

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

GUÍA PARA CUIDADORES Y FAMILIARES DE  
ADULTOS MAYORES CON DEMENCIAS Y  
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

ESTUDIO REALIZADO DESDE UN ENFOQUE  
SISTÉMICO EN LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO  
AGOSTO-DICIEMBRE 2022

ANALY QUELAL CEVALLOS

DIRECTORA: DORYS ORTIZ G.

QUITO, 2023

## **DEDICATORIA**

A mi abuela materna, Aída Lucía Aguirre, a la que ayudo a enfrentar las complicaciones de su edad, quien se convirtió en un ser muy importante y cercano en mi vida, me supo advertir de los peligros en mi adolescencia y enseñanzas del buen vivir y de aprovechar del tiempo para ser exitosa en la vida.

Al grupo de adultos mayores residentes del asilo Santa Catalina Labouré, quienes me motivaron para la creación de esta guía. Su amor y cariño los recordare por siempre.

A Psi.Fabricio Sandoval a quien agradezco por sus consejos y enseñanzas para lograr un trabajo exitoso, en el desempeño laboral con la población más desprotegida y olvidada por sus familiares cercanos y por la responsabilidad que tiene el estado ecuatoriano con este grupo etáreo.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre Lilián Cevallos Aguirre, quien con su esfuerzo me regaló la mejor educación, gracias por todas las enseñanzas y por acompañarme en este proceso de estudiante, gracias por creer en mí, me sobran palabras para expresar lo importante que eres en mi vida. Te amo madre.

A mi hermano Sebastián, porque fuiste mi guía desde que yo era pequeña, gracias por estar para mí, eres un gran profesional, espero y anhelo ser mejor que tú, eres un ser humano lleno de éxito y abundancia.

A mi compañero de camino Andrés quien ha estado para mi incondicionalmente, este amor se ha convertido en los más sublime que puede existir. Eres un gran hombre, siempre lo reconoceré. Te amo gordito

A mi mascota Bonita , mi compañerita, mi hija perruna, despertaste en mí el sentimiento materno, es tan inmenso el amor que siento por ti, que todos los días agradezco por tu sola mirada. Te amo mi pequeña no sabes lo feliz que soy de tenerte y de seguir compartiendo nuestra vida.

A mi mejor amiga Liz, con quien compartimos grandes aventuras desde el segundo semestre de la universidad, como no recordar todo lo vivido. Eres de esas amistades que se agradece por haberlas puesto en el camino. Te quiero mucho amiga

## TABLA DE CONTENIDOS

|   |    |
|---|----|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                        | 2  |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....                    | 3  |
| <b>RESUMEN</b> .....                            | 7  |
| <b>ABSTRACT</b> .....                           | 8  |
| <b>Capítulo 1</b> .....                         | 9  |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....                      | 9  |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....         | 10 |
| <b>OBJETIVOS</b> .....                          | 12 |
| <b>A. OBJETIVO GENERAL</b> .....                | 12 |
| <b>B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....           | 12 |
| <b>Capítulo 2</b> .....                         | 15 |
| 2.1 Adultos mayores.....                        | 15 |
| 2.1.1 Identidad .....                           | 15 |
| 2.1.2 Envejecimiento.....                       | 18 |
| 2.1.3 Tipos de adultos mayores .....            | 21 |
| 2.1.4 Dificultades en el adulto mayor .....     | 22 |
| <b>Capítulo 3</b> .....                         | 25 |
| <b>3. Salud Mental en el Adulto Mayor</b> ..... | 25 |
| 3.1. 1 Neuropsicología .....                    | 25 |
| 3.1.2 Demencias .....                           | 31 |
| 3.1.3 Enfermedad de Alzheimer .....             | 36 |
| 3.1.4 Demencia Frontotemporal.....              | 39 |
| 3.1.5 Demencia Vascular .....                   | 41 |
| 3.1.6 Demencia Cuerpos de Lewy .....            | 43 |
| 3.1.7 Parkinson.....                            | 46 |
| 3.2 Enfermedades Psiquiátricas .....            | 49 |
| 3.2.2 Ansiedad .....                            | 53 |
| 3.2.3 Depresión.....                            | 56 |
| 3.2.4 Trastorno del sueño .....                 | 60 |
| <b>Capítulo 4</b> .....                         | 63 |
| <b>4. Cuidadores y Familiares</b> .....         | 63 |
| 4.1 Tipos de dependencias.....                  | 63 |
| 4.1.2 Dependencia Mental .....                  | 66 |

|   |    |
|---|----|
| 4.1.3 Dependencia Económica .....           | 67 |
| 4.1.4 Dependencia Psicológica .....         | 68 |
| 4.1.5 Dependencia Social .....              | 69 |
| 4.2 Características de los cuidadores ..... | 70 |
| 4.3 Actividades del cuidador .....          | 73 |
| 4.4 Cambios estructurales .....             | 75 |
| 4.5 Cuidado personal .....                  | 77 |
| 4.6 Alimentación .....                      | 78 |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....                   | 81 |
| <b>RECOMENDACIONES</b> .....                | 82 |
| <b>REFERENCIAS</b> .....                    | 83 |

#### **INDICE DE TABLAS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1:</b> Objetivos y Beneficios de la Evaluación Neuropsicológica..... | 15 |
| <b>Tabla 2:</b> Componentes de la Evaluación Neuropsicológica.....            | 16 |



## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal la creación de una guía para familiares y cuidadores de adultos mayores con demencias y enfermedades psiquiátricas. El contenido de esta guía tiene como finalidad fomentar la concientización de sus cambios físicos y psicológicos y cómo actuar ante ellos.

El estudio contiene varios aportes una de ellas es la identidad, tomamos en cuenta la misma ya que es importante conocer como se forma y cuál es su evolución con el paso los años, al igual que se abordó la personalidad, los cambios tanto físicos como emocionales por los cuales atraviesan los adultos mayores en sus distintas condiciones tanto en la demencias como en las enfermedades psiquiátricas.

Finalmente, la guía cuenta con 3 módulos, cada uno cuenta con información respecto al tema y una actividad, las cuales deberán ser realizadas tanto por los cuidadores como por los familiares lo cual permite que apliquen el conocimiento adquirido.

**Palabras clave:** identidad, personalidad, adultos mayores, cuidadores, familiares, demencias, enfermedades psiquiátricas.

## **ABSTRACT**

The main objective of this research is to create a guide for family members and caregivers of elderly individuals with dementia and psychiatric disorders. The purpose of this guide is to promote awareness of their physical and psychological changes and how to respond to them.

The study includes several contributions, one of which is identity. We take into account identity because it's important to understand how it forms and evolves over the years. We also address personality and the physical and emotional changes that elderly individuals go through in various conditions, both in dementia and psychiatric disorders.

Finally, the guide consists of three modules, each containing information on the topic and an activity. These activities should be completed by both caregivers and family members, allowing them to apply the knowledge they have acquired.

## **Capítulo 1**

### **Marco Introdutorio**

#### **JUSTIFICACIÓN**

La creación de la guía para familiares y cuidadores de personas adultas mayores desde el enfoque sistémico nos permitirá tener una concepción amplia de cuál debería ser el rol de la familia en esta etapa de la vida de un miembro geriátrico, a pesar de existir guías relacionadas sobre el cuidado, las mismas no ahondan en cómo se debe llevar el proceso y que es lo que se debería esperar, es por ello la importancia de construir una guía completa la cual contenga todos los procesos tanto cognitivos, físicos, conductuales en el cual se ve inmersa esta población.

La guía adicionalmente pretende responder a la demanda exponencial sobre el crecimiento de la población geriátrica tal como lo indica el INEC donde señala que la población adulta mayor tiene una supervivencia mayor, la cual en porcentajes representa el 33% desde el año 2010 a nivel del Ecuador (Inec,2020). Dentro de la publicación “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” realizada por la Cepal, señala que entre los años 2015 y 2030 la población tendrá un crecimiento del 64%; dentro de América Latina y el Caribe una persona de 60 años podrá vivir alrededor 22.4 años más, aumento que se encuentra relacionado con factores económicos, sociales, culturales, calidad de vida, educación, sexo y el país de residencia. (Cepal,2018).

En investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud señala que los países bajos y medios son más proclives a presentar enfermedades mentales debido a las condiciones precarias y vulneración de derechos en las cuales viven sus habitantes, indican que entre un 5% y 8% de la población de 60 años en adelante sufrirá de algún tipo de demencia en algún momento (OMS,2020). Aun cuando la expectativa de vida es mayor, es importante considerar que las personas mayores son más proclives a presentar enfermedades físicas y mentales, tal como lo menciona Calderón (2018) “El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas las cuales aumentan progresivamente la dependencia” (p.1)

En cuando a datos recabados en Ecuador La encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) menciona que la demencia y depresión tienen una prevalencia del 39% la cual se encuentra estrechamente relacionada con el paso hacia otra etapa de vida.

Tomando en cuenta todo lo expuesto me propongo en desarrollar este proyecto que tiene como finalidad que tanto los familiares como los cuidadores pueden otorgar a los adultos mayores un cuidado de calidad y calidez, mediante la internalización de conocimientos y la puesta en práctica mediante talleres que estarán incluidos en la guía, la cual estará en un lenguaje claro para que toda la población hispano hablante pueda acceder al mismo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dentro de los conceptos establecidos para las demencias tomamos en cuenta el de Thorton Pray (1982) que señala 3 significados “proceso psíquico progresivo e irreversible de deterioro mental; síntoma de una enfermedad orgánica cerebral reconocible y tratable; manifestación parcial de una enfermedad mental” (p.369-382) Es oportuno conocer los

distintos significados ya las demencias se dividen en 2 grandes grupos como es las demencias cerebrales o primarias y las demencias sistémicas o secundarias.

Con respecto a las enfermedades psiquiátricas o trastornos mentales; se determina como aquellas que causan alteraciones emocionales, cognitivas y del comportamiento en donde se ven afectados tanto las personas que lo padecen como la familia o personas con las que conviva la persona. Un punto importante a considerar es que el malestar es considerado subjetivo es por ello que no existe un significado concreto a que hace referencia los trastornos mentales.

Tello-Rodríguez et al (2016) en su estudio realizado sobre la salud mental en los adultos mayores señala que los trastornos mentales son comunes en esta comunidad, alrededor del 20% las presentan y es de vital importancia tomarlas en cuenta ya que pueden ser desencadenantes para las patologías a nivel fisiológico. Adicionalmente dentro de la investigación se han descrito tres enfermedades notables que se presenta en la población geriátrica, los trastornos neurocognitivos, problemas afectivos del ánimo y desórdenes del sueño.

Dentro de las investigaciones que se han realizado a nivel país, el Centro de Apoyo al Adulto Mayor ubicado en la ciudad de Cuenca señala que en el año 2012 los cuadros depresivos correspondían al 59,5% mientras que al año siguiente los cuadros de depresión mayor correspondían al 37,5% en los cuadros depresivo mayores, en relación con el deterioro cognitivo señalan que la cifra alcanza el 17,1% lo cual para los investigadores es una cifra elevada en relación con otros estudios realizados donde el porcentaje llegaba solamente a un 10%. Por otra parte, la investigación a tomado en cuenta varios determinantes como es el sexo, nivel de educación, estado civil, edad, residencia, los cuales han permitido diferenciar los resultados obtenidos; señalaron que el sexo femenino tiene mayor prevalencia en el deterioro

cognitivo aun cuando en estudios comparativos la es frecuencia de este padecimiento del deterioro es similar en ambos sexos.

Las investigaciones nos han permitido conocer las cifras con respecto a la presencia de determinadas enfermedades, ahora se debe determinar por qué se pueden producir estas patologías. Gil & Sánchez (2017) en su artículo realizan un estudio de varias demencias cuáles son sus características y las posibles causas por las cuales se presentaría, señalando que podrían presentarse afectaciones a nivel cromosómico, caídas, afectaciones en los lóbulos cerebrales entre otras causas.

## **HIPÓTESIS**

Actualmente debido al aumento en la esperanza de vida de las personas adultas mayores los familiares se ven en la interrogante de como debo cuidar de mi familiar, que enfermedades pueden padecer y como gestionar las emociones de mi familiar o paciente

## **OBJETIVOS**

### **A. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una guía para familiares y cuidadores de adultos mayores con la finalidad de fomentar la concientización de sus cambios físicos y psicológicos, y cómo actuar ante ellos.

### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Plasmar en una guía contenidos teóricos del proceso de envejecimiento, detallando los cambios a nivel: físico, fisiológico, psicológico, cognitivo, socio-afectivos y psicomotores.

2. Educar a familiares y cuidadores de adultos mayores en estrategias y técnicas de trabajo cognitivo y social.
3. Incluir en la guía material didáctico que les facilite integrar la información propuesta.



## Capítulo 2

### Marco Teórico

#### Identidad, Envejecimiento, Dependencias

## 2.1 Adultos mayores

### 2.1.1 Identidad

Millon (1998, cómo se citó en Fernández 2012) define la personalidad como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo”(p.2), convirtiendo a la identidad en parte propia de la personalidad. Se podría mencionar varias definiciones desde distintas áreas de estudio sin embargo nos centraremos en la psicológica y la narrativa.

Desde la perspectiva de Teodoro Herranz (2004), psicoterapeuta, la construcción de la identidad se da a partir de la interacción continua con otros la cual comienza desde la infancia y se extiende hasta la adultez; esta interacción con el otro permite al hombre reconocerse como un Otro diferente formándose de estos roles que ha adquirido. En cambio desde la psicopatología menciona Echeburúa (2011) que la identidad es entendida desde el auto concepto, autocontrol y el nivel interpersonal en compañía de las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson quien a través de ocho etapas nos permite establecer cuáles son los estadios que ha atravesado el individuo, cómo ha sido su paso por ellas y principalmente nos permite entender al sujeto cómo es más no cómo es con los demás; alineándonos con lo mencionado, Erikson considera oportuno hablar acerca del “yo” para comprender el desarrollo de la identidad, refiere que es un ente que se desarrolla en un contexto socio-cultural, histórico incluso genético individual; la adaptación del “yo” permite al individuo enfrentarse ante resolución de conflictos, eventos circunstanciales y principalmente forma parte de la construcción de la identidad (1933).

En el texto de Linares (1996) señala que desde el enfoque sistémico no se ha investigado a profundidad acerca de lo que se refiere la identidad sin embargo desde la perspectiva de Ackerman la identidad la ha definido “como organización y expresión del

comportamiento en acción”(p.26), por ende la identidad es un espacio en el cual reconoce a si mismo desde su propia narrativa le permite desde las experiencias vividas los cuales no solo se establecen en lo social sino desde varias perspectivas, como la evolutiva.

El siguiente punto está constituido por el lenguaje; su formación se da a partir del pensamiento el cual se desarrolla en relación con los estímulos que reciba el infante desde su nacimiento como lo enfatizan Fernández y Alarcón (2020) “El lenguaje es una de las habilidades o destrezas cognitivas más relevantes en el desarrollo psicomotor de la infancia, y que su estimulación gatilla procesos sociocognitivos de alta complejidad”. (p.28)

El lenguaje se puede representar de varias formas, mediante símbolos, imágenes, señales; aun las personas con alguna condición biológica o adquirida que no les permite comunicarse verbalmente pueden hacerlo mediante las vías señaladas anteriormente. Lo mencionado nos permite dar paso hacia la segunda área de estudio, en donde el análisis narrativo tiene como principal premisa al lenguaje encargado de constituir la construcción de los significados, convirtiendo al individuo en el principal narrador de sus experiencias, vivencias, las cuales se ven conformadas por varios aspectos como el tiempo, espacio y la influencia social (Brunner, 2004). Si bien la narrativa es expresada de manera libre por parte del individuo, no siempre se puede contar con todos los detalles que la componen, pueden mostrarse fragmentados o parciales, presentarse de forma consciente o inconsciente, es por ello que la narrativa puede tener distintos significados e interpretaciones que se pueden evaluar y conectar.

La descripción realizada permite visualizar como el término “personalidad” está estructurado por varios componentes e incluso otros que se podrían considerar como elementos individuales cuando son conformados en conjunto tal como lo señala Andrés (2016), en su texto lo “Eysenck, refiere que la personalidad puede entenderse como una organización más o menos estable y duradera del carácter, el temperamento, el intelecto y el físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente”(pág. 24) Como se mencionó al principio de este texto la personalidad se transforma acorde a las situaciones por las cuales atraviesa el individuo, refieren Sabatini y Iacub (2015) que los cambios de contextos biológicos, psicológicos, sociales y existenciales se encuentran relacionados con la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo, cómo concibe su identidad, la identificación que realice permite al

sujeto tener conciencia de su concepción como individuo, la cual se acoplara en el tiempo y los contextos que se mencionaron.

Las transformaciones propias en la vida del individuo permiten al mismo conocerse y almacenar las herramientas necesarias para actuar en distintos eventos de su vida, la continuidad en la aplicación y desarrollo permite que las mismas se repliquen o se modifiquen debido a su negatividad o ineffectividad. Como se observa, el sujeto es un ente que se transforma en varios puntos de su vida se percibirá notablemente los mismos; sin embargo, un detalle que debemos conocer es la percepción, que habla acerca de cómo nos vemos, sentimos, la cual cambia debido a varios factores cómo el ambiente, situaciones, la aceptación que tengamos como individuos acerca de tu nuestro crecimiento, posibles enfermedades, etc.; es por ello que el objetivo de realizar este preámbulo es para comprender globalmente porque una parte de adultos mayores tienen una conducta y aceptación razonable permitiendo que sus cuidadores o familiares lleven su cuidado de la mejor manera mientras que en otros casos todo esto es distinto debido no todos comprenden la delicadez que conlleva el cuidado de un adulto mayor más aun con una aquellos que padecen alguna discapacidad, lo cual conlleva a que sea un verdadero reto la convivencia.

Ahora bien, es importante entender desde la teoría sistémica a que se hace referencia con el término de identidad. Bertalanffy pionero del enfoque señala que la identidad es el ahora, no está relacionado con el pasado, pero además se habla acerca del yo. En el texto de La construcción de la identidad y el yo (2018), hablan acerca del yo-narrativo y el yo episódico, dentro de los cuales se trabaja con la memoria; el primero hace referencia al medio por el cual se puede compartir los recuerdos personales permitiendo darles un orden y un significado el cual se verá reflejado tanto en nuestro interior como exterior (Santamaría & Montoya, 2008, p. 344); mientras que llaman un yo episódico como “el viajero que realiza la travesía mental hacia el pasado y el futuro gracias al sentido subjetivo del tiempo, encontrándose dicha travesía a su vez, acompañada de la experiencia fenomenológica de autooiesis” (Santamaría & Montoya, 2008, p. 335). El termino mencionado “autooiesis” hace referencia al tipo de conciencia que el individuo tiene lo que lo vuelve consiente de los sucesos personales.

Se toma en cuenta lo mencionado ya que el Yo viene a ser la construcción del concepto y la capacidad de organización que el individuo da a su verdadero concepto de su yo,

para simplificarlo podríamos denominarlo como la identidad en el que el lenguaje y la cognición intervienen.

