



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

**Autor:** Robalino Quintana, Miguel Angel

**Tutora:** Dra. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia

**Ambato – Ecuador**

**Marzo, 2015**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema: **“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”** de Miguel Ángel Robalino Quintana egresado de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero de 2015

LA TUTORA

.....  
Dra. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero de 2015

EL AUTOR

.....  
Robalino Quintana, Miguel Angel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi proyecto con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo de 2015

EL AUTOR

.....  
Miguel Angel Robalino Quintana

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”** de Miguel Ángel Robalino Quintana, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo de 2015

Para constancia firman:

.....  
PRESIDENTE

.....  
1ER VOCAL

.....  
2DO VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a primeramente a Dios por ser el pilar fundamental durante mi proceso de formación académica, A mi madre Silvia Teresa Robalino Quintana por ser la luz que guía mi vida; a mis abuelos Gerardo Robalino y Laura Quintana, que fueron como padres para mí, a mi tía Águeda Robalino que ha sido como mi hermana, que gracias a su apoyo incondicional y sobrehumano, formaron mi carácter como una persona honesta y de bien; a mi profesores que por sus consejos llenos de sabiduría que supieron mantener el amor hacia la medicina; por su guía y que con ejemplo de superación ayudaron a formar cimientos sólidos en mi vida; con su amor supieron darme fuerza para alcanzar una de mis primeras metas en mi vida profesional como médico.

Miguel Angel Robalino Quintana

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por su guía; a la vida por enseñarme que no hay mejor recompensa que el esfuerzo alcanzado. A mi madre Silvia Robalino por ser la persona que siempre estuvo conmigo en los momentos más difíciles. A mis Abuelos Gerardo Robalino y Laura Quintana que fueron un ejemplo en mi vida. A mi tía Águeda Robalino que gracias a su apoyo incondicional me mantuvo firme en mi proceso de formación. Al resto de mi familia por toda su comprensión, sus consejos dados, por el infinito amor brindado y por el legado adquirido del deseo de superación. A mi profesores que han sabido ser una guía durante toda la carrera , Y finalmente un agradecimiento especial a la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a todas sus autoridades por todo lo aprendido durante mi proceso de formación.

Miguel Angel Robalino Quintana

## ÌNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN.....	xix
SUMARY.....	xxi
INTRODUCCIÓN .....	1

### CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- TEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2.- ANÁLISIS CRÍTICO.....	12
1.2.3.- PROGNOSIS .....	14
1.2.5.- PREGUNTAS DIRECTRICES.....	14
1.2.6.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4.- OBJETIVOS .....	16
1.4.1.- GENERAL .....	17



1.4.2.- ESPECÍFICOS .....	17
---------------------------	----

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1.- ANTECEDENTES.....	18
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	22
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	22
2.4. FUNDAMENTO TEORICO.....	26
2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE.....	26
2.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	38
2.5.- HIPÓTESIS.....	45
2.5.1 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	45

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

3.1.- ENFOQUE .....	46
3.2.- MODALIDAD .....	46
3.3 TIPO (NIVEL DE INVESTIGACIÓN) .....	47
3.4 PROCESO METODOLÓGICO .....	47
3.5 POBLACIÓN .....	48
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	48
3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	48
3.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	49
3.6.3 MUESTRA. ....	49
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	50
3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	50

3.8.1.- VARIABLE DEPENDIENTE.- TRASTORNOS MENTALES Y EMOCIONALES .....	51
3.8.2.-. VARIABLE INDEPENDIENTE.- ABANDONO DE ADULTOS MAYORES .....	52
3.9 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	53
3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS .....	53
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	54
4.1.2 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES .....	54
4.1.3 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES POR EDAD Y GÉNERO.....	55
4.1.3 DIVISIÓN DE LA POBLACIÓN POR SU CARACTERÍSTICA DE ABANDONO O VISITA REGULAR.....	57
4.1.5 REGULARIDAD DE LA VISITA EN PACIENTES .....	58
4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	59
4.2.1 PRIMERA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	59
4.2.2. SEGUNDA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	62
4.2.3 TERCERA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	64
4.2.4 CUARTA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	66
4.2.5 QUINTA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	68
4.2.6 SEXTA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES.....	70

4.2.7 SEPTIMA EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES .....	72
4.3. ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA .....	74
4.3.1 PROGRESIÓN DE MMSE DURANTE UN PERIODO DE 3 MESES REALIZÁNDOSE EVALUACIONES QUINCENALES .....	74
4.3.1 PROGRESIÓN DEL TEST DE YESAVAJE DURANTE UN PERIODO DE 3 MESES REALIZÁNDOSE EVALUACIONES QUINCENALES .....	75
4.4.1 GRUPO DE ADULTOS MAYORES ABANDONADOS .....	76
4.4.2. GRUPO DE ADULTOS MAYOR VISITADOS REGULARMENTE ....	78
4.4.2 ANÁLISIS MINI MENTAL TEST (COMPARACIÓN GRUPO ABANDONO CON GRUPO VISITADOS REGULARMENTE) .....	80
4.4.3 ANALISIS TEST DE YESAVAJE .....	81
4.4.4 PROGRESIÓN DEL ESTADO MENTAL DURANTE UN PERIODO DE TRES MESES.....	82
4.4.5 PROGRESIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL DURANTE UN PERIODO DE TRES MESES. ....	84
4. 5 ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN.....	86
4.6 VERIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS .....	86
4.6.1 ANÁLISIS DE VARIANZA DE EVALUACIÓN MENTAL.....	88
4.6.2.- ANÁLISIS DE VARIANZA DE EVALUACIÓN EMOCIONAL .....	89
4.6.3 ANÁLISIS DE VARIANZA DE EVOLUCIÓN DEL ESTADO MENTAL .....	89
4.6.4. ANÁLISIS DE VARIANZA DE EVOLUCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL .....	90
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 CONCLUSIONES.....	92

5.2 RECOMENDACIONES .....	93
---------------------------	----

## **CAPÍTULO VI. PROPUESTA**

6.1. DATOS INFORMATIVOS .....	94
6.1.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA .....	94
6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA .....	94
6.1.3. DATOS DEL AUTOR: .....	94
6.1.4 TUTOR.....	95
6.1.5. BENEFICIARIOS .....	95
6.1.6. UBICACIÓN .....	95
6.1.7. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE: .....	95
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	95
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	96
6.4.- MARCO INSTITUCIONAL .....	96
6.4.1 ASILO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS. ....	96
6.4.2 ASILO DE PATATE.....	97
6.5. OBJETIVOS.....	98
6.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	98
6.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	98
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA CIENTÍFICA.....	98
6.6.1. EVALUACIÓN MENTAL Y PSICO-AFECTIVA DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO .....	98
6.7. ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD .....	101
6.7.1. FACTIBILIDAD ECONÓMICA: .....	101
6.7.2. FACTIBILIDAD SOCIAL: .....	101

6.7.3. FACTIBILIDAD LEGAL ..... 102

6.8 METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO..... 104

6.9 ADMINISTRACIÓN..... 106

6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA  
(PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN)..... 107

**BIBLIOGRAFÍA..... ¡Error! Marcador no definido.**

**ANEXOS ..... 113**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.-Categorías Fundamentales.....	18
Gráfico 2.-Mini Mental Test (MMSE).....	23
Gráfico 3.-Test de Pfeiffer II.....	25
Gráfico 4.- Escala de Yesavaje.....	28
Gráfico 5.- Procedencia de los Pacientes.....	47
Gráfico 6.- Genero.....	48
Gráfico 7.- Grupo Etario.....	49
Gráfico 8.- Caracterización de la población en Visitados o Abandonados.....	50
Gráfico 9.- Regularidad de la visita.....	51
Gráfico 10.- Primera evaluación del estado mental.....	52
Gráfico 11.- Primera evaluación del estado emocional.....	53
Gráfico 12.- Segunda evaluación del estado mental.....	54
Gráfico 13.- Segunda evaluación del estado emocional.....	55
Gráfico 14.- Tercera evaluación del estado mental.....	56
Gráfico 15.- Tercera evaluación del estado emocional.....	58
Gráfico 16.- Cuarta evaluación del estado mental.....	59
Gráfico 17.- Cuarta evaluación del estado emocional.....	60
Gráfico 18.- Quinta evaluación del estado mental.....	61
Gráfico 19.- Quinta evaluación del estado emocional.....	62

Gráfico 20.- Sexta evaluación del estado mental.....	63
Gráfico 21.- Sexta evaluación del estado emocional.....	64
Gráfico 22.- Séptima evaluación del estado mental.....	65
Gráfico 23.- Séptima evaluación del estado emocional.....	66
Gráfico 24.-Progresion del MMSE en evaluaciones periódicas por 3 meses.....	67
Gráfico 25.-Progresion del Test de Yesavaje en evaluaciones periódicas por 3 meses.....	68
Gráfico 26.- Primera evaluación de MMSE (Abandonados).....	69
Gráfico 27.- Primera evaluación de Test de Yesavaje (Abandonados).....	70
Gráfico 28.- Primera evaluación de MMSE (Visitados).....	71
Gráfico 29.- Primera evaluación de Test de Yesavaje (Visitados).....	72
Gráfico 30.- Análisis del MMSE comparación Visitados vs Abandonados.....	73
Gráfico 31.- Análisis del Test de Yesavaje comparación Visitados vs Abandonados.....	74
Gráfico 32.- Progresión del Estado Mental durante 3 meses (Abandonados).....	75
Gráfico 33.- Progresión del Estado Mental durante 3 meses (Visitados ).....	76
Gráfico 34.- Progresión del Estado Emocional en un periodo de 3 meses (Abandonados).....	77
Gráfico 35.- Progresión del Estado Emocional en un periodo de 3 meses (Visitados).....	78
Gráfico 36.- Administración de la propuesta.....	97

