	1 (20%)	-	-	
Crónicas	1 (20%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	
ninguna	2 (40.0%)	5 (41.7%)	2 (66.7%)	
Padece de enfermedad física o mental				
si	3 (60%)	8 (66.7%)	2 (66.7%)	0.964
no	2 (40%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	
Laboral				
Desempeño laboral				
profesión u oficio	3 (60.0%) 2 (40.0%)	11 (91.7%) 1 (8.3%)	2 (66.7%) 1 (33.3%)	0.72
Tiempo que se dedicó a trabajo				
1-2 años	-	1 (8.3%)	-	0.704
5-10 años	5 (100.0%)	11 (91.7%)	3 (100.0%)	
Porque finalizo de trabajar				
Jubilación	-	3 (25.0%)	-	0.719
Familia/pareja no quiso que continuara	- 3(60%)	1 (8.3%) 6 (50.0%)	- 2 (66.7%)	
Problema de salud	2 (40%)	2 (16.7%)	1(33.3%)	
Relacional				
Personas con quien se crio				
Mamá, papá y hermanos	4 (80%)	5 (41.7%) 2 (16.7%)	- 2 (66.7%)	0.309
Solo madre y hermanos	-	2 (16.7%)	1 (33.3%)	
Solo mamá/papá	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	
Abuelos	-	2 (16.7%)	-	
Actualidad de los miembros de familia				
Siguen vivos	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	0.314
Fallecimiento	3 (60.0%)	8 (66.7%)	1 (33.3%)	
No sabe dónde están	1 (20.0%)	3 (25.0%)	1 (33.3%)	
Otro	-	-	1 (33.3%)	
Con quienes vivía antes de llegar a la institución				
familia	1 (20.0%)	3 (25.0%)	1(33.3%)	0.977
amigos	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	
solo	1 (20.0%)	4 (33.3%)	1(33.3%)	
mi pareja/esposa	2 (40.0%)	3 (25.0%)	1(33.3%)	
	-	1 (8.3%)	-	
Como era la relación con los que vivía				
excelente	2 (40.0%)	5 (41.7%)	2 (66.7%)	0.464
buena	-	2 (16.7%)	1(33.3%)	
regular	3 (60.0%)	3 (25.0%)	-	
mala	-	2 (16.7%)	-	

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Frecuencia de visitas por familia o amigos				
algunas veces	1 (20.0%)	4 (33.3%)	2 (66.7%)	0.368
frecuentemente	1 (20.0%)	-	1 (33.3%)	
casi nunca	1 (20.0%)	3 (25.0%)	-	
nunca	2 (40.0%)	5 (41.7%)	-	
Relación dentro de la institución				
personal de salud	3 (60.0%)	6 (50.0%)	2 (66.7%)	0.450
estudiantes	-	1 (8.3%)	-	
empleados del centro	1 (20.0%)	-	1 (33.3%)	
	1 (20.0%)	5 (41.7%)	-	
Personas a las que le tiene confianza				
Personal de salud	3 (60.0%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	0.409
Compañeros de institución	2 (40.0%)	4 (33.3%)	-	
	-	2 (16.7%)	-	
Empleados del centro	-	3 (25.0%)	1 (33.3%)	
Religión	-	1 (8.3%)	1 (33.3%)	
Económico				
Quien o quienes cubrían sus gastos antes de llegar a la institución				
Yo misma/o	4 (80.0%)	7 (58.3%)	2 (66.7%)	0.308
Pensiones	-	2 (16.7%)	-	
Trabajo	-	2 (16.7%)	-	
Amigo	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	
Familia	-	-	1 (33.3%)	
Como considera la economía antes y actualmente				
Baja	2 (40.0%)	3 (25.0%)	1 (33.3%)	0.820
Media baja	3 (60.0%)	9 (75.0%)	2 (66.7%)	
Quien cubre tus gastos actuales				
Institución	5 (100%)	9 (75.0%)	3 (100%)	0.671
Pensiones	-	2 (16.7%)	-	
Amigos	-	1 (8.3%)	-	