### *2.1.2 Envejecimiento*

Para iniciar este apartado es propicio definir claramente dos términos que suelen ser usados comúnmente como sinónimo, se hace referencia a el envejecimiento y vejez, que si bien pueden ser determinados cómo sinónimos tienen una connotación diferente, el primer concepto hace referencia a las transformaciones que se van dando con el paso de los años, el crecimiento y las adecuaciones por los que atravesamos mientras que la vejez es considerada como un estado definitivo del cual no se puede retornar, está relacionado con la edad, no se puede regresar a la niñez o juventud pero se puede trabajar para tener un vejez óptima; es por ello que se considera relevante considerar estos conceptos debido a su importancia significativa.

Ahora bien, los investigadores en los últimos años se han enfocado en el estudio del envejecimiento debido al crecimiento demográfico que se ha presentado en el mundo, el cual está relacionado con factores cómo los matrimonios y uniones que se han dado en los últimos años y quienes han tomado la decisión de no tener hijos; por lo que la tasa de mortalidad ha disminuido y consiguientemente la esperanza de vida del adulto mayor ha aumentado; en el caso del Ecuador el promedio de vida es de 82.3 años y puede aumentar considerando la calidad de vida, alimentación, salud e incluso la educación. En relación a las proyecciones de las Naciones Unidas determinaron que para el año 2020 la población se incrementó cinco veces más a la que se tenía en los años 50 y 70, si la estimación realizada se cumple, para el año 2065, Ecuador se convertirá en una sociedad envejecida. (Naciones Unidas, 2019)

Desde varias áreas de estudio, se presentan distintas definiciones acerca del concepto de envejecimiento, quienes consideran varios puntos en común como la edad, el sexo, salud; en relación al primer punto ha de considerarse que de acuerdo con las investigaciones se ha realizado una división en tres grupos cronológicos. En el primero se encuentra el “viejo joven” que va de los 65 a 74 años, el segundo grupo el “viejo viejo” desde los 75 a 84 años, finalmente el grupo “viejo de edad avanzada” que contempla desde los 85 años en adelante, cada grupo contempla características en relación con el estado de salud las que consideran que a mayor edad, mayor será los problemas médicos que puedan presentar, lo cual discrepa con lo mencionado por Busse, quien considero que el envejecimiento está dividido en dos momentos:

primario y secundario, el primero hace alusión al proceso natural por el cual atraviesa una persona mientras que el secundario hace alusión al proceso de envejecimiento debido a una enfermedad, el abuso de sustancias o la inactividad de la persona. (Busse, 1987; J. C. Horn y Meer, 1987).

El encasillar a los adultos mayores por la edad se considera un gran error ya que tanto familiares como profesionales deben considerar otras funciones, si bien se señalaba la existencia de grupos por edades, estas pueden variar tomando también en cuenta el cuidado personal, al desarrollo de las funciones que pueda cumplir diariamente y si requiere de algún familiar o cuidador; las funciones hacen referencia a las físicas, fisiológicas, psicológicas y cognitivas, psicomotrices y socio afectivas, permitiéndonos tener una percepción más clara de cuál es el estado del adulto; por lo que se considera pertinente desarrollar los factores señalados anteriormente.

El primer factor está relacionado con enfermedades relacionadas al sistema nervioso, endocrino, reproductivo, cardiovascular y las articulaciones; el segundo factor hace referencia a los trastornos emocionales y afectivos que suelen presentarse con más frecuencia como lo refiere Enríquez y Núñez (2014) debido a los aspectos sociales como la pérdida de las actividades laborales, aislamiento entre otros. El tercer factor señala la degeneración ósea y muscular, el deterioro de las habilidades motrices, perceptivas, visuales y finalmente el cuarto factor la capacidad que haya adquirido el adulto para crear redes de apoyo relacionado con la comprensión de sentimientos, intereses entre otros.

En relación a la fisiología del envejecimiento es importante tomarla en cuenta y a continuación señalaremos varios puntos tal como Ferri en parte del libro “La asistencia del paciente geriátrico” del año 2009, en donde el ritmo de las funciones varía según la edad en la que se encuentra y varía en cada sistema orgánico, por ejemplo se refleja que en el aparato digestivo es el que menos se afecta en relación con los demás sistemas, otro punto que se señala es que el peso corporal empieza a disminuir en los individuos de edades avanzadas a partir de los 74 años por lo que la masa corporal disminuye, convirtiéndose en “peso muerto”.

En el mismo libro se establece varias teorías del envejecimiento permitiéndonos tener una visión aún más amplia de lo que ya hemos analizado, en el cual se pretende determinar biológicamente la aparición de la misma. La primera teoría señala que puede deberse a los

radicales libres (los cuales son obtenidos mediante el metabolismo del oxígeno), estos dañan las proteínas, el ADN y las enzimas celulares hacen que se vayan alterando el metabolismo celular lo que produce el deterioro; la segunda teoría está enfocada en los errores y mutaciones somáticas, tanto del ADN cómo del ARN los que provocan anormalidades que se van presentando conforme la exposición ambiental del individuo cómo hepatitis, Hemofilia entre otras enfermedades; las siguientes teorías como el uso y desgaste de los componentes celulares, finalmente en las enfermedades inmunitarias el cuerpo del individuo disminuye debido al debilitamiento del sistema inmunitario.

Es preciso conocer que si bien la edad no determina una condición de envejecimiento, a nivel mundial existe una edad mínima para considerarlos cómo adultos mayores, dependiendo la localidad en donde residan, reciben positivamente beneficios de ley cómo pensiones jubilares, rebaja en servicios básicos entre otros y negativamente volvemos al encasillamiento; dentro de Latinoamérica la mayoría de países como Ecuador y México consideran la edad de vejez a los 65 años, mientras que en otros países como Colombia y Chile a los 60 años.

El siguiente punto que se considera importante estudiar está relacionado con la sobrevivencia en relación al sexo de los individuos, según la Cepal (2021) nacen más hombres que mujeres, pero esta condición se va equilibrando con el paso de los años, específicamente en la juventud y adultez, debido a los accidentes y muertes de los cuales son propensos los hombres, a los descuidos y otras formas relacionadas de causarse daño.

Dentro del estudio realizado se ha elegido a 5 países para efectuar las comparaciones dentro de los cuales no se encuentra Ecuador sin embargo, la información permite tener un aprendizaje amplio debido a que son países Latinoamericanos; el estudio establece las variantes sexo y demografía como relacionadas dando como resultado que existen más mujeres tanto en las zonas rurales como urbanas el cual se replica en todos los países estudiados con pocas variantes en relación a los hombres ; lo que nos permite considerar que las mujeres viven una experiencia más intensa en relación a los cambios demográficos y de salud por los que deben afrontar. (Cepal, 2021)

### 2.1.3 Tipos de adultos mayores

Dentro del artículo realizado por César A. González, M en C, Roberto Ham-Chande, D Demogr (2007), se establece la existencia de cuatro tipos de envejecimientos: ideal, activo, habitual y patológico los cuales han sido establecidos mediante varios componentes médicos generales, funciones cognitivas, funciones de la vida diaria y el consumo de sustancias como alcohol o tabaco. A partir de lo mencionado detallaremos los tipos de envejecimiento:

*Envejecimiento ideal:* considerado por la capacidad de los individuos de realizar las actividades diarias de la vida de manera autónoma, no han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica, se encuentran en buen estado, no presentan deterioro cognitivo y en general llevan un envejecimiento adecuado el cual es derivado de los cuidados que han tenido desde jóvenes y que permanecen.

*Envejecimiento activo:* Desde el modelo SOC de Baltes y Marget (1990), el envejecimiento está asociado a la resiliencia que posea el individuo; es decir, son capaces de tener un equilibrio positivo entre las pérdidas y ganancias que conlleva los momentos por los cuales están atravesando. El modelo refleja que el adulto puede ser capaz de vivir de una manera activa o pasiva, consciente o inconsciente de sus debilidades y fortalezas y trabajarlas que, si bien el envejecimiento puede conllevar varios limitantes, en este caso, los adultos son capaces de transformarlo y esto cómo se mencionó anteriormente viene desde que somos jóvenes la manera de resolución de conflictos no se pierde, sino que se transforma con el pasar del tiempo y con las herramientas que tenga para trabajarlas.

*Envejecimiento usual:* Se define a los individuos que no tienen ninguna discapacidad notoria pero que pueden presentar algún accidente ya que tienen una situación de riesgo la cual puede estar relacionada con el aumento de la edad y con el estilo de vida que han llevado desde varios años, lo que es confirmado por la Fundación MacArthur (1998) quienes en sus estudios señalaron que la causa de este riesgo es debido al estrés, lo que conlleva a considerar que el estilo de vida que llevemos determinará nuestra salud física y mental en el futuro.

*Envejecimiento patológico:* Son individuos que tienen alguna enfermedad que les imposibilita realizar ciertas actividades de la vida diaria, que no necesariamente es debido a la edad ya que se puede haber presentado en un estado temprano e ir empeorando con las

limitaciones del envejecimiento. En el documento de Borbón, Cruz y Castro mediante un estudio realizado, mencionan de las variadas enfermedades y más comunes en presentarse, cómo la diabetes, hipertensión arterial, síndrome metabólico, deterioro cognitivo.

En relación con los cuatro tipos de envejecimiento que hemos evaluado existen puntos en común los cuales permiten tener una vida más saludable o no y este es el estilo de vida que han venido llevando, menciona Koster et al. (2010) lo que se ha escrito anteriormente y añade la prevalencia de algunas enfermedades ya que estas se encuentran interrelacionadas debido al enlentecimiento natural del metabolismo el cual no procesa adecuadamente los cambios percibidos en el cuerpo del individuo. Además, también hay que considerar la prevalencia de enfermedades cardíacas, en el estudio realizado tanto de hombres como de mujeres, existe una prevalencia de 0,02 mientras que en osteoartritis es de 0,04, valores altos en hombres, finalmente tanto hombres como mujeres poseen un alto porcentaje en el síndrome metabólico mayor a 0,01.

En cuanto al deterioro cognitivo se extenderá la información ya que es un tema que nos compete de acuerdo con el contenido de nuestro proyecto; argumenta Boyle et al. (2009) mediante una investigación, en la que comparó las características de la enfermedad del Alzheimer con la fuerza muscular, en la que se obtuvo como resultado la existencia de una pérdida de fuerza muscular correlacionada con este deterioro cognitivo sin embargo el estudio no señala que el padecer menos fuerza muscular determine la presencia de Alzheimer; sin embargo, es algo a tomar en cuenta y que puede ponernos en alerta; se considera que la actividad física puede estar asociada a una menor tasa del deterioro cognitivo global menor a 0,001 de prevalencia en las enfermedades cognitivas leves.

#### *2.1.4 Dificultades en el adulto mayor*

Iniciaremos con lo que menciona Pérez (2022) en donde le da al envejecimiento el significado de convivir con la discapacidad, pero esta no experimentada como un castigo sino que nos permite como humanos y como sociedad buscar y gestionar ideas innovadoras las cuales permitan que los adultos mayores tengan una vida relativamente buena.

Como se ha venido trabajando, en Ecuador la tasa de envejecimiento poblacional ha crecido y con esto, han aumentado las dificultades que, tanto el Estado como los cuidadores o

familiares deben tomar en cuenta; debido a que el requerimiento de cuidados y protección aumenta y los sistemas no tienen el abasto suficiente para hacerlo lo que nos conlleva a pensar hasta qué edad los adultos mayores están protegidos a nivel de salud. “En Ecuador la esperanza de vida saludable al nacer era de 67.9 años en el año 2016, uno de los valores más altos de la región, después de Panamá, Cuba y Costa Rica”. (Paula Forttes Valdivia, 2020, p.13).

Si bien el envejecimiento puede conllevar múltiples enfermedades que pueden ser manejables y se pueden realizar prevención de las mismas, existen enfermedades como las demencias o enfermedades psiquiátricas que no se pueden predecir cuándo se presentarán y en que medida pueden llegar a ser incapacitantes, lo cual puede llegar a convertirse en un problema ya que además de la edad se debe “lidiar” con estas enfermedades neurodegenerativas y emocionales tal como lo señala Inmerso, 2006 en donde existe una relación entre la dependencia y la capacidad funcional, las mismas que si la primera puede presentarse en cualquier edad pero la capacidad funcional es la que ocasiona deterioro en el envejecimiento.

Las dificultades que se pretenden señalar van más allá de las físicas, psicológicas o fisiológicas sino de los procesos a los que se ven enfrentados, tanto las familias como los adultos, al recibir cuidados. Las patologías que se presentan en esta edad conocidos como síndrome geriátrico son las caídas, malnutrición, deterioro cognitivo y demencias, alteraciones sensoriales, depresión, problemas relacionados con los psicofármacos (Yanguas & Leturia, 2001). Estas dificultades traen consigo problemas familiares ya que los mismos no tienen un conocimiento de cómo tratar al paciente geriátrico y también es un problema a nivel del Estado ya que el mismo no tiene abasto para brindar un servicio adecuado de salud debido al incremento de la población adulta mayor.

Aun cuando la Ley del Adulto Mayor (2019) señala en su Art 4, literal

a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva.

Refiere Courtis (2004) que el envejecimiento se encuentra en igualdad con respecto a los grupos discriminados como son las mujeres y las personas con discapacidad y es algo que está normalizado dentro de la sociedad, es por ello que tanto la sociedad en general como las

familias de los adultos mayores se han convertido en los principales causantes de esta desigualdad.

La CEPAL, ha realizado investigaciones cercanas sobre los derechos de los adultos mayores en algunos casos por cuenta propia y en otros por demanda de los gobiernos, es por ello que este tema fundamental se ha tratado en innumerables ocasiones para brindar un servicio de la calidad y calidez a este grupo etario, es por ello que la OEA aprobó la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” (2015), el cual tiene como objetivo:

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores. (p.3)

Dentro del texto se considera que, a pesar de que el adulto mayor no tenga las capacidades físicas o cognitivas óptimas para la toma de decisiones, son entes de derecho y se los debe tomar en cuenta, así como lo denomina Traxler (1980, cómo se citó en Cepal, 2018) tras una definición en la que considera a los adultos mayores como un grupo subordinado debido a la deficiencias que padecen; así, se visualiza que se han infringidos sus derechos, por la percepción de que no tienen la capacidad mental para poder tomar ciertas decisiones; es por ello que los tutores, familiares o quienes están a cargo han de respetar sus derechos y tomar las mejores decisiones para el buen vivir del adulto mayor.

## **Capítulo 3**

### **Marco Teórico**

Neuropsicología, Demencias, Psiquiatría

### **3. Salud Mental en el Adulto Mayor**

#### 3.1. 1 Neuropsicología

Para iniciar con la exploración de lo que es neuropsicología es primordial definir su base inicial que es la neurociencia, tomaremos lo que menciona Tirapu (2011):

La neurociencia estudia el funcionamiento cerebral desde un punto de vista multidisciplinario, esto es, mediante el aporte de disciplinas no excluyentes como la física, la química, la biología, la neurología, la genética, la informática, la psiquiatría y la neuropsicología.

La neurociencia ha permitido que varias especialidades puedan unirse para poder encontrar el bienestar del individuo. Pero, ¿En qué momento aparece la neuropsicología? Nace alrededor de los siglos XIX y XX mediante varios estudios realizados del cerebro los cuales permitieron delimitar las afectaciones que ahora conocemos, menciona Rufo-Campos (2006) que Luria fue quien perfeccionó las técnicas para el estudio del comportamiento de los sujetos mediante varios procesos como pruebas psicológicas para determinar la presencia o ausencia de algún tipo de lesión a nivel del sistema nervioso central.

Se menciona que debido a que no existían los medios tecnológicos que ahora conocemos como resonancias magnéticas entre otros, las pruebas que se aplicaban no lograban medir en donde se encontraba la afectación ya que solamente medía algunas esferas como la memoria, lenguaje, apraxias, etc.

Es por ello que se reconoce la neuropsicología como una disciplina interdisciplinaria que analiza varias áreas de la mente humana lo que conlleva a que el profesional que se especialice en esta área deba tener un estudio amplio en neurología; ha de mencionarse que

esta disciplina ha sido reconocida como especialidad desde la década de los 80 lo cual se destaca en el libro de Neuropsicología (2014).

Por lo tanto, el objetivo de la neuropsicología, como ya lo visualizamos en un inicio, es determinar la presencia de alguna patología cerebral la cual también puede estar influyendo en la conducta y comportamiento del individuo; esto permitirá medir el daño de afectación y plantear un programa de rehabilitación que beneficiará tanto a los familiares, cuidadores como al paciente, lo que ayuda a que se tenga en cuenta las necesidades del individuo y se evite malos tratos o el cansancio del cuidador.

Es importante conocer los avances realizados es por ello que, se menciona en el texto de Rains (2002) la importancia de la neuropsicología ya que ha sido efectiva con la aplicación de baterías de test neuropsicológicos, tanto con exámenes médicos como la tomografía, la resonancia magnética, encefalograma en casos como epilepsia entre otros.

Un ejemplo adicional es lo que se señala en el artículo “Avances y Retos de la Neuropsicología” (2014) en donde se consideraba en los años noventa al trastorno de déficit de atención como un problema atencional mientras que al inicio del año dos mil se consideró que la presencia estaba relacionada con afectaciones en los lóbulos frontales.

Finalmente, en la actualidad, se afirma que en un estudio realizado por Cherkasova & Hechtman (2009) que:

No basta con señalar el compromiso frontal de ésta y otras patologías, y se comienzan a detallar los circuitos cortico-subcorticales que abarcan las áreas dorsolaterales y orbito frontales, con sus respectivas conexiones (principalmente cíngulo anterior, núcleo caudado y putamen) en los lóbulos frontales y áreas somato sensoriales en los lóbulos parietales. (p.652)

Los avances de la neuropsicología nos pueden dar una mirada más amplia de la importancia que tiene esta especialidad y cómo es que ha aportado a la psicología tal como lo señala la “American Academy of Family Physicians” quien publicó recientemente un artículo que destaca el valor de la evaluación neuropsicológica en el ámbito de la atención médica primaria. A continuación se presentara una tabla realizada por Michels et al (2010) como se

citó en Jurado 2015), el cual nos brinda los objetivos y beneficios de la evaluación neuropsicológica.

Tabla 1: Objetivos y Beneficios de la Evaluación Neuropsicológica

| Objetivos   | Beneficios   |
|---|--|
| Identificar perfiles característicos asociados a los principales síndromes neurocomportamentales para ayudar en el diagnóstico diferencial. | Distinguir entre un funcionamiento normal (p.e. normal deterioro mnésico asociado a la edad), y un proceso de demencia leve y distinguir entre diferentes tipos de demencia.   |
| Identificar las déficits cognitivos leves asociados con gran variedad de asociaciones médicas.  | Detectar de manera temprana síntomas en condiciones médicas con manifestaciones neurocognitivas (p.e. problemas de aprendizaje, apnea del sueño, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, neoplasias, disfunción renal o hepática, delirio, enfermedad de Parkinson, encefalopatía por virus de la inmunodeficiencia humana) |
| Hacer recomendaciones de tratamiento al paciente, su familia y otros profesionales de la salud  | Mejorar la calidad de vida con tratamiento médico y de rehabilitación temprano.  |
| Proporcionar rehabilitación cognitiva   | Remediar y enseñar técnicas compensatorias para los déficits cognitivos identificados durante la evaluación neuropsicológica.  |
| Monitorear los cambios cognitivos asociados a la progresión de la enfermedad, su recuperación y tratamiento                                 | Determinar la eficacia del tratamiento y la posible necesidad de reajustes.  |
| Asistir en la determinación de la competencia de un paciente  | Asistir al paciente, su familia y otros profesionales de la salud con información acerca de la capacidad de toma de decisiones del paciente.   |

|   |  |
|---|--|
| Asistir en la evaluación de la validez de síntomas y posible simulación de síntomas | Proporcionar un diagnóstico correcto para evitar el tratamiento inapropiado. |
|---|--|

Cómo vemos en la tabla existen varios beneficios los cuales permiten a los pacientes tener un diagnóstico adecuado, ya que brinda la oportunidad de evaluar las funciones cotidianas del individuo, las cuales son importantes para contrarrestar con la anamnesis que se realice; sin embargo, menciona Jurado (2015) que no se debe confundir la neuropsicología con la psicometría ya que si bien, en la primera también se realiza la aplicación de test no es solamente lo que se realiza, este trabaja en una interpretación más profunda y contrarresta lo obtenido tanto con el test cómo lo obtenido mediante lo evaluado en consulta.