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Variable Dependiente.....	43
Tabla 2.- Variable independiente.....	44
Tabla 3.- Procedencia de los Pacientes.....	45
Tabla 4.- Genero .....	46
Tabla 5.- Grupo Etario.....	47
Tabla 6.- Característica de Visitado o Abandonado .....	50
Tabla 7.- Regularidad de la Visita .....	51
Tabla 8.- Primera evaluación del Estado Mental .....	52
Tabla 9.- Test de Pfeiffer II.....	53
Tabla 10.- Primera Evaluación del Estado Emocional .....	54
Tabla 11.- Segunda Evaluación del Estado Mental .....	55
Tabla 12.- Segunda Evaluación del Estado Emocional .....	56
Tabla 13.- Tercera Evaluación del Estado Mental .....	57
Tabla 14.- Tercera Evaluación del Estado Emocional .....	58
Tabla 15.- Cuarta Evaluación del Estado Mental .....	59
Tabla 16.- Cuarta Evaluación del Estado Emocional .....	60
Tabla 17.- Quinta Evaluación del Estado Mental .....	61
Tabla 18.- Quinta Evaluación del Estado Emocional .....	62
Tabla 19.- Sexta Evaluación del Estado Mental .....	63



Tabla 20.- Sexta Evaluación del Estado Emocional .....	64
Tabla 21.- Séptima Evaluación del Estado Mental .....	65
Tabla 22.- Séptima Evaluación del Estado Emocional .....	66
Tabla 23.- Progresión del MMSE en un periodo de 3 meses .....	67
Tabla 24.- Progresión del test de Yesavage en 3 meses .....	68
Tabla 25.- Primera evaluación del MMSE abandonados .....	69
Tabla 26.- Primera evaluación del MMSE visitados .....	70
Tabla 27.- Primera evaluación del test Yesavage abandonados .....	71
Tabla 28.- Primera evaluación del test Yesavage visitados .....	72
Tabla 29.- Análisis del MMSE comparación Visitados vs Abandonados.....	73
Tabla 30.- Análisis del Test de Yesavaje comparación Visitados vs Abandonados.....	74
Tabla 31.- Progresión del Estado Mental Abandonados .....	75
Tabla 32.- Progresión del Estado Mental Visitados .....	76
Tabla 33.- Progresión del Estado Emocional Abandonados .....	77
Tabla 34.- Progresión del Estado Emocional Visitados .....	78
Tabla 35.- Comparación Grupos Variación de media aritmética después de 3 meses..	80
Tabla 36.- Análisis de varianza y $\chi^2$ de Evaluación Mental.....	81
Tabla 37.- Análisis de varianza y $\chi^2$ de Evaluación Emocional.....	82
Tabla 38.-Análisis de varianza de Evolución del Estado Mental.....	83
Tabla 39.- Análisis de varianza de Evolución del Estado Emocional.....	83

Tabla 35.- Modelo operativo de la propuesta .....96

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE  
ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y  
ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”

**Autor:** Robalino Quintana, Miguel Ángel

**Tutora:** Dra. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia  
Ambato, Enero del 2015

**RESUMEN**

El abandono de los adultos mayores es un problema que ha ido creciendo en las últimas décadas esto debido al crecimiento continuo de este grupo poblacional, a causa de que hoy en día la expectativa de vida ha aumentado significativamente en comparación con años anteriores, esto ha hecho que la pirámide poblacional se modifique teniendo en su base a los adultos mayores, con este crecimiento demográfico de este grupo etario también ha aumentado el problema social que es el abandono en este grupo y así también ha crecido un subgrupo de estos, aquellos adultos mayores asilados en centros gerontológicos. Es por esto que este estudio crítico propositivo realizado en los Asilos Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate se planteó realizar una evaluación y seguimiento de las funciones mental y emocional usando el Mini Mental Test (MMSE) y el Test de Yesavaje, posteriormente se divide a la población en dos subgrupos el primero aquellos que son visitados frecuentemente por sus familiares y un segundo grupo aquellos que se encuentran en total abandono, en una primera evaluación se determinó que hay un evidente deterioro de la función mental y emocional de los adultos mayores institucionalizados, posteriormente se realizaron evaluaciones secuenciales y periódicas durante 3 meses (Agosto 2014 – Octubre 2014),

aplicándose una evaluación cada 15 días, realizándose evaluaciones por 7 ocasiones en cada individuo del estudio, se obtuvo muestra de 72 pacientes, de los cuales se descartó 21 del estudio por no cumplir criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo datos que son analizados bajo formulas estadísticas, teniendo como resultados una evidente disminución del estado psicoemocional de los adultos mayores institucionalizados en los centro geriátricos estudiados, se determinó que hay un deterioro progresivo y marcado de la función mental y emocional de los adultos mayores, el análisis de estado mental después de su seguimiento durante el periodo de 3 meses determino que hay un deterioro de 1,63 puntos en el MMSE, más acelerado en los adultos mayores abandonados en comparación con aquellos que reciben la visita de sus familiares, mientras que la evaluación del estado emocional determino que hay un deterioro de 1,7 puntos en el Test de Yesavaje más acelerado en los adultos mayores abandonados en comparación con aquellos que reciben la visita de sus pariente. A razón de estos resultados se plantea que se considere al abandono como un factor de riesgo para deterioro progresivo de las funciones psicoemocional y se implante el uso del MMSE y del Test de Yesavaje de manera periódica como una herramienta de fácil uso para realizar un seguimiento del estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado.

**PALABRAS CLAVES:** REPERCUSION, ADULTO\_MAYOR, ABANDONO, ESTADO\_MENTAL, ESTADO\_EMOCIONAL, MMSE, TEST\_YESAVAJE,

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CAREER OF MEDICINE**

" IMPACT OF ABANDONMENT IN THE MENTAL AND EMOTIONAL STATE  
INSTITUTIONALIZED ELDERLY CARE IN THE SACRED HEART OF JESUS  
OF THE CITY OF AMBATO AND NURSING HOME OF PATATE . "

**Author :** Robalino Quintana, Miguel Ángel

**Tutor:** Dra. Melendez Herrera, Monica Cecilia  
Ambato, March 2015

**SUMARY**

The abandonment of the elderly is a problem that has been growing in recent decades this due to continued growth of this population group, because of today life expectancy has increased significantly compared to previous years, this has made the population pyramid is modified in the base to older adults, this population growth in this age group has also increased the social problem that is neglect in this group and it has also grown a subset of these, those elderly refugees in gerontology centers. That is why this critical study conducted proactive in Sacred Heart Nursing and Nursing Patate was decided to perform an evaluation and monitoring of mental and emotional functions using the Mini Mental Test (MMSE) and the Test of Yesavaje later divides the population into two subgroups the first who are frequently visited by relatives and a second group who are completely neglected in a first evaluation found that there is an obvious deterioration of mental and emotional function adults institutionalized elderly subsequently sequential and periodic evaluations were conducted for 3 months (August 2014 - October 2014), applying an assessment every 15 days, performing evaluation by seven times in each individual study sample of 72 patients was obtained, of which dismissed 21 of the study for not meeting criteria for inclusion and exclusion, data are analyzed under statistical formulas, with the results an evident decrease psycho-

emotional state of the elderly institutionalized geriatric center studied, it was determined that there is a progressive deterioration was obtained and marking of mental and emotional function in older adults, the analysis of mental state after monitoring for the period of three months determined that there is a decline of 1.63 points on the MMSE, fastest in the elderly abandoned in compared to those who are visited by their relatives, while evaluating the emotional state determined that there is a decline of 1.7 points in the Test of Yesavaje faster in older adults neglected compared to those receiving visits from their relative. A reason for these results arises deemed abandonment as a risk factor for progressive deterioration of psycho-emotional functions and use of the MMSE and test Yesavaje periodically as a user-friendly tool is implemented to track the mental and emotional state of elderly institutionalized.

**KEYWORDS:** IMPACT, ELDERLY, NEGLECT, STATE\_MENTAL, EMOTIONAL\_STATE, MMSE, TEST\_YESAVAJE

## INTRODUCCIÓN

El abandono en el adulto mayor es un importante problema social, que ha aumentado debido a la modificación de la pirámide poblacional en las últimas décadas llevando de esta manera a que la geriatría tome un papel fundamental en el planteamiento y desarrollo de nuevas perspectivas acerca del ámbito cotidiano de los pacientes adultos mayores. Es así que hoy en día la población geriátrica ha pasado a constituirse en uno de los grupos etarios más numerosos en todo el mundo y con esto también ha crecido un subgrupo de ellos, aquellos que se encuentran relegados a instituciones de acogida para adultos mayores, a causa de que en la actualidad se considera que las personas que han alcanzado esta etapa ya han cumplido su ciclo de vida y ya no son útiles para la sociedad, con lo cual el grupo de adultos mayores abandonados es cada vez más numeroso. El envejecimiento actualmente es tratado de una manera excluyente, debido a que no existe un sistema de educación que busque crear una imagen positiva de la vejez, el reconocimiento de los valores y la importancia que tiene las personas que han llegado a esta etapa de la vida debe ser prioritario y debe desarrollarse a la par del crecimiento poblacional de los adultos mayores.

La problemática del adulto mayor es dispareja, e incluye conflictos de tipo económico, sociales, de salud, entre otros, al ser un grupo aislado y un tanto invisible para la sociedad, tanto más aquellos ancianos que se encuentran en situación de abandono en una institución si bien ellos aquí reciben atención que corresponde a vestido , vivienda y comida muchas veces no se valora el estado psicoemocional del individuo que al encontrarse en situación de abandono de sus familiares tienen una predisposición al deterioro de sus funciones mentales y emocionales, por lo cual se plantea que en todo centro geriátrico debería haber personal capacitado en la detección oportuna, seguimiento e inicio de un tratamiento adecuado para el anciano, en lo relativo a función mental y emocional de los adultos mayores.