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

Anexo n° 6: tabla cruzadas de resultados (chi cuadrado) factores psicológicos

Factores Psicológicos				
Rubros e Indicadores	Curso	Contenido	Forma	P (grado de significancia)
Adaptabilidad				
Como se sintió al llegar por primera vez a la institución				
Triste	1 (20.0%)	2 (16.7%)	-	0.229
Feliz/satisfecho	-	5 (41.7%)	3 (100.0%)	
Asustado/a	2 (40.0%)	3 (25.0%)	-	
Confundido/a	2 (40.0%)	2 (16.7%)	-	
Actualmente cómo se siente estando en la institución				
Triste	2 (40.0%)	3 (25.0%)	-	0.449
Feliz/ Satisfecho/a	3 (60.0%)	9 (75.0%)	3(100.0%)	
Que cosas le hacen sentir incómodo/a o mal				
Convivir con las demás personas de la institución	3 (60.0%)	6 (50.0%)	1 (33.3%)	0.743
	-	1 (8.3%)	-	
Cumplir con la rutina o actividades	-	2 (16.7%)	-	
Que me den ordenes	2 (40.0%)	3 (25.0%)	2 (66.7%)	
No hay nada que me incomode				
Autoestima				
Se siente satisfecho de la vida que ha tenido				
Si	2 (40.0%)	12	2 (66.7%)	0.001*
No	1 (20.0%)	(100.0%)	1 (33.3%)	
A veces	2 (40.0%)	-	-	
Como considera su manera de ser				
Sanguíneo	-	3 (25.0%)	1 (33.3%)	0.385
Colérico	1 (20.0%)	2 (16.7%)	-	
Melancólico	-	4 (33.3%)	1 (33.3%)	
Flemático	4 (80.0%)	3 (25.0%)	1 (33.3%)	
Con que frecuencia usted se siente solo/a				
Frecuentemente	3 (60.0%)	1 (8.3%)	-	0.071
Algunas veces	1 (20.0%)	6 (50.0%)	1 (33.3%)	
Casi Nunca	1 (20.0%)	-	1 (33.3%)	
Nunca	-	5 (41.7%)	1 (33.3%)	
Maltrato				
Ha vivenciado alguna de las siguientes situaciones				
Maltrato psicológico	1 (20.0%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	0.893
Abandono, maltrato o abuso	1 (20.0%)	3 (25.0%)	-	

Relación de los factores psicosociales y deterioro del pensamiento.

físico No he vivido ninguna situación	3 (60.0%)	7 (58.3%)	2 (66.7%)	
Quien o quienes ejercían esas situaciones hacia usted				
Amigos	-	2 (16.7%)	-	0.528
Trabajo	1 (20.0%)	-	-	
Pareja	-	1 (8.3%)	1 (33.3%)	
Familia	1 (20.0%)	2 (16.7%)	-	
Nadie	3 (60.0%)	7 (58.3%)	2 (66.7%)	
Autosuficiencia				
Que actividades se le dificultan actualmente realizar				
Comunicarse con otras personas de la institución/ Atender indicaciones	1 (20.0%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	0.596
Recordar información o actividades que estaba desarrollando	-	2 (16.7%)	-	
Terminar o iniciar actividades (empieza a ordenar, pero lo deja a medias)	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	
Actividades de primera necesidad (comer, asearse, movilizarse etc.)	2 (40.0%)	1 (8.3%)	-	
Ninguna	1 (20.0%)	6 (50.0%)	2 (66.7%)	
Que actividades realizaba antes de entrar a la institución y con quien				
Junto a mi familia o pareja	-	-	1 (33.3%)	0.260
Amigos o conocidos	1 (20.0%)	1 (8.3%)	1 (33.3%)	
Individual	2 (40.0%)	3 (25.0%)	-	
Solo trabajaba	1 (20.0%)	7 (58.3%)	1 (33.3%)	
Ninguna	1 (20.0%)	1 (8.3%)	-	
Logra hacer por si solo todas sus tareas y deberes individuales e institucionales (arreglar su cama, bañarse, cambiarse etc.)				
Si realizo todas mis actividades por mí mismo	1 (20.0%)	8 (66.7%)	2 (66.7%)	0.192
Sí, pero requiero ayuda del personal en algunas actividades	4 (80.0%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	