Es importante indicar que si bien ya se ha determinado el objetivo de la neuropsicología y cuáles son sus beneficios y limitaciones, es preciso considerar cuál es la estructura que evalúa la neuropsicología, a continuación se muestra un cuadro adaptado por Jurado (2015, de Kulas, Naugle, 2003) en donde se establece todo lo que conlleva realizar una entrevista neuropsicológica:

Tabla 2. Componentes de la Evaluación Neuropsicológica

|   |
|---|
| <b>1. Entrevista</b>  |
| Objetivo de la evaluación   |
| Descripción de sintomatología actual  |
| Historia médica y de salud mental   |
| Tratamiento farmacológico   |
| Antecedentes educativos y ocupacionales   |
| Historia médica familiar  |
| Historia del desarrollo temprano (ej. embarazo, nacimiento, rendimiento escolar, cursos de síntomas neurológicos o cognitivos)        |
| <b>2. Consecución de información colateral de múltiples fuentes (ej. cónyuge, familiares, amigos, colaboradores, profesores, etc)</b> |
| <b>3. Aplicación de instrumentos neuropsicológicos estandarizados</b>   |
| Habilidades intelectuales(C.I)  |
| Atención  |
| Lenguaje  |
| Razonamiento y solución de problemas  |
| Memoria verbal y visual   |
| Habilidades viso-espaciales   |

|  |
|--|
| Funciones ejecutivas                                 |
| Velocidad de procesamiento psicomotor                |
| Estado funcional (ej. Habilidades de la vida diaria) |
| Estado emocional                                     |

Cómo se puede observar, la entrevista es similar a la que se realizaría en cualquier otro enfoque al cual se acuda, sin embargo lo que se destaca es la medición de las funciones ejecutivas las cuales son de suma importancia en la neurociencia y las cuales hacen referencia a “ejercitar el autocontrol de la conducta o atención, mantener y manejar la información mentalmente, resolver problemas y adaptarse de manera flexible a cambios o situaciones inesperadas” (González & Pardos, 2018, p. 30).

Dentro de las funciones ejecutivas existen dos procesos denominados calientes y fríos. El primero hace referencia a la respuesta emocional que se tiene ante un evento mientras que el segundo señala los procesos cognitivos; es decir, la respuesta que tiene el cerebro ante un evento. Estos aspectos son importantes ya que, tanto las emociones como los procesos cognitivos, se trabajan en el cerebro; si se considera que se tiene alguna alteración o afectación pues la respuesta no será la adecuada o “normal” dentro de parámetros que establece la sociedad.

Las funciones ejecutivas como se sabe, se desarrollan desde los primeros años de vida del infante, los estímulos permiten al niño reconocer lo que se encuentra a su alrededor, con el paso del tiempo el niño es capaz de recordar y representar los estímulos; una vez que llegan a este estado, las funciones ejecutivas comenzarán a desarrollarse adecuadamente (Zelazo et al, 2004). Pero ¿Qué es lo que ocurre en los adultos mayores?, pues se ha visto que las funciones ejecutivas empiezan a deteriorarse debido a los olvidos frecuentes, la pérdida de la capacidad para representar y recordar lo aprendido tanto de forma visual como auditiva, lo cual produce que existan cambios a nivel del funcionamiento cognitivo especialmente a nivel de la corteza prefrontal la cual es la encargada de controlar la memoria de trabajo.

Así, se hace énfasis en las funciones ejecutivas porque son importantes para entender lo que ocurre en la mente, tal como lo señala Bausela (2014) “Las Funciones ejecutivas dependen de funciones cognitivas del más alto nivel y de más bajo nivel, por ello no pueden ser consideradas de forma aislada”. (par.12) Algo más que agregamos, como lo señalamos

anteriormente, es que las funciones son fundamentales en las conductas cotidianas del individuo es por ello que Bausela (2014) categoriza las funciones ejecutivas en cuatro dominios interdependientes: el primero es el proceso de información, el segundo es control atencional; el tercero es la flexibilidad cognitiva y finalmente el establecimiento de objetivos. A continuación, se detallan los cuatro dominios.

El primero hace referencia a la capacidad de respuesta que tiene un individuo ante un estímulo y que depende del aprendizaje logrado a lo largo de su vida. El segundo señala que es la habilidad y la flexibilidad que tiene la mente del individuo para aprender, no repetir errores, elaborar nuevas estrategias, principalmente el almacenamiento temporal lo cual se lo conoce como memoria de trabajo la cual nos permite retener la información que se ha aprendido, dándonos la oportunidad de recordar si es que la mente lo ha considerado valioso retenerlo. La importancia de la misma es señalada por Lepe-Martinez (2020) en su artículo en el cual refiere que la memoria de trabajo es una “función cognitiva muy compleja y tiene un papel relevante para el adecuado funcionamiento de otros procesos cognoscitivos”.(p.2)

Dentro del texto antes mencionado se establece que la habilidad de la memoria dependerá de distintos sistemas cerebrales los cuales se clasifican de la siguiente manera *por el tiempo* que es como conocemos la memoria de corto y largo plazo, *por la modalidad* que hace referencia a la memoria verbal o visual y finalmente la conciencia la cual se divide en explícita (Aguilar et al, 2018).

El tercer punto hace referencia al razonamiento, la habilidad de planificación y la formulación de objetivos que es esencial para resolver problemas y enfrentar las situaciones del diario vivir. Finalmente, el cuarto punto nos señala cómo se está procesando la información contando la velocidad, la fluencia y la eficiencia ante la resolución de problemas o el establecimiento de nuevos retos; los procesos establecidos fueron desarrollados por Anderson y Reidy (2008), (como se citó en Bausela, 2014) como el sistema de funcionamiento del sistema del control ejecutivo.

Ahora bien, una vez definido el trabajo que realizan las funciones ejecutivas es pertinente plasmar las partes del cerebro que se encuentran influenciadas por las mismas. El cerebro cuenta con dos hemisferios: derecho e izquierdo, también el cerebelo y tronco encefálico, cada hemisferio está delimitado por cuatro lóbulos: *frontal* que está encargado de

la toma de decisiones y planificación; *temporal* encargado de la memoria y el aprendizaje; *parietal* encargado de todo lo relacionado con los sentidos y finalmente el *lóbulo occipital* encargado del reconocimiento espacial. Cada hemisferio cumple una función en específico, del lado izquierdo está más relacionado con la parte del aprendizaje y el razonamiento mientras que el lado derecho está más relacionado con la imaginación, emociones y creatividad.

En los estudios de neuroimagen realizados se evidencia cómo las funciones ejecutivas actúan a nivel cerebral es decir no es solo un mero comportamiento sino que dentro del cerebro se ven los cambios a los que estos se ven expuestos, por ejemplo Narayanan et al (2005) mencionan que “la habilidad para mantener la información en la *memoria de trabajo* ha sido relacionada con la zona lateral de la corteza prefrontal”(par.8) otro ejemplo sería lo que mencionan Crone et al (2005) en cuanto a uno de los dominios señalados anteriormente, indicando que está relacionado con la zona medial de la corteza prefrontal.

Para medir estos dominios, como sabemos existen varios constructos, tal como lo señala Bausela (2014) “con un simple indicador se pretende evaluar un constructo, por ejemplo, la memoria de trabajo se ha evaluado tradicionalmente con la prueba de dígitos de las escalas de Wechsler. Esto puede conllevar a errores, ya que con un sólo indicador (por ejemplo, memoria de trabajo) no es posible obtener evidencias suficientes del nivel de desarrollo de las funciones ejecutivas”. (p.23)

Adicionalmente, considerando las deficiencias en relación con la edad que estamos tratando, la aplicación de los reactivos se deberá modificar de acuerdo a la necesidad y la capacidad de cada adulto mayor, principalmente el nivel de educación y al estado de salud en el que se encuentre. Es fundamental la evaluación con reactivos que nos permitan conocer el estado del individuo y así reconocer mejor su estado mental.

### 3.1.2 Demencias

En este apartado se pretende dar a conocer las principales demencias que afectan a los adultos mayores y, fundamentalmente, se realizara la diferenciación con otras patologías que se pueden relacionar tal como lo menciona Morley (2017):

Los modernos síndromes geriátricos incluyen: fragilidad, sarcopenia, anorexia, delirium, caídas, fatiga, polifarmacia, depresión, demencia y deterioro cognitivo leve.

El reconocimiento en fases precoces del deterioro cognitivo es muy importante, porque en algunos casos existe una causa tratable y porque permitirá incluir medidas preventivas, medidas terapéuticas y planificar los cuidados (p. 7)

Como se mencionó anteriormente, aun cuando la edad no define la adquisición de deficiencias, se ve presente un envejecimiento cerebral el cual se va dando de manera progresiva que, como observamos, afecta las funciones cognitivas dando lugar a estos trastornos neurodegenerativos. Refieren Arriola et al. (2017) un dato interesante a considerar y es que “A partir de los 60 años de edad el cerebro pierde de 2 a 3 g de peso anualmente. Estos cambios morfológicos generales también se atribuyen a modificaciones en la sustancia blanca de las regiones filogenéticamente más evolucionadas” (p. 7).

En cuanto a datos estadísticos sobre la prevalencia de este trastorno con la referencia de Fleming et al. (2020) “se ha determinado que 152 millones de personas padecerán de demencia para el año 2050”(par.4) ; mientras señala la Organización Panamericana de la Salud (2013) que los casos a presentarse serán cada cuatro segundos lo que es una tasa bastante alta, es por ello que es pertinente realizar una evaluación correcta, la cual nos permitirá prevenir e incluso disminuir la tasa de padecimiento antes señalada.

Para el inicio de este contenido determinamos a qué se hace referencia el deterioro cognitivo y la demencia. La terminología del deterioro cognitivo leve fue “introducida en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva”. Se considera también según Mitchell et al (2008) que puede llegar el paciente a tener una estabilidad del deterioro cognitivo lo cual permite tener un seguimiento controlado y la posibilidad de no desarrollar alguna demencia con el tiempo.

Mientras que la demencia es definida por Benjumea et al. (2018) como:

La demencia es un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones cognitivas y frecuentemente se presenta acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas; ocurre sin alteración del nivel de conciencia y afecta el funcionamiento social y ocupacional. (par.1)

Una breve referencia acerca de lo que ocurre a nivel neuronal nos permite definir como primer punto el deterioro cognitivo leve, Arriola et al. (2017) lo describen como “Una alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia”(p. 8).

Es lo que se considera cómo un envejecimiento normal ya que si bien puede presentarse alteraciones no afecta a las actividades básicas de la vida diaria; sin embargo, esto no quiere decir que un cambio a determinada edad es normal, se deberá realizar una evaluación completa para determinar cuál es la causa, para esto se podría utilizar el índice de Katz el cual mide los parámetros sobre dependencia e independencia de un adulto mayor.

En cuanto a la diferencia entre demencia y el deterioro cognitivo leve, en el primero se establece la presencia amnésica como principal síntoma mientras que el segundo no necesariamente padece de sintomatología amnésica. En estudios realizados a varios pacientes se determinó que la memoria prospectiva, la cual hace referencia a las acciones recordatorias como las actividades diarias, toma de medicinas, incluso el aseo, muestra un nivel menor de funcionamiento en los pacientes con demencia en relación a los pacientes que padecen deterioro cognitivo leve (DCL) (Costa et al., 2010).

En cuanto a lo mencionado en los estudios es importante desglosar a qué se hace referencia, la cual como vimos anteriormente nos permite recordar acciones y esta se divide en dos, basada en el tiempo y basada en eventos. La primera hace referencia a la capacidad que tiene el individuo para recordar una tarea realizada en un momento específico y después de este como por ejemplo ir al baño; la segunda, en cambio hace referencia a recordar una acción realizada debido a un evento desencadenante como por ejemplo recordar lavarnos las manos cuando pasamos por un lavamanos.

Es por ello que para realizar la evaluación respectiva es importante tomar en cuenta los criterios del DSM –V y factores de riesgo para determinar la presencia de un deterioro leve. Según estos criterios, se deben cumplir los siguientes aspectos:

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función

ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en: 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y

2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

A continuación, se presentarán los factores por los cual se puede presentar el deterioro cognitivo leve:

- Según Petersen et al (2014) “Deficiencia cognitiva en una o más áreas cómo la memoria, atención funciones ejecutivas y el lenguaje”. Lo cual puede afectar a las actividades del individuo; sin embargo, la funcionalidad de las actividades diarias no se ve afectada.

- “Los factores de riesgo vascular en edades medias de la vida, tales como la hipertensión, la hipercolesterolemia, un alto índice de masa corporal y la diabetes mellitus se asocia con una mayor probabilidad de deterioro cognitivo en edades avanzadas de la vida” (Zárate, et al, 2021).

- Se establece según Tim,T et al (2015) que las enfermedades como la diabetes, también se encuentran asociadas al riesgo de padecer deterioro cognitivo leve debido a los niveles irregulares de azúcar los cuales pueden provocar trombosis o embolias debido a la afectación de los vasos sanguíneos

- La resistencia a la insulina, tiene un papel fundamental, dentro de la neurotransmisión, la plasticidad neuronal ya que tiene el objetivo de regularla; por lo

tanto, si no existe un buen funcionamiento de la insulina puede haber afectaciones a nivel de memoria, aprendizaje entre otros dominios.

- En estudios se ha mencionado que la dislipidemia (niveles anormales de lípidos en la sangre) también influye en el funcionamiento del sistema cognitivo; ya que se encuentra relacionado con un riesgo mayor de que el individuo padezca de un accidente cerebro vascular debido a que el flujo sanguíneo no llega correctamente al cerebro.

- En cuanto al peso elevado se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer una enfermedad neurodegenerativa. Se ha demostrado que las personas que tienen obesidad, cualquiera sea el tipo, tienen una reducción en el volumen de la materia gris por lo que para los individuos es complejo tomar decisiones y controlar los impulsos especialmente del apetito, también se ha visto que debido a aquello está asociado con un mayor riesgo de dificultades de memoria, aprendizaje, atención.

- Finalmente, se podría mencionar que el estilo de vida también influye, en especial los individuos que tienden a consumir tabaco u otro tipo de drogas, al igual que las personas sedentarias, que no tienen una alimentación adecuada o que han tenido algún tipo de afectación a nivel cerebral debido a un accidente.

- Un dato a considerar es lo mencionado por Arenaza-Urquino et al, (2013):

Un bajo nivel educativo se ha asociado a un mayor riesgo de DCL. La actividad intelectual puede alterar los sustratos neurobiológicos al incrementar el volumen de la sustancia gris y una activación de sistemas de neurotransmisión.(p.12)

Una vez realizado un breve recorrido acerca de lo que es el deterioro cognitivo leve nos compete visualizar los tipos de demencias que con más frecuencia se presentan en los adultos mayores. Refiere la Junta de Beneficencia de Guayaquil (2020) que la Organización Mundial de la Salud calcula que entre el 5% y el 8% de la población de más de 60 años sufrirá de demencia en algún momento de su vida, debido al incremento de la prevalencia de vida de los adultos mayores, esta cifra aumentará en los próximos años.

En cuanto al Ecuador, la Junta de Beneficencia (2020) refiere que:

En su consulta externa del Instituto de Neurociencias por esta causa registran que en el 2019 se atendieron un total de 840 casos, 543 femeninos y 297 masculinos. Con leve mayoría en mujeres representando el 64,6% del total. Con inicio presenil de un 7,1% en mujeres y 8,79 en varones. En el 2020, de enero a agosto, hay un total de

366 casos, 231 femeninos y 135 masculinos. Con ligera preponderancia femenina de un 63,11% del total. (par.3)

El aumento de la tasa en mujeres se debe a que las mismas tienden a vivir más años que los hombres y como la enfermedad se presenta en etapa avanzadas, es una de las explicaciones, otra podría ser los cambios hormonales en mujeres asociados con la menopausia lo que puede aumentar el riesgo de padecimiento de demencia debido a los bajos niveles de estrógenos.

La primera demencia con lo que se va a iniciar será el Alzheimer, continuando con lo que menciona la Junta de Beneficencia (2020) se señala que 120 millones de personas de las que se han podido contabilizar, padecen esta enfermedad aunque no existe una cifra exacta ya que dentro del país no existen centros especializados para el control de la enfermedad.

### *3.1.3 Enfermedad de Alzheimer*

Se señala que el “Alzheimer (EA) es una enfermedad crónica neurodegenerativa de origen multifactorial y evolución progresiva que se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo continuo, y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles” (Martín, 2009, p. 2).

Se señala en el Informe Mundial sobre Alzheimer (2019) que esta enfermedad es un problema de salud pública ya que se estima que 50 millones de personas viven con demencia, dado el desconocimiento de los síntomas es que la enfermedad avanza rápidamente por lo que, como vimos anteriormente se requieren mayores investigaciones para determinar la prevalencia de esta enfermedad, específicamente en el Ecuador.

La presencia de la enfermedad es multifactorial por lo que no se conoce con exactitud su etiología, es por ello que se le puede confundir con un DCL. El inicio de la enfermedad es precoz y tardío y puede presentarse a partir de los 65 años. Lopera (2012) en relación a la edad de la presencia de la enfermedad señala que un 10% de los individuos que presenten la enfermedad antes de los 65 años tiene una etiología hereditaria dominante mientras que los individuos que padezcan la enfermedad posterior a los 65 años está influenciada por factores medioambientales.

La Enfermedad de Alzheimer evoluciona en las siguientes fases: leve, moderada y avanzada, observándose que en la fase avanzada las personas suelen presentar un gran nivel de dependencia caracterizado por graves dificultades para reconocer a sus familiares o a sí mismos, mutismo, pérdida del control de esfínteres y de la movilidad, y en algunos casos, posibilidad de requerir alimentación asistida (Alzheimer's Association, 2018). Como enfermedad crónica, requiere de grandes periodos de cura y tratamiento paliativo, lo que implica un fuerte impacto psicológico personal, familiar y social (Casal et al., 2019).

Adicionalmente a la sintomatología que se puede presentar ha de considerarse el comportamiento conductual y manifestaciones psiquiátricas del paciente como sintomatología primordial. Se señala en el texto “Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer” (2008) que esta sintomatología provoca efectos de gran impacto en la calidad de vida del paciente, ya que tanto este como sus familiares y cuidadores se ven motivados a contratar cuidadores o el ingreso a un centro geriátrico.