Por este motivo es que en este trabajo efectuado en los Asilos Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate se realiza una evaluación del estado psicoemocional usando para esto el Mini Mental Test (MMSE), el Test de Pfeiffer, y el Test de Yesavaje, realizándose evaluaciones periódicas con la finalidad de demostrar el deterioro psicoemocional que se

presenta en estos individuos, planteando el abandono como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y emocionales.

A partir de lo recolectado en los centros gerontológicos, se llegó a los resultados a través de datos estadísticos descriptivos que se exponen en forma de gráficos pertinentes para cada tipo de variable, comparándose los resultados con bibliografía de investigaciones previas sobre el tema. El capítulo finaliza con la validación de la hipótesis. La información anterior y su análisis permitieron establecer las conclusiones y formular recomendaciones

Finalmente se elabora la propuesta en base a la creación de un modelo de evaluación periódica de los adultos mayores con la finalidad de identificar, realizar un seguimiento y brindar un tratamiento oportuno de trastornos mentales o emocionales en adultos mayores institucionalizados.



## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1.1.- TEMA DE INVESTIGACION**

**“REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y EL ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”**

#### **1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1.- Contextualización.**

###### ***1.2.1.1.- Contextualización macro***

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso del continente Americano, para 2010 esta es de 75 años. <sup>(1)</sup> Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% del total de la población. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes, en el mismo periodo de tiempo la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 36 millones de adultos mayores en el planeta sufren maltrato, abandono o no reciben una adecuada atención para sus dolencias. <sup>(2)</sup> Actualmente, no existen datos estadísticos fiables, pero los estudios realizados sobre el tema

revelan que los malos tratos, así como los casos de negligencias o abandono, han aumentado considerablemente en los últimos tiempos, sobre todo, en los países en los que la pirámide poblacional ha modificado su estructura. <sup>(1,2)</sup>

En cuanto al abandono en el ámbito internacional, los derechos de las personas adultas mayores se encuentran contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde se proclama “El derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”. No obstante, las normas de protección de los derechos de las personas adultas mayores son relativamente recientes en varios países de América Latina, pues la promulgación y aplicación de disposiciones referidas expresamente a los derechos de las personas adultas mayores se inician a fines de la década de 1980. En algunos Estados el proceso abarcó la emisión de leyes especiales, mientras que en otros países se realizaron reformas constitucionales y se formularon planes de desarrollo que incorporan aspectos específicos relacionados con el tema. Los principales hitos fueron:

- El Protocolo de San Salvador, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988), que en su artículo 17 incorpora medidas específicas en favor de las personas mayores. Este documento constituye el primer instrumento vinculante con el tema de los derechos de este grupo de edad para los países de la región.
- Los Principios a favor de las Personas Adultas Mayores, aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991, sientan las bases de una futura convención sobre los derechos de las personas adultas mayores.
- El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Chile, noviembre 2003) constituyen las bases para una acción consensuada por 30 Estados miembros de la CEPAL en el tema de la atención a los adultos mayores, con la participación de OPS/OMS y Banco Mundial. <sup>(34,35)</sup>

En síntesis, todos los documentos elaborados en los eventos mencionados se orientan hacia los siguientes aspectos específicos en beneficio de las personas adultas mayores:

- Proteger los derechos humanos y crear condiciones de seguridad económica, participación social y de educación, que favorezcan su inclusión en la sociedad y el desarrollo.
- Facilitar el acceso a servicios de salud integrales y adecuados, que contribuyan a su calidad de vida, su funcionalidad y autonomía.
- Crear entornos físicos, sociales y culturales que propicien el desarrollo y el ejercicio de sus derechos. <sup>(35)</sup>

Si bien no existe un tratado internacional específico sobre este tema, existen varios instrumentos que incluyen disposiciones sobre los derechos de las personas adultas mayores, como son:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y la recomendación General No. 27 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer.
- Convenio 111 sobre la discriminación empleo y ocupación.
- Convenio 102 sobre la seguridad social.
- Convenio 128 de la OIT sobre prestaciones de invalidez vejez y sobrevivientes.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “convención de Belém do Pará”.
- Plan de Acción Internacional de Madrid, 2002.
- Comisión de Desarrollo Social, Madrid 2008.
- Asamblea General del ONU Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento, 2010.
- Periodo de sesiones de Trabajo sobre Envejecimiento, 2011.
- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Costa Rica 2012
- Derechos humanos de las personas adultas mayores en el ámbito interamericano
- En el ámbito interamericano, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que, en caso de edad avanzada, las personas tienen derecho a la

seguridad social para mantener un nivel de vida adecuado (Art. 16); mientras que el Art. 30, establece la obligación de los hijos de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten. Adicionalmente, prohíbe la discriminación por cualquier índole o condición social (Art.1). Por lo demás, al igual en que el ámbito mundial, en el interamericano las personas de la tercera edad tienen los mismos derechos que las demás personas, simplemente por el hecho de ser tales. <sup>(34)</sup>

La Declaración de Brasilia, realizada en el 2007, abarca recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento con relación a la orientación prioritaria sobre las personas adultas mayores y el desarrollo. Se establecen como objetivos, los siguientes:

- El reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad.
- El fomento de la participación en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y la generación de oportunidades de empleo para todas las personas de edad que deseen trabajar. <sup>(36)</sup>

Naciones Unidas ha recomendado a los Estados miembros garantizar que se considere a las personas de edad como miembros activos de sus sociedades, facilitar su participación en la adopción de decisiones y, lo que es más importante, en las medidas diseñadas para influir específicamente en su bienestar

En la conferencia dictada en el marco del IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología, acerca del Abuso y Maltrato, realizado en Santiago de Chile la OMS en año 2002, en colaboración con la red internacional de prevención de abuso en la tercera edad, cuyo objetivo es sensibilizar a los profesionales de la salud y al público en general sobre las dimensiones y características del abuso en personas mayores en todo el mundo, y desarrollar una estrategia de prevención y un enfoque inicial, haciendo hincapié en el apoyo a los profesionales de la atención primaria de salud. <sup>(37)</sup>

El estudio estuvo muy centrado en las percepciones de las personas mayores, pero también de los profesionales, sobre el abuso y maltrato. Se realizó por intermedio de grupos focales en ocho países: Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenia, El Líbano y Suecia, o sea, una mezcla muy variada de países desarrollados, menos desarrollados y todavía no desarrollados.

Se investigó las dificultades que enfrentan las personas mayores, las funciones que cumplen en sus comunidades, sus percepciones sobre los diferentes tipos de abuso y las consecuencias para ellos y sus familias. También se intentó determinar cuándo deben intervenir los parientes, los vecinos y la comunidad, y la frecuencia del problema en la región o país. Además, se identificaron las necesidades de servicios de salud física y psicológica, y las brechas entre la percepción de las personas mayores y la de los profesionales de la salud.

Este estudio demostró que las personas mayores consideran el maltrato en cuatro grandes áreas: abandono, aislamiento, desamparo y exclusión social, esto, según las opiniones de los propios ancianos, fue lo que finalmente dio al estudio el título de “Voces Ausentes” porque muchas veces no son escuchados. <sup>(37)</sup>

En cuanto a las categorías de maltrato, las personas mayores lo clasifican como maltrato de naturaleza estructural o social, negligencia y abandono, falta de respeto y prejuicios, maltrato psicológico emocional y verbal, maltrato físico y de tipo legal y financiero.

Los profesionales de la salud señalaron la diferencia entre los sistemas privados y públicos, la ocurrencia, la falta de tiempo, que muchas veces lleva a ignorar los derechos, dignidad y autonomía de las personas mayores, la falta de conciencia del problema, la falta de conocimientos de la Geriátrica como especialidad y la necesidad de formación y capacitación en esta área. <sup>(38)</sup>

Declaración de Toronto.- A partir de Voces Ausentes se realizó en Toronto, en 2002, una reunión muy importante, en la que se efectuó la Declaración para la prevención global del abuso en las personas mayores, que es un llamado a la acción para la prevención del maltrato. En ella se declara que faltan marcos legales, pues muchas veces no se puede abordar casos por falta de los instrumentos legales apropiados; que la prevención del maltrato exige la participación de múltiples sectores de la sociedad, especialmente del personal de atención primaria; y que son vitales la educación y la difusión de la información, tanto en el sector formal como en los medios de comunicación.

El maltrato de personas mayores es un problema universal, pero una perspectiva cultural es fundamental para comprender el fenómeno en profundidad. En toda sociedad, algunos grupos de personas mayores son particularmente vulnerables, constituyen los grupos de riesgo y sólo se podrá prevenir el maltrato mediante una cultura de solidaridad entre las generaciones. Por

último, no es suficiente identificar los casos; todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios para responder a este problema y prevenirlo. <sup>(39)</sup>

### ***1.2.1.2.- Contextualización Meso***

La esperanza de vida al 2013 de los ecuatorianos es de 78 años para las mujeres y 72 años para los hombres, con un total de población geriátrica mayor de 65 años de 1,2 millones de adultos mayores, en la sierra residen 596.429 adultos mayores, mientras que en la costa viven 589.431 personas dentro del grupo de adultos mayores, según una encuesta realizada por el instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (INEC) en el 2009, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada, se estima que para 2030 llegaremos a 23,4 millones de habitantes, de acuerdo a esta información, en este año el país no garantizará el reemplazo generacional pues las mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos, es decir, la población empezará a envejecer. Sobre la esperanza de vida de la población, para el 2050 subirá a 80,5 años en promedio para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres, lo que quiere decir que la población geriátrica se acercara al 25- 30% del total de la población ecuatoriana, de ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico. <sup>(3,4)</sup>

En Ecuador apenas el 30% de adultos mayores cuenta con la asistencia de un familiar (hijos, esposa o esposo, nietos) para su cuidado. Más de 100.000 personas mayores de 65 años no cuentan con ayuda para realizar sus actividades diarias, como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro o vestirse.