Es por ello que para realizar la evaluación respectiva es importante tomar en cuenta los criterios del DSM -V (2018) y factores de riesgo para determinar la presencia de una Enfermedad de Alzheimer. Según estos criterios, se deben de cumplir con los siguientes:

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue: Para el trastorno neurocognitivo mayor: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).

b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

En cuanto a los posibles factores para la presencia de una Enfermedad de Alzheimer se lo detalla a continuación:

- Como vimos anteriormente las enfermedades mal controladas puede ser una prevalencia para la presencia de determinadas enfermedades neurodegenerativas, en el caso de la diabetes, cuando no se encuentra correctamente controlada puede aumentar el riesgo de padecer EA debido a los niveles altos de azúcar que pueden llegar a dañar los vasos sanguíneos.

- En cuanto a la resistencia a la insulina cuando no se controla adecuadamente crea una respuesta inflamatoria en el cuerpo, lo que también incluiría el cerebro, esta inflamación crónica que afecta al cerebro se encuentra asociado a un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer.

- El colesterol elevado se menciona que también está relacionado con una enfermedad neurodegenerativa debido a las placas proteicas beta-amiloide que se producen en el cerebro. En la investigación realizada por Centro Singular de Investigación en Química Biológica y Materiales Moleculares (CiQUS) de la Universidad de Santiago de Compostela (2021), refieren que “La acumulación de beta amiloide en el cerebro es un conocido precursor de la enfermedad de Alzheimer. Antes de que aparezcan los primeros síntomas, estos depósitos van formando placas entre las neuronas que resultan tóxicas y son responsables del progresivo deterioro cognitivo”.<sup>i</sup>

- El peso también es un factor influyente en la presencia de una enfermedad neurodegenerativa, en especial la obesidad en la edad adulta como vimos anteriormente debido a la formación de la proteína beta-amiloide dado por el colesterol elevado.

- Dentro de los diagnósticos relacionados con la cultura que se establece en el DSM-V (2018) se señala que debido a la creencia de que llegar a la tercera edad es padecer múltiples enfermedades incluida la falla en la memoria, tanto los pacientes como los familiares no toman en cuenta los síntomas y no creen que sea necesario buscar atención médica especializada.

### *3.1.4 Demencia Frontotemporal*

Antes de iniciar con la descripción de la demencia frontotemporal es importante señalar su historia, la cual era conocida como enfermedad de Pick, debido al neurólogo checo Arnold Pick, quien, en 1892 mediante un caso presentado de un paciente varón de 71 años que como sintomatología primaria presentó deterioro mental y afasia lo había denominando como tal sin embargo para el año 1982 se la denominó como demencia frontotemporal. (Cruzado et al, 2021)

La demencia frontotemporal, es una enfermedad que afecta a las áreas frontales y temporales como su nombre mismo lo indica; a diferencia de las descritas anteriormente es poco común tal como lo señala Weder et al (2007). Esta demencia es responsable del 20% de inicio de las demencias preseniles en individuos menores a 65 años; Leyton & Hodges (2010) estiman que 15 casos por cada 100.000 personas padecen este tipo de demencia, especialmente en individuos entre 45 a 64 años.

La demencia se caracteriza por cambios en el comportamiento, personalidad, lenguaje a diferencia con la enfermedad de Alzheimer que no presenta pérdida de memoria típica. Refieren Weder et al (2007) que clínicamente se han identificado tres variantes de la demencia, la primera es la afasia progresiva no fluente la cual hace referencia a la disminución progresiva de la fluidez, el lenguaje y la capacidad de expresión verbal, específicamente, dificultad para seguir las reglas y estructuras gramaticales como por ejemplo la construcción de oraciones.

La segunda es la demencia semántica la cual se encuentra relacionada con la pérdida progresiva de la comprensión y el conocimiento que se tenía de las palabras y los objetos. Los individuos que padecen de esta variante tienen problemas para reconocer palabras, personas y objetos, debido a que se pierde la capacidad de realizar asociaciones no por que se presente una pérdida de memoria sino por la representación símbolos.

Finalmente, la demencia con predominio frontal es la afectación del comportamiento, del lenguaje son signos claros de esta enfermedad tal como lo menciona Leyton & Hogges (2010) en la que se presentan síntomas neuropsiquiátricos desde el principio de la enfermedad,

se menciona que la detección de la misma debe hacerse de manera exhaustiva tanto con exámenes médicos como por la valoración de varios profesionales.

Es por ello que para realizar la evaluación respectiva es importante tomar en cuenta los criterios del DSM –V (2018) y factores de riesgo para determinar la presencia de Demencia Frontotemporal. Según los criterios, se deben de cumplir los siguientes:

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Aparece (1) o (2):
  - 1. Variante de comportamiento:
    - a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:
      - i. Desinhibición del comportamiento.
      - ii. Apatía o inercia.
      - iii. Pérdida de simpatía o empatía.
      - iv. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
      - v. Hiperoralidad y cambios dietéticos.
    - b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.
  - 2. Variante de lenguaje:
    - a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.
- D. Ausencia relativa de afectación de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.
- E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

En cuanto a los posibles factores para la presencia de una Enfermedad de Demencia Frontotemporal se lo detalla a continuación:

- Dentro del DSM-V señalan que la enfermedad para su detección también puede presentarse de manera genética; la mutación genética puede ser heredada de forma autosómica dominante lo que se considera que si un miembro de la familia tiene esta enfermedad existe la posibilidad del 50% de que alguien más lo padezca.

- Otro factor a considerar y a tomar en cuenta que la diferencia de los demás, es la edad, esta enfermedad puede afectar a individuos menores de 40 años; sin embargo, también se ha visto casos en personas adultas mayores.
- De acuerdo con el artículo Demencia frontotemporal, la variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios (2021) se indica que los principales signos en evidenciarse son los cuadros conductuales lo cual equivale al 60% de los casos, es por ello que existe una confusión con cuadros psiquiátricos.
- Adicionalmente, Cruzado et al (2021) en investigaciones realizadas se ha visto que varios síndromes como los síndromes motores, la esclerosis lateral amiotrófica y la parálisis progresiva están relacionados con la presencia de una Demencia Frontotemporal.
- Lastimosamente, no existe una cura para esta enfermedad ya que su etiología es diversa y cómo se vio anteriormente, psiquiátricamente se puede confundir con otra patología por lo que el protocolo de cuidado estará destinado hacia otra enfermedad, aunque a nivel científico existen varios avances no se puede determinar ni en imágenes cerebrales, lo único que puede contribuir, como lo mencionan Cruzado et al (2021) es un análisis de ADN para determinar si existe la probabilidad de padecimiento.

### *3.1.5 Demencia Vascular*

La demencia vascular puede derivarse de múltiples situaciones, la principal es debido al daño de los vasos sanguíneos los cuales suministran sangre al cerebro, lo cual puede conllevar a múltiples síntomas cognitivos y funcionales. Las enfermedades cardiovasculares también se encuentran relacionadas con la presencia de demencia vascular, lo confirmo Campuzano et al (2022) en su artículo que existen riesgos cardiovasculares y ambientales.

La demencia vascular está relacionada con el ataque cerebro vascular (interrupción de suministro de sangre al cerebro de manera significativa), refiere Campuzano et al (2022) que “El riesgo de experimentar un ACV es más frecuente en la edad adulta, se incrementa con el envejecimiento, pero puede presentarse en adultos jóvenes”(p.173). La presencia de un ACV se debe a múltiples factores entre ellos se encuentran los modificables y no modificables, el

primero hace relación a enfermedades que el individuo presenta como por ejemplo cardiopatías, hipertensión arterial y todas las enfermedades relacionadas con la presión, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el estrés; mientras que el segundo hace referencia a la edad, sexo, calidad de vida que lleve el individuo (Campuzano et al, 2022).

Por lo tanto, se denomina a la demencia como un deterioro progresivo el cual puede afectar la calidad del diario vivir del individuo. Adicionalmente, para corroborar la presencia de una demencia las asociaciones americanas y canadienses han señalado la utilización de imágenes que demuestran deterioro a nivel cerebral (Barnes,D.,Yaffe K, 2011)

Es por ello que para realizar la evaluación respectiva es importante tomar en cuenta los criterios del DSM –V (2018) y factores de riesgo para determinar la presencia de Demencia Vascular, por lo que debe cumplir con los siguientes criterios:

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:

1. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.

2. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.

C. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por neuroimagen, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.

D. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo vascular probable si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un trastorno neurocognitivo vascular posible:

1. Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por neuroimagen en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de neuroimagen).

2. El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares documentados.

3. Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

En cuanto a los posibles factores para la presencia de una Enfermedad de Demencia Vascular se lo detalla a continuación:

- El ACV puede desarrollar patologías o agravar las ya existentes, por lo que se debe considerar con anterioridad la presencia de la misma.
- Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 25% de la población sufre de demencia vascular lo que es bajo considerando la comparación con una Enfermedad de Alzheimer.
- En los casos de Demencia Vascular, la zona cerebral que se ve afectada es el hipocampo (ubicada en los lóbulos temporales medios, parte importante del sistema límbico desempeñando la formación, consolidación de la memoria y regulación de las emociones), es por ello que los individuos que tienen esta patología tienden a no recordar fechas recientes.
- Como lo revisamos anteriormente, la presión arterial no controlada es el principal riesgo para el padecimiento de Demencia Vascular, por ejemplo se señala que la hipertensión arterial elevada causa un daño crónico a los vasos sanguíneos lo cual puede aumentar el riesgo de deterioro cognitivo.
- Al igual que las enfermedades cardiovasculares como la enfermedad arterial periférica y los trastornos del ritmo cardíaco están asociados con el padecimiento de una demencia vascular, debido al aumento de flujo sanguíneo.
- En cuanto a las condiciones modificables que se detalló anteriormente, dentro de ellas se encuentra también el colesterol elevado y la diabetes tipo 2 es decir que si estas enfermedades se encontraran controladas habría menos riesgo de padecimiento de demencia vascular.
- El haber padecido un ACV, algún accidente a nivel cerebral, problemas a nivel arterial aumenta el riesgo de padecerlo.

### *3.1.6 Demencia Cuerpos de Lewy*

De acuerdo con McKeith et al. (2017)

La demencia con cuerpos de Lewy es un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo progresivo suficiente para alterar la capacidad del

individuo para realizar las actividades de la vida diaria, acompañado de las siguientes características clínicas, también llamados criterios nucleares: parkinsonismo, fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales recurrentes y/o trastorno de conducta del sueño REM.(p.91)

Por lo general, la enfermedad empieza alrededor de los 50 años o más, los síntomas y cambios varían de acuerdo con la edad, sexo, tal como lo menciona Hogan et al. (2016) quien en su artículo refiere que, entre el 0,5 y 1,6 por cada 1.000 personas de 65 años presenta esta enfermedad. Los síntomas que se pueden presentar son varios, según lo señala Abdelnou (2021) quien los divide en tres: cognitivos, físicos y conductuales. El primero hace relación a la afectación del funcionamiento de la información, alteración de la memoria, dificultad para la planificación y resolución de problemas, adicionalmente se ha visto afectado el procesamiento visual-espacial. En el segundo punto se ha visto signos de parkinsonismo, estreñimiento, hiposmia (falta del sentido del olfato), estreñimiento, incontinencia urinaria entre otros síntomas; en cuando al parkinsonismo en esta demencia se establece como movimientos lentos o la disminución de los mismos, se presenta temblor encontrándose en reposo o en rigidez.

Por lo que se debe realizar una pequeño paréntesis para distinguir cuáles son las diferencias de estas condiciones médicas; lo principal a tomar en cuenta es entre la secuencia y la prominencia de los síntomas, como los movimientos motores iniciales en el Parkinson los mismos pueden presentarse al inicio de la enfermedad mientras que en la DCL se desarrollan simultáneamente o entre los síntomas cognitivos y conductuales; otro síntoma es los Cuerpos de Lewy que, si bien están asociados en ambos casos; en el Parkinson se encuentran concentrados en la sustancia negra, la región del cerebro involucrada en el control del movimiento (frontosubcortical); mientras que en el DCL, estos cuerpos se encuentran esparcidos por todo el cerebro incluyendo las áreas de la cognición y el comportamiento (corticosubcortical).

Finalmente, el tercer punto hace referencia a los siguientes síntomas como alucinaciones visuales en las que ven a objetos, personas, animales que no existen, estas alucinaciones son vividas como reales es por ello que él paciente tiene episodios de angustia o de confusión, señala McKeith et al. (2017) que “las alucinaciones visuales están presentes en el 80% de los pacientes”(par.8), lo cual determina que es un síntoma predominante que puede llevar a presentar cambios de estados de ánimo como la ansiedad, depresión e irritabilidad, los

cuales se pueden presentar en cualquier momento del día; adicionalmente, debido a estos cambios tanto la conducta social como la personalidad se ven afectados, el sujeto puede presentar comportamientos inapropiados los cuales afectan en el desarrollo de las actividades diarias.

Es por ello que para realizar la evaluación respectiva es importante tomar en cuenta los criterios del DSM –V (2018) y factores de riesgo para determinar la presencia de Demencia por Cuerpos de Lewy. Estos criterios son los siguientes:

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.

C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas.

1. Características diagnósticas esenciales:

a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.

b. Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.

c. Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.

2. Características diagnósticas sugestivas:

a. Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.

b. Sensibilidad neuroléptica grave.

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

En cuanto a los posibles factores para la presencia de Demencia por Cuerpos de Lewy, no se conoce su etiología y por ende los factores no son amplios como los que se

presentaban en las demencias anteriores sin embargo se detallaran las que se consideran importantes:

- La edad avanzada es un factor a considerar para el desarrollo de varias enfermedades neurodegenerativas como el DCL, la presencia de esta enfermedad es común que se presente en personas adultas mayores.
- Los antecedentes familiares aumentan el riesgo de presencia de la misma, existen varios factores genéticos que pueden influir; sin embargo, aún se están realizando investigaciones.
- De acuerdo con el género, mediante investigaciones se ha determinado que los hombres tienen un riesgo mayor de padecer esta enfermedad en relación con las mujeres.
- En el artículo desarrollado por Abdelnou (2021) como conclusión de su investigación, refiere que la escasa evidencia científica sobre los tratamientos y sobre la misma enfermedad ha determinado que la misma no tiene una explicación y tratamiento adecuado para los pacientes que padecen de la misma.
- Dentro del artículo de Garzón-Giraldo et al (2015) tanto la DCL como la enfermedad de Parkinson presentan síntomas similares por lo que se debe tener una evaluación profunda y adecuada ya que pueden confundirse y sugerir la posibilidad de que formen parte del mismo espectro debido a las similitudes.

### *3.1.7 Parkinson*

El inicio del estudio de esta enfermedad comienza en 1817, mediante la obra “Un ensayo sobre la parálisis agitante” denominada así por James Parkinson. En su ensayo descubre los síntomas principales de la enfermedad como el temblor en reposo, la rigidez muscular y el control de los movimientos; adicionalmente, mencionó otro síntoma como una característica en la marcha en donde el individuo arrastra los pies, el equilibrio también se ve afectado. Es por ello que la denominó parálisis agitante debido a los temblores característicos.

En varios estudios realizados posteriormente, en la década de 1960 en la cual, señaló el investigador Carlsson que la disminución de dopamina (neurotransmisor del cerebro), está asociada con los temblores propios de esta enfermedad, lo cual llevó a investigaciones para crear un fármaco para controlar los valores de este neurotransmisor.

Señalan Martínez et al (2016) que la enfermedad de Parkinson:

Es un proceso neurodegenerativo con mayor incidencia en la edad adulta, su origen es desconocido pero su causa subyacente se relaciona con los factores ambientales y genéticos del individuo. Se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra (SNpc) del mesencéfalo. Así como, la presencia de inclusiones intracelulares llamadas cuerpos de Lewy.(pag 367)

Cómo se refiere, las investigaciones han permitido conocer los aspectos genéticos y ambientales que contribuyen al desarrollo del Parkinson, si bien varios de los casos registrados son esporádicos y no se tiene una etiología conocida, se conoce que un grupo pequeño de quienes padecen esta enfermedad es debido a mutaciones genéticas; la investigación realizada por Elizondo (2011) demuestra que del 10% al 25% de los casos presentan un patrón de herencia el cual se divide en esporádica y familiar, el primero hace referencia a los no genéticos es decir los que no tienen antecedentes familiares, los cuales equivalen entre el 90% y 95% de los casos mientras que el segundo hace referencia a los casos que son hereditarios los cuales equivalen del 5% al 10% de los cuadros, mediante investigaciones realizadas a los pacientes se ha incluido varios tipos de genes que se encuentran presentes.

Aun cuando exista un componente genético o no se debe considerar la sintomatología que se puede presentar y evaluarla en conjunto, refiere Martínez et al (2016) en su artículo que además de la sintomatología motora se debe tener en cuenta la sintomatología emocional como es trastornos del sueño, ansiedad, depresión, problemas cognitivos, problemas en la voz y el habla e incluso problemas sexuales los cuales influyen en el estado de ánimo del paciente.

Tomando en cuenta la sintomatología y mediante investigaciones realizadas se ha determinado que la enfermedad de Parkinson no tiene un tratamiento curativo como tal, ya que su desarrollo es distinto en cada individuo y afecta la calidad de vida tanto del paciente como de familiares y cuidadores.

Sin embargo, existen varios tratamientos los cuales permiten manejar la enfermedad de la mejor manera posible, uno de ellos, es el fisioterapéutico el cual está enfocado en

independizar al paciente; se trabaja el cuerpo en su totalidad como es el desplazamiento, postura, equilibrio (Miller et al., 2020). Por otra parte tenemos el uso de los cannabinoides terapéuticos, investigaciones realizadas que datan desde finales del año 1990, señalan que desempeña un papel crucial en la regulación de las funciones fisiológicas tales como el control del dolor, inflamación, apetito, sueño, ánimo y fundamentalmente el sistema nervioso, tal como lo menciona en su investigación López & Hernández (2019) el uso terapéutico del cannabis ha sido analizado por sus compuestos antioxidantes las cuales como sabemos protegen a las neuronas de la oxidación al igual que es un relajante muscular y analgésico lo cual viene bien para los pacientes que presentan Parkinson entre otras enfermedades.

Si bien existen métodos terapéuticos para tratar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente es importante saber cuál es la afectación en cifras de la misma. En la revista Ecuatoriana de Neurología, mediante investigaciones realizadas puerta a puerta a nivel del país, concluyeron que en el Ecuador existen 243 casos por 100.000 habitantes en personas mayores de 60 años y es más frecuente que se presente en hombres que en mujeres, estas son las estadísticas que se tiene de la enfermedad en el país mientras que en el mundo la OMS considera que el Parkinson es la segunda enfermedad más frecuente (Montalvo, 2017).

A continuación, se presentarán los criterios que se establecen en el CIE-10 ya que el DSM-V considera a la enfermedad como consecuencia de una enfermedad neurodegenerativa leve o mayor. Los principales síntomas son *temblor en reposo* es decir un temblor rítmico que ocurre en una extremidad o varias, *rigidez muscular* es la resistencia al movimiento pasivo de las extremidades, *bradicinesia* hace referencia a la lentitud en los movimiento voluntarios como por ejemplo levantarse de una silla, caminar, realizar tareas manuales, *hipocinesia* movimientos limitados y finalmente *trastornos de la marcha* como por ejemplo arrastre de los pies, balanceo de los brazos dificultad para iniciar o detener la marcha.