Los datos corresponden a la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE I) realizada en Ecuador en 2009. En lo referente a la violencia a los adultos mayores, las cifras son alarmantes y, sin embargo, es inconcebible que pasen casi inadvertidas. El 14,70% de adultos mayores son víctima de maltrato verbal y el 14,9% de negligencia y abandono.

Los casos de maltrato y abandono a los adultos mayores son poco visibles y, por lo general, cuando se los presenta carecen de un enfoque de derechos. Cuando son visibles, en los medios de comunicación se prioriza más la ayuda social, frente a la necesidad de crear mecanismos

de protección y señalar a los responsables de la ausencia de políticas que mejoren su calidad de vida.

La Constitución del Ecuador, expedida en 2008, establece obligaciones al Estado sobre la protección y garantía de los derechos de los adultos mayores. Ahora, desde la vigencia (agosto 2014) del nuevo Código Orgánico Integral Penal (COIP), este instrumento legal también sancionará los casos de abandono a las personas adultas mayores, según lo establece el Artículo 153. Las penas se castigarán con prisión de 1 a 3 años y de 16 a 19 años, de acuerdo a los agravantes, las sanciones que estipula el Artículo 153 del nuevo Código Orgánico Integral Penal no se limita únicamente a los familiares sino también a las personas particulares que tienen bajo su cuidado y protección a un adulto mayor.

De acuerdo a la información censal (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (Encuesta ENEMDUR). Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte. Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes (probablemente emigrantes): 6% en 2001 y 5% en 2010.

El ingreso promedio proveniente del trabajo de las personas adultas mayores indica que los hombres reciben un salario promedio de \$300 mensuales, mientras que en las mujeres es de \$210

Tal como la encuesta SABE plantea: “El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer,

enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, mental y emocional. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. Aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas. De ahí la necesidad de que existan programas de salud orientados hacia la población de adultos mayores.

En cuanto a educación de los adultos mayores en el Ecuador, de acuerdo con el censo del año 2010 las personas adultas mayores tienen un modesto nivel educativo: sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico. Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados. Las ocupaciones que declaran los adultos mayores, en su mayoría, son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %), ya que el nivel educativo de este segmento de la población es bajo y que las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo” y directores y “funcionarios públicos superiores” solo representan, en conjunto, el 6,7 % de la población ocupada de 65 años y más. <sup>(40)</sup>

En cuanto a vivienda el 68,5% de las personas adultas mayores se declara propietario de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas. El Censo de Población y Vivienda 2001 informa que un 20% de las personas adultas mayores reside en viviendas con condiciones precarias, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios. Estas cifras son especialmente elevadas en las áreas rurales. Un dato más reciente (INEC, Censo 2010) indica que el acceso a la luz eléctrica de las personas adultas mayores alcanza el 96,2%; los servicios higiénicos con conexión de agua, el 73,9%; y el alcantarillado tan solo el 55,5%. Por lo expuesto, si bien existe un alto porcentaje de personas adultas mayores que tienen vivienda propia, se hace evidente que la situación que se debe revertir involucra el asegurar la situación de aquellas personas adultas mayores que no cuentan con una vivienda y, por otro lado, garantizar que las condiciones de la vivienda sean apropiadas, entendiendo esta característica como el acceso a servicios básicos e infraestructura que permitan una vida digna, un 12,3 % de adultos mayores se encuentran institucionalizados en asilos y centros gerontológicos del país.

(4)



El 30% de las personas adultas mayores en Ecuador cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. En el caso de las mujeres mayores de 80 años que cuentan con asistencia para su cuidado, el porcentaje es de 36,5% de la población nacional (SABE I, 2009). En términos generales, puede decirse que son las mujeres, los adultos mayores residentes del área urbana y los mayores de 80 años, quienes presentan los mayores requerimientos de ayuda y cuidado. La necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas mayores representa un mecanismo indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años. La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD) como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse. O bien actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, afecta a algo más de 100 mil personas adultas mayores en el país (SABE I 2009).<sup>(41)</sup>

Los datos en el ámbito de Violencia en Ecuador son alarmantes, el 14,70% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono (SABE I). Hablar de violencia hacia las personas adultas mayores en el Ecuador podría resultar inconcebible; sin embargo, este tema está presente, hay que hacerlo visible y buscar mecanismos de protección. Participación social Crear espacios, instancias y condiciones para que las personas adultas mayores puedan disfrutar de condiciones óptimas de vida y, de esta manera, llegar a un envejecimiento digno y activo es un reto de la sociedad en conjunto. La encuesta SABE I revela que en el país existe una incipiente y aislada participación de personas adultas mayores mediante organizaciones, asociaciones o gremios. El reconocimiento de estas organizaciones mediante personería jurídica se circunscribe por lo general a jubilados del seguro social; pero que no logran aglutinar a las diferentes agremiaciones existentes a nivel nacional.<sup>(41)</sup>

El 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliada al IESS según el INEC en datos del censo de Población y Vivienda 2010.<sup>(4)</sup>

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador (2009-2010) en Ecuador los tipos de maltrato que mayor prevalencia presentaron fueron el psicológico (16.4%) y el abandono (14.9%). Los maltratos más denigrantes y extremos, como el físico y sexual, presentaron prevalencia menores, violencia física (4.9%) y violencia sexual (3%). La encuesta también determinó que las mujeres sufren más maltrato que los hombres.

El estudio reveló además, que en la sierra rural existe mayor violencia física 6.6%, mientras que en la costa rural fue de 3.3%. En cuanto a maltrato sexual, en mujeres es de 4.7%, mientras que en los hombres es 1.3%. La mayor prevalencia de abandono está en los adultos mayores de 75 años. <sup>(41)</sup>

### ***1.2.1.3.- Contextualización Micro***

En la provincia de Tungurahua según datos del INEC se estima que para 2010 se tiene una población mayor de 65 años de edad de 42500 habitantes , es decir aproximadamente el 10 % de la población total de la provincia y que de estos la gran mayoría se encuentran concentrados en la ciudad de Ambato con un total de 25824 habitantes mayores de 65 años, de los cuales 11582 son mujeres y 14242 son hombres, y se estima que aproximadamente un 15-20% de esta población se encuentra asilada en situación de abandono en centros geriátricos de la ciudad. <sup>(4)</sup>

Se identifica 51 cantones que superan el 10% de personas adultas mayores siendo los de mayor presencia de personas adultas mayores en relación al promedio nacional 6%, es decir, son cantones que se hallan en una etapa avanzada de envejecimiento demográfico, la ciudad de Ambato dentro de estos 51 cantones con un 15% de población mayor de 65 años.

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario en la ciudad de Ambato, la cual cuenta con un total de 7 centros gerontológicos distribuidos a lo largo de su geografía, que albergan aproximadamente 350 adultos mayores encontrándose dentro de sus paredes innumerables historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar en la región centro del Ecuador

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad es cuando ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que

pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, siendo esta la causa más común de abandono en asilos de la ciudad de Ambato. <sup>(4)</sup>

### **1.2.2.- Análisis Crítico**

La modificación de la pirámide poblacional en los últimas décadas ha llevado a que la geriatría tome un papel fundamental en el planteamiento y desarrollo de nuevas perspectivas acerca del ámbito cotidiano de los pacientes, es así que hoy en día la población geriátrica ha pasado a constituirse en una de los grupos etarios más numerosos no solo en nuestro país sino en todo el mundo y con esto también ha aumentado el número de ancianos institucionalizada en asilos o en casas de acogida al anciano, lo que refleja la necesidad de evaluar la calidad de vida de estos pacientes estableciendo todo bajo la lupa de la medicina basada en evidencia. Se observa que la población en general se encuentra muy preocupada por situaciones personales, dado por la globalización mundial y la corriente del consumismo, un ritmo de vida muy acelerado donde se deja de lado a las personas que han alcanzado cierta edad llegando a considerarse que han cumplido su ciclo de vida, el envejecimiento actualmente es tratado de una manera excluyente, debido a que no existe un sistema de educación que busque crear una imagen positiva de la vejez, el reconocimiento de los valores y la experiencia de vida de aquellos que han alcanzado la edad avanzada. La problemática del adulto mayor es dispareja, e incluye conflictos de tipo económico, sociales, de salud, entre otros y aunque el Gobierno Nacional cuenta con un marco legislativo y un plan operativo sobre derechos de los adultos mayores, no se ejerce en el acceso a los servicios, dignidad y participación social y laboral. Es un grupo aislado y un tanto invisible o que la gente trata que sea así, pensando en que no llegarán esa edad, situación innegable para todos los seres humanos. Y tanto más aquellos ancianos que se encuentran en situación de abandono en una institución, si bien ellos aquí reciben atención que corresponde a vestido, vivienda y comida muchas veces no se valora el estado psicoemocional del individuo que por factor del abandono de sus familiares tiene una predisposición al deterioro de sus funciones mentales y emocionales, por lo cual se plantea que en todo centro geriátrico debería haber personal capacitado en la detección oportuna, seguimiento e inicio de un tratamiento adecuado para el anciano.

### **1.2.3.- Prognosis**

No considerar que una de las principales causa de trastornos mentales y emocionales en un adulto mayor es el abandono, no realizar una detección a tiempo, no realizar un seguimiento y no iniciar un tratamiento adecuado de alteraciones psicoemocional en pacientes adultos mayores institucionalizados en condición de abandono conllevaría a que las personas que en su momento fueron parte importante de la sociedad y su desarrollo que posteriormente han llegado a su etapa de adultos mayores se queden olvidadas, sin que tengan la oportunidad de brindar sus experiencias y conocimientos adquiridos durante tantos y tantos años, por la amplia gestión que se debe realizar, aún no se brinda la importancia necesaria a este grupo de personas, que por el hecho de que son una población creciente en nuestra sociedad llegara a un punto en el que no se toman acciones inmediatas al respecto, provocaría que los centros de acogida estén abarrotados de adultos mayores con problemas mentales y emocionales. Lo que subsecuentemente deterioraría sus capacidades físicas y se dé la pérdida parcial o total de su independencia lo que a futuro puede generar un aumento en los gastos de salud, no solo de los centros de acogida a adultos mayores sino del mismo estado que es el encargado de dichas instituciones gerontológicas.