Los síntomas antes señalados son propios de la enfermedad; sin embargo, dentro de la clasificación existen varios tipos por lo que la valoración deberá ser exhaustiva para determinar cuál es el tipo de Parkinson que posee el paciente; finalmente se establece los factores de riesgo de esta enfermedad:

- Como se vio en la investigación realizada, la edad es influyente para el padecimiento de la enfermedad, sin embargo, se ha visto el padecimiento de Parkinson juvenil en adultos menores a los 50 años.

- El hecho de que familiares hayan presentado la enfermedad aumenta el riesgo de que se dé, ya que también es influyente el componente hereditario en este tipo de enfermedad.
- Se considera que la exposición a toxinas y sustancias químicas como pesticidas, metales pesados se han asociado con el riesgo de padecimiento de Parkinson.

### 3.2 Enfermedades Psiquiátricas

Según lo refiere la Organización Panamericana de la Salud por sus siglas OPS refiere que:

El campo de la salud mental está evolucionando rápidamente en el mundo, en particular desde principios del siglo XXI, gracias a la colaboración de organizaciones multilaterales, asociados del ámbito académico, defensores de los pacientes y de los usuarios, y trabajadores de salud mental (OPS, 2018,p.11)

En cuanto a la historia acerca de la epidemiología psiquiátrica, en el artículo refiere Cárdenas & Parada (2021) que existen tres generaciones de estudios realizados, el *primer estudio* fue antes de la Segunda Guerra Mundial, en la cual se midieron los efectos causados por la guerra y los efectos suscitados de la misma, el *segundo estudio* fue posterior a esta guerra, en el que ya se tuvo más instrumentos para determinar los efectos emocionales causados, finalmente el *tercer estudio* fue realizado como un estudio epidemiológico transversal en comunidades de los Estados Unidos cuyos objetivos fueron estimar la prevalencia de trastornos mentales en los individuos que no se encontraban brindando servicio o parte de un grupo médico.

De igual manera, señalan Cárdenas & Parada (2021) que otra característica de los anteriores estudios realizados fue que fueron incorporados a investigaciones estadísticas las cuales permitieron realizar el análisis de los datos, convirtiéndolos en un referente para próximos estudios de psiquiatría; cómo por ejemplo los realizados en Latinoamérica en la década de los años ochenta, con la utilización de instrumentos estandarizados como el CIE-9 y otros que han apoyado en el estudio de esta problemática.

En cuanto a la prevalencia, en el caso de nuestro país se refiere que “En el caso del Ecuador, los estudios de prevalencia psiquiátrica, que parten desde la última década del siglo

anterior y que constan en el Atlas de Salud Mental de la OMS (2005), presentaron una variedad de aspectos metodológicos; tal fue así, que, dos corresponden a uso de alcohol y tabaco; el primero, en población general con edades entre 10 y 65 años, con una muestra de 6000 sujetos, a quienes se les aplicó una entrevista no estandarizada y cuyos hallazgos fueron de prevalencia el consumo de alcohol (75 %) y el tabaco (58 %)”. Aguilar (1990, como se citó en Cardenas & Parada 2021,p.35)

En relación con los estudios realizados de prevalencia de trastornos psiquiátricos en el Ecuador se conoció de uno practicado en el año 1987 con un total de 150 personas las cuales fueron víctimas de un desastre natural y quienes se mencionan fueron atendidas en varios subcentros médicos. Los instrumentos utilizados fueron tamizajes y una entrevista psiquiátrica confirmatoria la cual no refleja el contenido del mismo ni cómo fue aplicada, sin embargo en estas evaluaciones se ha de considerar que se utilizó el DSM-III cómo instrumento de clasificación diagnóstica (Cárdenas & Parada, 2021).

De acuerdo con la OPS (2018) en su estudio realizado señalan que, a nivel mundial las enfermedades mentales, neurológicas representan el 12% en tanto que, en la región de las Américas, el nivel de las enfermedades mentales representa el 19%, en cuanto a lo restante son enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares los cuales como hemos visto son predisponentes para ciertas demencias al igual que otros trastornos neurológicos entre otras enfermedades. Así pues “Esta distribución destaca el hecho de que los trastornos mentales y neurológicos abarcan casi una quinta parte del total de las demás enfermedades expuestas constituyendo así el subgrupo más grande de causas de la carga de enfermedad en lo que se refiere a la discapacidad y la mortalidad combinadas, incluso más grande que dos grupos de nivel superior: lesiones, y enfermedades transmisibles, trastornos maternos, infantiles y nutricionales”. (OPS, 2018, p. 15).

La siguiente imagen refleja el estudio realizado por la OPS en donde se establece el porcentaje de la pérdida de años de vida debido al padecimiento de trastornos mentales y neurológicos en el caso de Ecuador, esta equivale al 33,4% lo cual es un valor considerable el cual nos permite conocer cómo a nivel país el padecimiento de estas enfermedades puede convertirse en limitante para realizar las actividades diarias.

**Figura 8:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)

|                      |                         |                               |                                       |                                   |                         |                      |
|----------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Brasil<br>36,5%      | Costa Rica<br>34,1%     | Belice<br>33,4%               | Suriname<br>32,5%                     | Panamá<br>32,4%                   | Bolivia<br>32,3%        | Santa Lucía<br>32,2% |
| Chile<br>36,2%       | Argentina<br>34,0%      | Antigua y Barbuda<br>34,0%    | San Vicente y las Granadinas<br>32,2% | Granada<br>32,1%                  | Guatemala<br>32,0%      | El Salvador<br>32,0% |
| Paraguay<br>35,6%    | Honduras<br>33,5%       | Bermuda<br>33,2%              | Puerto Rico<br>31,4%                  | Guyana<br>30,6%                   | Venezuela<br>28,9%      | Cuba<br>31,6%        |
| Perú<br>35,5%        | México<br>33,5%         | República Dominicana<br>33,5% | Dominica<br>31,4%                     | Barbados<br>29,7%                 | Haití<br>28,2%          |                      |
| Colombia<br>35,4%    | Estados Unidos<br>33,4% | Uruguay<br>32,9%              | Jamaica<br>30,8%                      | Islas Vírgenes de EE.UU.<br>29,6% |                         |                      |
| Nicaragua<br>34,7%   | Ecuador<br>33,4%        | Canadá<br>32,8%               |                                       |                                   |                         |                      |
| Centroamérica latina |                         | Caribe no latino              | América del Sur                       |                                   | Canadá y Estados Unidos |                      |

*Fuente: OPS, 2018*

Si bien contamos con las cifras sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y neurológicas es importante señalar a qué hace referencia este término y es que Narrow et al (2002), refiere que:

Los trastornos mentales son clínicamente un síndrome conductual o psicológico que ocurre en un individuo y se asocian con el dolor o riesgo aumentado, de manera significativa, de sufrir la muerte, dolor, invalidez o una pérdida importante de libertad.(p.115)

Dentro de los trastornos mentales que, comúnmente, se estudian son la depresión y la ansiedad, en el cuadro que se presentó anteriormente se establece estos trastornos y otros relacionados con el alcohol y el suicidio sin tomar en cuenta otros trastornos mentales y conductuales que han causado discapacidad y mortalidad en los individuos en cualquier etapa de la vida en la que se encuentren (Vigo, 2016).

La OMS (2016) señala que en los años 1990 y 2013 alrededor de 615 millones de personas han sido diagnosticadas con ansiedad y depresión, representando así el 30% de la carga mundial de enfermedades, mientras que los demás trastornos no se han establecido; tal

como lo menciona en el artículo del diario GK en el "Ecuador, según Juan Sánchez, gerente del proyecto de Salud Mental del Ministerio de Salud, el 30% de las personas que se han autolesionado o suicidado tenía un antecedente relacionado a la depresión". (Loaiza, 2021, par.4).

Como vemos, tanto en estudios realizados como en estadísticos, la prevalencia de la ansiedad y depresión son altas y existen varios estudios al respecto mientras que se ha dejado a un lado a los demás trastornos como los de la personalidad y de síntomas somáticos los cuales no han podido ser analizados debido a la falta de datos alrededor de todos los países y que, como se menciona, la autoagresión y el suicidio no son considerados como parte de un trastorno sino como una lesión solamente. (Vigo, 2016).

En tanto en los adultos mayores, en el artículo del Diario La República se señala que:

La depresión, junto con la demencia, son las enfermedades más frecuentes en el área de salud mental del adulto mayor, convirtiéndose en un importante problema de salud pública que frecuentemente no es tratada y lo asumen como parte de la vejez (Diario La República, 2023, par.3)

Como hemos señalado en reiteradas ocasiones, el llegar a la edad de la adultez no significa que se tenga que padecer de todas las enfermedades; pero lo que si es cierto es que tanto los familiares como cuidadores tienen la responsabilidad de acudir con un especialista cuando se perciba algún cambio a nivel emocional.

Otro trastorno que se presenta con frecuencia en los adultos mayores es el del sueño, el cual puede ser debido a la depresión y a otras patologías, los "procesos médicos, hábitos de sueño inadecuados, situaciones afectivas, sociales y familiares, enfermedades primarias del sueño o como consecuencia de una modificación de la estructura natural del sueño por el envejecimiento"(Bello,2005,p.84). Un trastorno que sin duda afecta en la calidad de vida de los adultos mayores debido a que la falta de descanso adecuado no permite que tengan un desarrollo óptimo en las actividades diarias sin embargo ha de considerarse que, con el paso de los años, también disminuyen las horas del sueño, el ritmo circadiano es decir nuestro reloj interno que regula el ciclo de sueño-vigilia se altera, es por ello que los adultos experimentan cambios tanto en conciliar el sueño como en tener un despertar temprano.

Las horas de sueño van cambiando desde que nacemos hasta que llegamos a la edad de la adultez es por ello que al inicio de nuestra vida llegamos a conciliar el sueño entre 14 a 17 horas y con el paso de los años, este tiempo va disminuyendo ya que la necesidad va cambiando; es por ello que los adultos tienden a dormir entre 6 a 7 horas, tal cómo se menciona en el artículo de Téllez et al (2016) “Se ha encontrado que la calidad de sueño empeora progresivamente después de los 54 años” (p. 97)

A continuación, se prevé tomar como enfermedades prevalentes en los adultos mayores, la ansiedad, depresión y los trastornos del sueño, tomando como referencia lo que menciona

De Mendonça & Ivbijaro (2013) “Más de un 20% de éste grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial”<sup>ii</sup>, es por ello la importancia de que los cuidadores y familiares de los adultos mayores conozcan del tema y puedan brindar el apoyo adecuado a su familiar ya que este tipo de trastornos pueden contribuir a la somatización de malestares emocionales, físicos entre otros.

### *3.2.2 Ansiedad*

La ansiedad en los adultos mayores es producida por múltiples factores, uno de ellos puede ser debido a que se encuentran en otro estado de su vida en la que se presentan múltiples cambios y pérdidas tanto físicas como emocionales, se pueden llegar a replantear sus motivaciones y metas. La segunda puede deberse a los duelos los cuales, como se mencionó anteriormente, son más comunes que se presenten en este grupo etario debido a la muerte de familiares, amigos y el duelo emocional que tienen que enfrentar al verse que ya cumplieron una etapa de su vida por ejemplo en su trabajo o que sus hijos o familiares con los cuales convivan se marchan del hogar, lo denominado como el nido vacío.

Otro punto que puede estar enlazado con este trastorno puede ser el padecimiento de enfermedades las cuales antes no se habían presentado o se van agravando con el paso del tiempo, el estudio realizado por Health, Aging and Body Composition (Health ABC), refiere que “las personas mayores con síntomas de ansiedad experimentarían un mayor declive, tanto en la movilidad auto informada como de ejecución en un periodo de seguimiento de cinco años”. (Cabrera & Montorio, 2009, par.9).

Si bien estos cambios pueden causar miedo o temor, lo cual es común que suceda, es importante considerar que si estos sentimientos se prolongan en tiempo o limitan la realización de las actividades diarias, estamos hablando de un trastorno de ansiedad,

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.(DSM-V,2018,p. 239)

Reyes-Ticas (s.f) en su trabajo refiere que el término ansiedad tiene varios significados y los divide en cinco, el primero es el *sentimiento* está representado por un momento temporal de tensión o nerviosismo, el segundo es el *miedo* una reacción fisiológica que se tiene ante eventos peligrosos, al tercero lo refiere como el anhelo o un fuerte deseo que se presenta, como cuarto punto tenemos al *estrés* que es la respuesta ante una situación demandante y finalmente el *trastorno de ansiedad* el cual limita nuestra actividad diaria y exacerba los puntos antes mencionados.

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina, si bien la ansiedad es un mecanismo instintivo y normal que nos ayuda a estar alerta frente a situaciones desafiantes también se convierte en un proceso adaptativo natural el cual nos permite responder adecuadamente ante eventos comprometidos sin embargo cuando este mecanismo no nos permite desarrollarnos adecuadamente en nuestro diario vivir llega a convertirse en un trastorno y se puede clasificar acorde con los síntomas que presente el individuo (Interna, 2020).

Tal como lo mencionan Fernández & Jurado (2009) en su artículo, el tipo de ansiedad que con mayor frecuencia se presenta en los adultos mayores, es la ansiedad generalizada, la cual es acompañada con síntomas depresivos, mismas que, en varias investigaciones, se refiere que no son adecuadamente diagnosticadas ya que se consideran que es algo normal en la edad en la que se encuentran.

A continuación, se presentan los síntomas que corresponden al trastorno de ansiedad generalizada obtenido del DSM-V:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio).

El conocer los síntomas nos permite reconocer cómo se siente nuestro familiar o paciente, para brindarle la ayuda necesaria lo que contribuirá a mejorar su condición de vida tal como lo mencionan Fernández & Jurado (2009) “Tienen un impacto considerable en la funcionalidad del sujeto, suponen un deterioro importante en la calidad de vida y se asocian con una mayor mortalidad”(p. 37).

Existen varios factores de riesgo que predisponen a la presencia de este trastorno, uno de ellos es la condición física y médica en la que se encuentran les causa molestia el no poder realizar las actividades con la facilidad de antes o ver que su salud se va deteriorando; otro factor puede ser el apoyo que reciben del estado o de su familia, varios adultos mayores no cuentan con una pensión jubilar o un aporte económico, por lo que el no saber con qué van a subsistir y cómo se van a alimentar los lleva a que presenten malestar general e incluso muscular debido a las preocupaciones. Otro factor a considerar es el aislamiento o la institucionalización los cuales crean desesperanza en los adultos mayores, la sintomatología se exagera al no conocer a nadie en donde se encuentran pues piensan que los han abandonado aunque no haya sido así, la institucionalización trae consigo varios miedos y temores para el adulto mayor, viéndose enfrentados a un entorno y personas desconocidas.

En cuanto a estudios realizados, Espinosa et al. (2020) en su investigación tomó como instrumento “El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, para medir dos dimensiones de la ansiedad como rasgo y estado” (p. 3) aplicado a adultos mayores de ambos sexos, de entre 60 y 79 años con el objetivo de evaluar el estado emocional de los adultos mayores de una Casa Hogar.

Los resultados obtenidos demuestran que los hombres presentan niveles más elevados de ansiedad en relación a las mujeres, con un porcentaje de 52,6% en un nivel medio y un 53% un nivel alto en los niveles de ansiedad como estado (hace referencia a las ideas y pensamientos que sentimos) mientras que la ansiedad como rasgo (hace referencia a la forma como reaccionamos) obtuvo un resultado medio del 42,1% y un 57,9% con un nivel alto. Reflejando que los adultos mayores como rasgo presentan niveles altos de ansiedad es decir no se sienten calmados ni tranquilos cuando se ven enfrentados ante cualquier evento; adicionalmente, existen estresores los cuales responden con esta ansiedad como ya lo mencionamos anteriormente cómo es el modo de subsistencia, problemas de salud, la idea de no saber qué hacer si no reciben la ayuda de sus familiares o hijos, el no tener alguna actividad que realizar.

### *3.2.3 Depresión*

Señalan Von Mühlenbrock et al (2021) , se ha observado una mayor incidencia de depresión en la población de adultos mayores en comparación con los jóvenes, debido al crecimiento de la población adulta, se ha considerado que la depresión puede desencadenar otras enfermedades sintomáticas las cuales se puede sobreponer y no detectar la fuente principal.

En varias investigaciones se señala que los médicos generales cuando realizan la evaluación médica a los adultos mayores refieren que este tipo de síntomas o de comportamiento son propios de la edad por lo que no le toman mayor importancia es por ello que no se brinda la atención necesaria a los problemas mentales y se tratan otras afecciones.

Refieren Castro & Aguilar (2006) que :

La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afecta al 10 % de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en hogares para ancianos y de 10 a 20 % de los hospitalizados.(p.133)

Cómo se pueden observar la depresión se exagera cuando a los adultos mayores los trasladan de su entorno y los institucionalizan tal cómo lo refiere Segura et al (2015) en sus estudios donde “La prevalencia de depresión en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 12 % de los casos, siendo aún mayor entre pacientes institucionalizados en residencias y en hospitalizados”(p 186), que si bien no es un desatino por parte de los familiares ya que permite que socialicen con personas que se encuentran en su mismo estado, que reciban atención especializada, el conflicto se da al momento que los adultos mayores, por diversas circunstancias médicas, no logran comprender el por qué se encuentran en estos lugares.

En el caso de Ecuador, en relación con lo que menciona el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), no se han realizado tantos estudios sobre el estado de salud mental de los adultos mayores; sin embargo, de acuerdo con Crespo (2011) en un estudio efectuado se señala que el 70% de los adultos que se encuentran en asilos presentan depresión una cifra considerable que debemos tomar en cuenta. Otro estudio efectuado por Del Brutto et al. (2015) en su proyecto Atahualpa realizado en el Ecuador refiere que en una población de personas adultas mayores con alrededor de 60 años encontró la prevalencia de 12% de depresión y una asociación con el deterioro cognitivo.

La depresión conlleva varios factores como lo hemos trabajado. Uno de ellos puede deberse a la institucionalización del adulto mayor, las enfermedades adquiridas o congénitas, fenómenos ambientales, eventos psicológicos, al igual que factores anatómicos tal como lo señalan Zhou et al (2016) se ha visto que “el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal”(par.8), tienen que ver con cambios en el humor de las personas.

En relación con la primera zona cerebral señalada, el hipocampo es el encargado de regular el estado del ánimo y la memoria; se ha visto que las personas que tiene trastorno depresivo tienen un hipocampo más pequeño en relación con las personas que no lo padecen. Otra zona señalada como es la corteza prefrontal la cual está implicada en el procesamiento emocional y la toma de decisiones, en investigaciones realizadas se ha visto que las personas que padecen de este trastorno tiene una corteza reducida lo cual afecta la regulación emocional

y contribuye con los síntomas depresivos, en cuanto al sistema límbico involucrado en la regulación emocional se ha observado que estas regiones se ven afectadas en las personas que tienen depresión.