### **1.2.4.- Formulación del Problema**

¿Existe repercusión en la salud mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en condición de abandono en centros geriátricos?

### **1.2.5.- Preguntas directrices**

- ¿Existe una alta incidencia de enfermedades mentales y trastornos emocionales en adultos mayores institucionalizados?

- ¿Existe una mayor incidencia de enfermedades psicoemocionales en adultos mayores en situación de abandono en comparación con aquellos que son frecuentemente visitados por sus familiares?

- ¿Una evaluación secuencial y periódica del estado psicoemocional del adulto mayor institucionalizado en condición de abandono marcará un deterioro progresivo de su estado psicoemocional?

-¿Se necesita personal capacitado para la detección, seguimiento e inicio de un tratamiento oportuno en trastornos mentales y emocionales en centros geriátricos?

### **1.2.6.- Delimitación del Problema**

#### **Delimitación de contenido:**

**Campo:** Geriatria

**Área.** Geriatria social (Abandono)

**Aspecto:** Adultos Mayores Institucionalizados

**Delimitación Espacial:** Asilo Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato y el Asilo de Ancianos de Patate

**Delimitación Temporal:** Julio – Febrero 2015

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico, que por un lado se garantice una atención médica geriátrica multidisciplinaria de calidad, que permita la creación de una sociedad consciente que no los segregue ni estigmatice, sino al contrario, que los dignifique y, al mismo tiempo, que el estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas de salud reales, dirigidas a garantizar una vida digna y de calidad. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa, este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta

es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida, es decir “la vejez se construye desde la juventud”, así a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida, el garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas, en el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

La iniciativa para poder realizar la investigación radica en el hecho de que al ser cada vez mayor la población comprendida en el grupo de adultos mayores, también ha aumentado la población institucionalizada, y con esto las situaciones de abandono en los adultos mayores lo que predispone a una profunda alteración de su estado mental y de su estado emocional, cuyo desencadenante principal en pacientes asilados en centros geriátricos es el abandono. La necesidad de que en cada centro geriátrico tenga la capacidad de resolver los problemas mentales y emocionales de estos pacientes es primordial, pues al ser más propensos los adultos mayores al desarrollo de este tipo de trastornos sumado a esto su crecimiento poblacional cada vez mayor es inminente la necesidad de desarrollar planes a futuro que permitan que estos centros especializados en el cuidado del adulto mayor cuenten con personal capacitado para detectar oportunamente, realizar seguimiento e iniciar un tratamiento de este tipo de trastornos. A esto se le suma los pocos datos y estudios que existen acerca de este grupo de edad y el hecho de que en todo el mundo se ve aumentada la población geriátrica institucionalizada en condición de abandono.

#### **1.4.- OBJETIVOS**

#### **1.4.1.- General**

- Determinar la repercusión del abandono en el estado de salud mental y emocional del adulto mayor institucionalizado o en centros geriátricos.

#### **1.4.2.- Específicos**

- Analizar el Estado Mental de adultos mayores institucionalizados en el Asilo Sagrado Corazón de Jesús y el Asilo de Ancianos de Patate
- Evaluar Estado Emocional de adultos mayores institucionalizados en el Asilo Sagrado Corazón de Jesús y el Asilo de Ancianos de Patate
- Definir una metodología para la evaluación secuencial y periódica del estado psicoemocional del adulto mayor institucionalizado en condición de abandono.

## **CAPITULO II**

### **2.- MARCO TEORICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES**

Condori (2013), en su artículo “Factores asociados a los niveles de abandono familiar en el adulto mayor de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud Chijchipani Azángaro enero a junio 2013 ” concluyo que en consideración a que los factores de asociación estadísticamente significativa son la edad avanzada y el bajo nivel de instrucción, las autoridades correspondientes de salud y educación, prioritariamente debe intensificar labores preventivas y promocionales tendientes a evitar en abandono. En consideración a que muchos factores teóricamente tiene asociación con el nivel de abandono familiar, pero que en el presente trabajo no se ha llegado a concretar dicha asociación como es el caso de número de hijos, ingreso económico, acceso al seguro integral de salud y el tipo de enfermedad, se recomienda la realización de trabajos que comprenda mayor población y muestra del mismo modo a realizar un trabajo de abandono por comunidades de la jurisdicción del puesto de salud Chijchipani de la provincia de Azángaro, Se sugiere al responsable de la estrategia salud del adulto mayor hacer visitas domiciliarias y capacitar a la población adolescente y adulto sobre la prevención en el abandono del adulto mayor. <sup>(5)</sup>

Aranibar (2001) En su artículo “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina” define Tres enfoques: de la desigualdad, de la dependencia y de la vulnerabilidad se usan para analizar la vejez en tanto su condición de fenómeno social complejo; todos ellos reconocen el sustrato fisiológico de la ancianidad, pero dan mayor importancia a los factores socioculturales para explicar el papel de las personas de edad en las comunidades y las familias y para investigar sobre sus condiciones y su calidad de vida. Se plantean las potencialidades y debilidades de nociones como calidad y estilos de vida para capturar las diferentes facetas de la vida social de los adultos mayores. Se pasa revista y se precisan tendencias estilizadas en algunos ámbitos en los que la vulnerabilidad de las personas



mayores es aguda, en particular la salud, el empleo y la seguridad social y se revisan los impactos contemporáneos de reformas recientes del sector público que afectan directa o indirectamente a los adultos mayores. Finalmente se examinan algunas políticas públicas que pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad social de este grupo de la población, ya sea mediante el apoyo del Estado, de la comunidad o de las familias. <sup>(6)</sup>

Osorio (2007) en su artículos “Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo” concluyo que el adulto mayor presenta una serie de cambios tanto físicos psicológicos y sociales, lo que representa parte de la declinación de esta última etapa de vida, los limita a ser autosuficientes y tener que depender de terceras personas, logro observar la carencia afectiva y la soledad en la que viven, debido a que tienen la necesidad de platicar acontecimientos de su vida, que le muestren la atención e importancia a lo que se menciona. <sup>(7)</sup>

Landriel et. al, (2010) en su artículo "Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social" estudio la perspectiva actual de abordaje de la temática del adulto mayor se hegemonizan las discusiones en torno a los planteos del envejecimiento y los sujetos del mismo: los viejos. Sin embargo, el tema-problema debe ampliarse hacia un sesgo casi natural, instalándolo en y desde el ámbito de la familia. El alcance de considerables niveles en la calidad de vida de los adultos mayores, dependerá no sólo del alcance y cobertura de las políticas públicas, sino, fundamentalmente del lugar que le dispensen las actuales condiciones y posibilidades de las familias, cuestiones donde interjuegan el contexto, las concepciones de familia, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital. En cierta manera, esto contribuiría a la integración de los Adultos Mayores, acompañados del establecimiento de una democratización solidaria de las estructuras familiares y sociales para con este grupo etario. Resulta esto posible en las actuales relaciones de reproducción y configuraciones sociodemográficas de la familia. Es la familia el lugar de los afectos, un ámbito de democracia, Podemos pedir tanto de una institución que, siendo universal, al mismo tiempo está sujeta a tantas presiones y tensiones. Concluye que la existencia de la familia es clave en el abordaje de la problemática de los adultos mayores. Aún en un contexto de pobreza generalizada, las familias constituyen un recurso invaluable a la hora de establecer instancias de intervención sociogerontológica. Sobre esta base, la internación geriátrica será una posibilidad recién

cuando las familias se encuentren imposibilitadas de ofrecer contención. Existen diversas perspectivas para efectivizar el trabajo social gerontológico: la asistencial, preventiva, promocional. (8)

Cordero et. al, (2010).- en su artículo “Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato” estudio la magnitud del envejecimiento de la población mundial, y de lo cual Cuba no está exenta, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. A pesar del avance científico técnico alcanzado en el campo de las ciencias médicas y de los esfuerzos de las políticas sanitarias para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, aún subsisten condiciones que generan fenómenos negativos, como la violencia y sus diferentes manifestaciones, que también afecta a los ancianos. Muchos necesitan atención médica después de un acto de violencia, pero la mayoría no son identificados como tal y el acto es mucho menos denunciado a las autoridades, por lo cual los victimarios no son juzgados por las leyes. Es frecuente encontrar una cierta resistencia en su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones para el anciano. La prevención y tratamiento del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos. Teniendo en cuenta lo referido es que se realiza este trabajo con el objetivo de ofrecer consideraciones generales sobre la atención al anciano maltratado. Concluyendo que el maltrato a los ancianos es una realidad que parece afectar a un número importante de ellos, aunque los conocimientos existentes son, en conjunto, muy limitados. Es especialmente importante que se empiece a trabajar en este tema partiendo de una clara diferenciación de tipologías. Debe buscarse un acuerdo en su clasificación y en los límites del concepto de cada una de ellas. Las investigaciones de tipo epidemiológico y de tipo etiológico no prosperarán de manera adecuada, como ha ocurrido en otros ámbitos de la violencia familiar, mientras no se trabaje más frecuentemente de manera focalizada en cada una de dichas tipologías. Se deben desarrollar trabajos de investigación epidemiológica y etiológicos más apoyados en entrevistas personales a los ancianos. Los registros de los casos existentes en los servicios sociales son de una gran limitación en las primeras fases de desarrollo de estos temas. Desde el punto de vista etiológico, debe iniciarse el estudio directo de los agentes activos o pasivos del maltrato. Es preciso que el tema de los malos tratos a los ancianos se aborde tanto a nivel nacional como internacional con los criterios de rigurosidad y precisión exigibles ante cualquier enfermedad, en este caso con complejos componentes biopsicosociales.(9)