En cuanto a los síntomas que se presenta en la depresión varían de acuerdo a la gravedad de los síntomas; en todo caso, en general, los individuos presentan sentimientos de tristeza exacerbados ya que es normal sentir tristeza debido a algún evento o estado, anímico bajo, autoestima baja, desinterés por las actividades que realizaba con cotidianidad, se ve afectado el sueño y apetito, presentan sensación de fatiga, puede presentarse llanto exacerbado (Pasquín, 2017).

Adicional a lo señalado, en el diagnóstico que se va a realizar, hay que tomar en cuenta, dos puntos importantes: el primero es realizar una adecuada anamnesis para conocer el historial de la persona y como segundo punto, tomar en cuenta si este trastorno se ha dado recientemente o ya se ha presentado anteriormente.

A continuación, se especifican los criterios del trastorno depresivo según el DSM-V y posterior se detallará los factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad de padecer este trastorno:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

En cuanto a los factores de riesgo que pueden influir para el padecimiento de este trastorno los detallamos a continuación. Refieren Mitjams & Arias (2012) que “En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales” (p 80).

- Debido a la edad en la que se encuentran, cuando los médicos realizan la evaluación consideran que la tristeza, la apatía y más síntomas son parte de la edad y hasta cierto punto los cambios ambientales que se presentan puede influir en el estado de ánimo; sin embargo, ha de considerarse que si estos limitan las actividades que realizan los adultos ya no solo estamos tratando de algo pasajero, es por ello que los

adultos mayores, como lo menciona en su artículo Martínez (2007) tienden a tener la dificultad para reconocer que se sienten deprimidos, que la falta de energía, la disminución del apetito, la apatía, el no descansar adecuadamente lo confunden como parte del envejecimiento.

- Los factores psicosociales como el desempleo, viudez, divorcio, escolaridad son factores que influyen en el padecimiento de este trastorno ya que la pérdida y el duelo propio de estos eventos no se afrontan de la misma manera en todas las etapas de la vida.

- El aislamiento, la institucionalización es un factor de riesgo como ya lo habíamos mencionado más aún si la decisión no fue propia de estar en otro entorno, es complejo para los adultos y los familiares atravesar por esta situación; sin embargo, para evitar aquello es importante la comunicación y la socialización de las decisiones que se van a tomar tanto con la persona como con los demás familiares.

- El padecimiento de varias enfermedades motiva para que los adultos sientan tristeza y desesperanza por el futuro el verse que ya no tienen la autonomía para realizar sus actividades y que ahora dependen de cuidadores y sus familiares es un factor a considerar tal como lo refiere Brandler (2012) “Un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la marcha”(p.427) ; si bien enfrentarse a estos sentimientos es necesario cuando ya los limitan es cuando se debe estar atentos para brindar la ayuda necesaria por los profesionales de la salud mental.

- El cambio de etapa de vida también es un influyente social el cual genera estrés, desesperanza, por no saber qué actividades realizar a partir del momento en que han recibido su jubilación, es común que los hombres tiendan a presentar más frecuentemente estos síntomas por lo que ven obligados a buscar o realizar actividades para mantenerse activos y distraerse, lo que no sucede con las mujeres quienes son más activas desde edades más tempranas hasta edades más avanzadas.

#### *3.2.4 Trastorno del sueño*

El sueño es una función biológica de central importancia para la mayoría de los seres vivos. Los estudios sobre la fisiología del sueño han demostrado que durante este se produce una diversidad de procesos de gran relevancia, como la conservación de la energía, la

regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico, entre otros.(Cepero et al, 2020, p. 113).

Antes de iniciar con nuestro análisis es preciso establecer cuáles son los procesos del sueño, que se dividen en dos fases el “Sueño Mor” y el “Sueño No Mor”. El primero hace referencia a las etapas iniciales del ciclo del sueño. Señala Deses (2018) que el sueño MOR representa entre el 20 y 25% del total del sueño. En cuanto al segundo punto, el sueño NoMOR está dividido en tres fases: la *fase 1* es el inicio del sueño es decir la persona se encuentra entre despierta y dormida, con los minutos la actividad cerebral empieza a disminuir; sin embargo, puede ser fácilmente interrumpido ya que aún la actividad recién se está dando, en estas interrupciones se puede presentar la sensación abrupta de caída o contracciones musculares; en la *fase 2* la actividad cerebral empieza a disminuir progresivamente, la frecuencia cardíaca se vuelve más regular y, finalmente, la *fase 3* es la etapa más reparadora del sueño la cual es crucial para la restauración física y crecimiento celular.

La duración de todo este proceso es de alrededor de 90 a 120 minutos; sin embargo, la persona puede experimentar varios ciclos del sueño durante la noche. Lo que ocurre en los adultos mayores es que este ciclo se ve afectado por varios factores como los malos hábitos para dormir, enfermedades que dificultan la conciliación del sueño como pueden ser problemas pulmonares o cardíacos y también factores psicológicos como los pensamientos repetitivos, el estrés, problemas económicos o familiares entre otros.

Se considera que:

El insomnio es uno de los problemas más prevalentes en las personas de edad avanzada, algunos lo han mencionado como un problema de salud pública, vinculado con la modernidad, asociado a cambios en los estilos de vida y a condiciones socioeconómicas.<sup>iii</sup> (de las Deses, 2018, p. 34).

Las cifras refieren que existe un 69% de pacientes que padecen de insomnio de los cuales 50% se presenta de forma ocasional mientras que el restante 19% se presenta de forma crónica, todo esto relacionado con la concepción de que estos síntomas son normales que presenten los adultos mayores.

Estos porcentajes nos permiten clarificar que debemos tener en cuenta de la existencia de varios tipos de insomnio, el primero al que se hace referencia de forma ocasional vendría a representar el insomnio de inicio el cual tiene como característica, la dificultad para conciliar el sueño, el cual dura aproximadamente minutos mientras que el insomnio crónico hace referencia al que persiste durante un periodo largo y no se logra tener un sueño reparador el cual está relacionado con múltiples factores tanto médicos, psicológicos etc.

Entre los factores asociados con el insomnio en los adultos mayores, mencionan Chávez et al (2014) y Tello-Rodríguez (2016) que “el envejecimiento, la jubilación, los problemas de salud, hospitalización reciente, la muerte de cónyuge o de miembros de la familia, cambios en el ritmo circadiano, consumo inadecuado de fármacos hipnóticos y de sustancias como café, tabaco o alcohol” (p.46). Estos factores tienen consecuencias en los adultos ya que si no se les trabaja adecuadamente puede desencadenar en episodios depresivos, aumentar la frecuencia de caídas y sobre todo empeorar el funcionamiento cognitivo el cual está relacionado con los trastornos de demencias. (Cepero,2020)

## Capítulo 4

### Marco Teórico

Dependencias, Características de los cuidadores, Actividades del cuidador, Cuidado personal Alimentación

#### 4. Cuidadores y Familiares

##### 4.1 Tipos de dependencias

Para iniciar es indispensable conocer a qué hace referencia el término de dependencia. En 2014, la Declaración de Río lo denominó como “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”(par 6) ; hace referencia a la pérdida de autonomía tanto de forma física como emocional. La primera hace referencia en cuanto a la discapacidad temporal o permanente mientras que la segunda trata acerca del estado emocional que los adultos padecen y que también puede ser incapacitante como los trastornos depresivos, de sueño, ansiedad entre otros que hemos analizado anteriormente.

Mencionan Sotomayor et al (2022) que la mortalidad en los adultos mayores está estrechamente vinculada con la dependencia, así como con el deterioro de sus capacidades cognitivas y físicas. A medida que avanzan en edad, experimentan una disminución progresiva en sus habilidades para llevar a cabo actividades esenciales que antes realizaban con facilidad para satisfacer sus necesidades básicas, lo cual trae consigo sentimientos de inutilidad, fragilidad y tristeza.

Una vez desarrollado el concepto acerca de la dependencia es de suma importancia destacar los diferentes tipos que existen y los cuales se pueden presentar; sin embargo, antes de continuar es importante mencionar que no se debe estereotipar esta condición pues esta condición no solo les pertenece a los adultos mayores sino que se puede presentar en cualquier ciclo de la vida y también no presentarse y tener una independencia a largo plazo.

Dentro de los tipos de dependencia, refiere la Academia Nacional de Medicina/México (2014) que existen cuatro tipos: funcional, social, económica y psicológica. Hay que destacar que estos tipos de dependencia no son mutuamente excluyentes y pueden estar interrelacionadas, también ha de considerarse que estos aspectos pueden variar acorde a

la situación y condiciones que esté atravesando el adulto mayor, por lo tanto refiere un enfoque integral para trabajar en todas las áreas que se encuentren debilitadas.

#### *4.1.1 Dependencia Funcional*

Se divide en dos: la dependencia física y mental. La primera hace alusión a todo lo relacionado con el cuerpo ya sea que se haya deteriorado con el paso de los años o que ya haya tenido una discapacidad. En el texto refiere la Academia Nacional de Medicina/México (2014) que la dependencia física es la que interfiere con las actividades de la vida diaria es decir las cuales ya no se pueden cumplir como vestirse, alimentarse, caminar, usar el baño, bañarse.

Algo a considerar es que tanto la discapacidad como la dependencia son un binomio que se relaciona estrechamente; sin embargo, se ha de tomar en cuenta que no siempre la discapacidad genera dependencia lo que está relacionado con los diversos grados de severidad de la misma, el entorno, desempeño y las actividades que el individuo haya logrado realizar durante su discapacidad la cual varía si es reciente o antigua.

La facilidad o los obstáculos que puedan presentar los adultos mayores dependerá de lo que sus cercanos puedan realizar por ellos, el no tener accesos adecuados o un sistema de salud ineficiente hace que esta discapacidad que no necesariamente era una dependencia lo sea, es por ello que debemos recordar cuáles son los derechos y obligaciones de personas con discapacidad. En la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador (2016) señalan en su Artículo 3, literal 5 y 6 lo siguiente:

5. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y, (par.19)

6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados (par.20)

El brindar y cumplir con lo mencionado permitirá que los adultos mayores logren tener independencia en sus actividades de la vida diaria; sin embargo, se ha de considerar que si se tiene una dependencia en salud como enfermedades crónicas, pérdida de la audición, control de los esfínteres, son factores que no se pueden modificar y que la gran mayoría de los adultos mayores la padecen; pese a esto, con las herramientas necesarias brindadas tanto por el estado,

familiares y cuidadores como la implementación de equipos auditivos, la entrega de medicamentos que fomenten el buen vivir los adultos podrán ser un poco independientes.

Como lo venimos trabajando, la adultez no significa el padecimiento de enfermedades; sin embargo, los cambios fisiológicos que se presentan no se detienen y pueden variar de acuerdo al estilo de vida que han llevado las personas; es importante reconocer que a mayor calidad de vida mejor será la adultez mayor, tal como lo mencionan Salazar “et al” (2019)

A medida que los individuos acumulan años de vida se presentan cambios moleculares y celulares, como resultado de esto se desencadena un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, que resultan más evidentes en las personas mayores de 65 años (p.364)

Mencionan Gutiérrez “et al” (2014) que “La dependencia física acarrea implicaciones que permean diferentes niveles: individual, hogar y la sociedad” (p. 6). Como vemos, la dependencia no solo trae consigo el deterioro del adulto mayor o solo lo involucra a él sino que es un conjunto en el que van involucrándose más actores, los cuales deben responder ante la necesidad de asistencia tanto física como psicológica que puede requerir la persona.

Haciendo referencia al primer factor mencionado se considera que las personas dependientes pueden presentar cuadros de depresión, tristeza, se sienten sin esperanzas por que han perdido su autonomía y ahora dependen de su familiar o cuidador. El segundo factor expresa acerca de lo que los familiares deben realizar para poder cuidar a su familiar, vuelcan su tiempo y esfuerzo para los cuidados, en ocasiones asumen este rol personas que no se encuentran calificadas o que no pertenecen al círculo familiar y caen en un cuadro denominado como “Síndrome del Cuidador Cansado” derivado de la demanda que exige realizar esta actividad.

Señalan Villegas “et al” (2014) que existe una división en relación a las actividades realizadas y el grado de responsabilidad, *los cuidadores primarios* son los más cercanos y quienes llevan consigo una carga mayor mientras que *los cuidadores secundarios* no tiene tantas responsabilidades y su atención es mínima; es por ello que se aconseja que se contrate a un especialista para que atienda las demandas del adulto mayor y no se vea afectada tanto la salud física cómo emocional de los familiares. Finalmente, la sociedad, principalmente los servicios médicos estatales se ven saturados ante la demanda de pacientes que requieren servicios asistenciales y que, en el caso del Ecuador, actualmente, debido a la saturación del

sistema no brinda una adecuada atención y sobre todo un seguimiento para conocer cuál es el estado y en qué áreas se debe ir trabajando.

#### *4.1.2 Dependencia Mental*

La dependencia mental está relacionada con los problemas de salud mental y deterioro cognitivo desde las demencias hasta los trastornos psiquiátricos los cuales, cómo se ha visto pueden ser preexistentes o haberse dado en los últimos años debido al deterioro de la salud o al medio ambiente en el que habita el adulto mayor.

Es más complejo presentar esta dependencia ya que al adulto mayor no logra comprender debido a su condición lo que está ocurriendo ya que las áreas cognitivas que se ven afectadas son la memoria, atención, el razonamiento, toma de decisiones y la comprensión de la información. En este caso, es fundamental que los cuidadores y familiares tengan conocimiento del padecimiento y sepan qué es lo que se puede esperar, causa un gran impacto en la calidad de vida del adulto mayor y su autonomía. Si bien ambas dependencias se relacionan, se diferencian en pequeños detalles como el requerir mayor asistencia en las actividades diarias desde el aseo hasta la toma de algún medicamento.

Señalan Ávila & López (2013) que “Las personas con patologías mentales crónicas presentan una probabilidad más elevada de sufrir ansiedad y depresión, lo que repercute en la evolución desfavorable de la enfermedad física y una menor adherencia terapéutica” (p. 8). La presencia de estos trastornos se puede deber a tres factores, el primero, relacionado con el aumento del cuidado y el deterioro de la parte física ya que el padecimiento no permite que el adulto mayor reconozca rostros, objetos y sobre todo su personalidad se ve afectada; el segundo, puede deberse al abandono de los familiares debido a la condición en la que se encuentran y más aun los que se encuentran en el hogar de algún familiar cercano, cómo lo mencionan Padrón et al (2017):

Es bien sabido que al tener una persona de edad avanzada en casa y con una patología crónica, se requiere la participación de la familia en el proceso de atención. Se sugiere que la presencia de la enfermedad hace que las familias presenten fallas de relación entre sus miembros.(p.81)

Y finalmente la terapia que se puede brindar en estos pacientes es escasa debido a la pérdida de memoria y de sus funciones básicas.

### *4.1.3 Dependencia Económica*

La dependencia económica hace referencia a la situación por la cual atraviesan los adultos mayores que no pueden satisfacer sus necesidades financieras básicas o mantener su calidad de vida debido a la falta de ingresos, es por ello que requiere el apoyo financiero de otras fuentes como sus familiares cercanos o lejanos, programas gubernamentales o instituciones las cuales brindan un bono, debido a alguna discapacidad o condición.

El diario ecuatoriano Primicias (2022) señala con respecto a las pensiones jubilares que “dos de cada 10 adultos mayores acceden a este beneficio, pese a que la universalización de la seguridad social es un mandato de la Constitución” (par.2). En el Ecuador se considera que la edad óptima para jubilarse es los 65 años, esto para aquellas personas que se encuentren bajo dependencia y estén afiliadas al Sistema Ecuatoriano de Seguridad Social, con dificultad aquellos adultos que no hayan tenido una afiliación podrán contar con esta pensión la cual es empleada en los gastos como alimentación, vivienda, salud.

Este grupo de adultos que no cuentan con una pensión o un ingreso fijo, dependen económicamente de sus familiares sean cercanos o lejanos lo cual trae consigo inconvenientes para los adultos tanto de salud física como emocional, verse en situación de inestabilidad puede influir para padecer algunos de los trastornos que hemos señalado anteriormente; si bien la edad no es un determinante para realizar alguna actividad es cierto que los empleadores no contratan a personas mayores más aún si padecen de alguna enfermedad es por ello que las opciones por las que acceden los adultos mayores es trabajar de manera informal.

El diario el Universo en su investigación refiere que “Según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las fuentes de ingresos del 51,1% de los ecuatorianos se encuentran en el sector informal”(par.2). Dentro de ese grupo se encuentran los adultos mayores quienes se ven obligados a salir a las calles y buscar la manera de obtener el sustento diario; Carrión (2020) señala que alrededor del 12,91% de adultos mayores y tíos cuidan de sus nietos y sobrinos respectivamente, debido a múltiples factores. Uno de ellos, como lo señalan Ruiz & Nava (2012) es cuando existen familias monoparentales; es decir, madres adolescentes, cuando los padres del niño o niña se encuentran trabajando, las tareas que se desempeña son varias, entre ellas están el aseo, la alimentación, llevarlos a la escuela o colegio entre otros. El rol del cuidador puede ser impuesto o de manera voluntaria en ambas situaciones la responsabilidad que tiene que cubrir en ocasiones es hasta en la parte económica.

#### 4.1.4 Dependencia Psicológica

Define Castelló (2005), la dependencia emocional como “una necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de diferentes relaciones” (p. 17) <sup>iv</sup> Por lo tanto, la dependencia en los adultos mayores se la puede definir como una condición en la que una persona experimenta una necesidad emocional o psicológica excesiva de alguien más para satisfacer sus necesidades, resolver problemas o mantener una sensación de bienestar emocional, la cual puede pasarle a cualquier persona en cualquier estado del ciclo de su vida.

Si bien en esta edad existen factores predisponentes que pueden afectar la emocionalidad como los aspectos psicosociales y emocionales, la dependencia emocional puede presentarse desde mucho tiempo atrás debido a la forma en la que se ha construido los vínculos, el cual se lo denomina como un apego excesivo o poco saludable hacia otras personas, requieren mayor atención, aprobación, afecto y validación de forma más intensa.

Según la teoría de Bowlby, el apego (lo que está relacionado con la dependencia) es un vínculo emocional que se desarrolla desde que somos niñas y niños con nuestras cuidadoras o padres quien brinda esta seguridad emocional y que permite que tenga un buen desarrollo; sin embargo, no se presenta en todos los casos, lo que ocurre es que el individuo crece con miedos e inseguridades, lo cual influye en la manera como vemos y nos relacionamos con el otro.

Como bien expresa Bowlby (1989) “Un niño que sabe que su figura de apego es accesible y sensible a sus demandas les da un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alimenta a valorar y continuar la relación”<sup>v</sup>. Esto le permite al individuo, desarrollarse ante la sociedad con la seguridad y reconocimiento que se le han brindado; sin embargo, como ya se presentó, no siempre ocurre y esto se puede ver influenciado en la elección de parejas, amigos, incluso la relación con los familiares, debido a aquello se puede presentar la dependencia psicológica, ha de tenerse en cuenta que esta no se presenta específicamente en la tercera edad, pero si hay factores que fragilizan al adulto.