Vera, (2007) en su artículo “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia” estudio el significado que la expresión lingüística calidad de vida para el adulto mayor y para su familia. Concluyendo que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.<sup>(10)</sup>

Mora, et. al, (2004) En su artículo “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa” estudio El propósito de este estudio fue conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses. Además, conocer el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por estos, de acuerdo al género. En este estudio participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. Asimismo, en lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ( $F=5.86$ ). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores. Se concluye, que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique.<sup>(11)</sup>

Ruiz et. al, (2009) en su artículo “El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar” concluye que el médico familiar debería identificar a familias en donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo. Para este propósito, resulta imprescindible valorar factores asociados como: la personalidad del anciano, longevidad,

evolución de las enfermedades crónico- degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia en la familia <sup>(12)</sup>

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

El presente proyecto está basado en el paradigma crítico-propositivo porque tiene como finalidad la comprensión de cómo repercute el abandono en la realidad psicoemocional del adulto mayor institucionalizado definiendo como el avance del deterioro mental y emocional se presenta de una manera más rápida en los aquellos ancianos en condición de abandono que en aquellos que son visitados constantemente, se plantea de este modo desde el paradigma propositiva una manera de evaluar metodológicamente el avance del deterioro del estado psicoemocional de este tipo de pacientes permitiendo determinar potencialidades de cambio en cuanto a la atención del adulto mayor institucionalizado, mediante una el seguimiento periódico y progresivo del estado psicoemocional del adulto mayor institucionalizado, lo que de manera directa permitirá al personal encargado del manejo del adulto mayor realizar una intervención oportuna para evitar el deterioro de estos pacientes a largo plazo.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El presente proyecto de investigación, toma como base legal a la constitución del Ecuador; en el título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque

de género y generacional.

En la constitución del Ecuador. Título VII, con respecto al régimen del buen vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias.

Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El estado será responsable de:

1. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
2. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
3. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.
4. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Acerca de los adultos mayores: Sección primera: Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los

ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.-El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas

mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.

En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

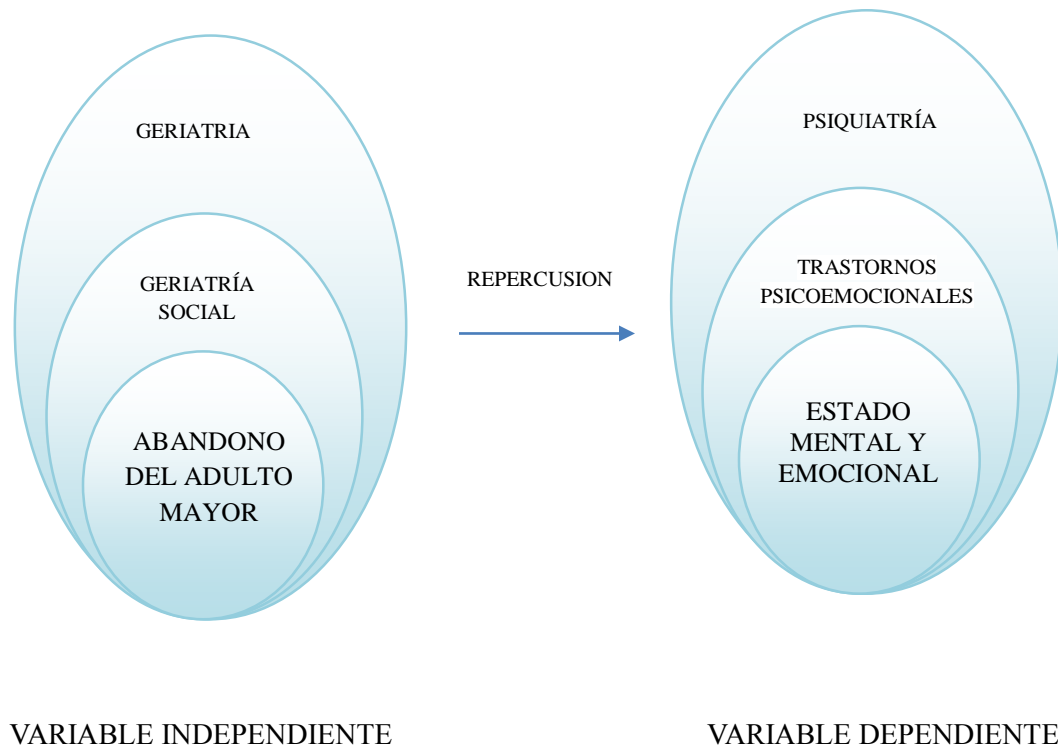
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección. <sup>(13)</sup>

## 2.4. FUNDAMENTO TEORICO

### CATEGORÍA FUNDAMENTALES



**Grafico 1.- Categorías Fundamentales**

#### 2.4.1. Variable dependiente

Estado mental y emocional (Funciones cognitivas y afectiva)

##### 2.4.1.1 Estado Mental (*Función cognitiva*)

Definición: Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea. <sup>(14)</sup>



#### ***2.4.1.2 Estado Emocional (Función Afectiva)***

Definición: Se define a la función afectiva como aquella capacidad de reacción que presente un individuo ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y las emociones. <sup>(15)</sup>

#### ***2.4.1.3 Valoración del Estado mental y Emocional (Valoración de funciones cognitivas y afectivas en el adulto mayor)***

Se valora de forma separa la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia. <sup>(16)</sup>

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio. A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento. <sup>(16)</sup>

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión. La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento. Según la OPS en la Atención Primaria y en los centros gerontológicos y de acogida, el profesional de salud debe poder administrar las siguientes herramientas para la evaluación del estado mental del adulto mayor: <sup>(16)</sup>

- El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado. Este instrumento es útil para el tamizaje de déficit cognitivo, aunque no es un instrumento de diagnóstico. Puede ser administrado por el médico, el enfermero o el trabajador social.

- La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire). Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente. <sup>(16)</sup>
- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada). Este instrumento es útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social. El instrumento no sustituye una evaluación clínica profesional. <sup>(16)</sup>

#### ***2.4.1.4. El Mini Examen de Estado Mental (MMSE) modificado***

El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés), es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio, o centros geriátricos en lo que hay que evaluar a gran cantidad de individuos. <sup>(17)</sup>

Se considera una escala de evaluación inversamente proporcional ya que a menor puntaje se determina mayor compromiso del estado mental. <sup>(17)</sup>

Utilidad.- El MMSE fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio - tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas. <sup>(16,17)</sup>

Población objetivo.- El MMSE no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como seguimiento para valorar cambios. Se indica la aplicación

rutinaria del MMSE en:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa.
- Personas con antecedentes de delirio previo, sobretodo en ingresos hospitalarios recientes.

Validez y confiabilidad.- El MMSE, ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999. <sup>(17)</sup>

Puntos fuertes y limitaciones.- La realización del MMSE está sometida a una serie de variables tanto externas como internas, que pueden influir en su resultado final. La primera variable que influye en su rendimiento es el nivel de educación del individuo. El punto de corte de 13 puntos es válido para el nivel de educación medio de la población adulta mayor en Chile en la que se validó. En la versión validada en Chile se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas, analfabetas o con poco alfabetismo. Sin embargo para mayor valor predictivo positivo se recomienda que en los casos indicados (puntuación total igual o menor que 13 puntos) se administre en combinación con la Escala de Pfeiffer. La segunda variable que influye en su rendimiento es el déficit sensorial (dificultad para oír y ver) En estos casos se debe de administrar solo por personas que estén entrenadas en comunicación con personas sordas y/o ciegas. <sup>(16)</sup>

Por otro lado, su valor predictivo positivo (VPP) se incrementará en situaciones de sospecha clínica de demencia (mayor probabilidad de tener una demencia: probabilidad preprueba).

Forma de aplicación.- El examinador deberá estar familiarizado con la prueba y sobretodo con las instrucciones referentes a las diferentes escalas.

- Deberá crear una situación relajante y de confianza para el examinado.
- Deberá realizar una entrevista con el paciente antes de la toma de la prueba, con el objetivo de tener algunos datos del paciente y también para poder hablar de sus intereses y pasatiempos, con el fin de lograr que el paciente comience la prueba algo

relajado. Además, como ya se mencionó anteriormente, se debe tomar muy en cuenta su estado de ánimo.

- Deberá hacer un esfuerzo por obtener una cooperación constante por parte del sujeto y mantenerlo motivado, sin que esto signifique que se hagan observaciones sobre lo acertado o equivocado de sus respuestas.
- Las instrucciones para esta escala, deberán ser siempre las que estén impresas en el protocolo y deberán ser leídas por el examinador con claridad y precisión.
- Si el examinado corrige una respuesta, se le debe dar crédito a la respuesta correcta.

(16,17)

Calificación e interpretación de los resultados:

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona.

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba.