En un estudio realizado por Salas et al (2021) la relación de las funciones ejecutivas con la dependencia emocional, la cual trae bastantes puntos a considerar. Uno de ellos es que como sabemos las funciones ejecutivas son las habilidades cognitivas superiores que ha desarrollado una persona y le permite planificar, organizar, regular su comportamiento,

resolver problemas, tomar decisiones y adaptarse a situaciones cambiantes, tomando en cuenta aquello “la relación «dependencia emocional-funciones ejecutivas», radica en que, un bajo desempeño cognitivo-ejecutivo podría ser uno de los factores explicativos de algunas de las manifestaciones clínicas de la dependencia emocional, tales como la impulsividad y la compulsión” (Salas et al, 2021, p. 76).

Por primera vez Salas et al (2021) y su equipo, desarrollaron un estudio comparativo entre ambos factores lo cual determinó que “las personas con dependencia emocional presentaron un marcado déficit en el desempeño ejecutivo” (p. 80). El presentar alteraciones en las funciones ejecutivas no permite que el individuo sea autónomo, es por ello que depende de la opinión de los demás para poder realizar sus actividades, necesita de la aprobación de los demás y en muchas ocasiones se encuentra en la búsqueda de refugio.

El estudio ha permitido considerar que está padecimiento es algo que se presenta con anterioridad, pero que también se presenta debido a los cambios a los que se ve enfrentado el adulto mayor, no debemos perder la empatía y considerar que los cambios, duelos, entre otros traen consigo muchos miedos que se deben trabajar para tener una mejor calidad de vida.

#### *4.1.5 Dependencia Social*

“La vida social representa una parte muy importante del individuo: constituye el fundamento de su estructura social y representa al conjunto de las relaciones personales que cada individuo mantiene; permite relacionarse activamente para estar integrado en la sociedad. Esta relación activa se manifiesta a través de las diferentes formas de convivencia que realiza el sujeto con el medio que lo rodea y que involucran algún grado de reciprocidad y bidireccionalidad entre los individuos” (Carmona, 2015,p.393).

No se tiene una definición clara de lo que es la dependencia social, sin embargo en el texto de Gutiérrez et al (2014) se enfoca más en las expectativas que tiene la sociedad como tal del adulto mayor señala “una persona es vieja y dependiente cuando los demás individuos así lo piensan” <sup>vi</sup> (p. 12). Y es que la sociedad, con el paso de los años ha ido cambiando la visión que tiene del adulto mayor; así, en la antigüedad se consideraba al adulto mayor como la fuente de sabiduría; sin embargo, ahora se lo reconoce como una carga de la cual alguien debe hacerse responsable.

¿Cuál es el aporte ahora de los adultos mayores en la sociedad? Como se ha visto en varios estudios, la mayoría de la población está envejeciendo y pronto serán más los adultos mayores que los jóvenes, con la tecnología y la inteligencia artificial la figura del adulto mayor como el que poseía sabiduría entró en decadencia, los factores adicionales a los tecnológicos son la pérdida de valores, las transformaciones culturales, la modificación de la familia y la ruptura del tejido social. (Gutiérrez et al, 2014).

Es importante para el adulto mayor integrarse en la actual sociedad, llena de cambios y de incertidumbres, actualmente la soledad es un factor predisponente para la presencia de algún tipo de trastorno y el aumento de la dependencia social; los pocos espacios para el desarrollo, la dependencia del cuidado familiar hace que los adultos se queden relegados en sus hogares o en asilos.

#### **4.2 Características de los cuidadores**

Para dar inicio, se definirá lo que representa un cuidador, es aquel que brinda asistencia y apoyo a cualquier tipo de persona que lo requiera; brindan ayuda para cumplir actividades diarias y cuidados personales como ayudarlos a comer, acompañarlos para realizar sus necesidades fisiológicas y por su puesto del aseo personal. (Silva & Rovey, 2017).

Existen dos tipos personas que requieren cuidado: las independientes y dependientes, dentro del primer grupo se definen a las personas que no requieren mayor asistencia para sus actividades diarias sin embargo debido a alguna circunstancia o por la edad pueden requerir supervisión para ciertas actividades. El segundo grupo, “se entiende por aquélla que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria”(Ley 39, 2016)<sup>vii</sup>.

Generalmente, las personas que realizan los cuidados son familiares cercanos o personas informales, especialmente las mujeres son quienes asumen este cuidado; un estudio realizado acerca de los niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor de la ciudad de Riobamba, obtuvo que el 75.7% de cuidadores pertenecen al género femenino de entre los 40 y 54 años (Barba & Shugulí, 2022).

Los cuidadores familiares son proveedores de cuidados de salud sin ningún tipo de experiencia previa, Villarejo et al (2021) comparten que los cuidadores informales no tienen

formación para realizar las tareas y si lo hacen es debido a un compromiso moral o de otra índole; se decide tomar la decisión del cuidado en el hogar debido a dos factores: el económico, lo cual trae consigo la imposibilidad de contratar personas especializadas para el cuidado o el evitar la institucionalización debido al primer factor o al factor emocional de los familiares.

“El ejercicio de cuidar a un familiar implica una mezcla de sentimientos, emociones y habilidades que se encuentran mediados por la cultura, políticas sociales y las capacidades humanas que maximizan o disminuyen las posibilidades de intercambios significativos durante el proceso”(Amador et al, 2020, p. 13)

La presencia de un nuevo miembro en la familia, trae consigo cambios en la estructura familiar lo cual puede representar una crisis a nivel familiar, especialmente, para el cuidador principal quien no solamente es responsable de la persona dependiente sino del resto de los miembros de la familia. Se ha de considerar que sin las técnicas necesarias de cuidados la persona puede sobrecargarse y acabar padeciendo el “Síndrome del Cuidador Quemado” el cual se define como un conjunto de síntomas físicos, emocionales y mentales que experimentan algunas personas ante el cuidado de otras, esto se presenta especialmente en cuidadores de larga duración, como aquellos que cuidan a adultos mayores o personas con discapacidad.

Es por ello la importancia de considerar cuáles son las características y herramientas que deben tener o, por los menos obtener mediante la educación continua, los cuidadores para brindar un mejor servicio y reducir la sobrecarga por el trabajo realizado. A continuación se presentan algunas de las características que deben desarrollar:

- Empatía: Los familiares o cuidadores certificados deben ser comprensivos y conocer la afectación que presenta el individuo, mostrando empatía hacia sus necesidades, preocupaciones y emociones.
- Paciencia: Es de señalar que el cuidado de adultos mayores es demandante y requiere tiempo y esfuerzo; es por eso la insistencia de que no todas las personas están calificadas para realizar, una características que se debe tener presente es la paciencia y la comprensión para enfrentar las situaciones adversas que se puedan presentar propias del trastorno.
- Responsabilidad: Los cuidadores deben tomar en cuenta todas las necesidades y tareas que deben cumplir, la responsabilidad de los cuidados de aseo, administración de medicinas, horarios de comida entre otros aspectos a considerar.

- **Respeto:** Es primordial el respeto a la dignidad y autonomía de la persona mayor, tomando en cuenta sus comentarios y haciéndoles partícipes de las decisiones que se tomen en beneficio de sí mismo.

- **Habilidades de comunicación:** Los familiares y cuidadores deben saber comunicarse con el adulto mayor, en relación de la patología que presentan ya que no es lo mismo tratar con una demencia que con una depresión, es por ello que es preciso buscar los mecanismos para comunicarse adecuadamente para que el individuo entienda lo que se expresa de manera clara y comprensible.

- **Flexibilidad:** El cuidado de las personas adultas mayores puede ser impredecible ya que constantemente se tiene que realizar cambios; es por ello que el cuidador necesita ser flexible y adaptarse a las situaciones en las que se encuentre.

- **Capacidad de observación:** Es importante que el cuidador está atento a los cambios que el adulto mayor pueda presentar tanto a nivel de salud, comportamiento, físico incluso emocional lo cual permitirá que se realice una evaluación médica adecuada con estos cambios.

- **Conocimientos de cuidados básicos:** Como hemos venido destacando, es fundamental que los familiares, quienes son los que asumen el rol de cuidador, estén capacitados para brindar una buena calidad de vida e incluso es necesario tener conocimientos para brindar primeros auxilios si así se lo requiere, así como tener conocimiento de los medicamentos que se le están suministrando para saber cómo actuar si ocurre algún evento particular.

- **Tolerancia al estrés:** Como hemos señalado, la persona que se hace cargo de un adulto mayor debe tener las herramientas para no caer en un deterioro tanto físico como emocional; es por ello importante trabajar en el manejo del estrés, no dejar sus actividades sociales de lado y buscar herramientas para el autocuidado personal como la música, pintura, ejercicio, etc.

Las características básicas que hemos señalado permitirán que los familiares y cuidadores las conozcan y las pongan en práctica para el bienestar tanto del cuidador como del paciente y los motive para buscar más información acerca de cómo se deben dar los cuidados del adulto mayor.

### 4.3 Actividades del cuidador

“En la medida que aumenta el número de cuidadores informales, se deben crear estrategias que brinden apoyo, no sólo a nivel institucional sino especialmente en la comunidad y en la familia, dado que la familia generalmente es el principal agente cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica discapacitante” (Venegas, 2016.p.140). Como lo señalamos anteriormente el objetivo es poder brindar una ayuda a los cuidadores mostrándoles las actividades que deberían realizar para brindar un trabajo óptimo y que no afecte su salud emocional y física.

Es importante conocer cuáles son las habilidades con las que cuenta, sea el familiar o un cuidador externo, lo cual nos permitirá organizar cómo se va a desarrollar el cuidado y qué es lo que se requiere para lograrlo de la mejor manera posible, es así cómo Venegas (2006) lo indica en su estudio, “Se hace necesario conocer si existe o no una relación entre la habilidad de cuidado y el grado de funcionalidad de las personas que son cuidadas, ya que en esa medida se identifican las necesidades principales de los cuidadores, y así se pueden implementar acciones que generen atención directa sobre éstas”.(p.142)

Para los cuidadores se sugiere una serie de actividades que pueden realizar para brindar un apoyo adecuado y mejorar la calidad de vida de la persona a su cargo. Estas actividades pueden variar dependiendo de las necesidades específicas del individuo que está siendo cuidado, como la edad, la salud y las habilidades funcionales, a continuación se detallarán las posibles actividades a realizar:

- Asistencia en actividades diarias: Según el tipo de patología que presente se tendrán que dar los cuidados, en los casos de demencia avanzada se sugiere que los pacientes tengan supervisión continua y que se encuentren en espacios planos para que no tengan algún accidente, en cuando con los pacientes con patologías psiquiátricas es importante conocer si presentan ideas suicidas y tomar las medidas necesarias como cubrir ventanas, no tener cerca objetos cortos punzantes o que puedan causarles daño.
- Administración de medicamentos: Es importante seguir las indicaciones que el médico ha sugerido y no automedicar a los adultos mayores ya que esto puede ser contraproducente; es importante tener un horario para que se administre los medicamentos también es fundamental que cuando se administre los medicamentos se asegure el cuidador que ha sido consumida ya que varias personas suelen no tomarse

debido a creencias propias de la patología que presentan o por que no creen que sea necesario.

- Preparación de comidas y alimentación: La nutrición en los adultos mayores es importante ya que se les debe brindar alimentos nutritivos y que cubran con los requerimientos que su cuerpo necesita. Es conocido que a esta edad puede disminuir la ingesta de alimentos por lo que se sugiere aprovechar los momentos que se da la ingesta para brindar alimentos ricos en fibra, vitaminas, especialmente a los pacientes que se encuentran encamados o en sillas de ruedas.

- Actividades recreativas: La estimulación es fundamental en esta etapa de la vida el mantenerlos activos permite que tengan independencia para realizar sus actividades en el caso de los pacientes con demencia es importante realizar actividades como juegos de memoria, lectura, escritura todo acorde a las capacidades que tenga la persona, en el caso de los individuos con trastornos psiquiátricos es importante que las actividades están enfocadas en la relajación por lo que se recomienda actividades como la música, la pintura, ejercicios de respiración, caminatas al aire libre.

- Acompañamiento y compañía: Se necesita conocer que el acompañamiento va más allá de estar al lado del individuo, es importante que el cuidador lo acompañe a nivel emocional también que sepa cuando tiene un momento de crisis y qué herramientas deberá utilizar evitando el daño hacia sí mismo y hacia los demás.

- Coordinación médica: Es fundamental que el cuidador sepa cuáles son los médicos de cabecera para que las programe cuando sea necesario tanto para control como para revisión, es mejor tener un médico domiciliario que cuando se tenga algún problema pueda acudir inmediatamente.

- Comunicación con familiares y amigos: La comunicación con los demás familiares es necesaria para tener una coordinación y conocimiento de lo que está ocurriendo tanto en su salud como en los cuidados que se están impartiendo. Las relaciones con los otros son necesarias por lo que comunicarse con amigos será la mejor opción para mantenerse activo mentalmente.

- Monitoreo de síntomas: La evaluación diaria de los signos vitales es primordial para ir llevando un control de cómo es su estado. Consideremos que algunos adultos mayores, por su condición, no pueden expresar cómo se sienten, por ello, los signos nos indicarán su estado de salud.

- Seguridad y prevención: La seguridad de las instalaciones donde se encuentre es fundamental, en el caso de los pacientes con demencia se debe considerar que el espacio sea plano para que no tengan caídas o accidentes puesto que el estado de los adultos mayores es vulnerable a nivel de fracturas por lo que la prevención de caídas se debe llevar a cabo desde el calzado que se utiliza hasta los aparatos preventivos como silla de ruedas o bastones.

- Gestión del estrés: La importancia del autocuidado se debe tener siempre en cuenta; es adecuado que la persona que se hace cargo del adulto mayor pueda tener momentos de esparcimiento y socialización; es por ello que se debe contar con más personas o cuidadores formales quienes se hagan cargo del adulto por unas horas en el día para que el cuidador principal pueda realizar sus propias actividades.

#### **4.4 Cambios estructurales**

Los cambios estructurales que ocurren en el adulto mayor, especialmente en el ámbito de la salud y el envejecimiento, se han estudiado en diferentes campos de la medicina y la gerontología. Algunos de los cambios estructurales más comunes en el adulto mayor incluyen:

- Pérdida de densidad ósea: Con el envejecimiento, los huesos tienden a perder densidad y volverse más frágiles, aumentando el riesgo de fracturas. Una de las enfermedades comunes es el osteoporosis la cual se presenta en las mujeres después de la menopausia y en los hombres mayores de 70 años, generalmente no se tiene síntomas sino hasta cuando se da una fractura, la pérdida ósea se produce gradualmente a lo largo de la vida debido a que no se absorben los nutrientes adecuadamente.
- Disminución de la masa muscular: Con el paso de los años la masa muscular disminuye y no permite que se tenga una buena funcionalidad y fuerza por lo que es importante que el adulto mayor realice actividades físicas para no perder la movilidad. Salech et al (2011) en su artículo menciona lo señalado por Fielding et al (2011) y Rexach & Antonio(2006) la pérdida de masa muscular es denominada como sarcopenia, “es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético” (p.25) lo cual es ocasionado debido a la disminución física del adulto o de la personas que se

encuentra encama o inmovilizadas, lo cual puede causar inmovilidad, enlentecimiento en el momento de caminar y la incapacidad para poder realizar ejercicios físicos.

- Cambios en el sistema cardiovascular: Los cambios estructurales a nivel del corazón puede afectar al tamaño y peso, lo cual incide en la función cardiovascular esto no se da en todos los adultos mayores sin embargo la gran mayoría presenta cambios desde edades tempranas como por ejemplo la alta o baja de la presión arterial, arritmias.
- Disminución de la elasticidad de la piel: La piel se vuelve menos elástica y más frágil con el tiempo, lo que puede provocar arrugas y una mayor vulnerabilidad a las lesiones debido a la resequedad que se presenta, es por ello la importancia de hidratarla para no tener eccemas y dermatitis causando inflamación, picazón y enrojecimiento.
- Cambios cerebrales: Los cambios varían en cada individuo en el caso de los pacientes con demencia se debe considerar que los cambios estructurales serán inevitables, la velocidad de procesamiento de la información y memoria se verá afectada.

A partir de los 60 años es común que el cerebro se empiece a reducir lo que causa que el número de neuronas disminuya y se pierda la conexión entre ellas. Como sabemos todos estos cambios influyen según el estado de vida que se haya tenido, el nivel físico, la educación incluso ya que la información es la que permite que el cerebro siga trabajando.

- Cambios sensoriales: Todos los sentidos como la visión, audición, tacto, olor y gusto se ven afectados en determinada etapa de la vida, debido a múltiples factores como la carga de medicamentos, el estilo de vida. Se ha visto que los algunos adultos mayores que presentan alguna afectación en el gusto suelen no comer correctamente debido a que no degustan la comida adecuadamente, la vista es otro de los problemas que se presenten tal como las cataratas, miopía factores que viene desde tiempo atrás pero que otros se pueden ir desarrollando con la edad. Finalmente todos los sentidos que se vieran afectados afectan a la calidad de vida del adulto mayor.
- Cambios en el sistema digestivo: El sistema digestivo puede experimentar cambios que afectan la absorción de nutrientes y la función gastrointestinal e

incluso el movimiento gastrointestinal se vuelve lento lo que puede ocasionar estreñimiento e incluso se ha visto que en algunos casos los adultos presentan sensibilidad a ciertos alimentos provocando intolerancia, hinchazón entre otros síntomas.

#### **4.5 Cuidado personal**

Dentro del cuidado personal cabe todo lo relacionado con el aseo personal del adulto mayor, si bien esto se realizara acorde de las necesidades de la persona es importante realizar una revisión y precautelar que el familiar y cuidador lo realice diariamente así se mantendrá su bienestar, autonomía y calidad de vida.

- **Higiene personal:** Fomentar y ayudar al adulto mayor a mantener una buena higiene personal tanto física como bucal ya que generalmente la gran parte de adultos utiliza algún tipo de ortodoncia la cual se debe limpiar adecuadamente, los baños en adultos que presenten alguna discapacidad o inestabilidad deben realizarse sentados para prevenir el riesgo de caídas, el lavado de manos es importante antes de comer y después ir al baño.
- **Vestimenta adecuada:** Es importante que los adultos se encuentren cómodos, es por ello que se recomienda el uso de zapatillas deportivas para prevenir algún tipo de caídas, calentadores y camisetas de algodón para prevenir la dermatitis y para que se encuentren frescos. En adultos con demencia es importante que la ropa no tenga elementos con los que puedan hacerse daño así como los adultos que tiene intentos suicidas.
- **Ejercicio y movilidad:** Dentro el cuidado personal se encuentran las actividades recreativas como se señaló, es importante que el adulto mayor en la situación física en la que se encuentre se mantenga activo para prevenir la dependencia y evitar las enfermedades que se pueden desencadenar debido a la inactividad, lo que permitirá que mantener su fuerza muscular, flexibilidad y coordinación.

Tanto las personas con demencia como con trastornos mentales pueden realizar actividades físicas ya sea caminar, utilizar elementos como pelotas para movilizar las articulaciones siempre con la ayuda de un familiar o cuidador.

- **Aseo del hogar:** Mantener un ambiente limpio y seguro en el hogar del adulto mayor. Esto implica mantener los pisos libres de obstáculos, asegurarse de que los cables y

alfombras no sean un riesgo de tropiezo y mantener los baños y la cocina limpios especialmente en adultos que utilicen algún movilizador o que tengan problemas visuales. Es primario adecuar un lugar para que el adulto mayor pueda pasar tranquilo y seguro.