- 27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- 24 puntos o menos: Sospecha patológica
- 24 a 12 puntos: Deterioro
- 12 a 9 puntos: Demencia
- Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración. <sup>(17)</sup>


MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE) MODIFICADO						
<b>ORIENTACION</b>						<b>SUBTOTAL</b>
1. TIEMPO:	SEMANA	FECHA	MES	AÑO	ESTACIÓN	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
2.LUGAR:	LUGAR DE RESIDENCIA	LUGAR DE ENTREVISTA.	CIUDAD	PROVINCIA	PAÍS	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
<b>REGISTRO</b>						
PEDIR A PACIENTE QUE REPITA TRES PALABRAS POSTERIORMENTE (PEDIR QUE RECUERDE - PREGUNTA 5)						
3.PALABRAS:	ARBOL	MESA	AVION			/3
	/1	/1	/1			
<b>ATENCION Y CALCULO</b>						
PEDIR A PACIENTE QUE RESTE DE 100 - 7 (DURANTE 5 REPETICIONES)						
4.RESTE DE 100 -7	93 -7	86 .7	79 .7	72 -7	65 -7	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
<b>MEMORIA</b>						
CUALES ERAN LOS 3 OBJETOS QUE PEDI QUE RECORDARA (PREGUNTA 3)						
5.RECUERDE	ARBOL	MESA	AVION			/3
	/1	/1	/1			
<b>LENGUAJE</b>						
5. NOMINACION		LAPIZ	RELOJ			/2
		/1	/1			
6.REPETICION	PEDIR A PACIENTE QUE REPITA ORACION: "TRES PERROS EN UN TRIGAL"					/1
7. COMPRESION : DAR ORDENES SENCILLAS						
	TOME PAPEL CON MANO DERECHA	/1				/3
	DOBLE EL PAPEL POR LA MITAD	/1				
	COLOQUELO EN SUS RODILLAS	/1				
8.LECTURA	LEA Y OBEDESCA LA ORDEN ESCRITA		"CIERRE LOS OJOS"		/1	
9.ESCRITURA : ESCRIBA UNA ORACION DEBE CONSTAR DE SUJETO Y PREDICADO (TENER SENTIDO)						/1
10.DIBUJO						
COPIE EL DIBUJO						
						/1
PUNTUACION TOTAL						/30

Grafico 2.- Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

#### ***2.4.1.5. Test de Pfeiffer II***

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 11 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria, Fue modificado para aplicarlo en pacientes adultos mayores con analfabetismo y personas con deficiencias sensoriales severas específicamente para detectar deterioro cognitivo siendo llamado este segundo test “Pfeiffer II” permitía su aplicabilidad realizándose el test en sus cuidadores. <sup>(17)</sup>

Se considera que es una escala de evaluación directamente proporcional es decir a mayor puntaje obtenido se determina un mayor deterioro del estado emocional <sup>(17)</sup>

Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).

Es una de las escalas más utilizadas sobre todo en Atención Primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos. <sup>(16,17)</sup>

Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental. <sup>(16)</sup>

Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error más si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

Forma de valoración: se valora 3 rengos: total (0), parcial (1) y nula (2)

Utilidad: se recomienda usarse como complemento del MMSE en casos de puntuación total igual o menor que 13 puntos <sup>(17)</sup>

<b>TEST DE PFEIFFER II</b>			
<b>DISCAPACIDAD</b>	<b>TOTAL (0)</b>	<b>PARCIAL (1)</b>	<b>NULA (2)</b>
1. ¿ES (NOMBRE DEL PACIENTE) CAPAZ DE MANEJAR SU PROPIO DINERO?			
2. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE HACER LAS COMPRAS SÓLO?			
3. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE CALENTAR EL AGUA PARA EL CAFÉ O EL TÉ Y APAGAR LA ESTUFA?			
4. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE PREPARAR LA COMIDA?			
5. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE MANTENERSE AL TANTO DE LOS ACONTECIMIENTOS Y DE LO QUE PASA EN EL VECINDARIO?			
6. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE PONER ATENCIÓN, ENTENDER Y DISCUTIR UN PROGRAMA DE RADIO, TELEVISIÓN O UN ARTÍCULO DE PERIÓDICO?			
7. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE RECORDAR COMPROMISOS Y ACONTECIMIENTOS FAMILIARES?			
8. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE ADMINISTRAR O MANEJAR SUS PROPIOS MEDICAMENTOS?			
9. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE ANDAR POR EL VECINDARIO Y ENCONTRAR EL CAMINO DE VUELTA A CASA?			
10. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE SALUDAR A SUS AMIGOS ADECUADAMENTE?			
11. ¿ES (NOMBRE) CAPAZ DE QUEDARSE SOLO EN LA CASA SIN PROBLEMA?			
<b>TOTAL =</b>			

Grafico 3.- Test de Pfeiffer II

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote. La puntuación máxima es de 22 puntos. Si la suma es de 6 puntos o más, sugiere déficit cognitivo.

#### ***2.4.1.5. Valoración Emocional (Valoración de Función Afectiva)***

La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento, no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si el médico encargado del adulto mayor no da importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto. <sup>(18)</sup>

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica. <sup>(18)</sup>

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa. <sup>(18)</sup>

#### ***2.4.1.6 Escala de Yesavage***

Creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 preguntas indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente



(preguntas número 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15), mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. <sup>(19)</sup>

**Población objetivo.**- La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

**Validez y confiabilidad.**- En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica. <sup>(18,19)</sup>

**Puntos fuertes y limitaciones.**- La Escala de Yesavage no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. <sup>(19)</sup>

**Instrucciones:** Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la última semana

**Puntos de corte:** Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de respuesta afirmativa, y la suma total se valora como sigue:

- 0-4 se considera normal (según la edad, educación y quejas)
- 5-8 indica depresión leve
- 9-11 indica depresión moderada
- 12-15 indica depresión severa

<b>Escala de Yesavage</b>				
<b>Pregunta a realizar</b>	<b>Respuesta afirmativa (otorga punto/1)</b>		<b>Respuesta negativa (no otorga punto)</b>	
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	No		Si	
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si		No	
3- ¿Siente que su vida está vacía?	Si		No	
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si		No	
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	No		Si	
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si		No	
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No		Si	
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Si		No	
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si		No	
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si		No	
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	No		Si	
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si		No	
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	No		Si	
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si		No	
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si		No	
Total: /				

Grafico 4.- Escala de Yesavage

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la última semana

#### ***2.4.1.7.- Principales Trastornos del estado emocional en el adulto mayor***

Depresión grave - período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo.

- Distimia (trastorno distímico) - estado de ánimo crónico, bajo, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año.
- Síndrome maníaco depresivo (trastorno bipolar) - por lo menos un episodio de estado de ánimo deprimido o irritable y un período de un estado de ánimo maníaco (persistentemente elevado).
- Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general - muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar los síntomas de depresión.
- Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias - síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación, abuso de drogas, exposición a toxinas u otras formas de tratamiento.(18,19)

#### ***2.4.1.8.- Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo:***

El tratamiento específico de los trastornos del estado de ánimo será determinado basándose en lo siguiente:

- Edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzada está la condición.
- El tipo de trastorno del estado de ánimo.
- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria de la condición.
- Su opinión o preferencia.

Los trastornos del estado de ánimo a menudo pueden ser tratados eficazmente. El tratamiento siempre debe basarse en una evaluación completa. El tratamiento puede incluir uno o más de los siguientes:

- Medicamentos antidepresivos (especialmente cuando se administran en combinación con la psicoterapia, resultan muy eficaces para el tratamiento de la depresión).
- Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo conductista o interpersonal orientada a modificar la visión distorsionada que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno para aprender a evitarlos).
- Terapia familiar a familia juega un papel de apoyo vital en cualquier proceso de tratamiento.

(18,19)

## **2.4.2. Variable Independiente**

### **Abandono del adulto mayor**

#### **2.4.2.1 Abandono**

Definición: el abandono se define como la acción de dejar sola o sin atención ni cuidado a otro individuo, ignorar de forma voluntaria las obligaciones de una persona para con otra, y que la legislación exige, en este mismo ámbito personal, referido más estrictamente al distanciamiento físico de una persona sobre otra a su cargo, creando desamparo y desprotección de la misma, el abandono de personas que precisen auxilio, cuando les es negado por quienes tienen la obligación legal de prestarlo, nazca esta obligación por parentesco o por ley. <sup>(20)</sup>

#### **2.4.2.2 Tercera Edad (Adulto Mayor)**

Definición.- Tercera edad es un término atropo-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez, senectud y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en

América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después la muerte. <sup>(22)</sup>

Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios.

Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad. Las enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, artrosis, diabetes, cataratas, osteoporosis etc.) son más recurrentes en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. <sup>(21)</sup>

Aspectos sociales y sociológicos del envejecimiento.- La recién elaborada sociología de la tercera edad tiene otras dimensiones: considerar a estas personas un grupo cultural en una estratificación de la población por grupos de edad (igualdad de trato, igualdad de derechos). Sin embargo, esta situación sólo puede aplicarse en un segmento interesante pero reducido de consumidores y de clientela política, por lo que de nuevo es reduccionista, pues asume homogeneidad. Además, la exclusión del mercado laboral remunerado no quita su inclusión en actividades típicas del voluntariado, comisiones municipales, residencias, centros sociales, bibliotecas y otras instituciones con enfoque comunitario, asociacionista y participativo como personas y como ciudadanos. <sup>(22)</sup>

Shanas (1968, 1977) contribuyó con el concepto de la construcción social de la tercera edad contra conceptos discriminantes que, como símbolos y sentimientos, pueden modificarse; Butler (1975, 1980) removió hacia adelante la nueva edad, con un enfoque de interaccionismo simbólico. <sup>(23)</sup>

#### ***2.4.2.3. Disciplinas que lo abordan***

La Geriátrica estudia la prevención de curación y rehabilitación de enfermedades en la tercera edad; y la Gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, económicos,

sociales y demográficos relacionados con los adultos mayores. Hoy en día existen especialidades como la gerontología psiquiátrica (o psiquiatría gerontológica), que incluyen variables como la calidad de vida y otros fundamentos científicos. También existe la educación gerontológica, que tiene como finalidad orientar los preceptos pedagógicos a la ciencia de la gerontología para enriquecerla y reforzarla. Se ha desarrollado también como una tecnología social como apoyo e industrialización como de avances científicos. <sup>(24)</sup>

Platón y Cicerón.- El tema de la senectud como preparación para la vejez preocupó a Platón (en el siglo V a.C.) en 'La República', y Cicerón (en el siglo II a.C.) escribió sobre ella en "De Senectute". Ambos son escritos en la ontología de las categorías de edades, que se ha configurado alrededor de 'modos de ser', relacionados con el decurso mismo de la vida personal. Hay párrafos que, en lo esencial, son idénticos en ambos autores. <sup>(23)</sup>

El Día Internacional de las Personas de Edad se celebra el 1 de octubre. Desde hace unos pocos años, se discute cambiar la fecha del 1 de octubre, al 13 de diciembre, pero no parece que vaya a efectuarse el cambio. <sup>(24)</sup>