- Seguridad en el hogar: Se debe prevenir todo tipo de accidente por lo que es primordial que el espacio donde se encuentre el adulto mayor cuente con lo necesario, por ejemplo en el baño se debe colocar barrar de agarre, en las gradas se debe colocar ante deslizadores, en las escalares debe haber pasamanos o ser acompañado por el familiar o cuidador cuando suba y baje las gradas.

#### **4.6 Alimentación**

Troncoso (2017) señala que “La relación que se establece entre una persona y los alimentos es definido como conducta o comportamiento alimentario”(par 5). El cual es adquirido durante lo largo de la vida, por lo que el comportamiento se sostendrá hasta la adultez, adicionalmente factores que condicionen la ingesta de ciertos alimentos como enfermedades.

Como vimos con el paso de los años los nutrientes no se van absorbiendo adecuadamente lo que trae consigo baja de peso o incremento de peso tal como lo señala Bolet & Socarrás (2009):

Los estudios sobre envejecimiento demuestran que normalmente con el paso del tiempo se tiende a ganar peso (menor actividad física, menor consumo de energía, etcétera). La tasa de metabolismo basal se reduce 2% cada década.

Por lo que se debe procurar que la alimentación sea variada y equilibrada para que se absorba los nutrientes necesarios y le brinden energía, Troncoso (2017) en su estudio comparte lo siguiente:

Se entiende que una alimentación equilibrada, es decir, aquella que contiene los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo, es base de una apropiada calidad de vida, sin embargo, alteraciones en sus conductas de alimentación, alteran este equilibrio, pudiendo presentar efectos en su estado nutricional.

Se ha de considerar que los cambios psicológicos también pueden ser un factor para que la ingesta de alimentos no se dé adecuadamente, las personas con demencia pueden olvidar que ya han consumido los alimentos mientras que las personas con trastornos psiquiátricos podrán aludir que la comida tiene algún tipo de sustancia que les va a causar daño o simplemente tiene problemas al momento de deglutir los alimentos, así como los líquidos si bien estos se encuentran en todos los alimentos es importante que se incremente su consumo debido a la pérdida de estos es alta, es así como lo refiere Bolet & Socarrás (2009):

El proceso de envejecer se asocia a pérdidas de líquido intracelular y extracelular, unido a la atenuación en el mecanismo de la sed asociada a la edad, por lo que ocasiona mayor riesgo de pérdidas y aumento de la vulnerabilidad de los diferentes órganos y sistemas de nuestra economía a las consecuencias de la deshidratación. Por ello, y como norma, debe recomendarse la ingestión diaria de, al menos, 1.5- 2 litros de líquido en cualquiera de sus formas. Tener en cuenta que hay que brindárselas a los ancianos, no esperar a que la pidan (par.15)

A menos que el paciente tenga alguna afectación en la que no sea productiva que la ingesta diarias sea de 2 litros como la hiponatremia, enfermedad catalogada como la baja de sodio crónica que se presenta por lo general en los adultos mayores debido alguna falla renal o propia de la edad, por ello se debe tener cuidado tanto con la ingesta de alimentos como de líquidos para no perjudicar la calidad de vida del adulto mayor.

Gómez (2002) da recomendaciones sobre como debería llevarse una dieta adecuada en el adulto mayor:

- Evitar dietas excesivamente uniformes o basadas en una política de prohibiciones.
- Considerar las preferencias de los adultos mayores.
- Preparar los menús de acuerdo con los hábitos culturales del anciano.
- Presentación atractiva.
- Establecer un esquema de 4-5 comidas al día.
- Ingerir el contenido líquido de los alimentos para aprovechar sus minerales y vitaminas.

- Evitar o reducir los alimentos fritos, consumir frutas y vegetales frescos.

## CONCLUSIONES

1. Se desarrolló el concepto de identidad considerando que la misma perdura con el tiempo, la misma que nos permite reconocer que todo lo que hemos aprendido lo replicaremos en las distintas etapas de nuestra.
2. La personalidad entendida como un conjunto único y relativamente constante de rasgos emocionales, cognitivos y conductuales que caracterizan a una persona se lo ha considerado ya que dentro de la vejez estos se ven modificados debido a la presencia de algún tipo de trastorno o la misma se acentúa.
3. Se concluyó que el envejecimiento no está determinado por la edad, ni por los problemas médicos ya que estos pueden ser biológicos o adquiridos.
4. Se ha determinado que las funciones ejecutivas en los adultos mayores empiezan a deteriorarse debido a los olvidos frecuentes, la pérdida de la capacidad para representar y recordar lo aprendido tanto de forma visual cómo auditiva, lo cual produce que existan cambios a nivel del funcionamiento cognitivo especialmente a nivel la corteza prefrontal la cual es la encargada de controlar la memoria de trabajo.
5. Existe un crecimiento población de personas mayores, se ha determinado que para el año 2050 habrá alrededor de 152 millones de personas con demencia.
6. Las enfermedades psiquiátricas que se presentan con más frecuencia en los adultos mayores son la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño, son comunes debido a los cambios tanto emocionales como físicos que atraviesan.
7. El papel que cumplen los cuidadores y familiares es demandante es por ello que la actualización de conocimientos es primordial para brindar un trabajo de calidad, calidez y de dignidad al adulto mayor.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se debe establecer un horario en el que conste actividades a realizar, toma de medicinas, higiene y alimentación. Lo cual brindara beneficios tanto a los cuidadores como familiares.
2. Es indispensable que tanto los cuidadores como los familiares organicen su tiempo de tal manera que tengan un tiempo libre para poder realizar sus actividades y para descansar. El trabajo continuo es perjudicial y puede provocar una sobrecarga.
3. Es importante que quienes estén al cuidado de los adultos mayores se informen sobre las enfermedades que posee el adulto mayor, el desconocimiento no permite que se brinde los cuidados necesarios.
4. Realizar un seguimiento de la guía propuesta para conocer si la misma cumplió con los objetivos establecidos o si en su caso requiere de modificaciones.

## REFERENCIAS

1. Aguilar, S., Gutiérrez, L., & Samudio, M. (2018). Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo. México: Permanyer.
2. Aguilar E. (2021). Prevalence of the Improper Use of Alcohol, Tobacco, and Drugs in the Ecuadorian Population. *Bull Pan Am Health Organ*, 24(1):35-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2331556/>
3. Amador,C; Puello,A; Elsy,C;Valencia;Jimenez,N.(2020)Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. v. 46, n. 1, e1463.<https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n1/e1463/#>
4. Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf)
5. Arenaza, E.; Landeau, B.; La Joie, R.; Mevel, K.; Mezenge, F.; Perrotin A. (2013). Relationship between years of education and gray matter volume, metabolism and functional connectivity in healthy elders. *Neuroimage*, 83, 450-457.
6. Arriola,E et al (2017).Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor. <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
7. Armijos,T. (22 de abril, 2021). Adultos mayores de 60 años con necesidades económicas ven cabida en ventas ambulantes pese a la crisis sanitaria.*El Universo*. <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/adultos-mayores-de-60-anos-con-necesidades-economicas-ven-cabida-en-ventas-ambulantes-pese-a-la-criisis-sanitaria-nota/>
8. Ávila,F; López,J.(2013).Enfermedad de Alzheimer y otras causas de demencia en México. Tendencias y opiniones.*Rev Este País*.p.8
9. Bausela, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13789>
10. Bello,M., Morales,C.,Abad,F., & Rubio,E. (2005). Estudio sobre el consumo de hipnóticos por ancianos en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. *Vigilia-Sueño*, 17(2), 82-89.

11. Benjumea,A;López,S;Velásquez;Cano,L. (2018).Demencias II.*Rev Electron Biomed / Electron J Biomed*, 2018;3:22-43.<https://biomed.uninet.edu/2018/n3/benjumea.html>
12. Bolet,M& Socarrás,M(2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(1) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000100020&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020&lng=es&tlng=es).
13. Brandler T, Wang C, Oh-Park M, Holtzer R, Verghese J. Depressive Symptoms and Gait Dysfunction in the Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(5):425–432
14. Bowlby John (1989) Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
15. Cabrera,I y Montorio,I (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. DOI: [10.1016/j.regg.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.001)
16. Campuzano,S;Gomez,I;Suarez,J.(2022) Deterioro cognitivo de origen vascular y demencia vascular esporádica: revisión narrativa de tema basada en la evidencia. *Acta Neurol Colomb*.2022, vol.38, n.3, pp.172-181. Epub Oct 24, 2022. ISSN 0120-8748. <https://doi.org/10.22379/24224022422>
17. Calderón, L.; Barrera, M. (2014). Avances y Retos de la Neuropsicología. *CES Psicología*, 7(1), 2-4. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802014000100001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000100001&lng=en&tlng=es).
18. Carrión, G. (2020). Ecuador Familia en cifras 2018. Cultura científica UTPL. Recuperado de <https://culturacientifica.utpl.edu.ec/2020/06/ecuador-familia-en-cifras-2018/>
19. Carmona,S.(2015).La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 3, núm. 8, pp. 393-401.<https://www.redalyc.org/journal/4576/457644946010/html/>
20. Castelló, J. (2005). Dependencia emocional: características y tratamiento. Madrid: Alianza Editorial.
21. Castro,M., Ramirez,S., Aguilar,L.,Díaz,V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Rev Neurol Neurocir Psiquiatr*. 2006; 39(4):132-137.
22. Centro Singular de Investigación en Química Biológica y Materiales Moleculares (2021).*Nuevo asedio a la beta amiloide, proteína clave del Alzheimer*.[https://www.usc.es/ciqus/es/ndp\\_ab](https://www.usc.es/ciqus/es/ndp_ab)

23. Cepero-Pérez I, González-García M, González-García O, Conde-Cueto T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. *Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur*. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4334>
24. Cruzado, L.; Custodio, N.; Montesinos, R.; Lanata, S.(2021). Demencia frontotemporal – variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. *Revista Neuropsiquiatría*, 84(3), 183-204. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n3/0034-8597-rnp-84-03-183.pdf>
25. Cherkasova, M.V, & Hechtman, L (2009). Neuroimaging in attention-deficit hyperactivity disorder: Beyond the frontostriatal circuitry. *The Canadian Journal for Psychiatric*, 54, 651-664
26. Declaracion de Rio.International Longevity Center Rio de Janeiro Brasil.(2013)[http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/declaracion\\_de\\_rio\\_Spanich.pdf](http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/declaracion_de_rio_Spanich.pdf).
27. De Mendonça,C.,Ivbijaro G. (2013). Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges. *Mental Health Fam Med*. 2013;10(3):125-7.
28. Del Brutto, O.; Mera, R., Del Brutto, V. (2015) Influence of depression, anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador: results of the Atahualpa Project. *Geriatr Gerontol Int*, 15(4), 508-514.
29. de las Deses, C. D. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 61(1), 33–45
30. Elizondo,G; Déctor,M; Martínez,H;Martínez,L;Esmer,M.(2011).Genética y la enfermedad de Parkinson: Revisión de actualidades.<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-articulo-genetica-enfermedad-parkinson-revision-actualidades-X1665579611240564>
31. Fernández, F y Alarcón, A. (2020). Prácticas y creencias de enseñanza y estimulación del lenguaje desde la Cultura Mapuche en niños y niñas rurales en la Región de La Araucanía. *Revista chilena de pediatría*, 91(1), 27-33. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1003>
32. Fernández,F;Jurado,Antequera.(2009).Trastornos de ansiedad en el anciano. Viguera Editores. *PSICOGERIATRÍA*
33. Fernández,E (2012). Identidad y Personalidad: O como sabemos que somos diferentes de los demás. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*,1-5

34. Forttes, Paula. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
35. Fleming, R., Zeisel, J. y Bennett, B. (2020) World Alzheimer Report 2020. Design, Dignity, Dementia: *Dementia-related design and the built environment* (v. I. September. London: Alzheimer's Disease International.
36. Gutiérrez, L.; García, M.; Jiménez, J. (2014). Envejecimiento y Dependencia Realidades y Previsión para los próximos años. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
37. González, C; Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s448-s458. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&tlng=es)
38. Grossman, M. (2002). Frontotemporal dementia: A review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 8, 566-583.
39. Junta de Beneficencia de Guayaquil. (2020). *El Alzheimer una enfermedad que no debe quedar en el olvido*. <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/prensa/boletines-de-prensa/3634-el-alzheimer-una-enfermedad-que-no-debe-quedar-en-el-olvido>
40. Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales. (2018). Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
41. Martín, M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. *Psicogeriatría*, 1(2), 101-114. [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102\\_101\\_114.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102_101_114.pdf)
42. Martínez, R.; Gasca, C.; Sánchez, Á.; Obeso, J. Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Condes*. 2016;27(3):363-379.
43. Medina, J., Fuentes, S., Gil, I., Adame, L., Solís, F., Sánchez-Herrera LY, et al. (2014). Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Evidencias y Recomendaciones. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47619>.
44. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(2):70-83.

45. Miller,K, Suárez-Iglesias D, Seijo-Martínez M, Ayán C. Fisioterapia para la congelación de la marcha en la enfermedad de Parkinson: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de neurología*. 2020;70:161-170
46. Montalvo,J., Albear,E.,Intriago.,E.,Moreira.,D & Montalvo,P.(2017). Prevalencia De La Enfermedad De Parkinson: Estudio Puerta-Puerta En La Provincia De Manabí-Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(1), 23-26. [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2631-25812017000300023&lng=es&tlng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000300023&lng=es&tlng=es).
47. Morley,J. (2017). Geriatricians: The Super Specialists. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:866-8.
48. McKeith I, Boeve B, Dickson D, Halliday G, Taylor J, Weintraub D, et al.(2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100
49. Narrow W.,Rae D, Robins L., Regier D. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Feb;59(2):115-23. doi: 10.1001/archpsyc.59.2.115. PMID: 11825131.
50. Narayanan,N;Prabhakaran,V;Bunge,S;Christoff,K;Fine,E y Gabrieli,J. (2005). The role of the prefrontal cortex in the maintenance of verbal working memory: An event-related fMRI analysis. *Neuropsychology*, 19(2), 223-232.
51. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 15 de Diciembre de 2006.
52. Ley 109/2017, de 27 de octubre. Ley Orgánica de Discapacidades.
53. Loaiza,Y.( 25 de noviembre del 2021). Las cifras que muestran por qué es importante la salud mental. *GK* <https://gk.city/2019/09/02/depression-ansiedad-salud-mental-2/>
54. Lepe,N et al. (2020). Desempeño En Funciones Ejecutivas De Adultos Mayores: Relación Con Su Autonomía Y Calidad De Vida. *Rev Ecuat Neurol*. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v29n1/2631-2581-rneuro-29-01-00092.pdf>
55. López,TR., Hernández,L. Uso Terapéutico de los Cannabinoides en la Enfermedad De Parkinson.(2019).*Revisión. Majorensis*.
56. OEA.(2015).Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas

- mayores.[http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
57. Organización Panamericana de la Salud.(2018).La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
58. Orozco,M. (1 Mayo 2022). Dos de cada 10 adultos mayores acceden a una pensión de jubilación.*Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/pension-jubilados-iessecuador/#:~:text=En%20el%20pa%C3%ADs%20existen%20,reciben%20una%20jubilaci%C3%B3n%20del%20IESS.>
59. Pardos,A & González,M.(2018). Intervención sobre las Funciones Ejecutivas (FE) desde el contexto educativo. <https://rieoei.org/RIE/article/download/3269/4001/>
60. Padrón,F.,Peña,S.,Salazar,K. (2017). Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyector. *Rev. Latinoam. Hipertens.* 12(3): 79-82.<https://bit.ly/35yIPwq>
61. Reyes,A(s.f).Trastornos de Ansiedad. Guía Practica para Diagnóstico y Tratamiento. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
62. Ruíz, A., & Nava, M.(2012). Cuidadores: responsabilidades – obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11 (3), 163-169. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
63. Salas, J., Bruno, D., Martino, P., Cervigni, M., Faur, P., & Bonet, J. (2021). Funciones ejecutivas en personas con dependencia emocional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 67(2), 75-82. <https://edss.puce.elogim.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=edb885e1-9722-4e2f-bcbc-096dd5c6c9f1%40redis>
64. Santamaria,A y Montoya,E.(2014). La memoria autobiográfica: el encuentro entre la memoria, el yo y el lenguaje. *Estudios de Psicología: Studies in Psychology*. [https://www.researchgate.net/publication/233683230\\_La\\_memoria\\_autobiografica\\_el\\_encuentro\\_entre\\_la\\_memoria\\_el\\_yo\\_y\\_el\\_lenguaje\\_Autobiographical\\_memory\\_An\\_encounter\\_between\\_memory\\_self\\_and\\_language/link/547317290cf24bc8ea19b1d7/download](https://www.researchgate.net/publication/233683230_La_memoria_autobiografica_el_encuentro_entre_la_memoria_el_yo_y_el_lenguaje_Autobiographical_memory_An_encounter_between_memory_self_and_language/link/547317290cf24bc8ea19b1d7/download)
65. Salazar,M.,Garza,E., García,S., Juárez,P.,Herrera,J.,& Duran,T.(2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor

- con dependencia funcional. *Enfermería universitaria*, 16(4), 362-373. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
66. Segura,A.,Cardona,D.,Segura, Á., & Garzón,M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184–194. <https://doi.puce.elogim.com/10.15446/rsap.v17n2.41295>
67. Sociedad.(15 de febrero de 2023). En Ecuador alrededor del 55% de adultos mayores de 65 años sufren depresión. *La República*. <https://www.larepublica.ec/blog/2023/02/15/en-ecuador-alrededor-del-55-de-adultos-mayores-de-65-anos-sufren-depresion/>
68. Tello-Rodríguez T, Alarcón DR, Vizcarra-Escobar D.(2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*; 33 (2): 42-50.
69. Téllez, A., Juárez-García, D. M., Jaime-Bernal, L., & García-Cadena, C. (2016). Prevalencia de trastornos de sueño en relación a factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 95-106. doi: 10.15446/rcp.v25n1.47859
70. Tim,TE.,Lee,DH.,Kim,YJ.,Mok,JO.,Kim,ChL.,Park,JH, et al.(2015).The relationship between cognitive performance and insulin resistance in non- diabetic patients with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*.30:551-7.
71. Tirapu. (2011). Neuropsicología: neurociencia y las ciencias "Psi". *Cuadernos de neuropsicología*, 5(1), 11-24. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232011000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232011000100002&lng=pt&tlng=es).
72. Venegas Bustos, Blanca Cecilia. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147. Retrieved July 31, 2023. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972006000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100013&lng=en&tlng=es).
73. Villegas,MH.,Aguilar,MA., Espericueta,M., Medina,MJ., Luján,ME. Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 22(1):25-32. <https://bit.ly/2MLswUp>
74. Von Mühlenbrock,F., Gómez,R., González,M., Rojas,A.,Vargas,L.,Von Mühlenbrock C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chile Neuropsiquiatr*. 2011;49:331–7.

75. Weder,N.,Aziz, R., Wilkins, K. & Tampi, R. (2007). Frontotemporal dementias: A review. *Annals of General Psychiatry*, vol. 6(15), 1-10. doi: 10.1186/1744-859X-6-15
76. Zhou H, Li R, Ma Z, Rossi S, Zhu X, Li J. Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:219. doi: 10.1186/s12888-016-0928-0
-