Maltrato familiar en la tercera edad.- En los últimos años ha supuesto un gran escándalo social, la comunicación de casos de indignante maltrato a personas mayores, por parte de sus propios familiares o personas de convivencia. Algunos varones son explotados por su familia, y algunas mujeres han llegado a sufrir el llamado "Síndrome de la Abuela Esclava" por la que algunas familias, abusan de la confianza que le supone, para que trabaje para ellos, sin que ellos tengan consideración con ella. En la mayoría de los casos, el maltrato pasa a ser psicológico y casi imperceptible. <sup>(25)</sup>

Otro tipo de caso es que la familia o convivientes ya no los quieren porque se ve a la persona como un estorbo, por lo general esta idea se da por falta de dinero para mantener tanto a él como al resto de los familiares o convivientes del hogar. Los asilos de ancianos también son criticados duramente por acusaciones graves de maltratos físicos y psicológicos, como también a falta de atención y el poco cuidado que reciben. <sup>(26)</sup>

La autoestima en el adulto mayor se ve afectada puesto que la etapa en que vive el adulto mayor requiere de una reestructuración de la personalidad debido a una serie de cambios tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y familiar que lo hacen vulnerable ante su nueva vida. <sup>(25,26)</sup>

#### ***2.4.2.4 Concepción del abandono en la tercera edad***

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar., historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

La importancia que se le debe atribuir al abandono, situación que todos como personas sufrimos en alguna etapa de nuestras vidas, pero ante la mirada de la sociedad no es mucho lo que se hace para remediar esto, educando a la sociedad para evitar este hecho. <sup>(27)</sup>

Sabemos que la población mundial crece día a día y que un gran porcentaje de este rendimiento será atribuido por la tercera edad, siendo esto último, objeto de la aplicación de leyes y políticas sociales a favor de la tercera edad.

Toda intervención que se realice tanto en los niños, mujeres y adultos en general, es importante y es materia de estudio para profesionales a futuro, no obstante no es mucho lo que se hace para conocer este tipo de situaciones o para evitar esto, es importante ondear en temas de esta índole, ya que todos llegaremos a esta etapa de la vida o alguien cercano a nosotros cómo un familiar, amigo o como ser social. <sup>(27)</sup>

En un grupo familiar hay distintas etapas en donde se clasifica o se encasilla cada miembro de la familia como por ejemplo etapa infantil, adultez y vejez o en otras palabras grupo de adultos mayores. El o los miembros que se encuentran o han llegado a esta etapa, en la mayoría de los casos son excluidos o desplazados por el resto o mayoría de los miembros de la familia.

Existiendo una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social, dentro de un grupo familiar social. <sup>(27,28)</sup>

La familia como grupo social tiene cambios y es mutable a la época que se vive, en donde se da más importancia a lo personal que a las relaciones que existen dentro de los componentes sociales. <sup>(28)</sup>

Abandono o desplazamiento.- Una de las razones más comunes se produce cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados el adulto mayor se repliega o es desplazado a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto una

serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo. <sup>(26,28)</sup>

Otro de los casos recurrentes es en situaciones en donde el sujeto de la tercera edad es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), siendo estos una apropiamiento del hogar en una forma temática y paulatina de este (hogar), desplazando al sujeto a dependencias reducidas el ignoro de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico, ocasionando en el daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y en algunos casos físicos que por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables médicamente hablando. <sup>(28)</sup>

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que todo persona desea. <sup>(26,27)</sup>

Las situaciones antes descritas son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de los adultos mayores, situaciones que tienen una repercusión dañina para un grupo familiar y para la sociedad en sí. <sup>(28)</sup>

Existe una pérdida de identidad para la familia y la sociedad, se extingue la historia que se trasmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y el adulto mayor la posee. <sup>(28)</sup>

#### ***2.4.2.5. Repercusiones del abandono en el adulto mayor***

El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud y sentimientos. Algunas de las repercusiones son gracias a las razones o circunstancias antes nombradas y descritas anteriormente. <sup>(5)</sup>

Los adultos mayores afectados en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en



combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar. <sup>(28)</sup>

Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad. <sup>(26,27)</sup>

Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose (adulto mayor) en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones. <sup>(28)</sup>

La conducta que transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá con los demás. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo.

La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregarla responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos mayores sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), esto además de los estímulos externos, en sus alteraciones nerviosas. Ocasionando un desequilibrio en su personalidad afectan sus relaciones con ser social.

Cada vez que sale a la luz un nuevo caso de ancianos maltratados, ignorados o abandonados, llueven las acusaciones a diestra y siniestra sobre quién asume la responsabilidad., generalmente, estas personas que durante muchos años aportaron con su trabajo o con su experiencia, se ven enfrentados al olvido y pasan a ser una molestia para esta sociedad, que no permite defectos tan poco gratos como ser un fracasado, ser pobre, discapacitado, gordo o viejo. En Ecuador se subestima a los ancianos. Tener dificultades para desplazarse no significa que no puedan hacer pequeñas tareas que los hagan sentirse útiles.

El que disminuyan su capacidad auditiva no quiere decir que no puedan mantener una conversación interesante. El que tengan 80 años no quiere decir que dejaron de tener sueños.

Muchos ancianos se desconectan del mundo porque están terriblemente solos, porque son marginados de toda actividad familiar, porque los jóvenes no le dan cabida. No hacen el tiempo para caminar un poco más lento, ni para escuchar una frase mal articulada. <sup>(26,27)</sup>

A los ancianos hay que escucharlos, con mucha paciencia. Ellos son los que nos han legado todo lo que alguna vez le legaremos a los que vienen luego de nosotros. El deterioro sería menos penoso si cada uno que tiene un familiar, un amigo o un vecino del adulto mayor comenzara por ponerle atención, por tratarlo como un igual que tiene cosas que decir; basta un saludo, una sonrisa y no subestimarlos. <sup>(28)</sup>

#### ***2.4.2.6. Sentido y valor de la vejez***

Las expectativas de una longevidad que se puede transcurrir en mejores condiciones de salud respecto al pasado; la perspectiva de poder cultivar intereses que suponen un grado más elevado de instrucción; el hecho de que la vejez no es siempre sinónimo de dependencia y que, por tanto, no menoscaba la calidad de la vida, no parecen ser condiciones suficientes para que se acepte un período de la existencia en el cual muchos de nuestros contemporáneos ven exclusivamente una inevitable y abrumadora fatalidad. <sup>(26)</sup>

Está muy difundida, la imagen de los adultos mayores como fase descendiente, en la que se da por descontada la insuficiencia humana y social. Se trata, sin embargo, de un estereotipo que no corresponde a una condición que en realidad, está mucho más diversificada, pues los ancianos no son un grupo humano homogéneo y la viven de modos muy diferentes.

Existe una categoría de personas, capaces de captar el significado de la vejez en el transcurso de la existencia humana, que la viven no sólo con serenidad y dignidad, sino como un período de la vida que presenta nuevas oportunidades de desarrollo y empeño. Y existe otra categoría, muy numerosa en nuestros días, para la cual la vejez es un trauma. Personas que, ante el pasar de los años, asumen actitudes que van desde la resignación pasiva hasta la rebelión y el rechazo desesperados. Personas que, al encerrarse en sí mismas y colocarse al margen de la vida, dan principio al proceso de la propia degradación física y mental.

Es posible, pues, afirmar que las facetas de la tercera y de la cuarta edad son tantas cuantos son los ancianos, y que cada persona prepara la propia manera de vivir la vejez durante toda la vida. En este sentido, la vejez crece con nosotros. Y la calidad de nuestra vejez dependerá sobre todo de nuestra capacidad de apreciar su sentido y su valor.

Rectificar la actual imagen negativa de la vejez, es, pues, una tarea cultural y educativa que debe comprometer a todas las generaciones. Existe la responsabilidad con los ancianos de hoy, de ayudarles a captar el sentido de la edad, a apreciar sus propios recursos y así superar la

tentación del rechazo, del autoaislamiento, de la resignación a un sentimiento de inutilidad, de la desesperación. <sup>(28)</sup>

Por otra parte, existe la responsabilidad con las generaciones futuras de preparar un contexto humano, social y espiritual en el que toda persona pueda vivir con dignidad y plenitud esa etapa de la vida. <sup>(27,28)</sup>

## **2.5.- HIPÓTESIS**

El abandono repercute en el estado de salud mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en condición de abandono en comparación con aquellos que reciben periódicamente la visita de sus familiares en los Asilos de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato y el Asilo de Ancianos de Patate

### **2.5.1 Señalamiento de Variables de la Hipótesis.**

#### ***2.5.1.1. Unidades de observación:***

Pacientes institucionalizados en los Asilos de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato y el Asilo de Ancianos de Patate

#### ***2.5.1.2. Unidad de análisis***

Estado mental y emocional (evaluado mediante escalas de MMSE, Pfeiffer II y Yesavage, realizando un seguimiento del deterioro mental y emocional de pacientes institucionalizados en los Asilos de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato y el Asilo de Ancianos de Patate, con la aplicación de estos test periódicamente (cada 15 días por un periodo de 3 meses) y la creación de una curva de seguimiento basada en estas escalas.

#### ***2.5.1.3. Término de relación:*** Repercusión

## **CAPITULO III**

### **3.- MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1.- ENFOQUE**

Esta investigación está guiada predominantemente por el paradigma cualitativo y critico propositivo. Cualitativo ya que se determinara la incidencia de trastornos mentales en pacientes institucionalizados usando en la primera evaluación la escala de MMSE, test de Pfeiffer, y escala de Yesavaje, posteriormente se realizara un seguimiento periódico mediante escalas de MMSE y Yesavaje obteniéndose resultados numéricos que posteriormente serán graficados en tablas de seguimiento a que permitirán discriminar si en la población de adultos mayores en condición de abandono hay un deterioro progresivo de la función psicoemocional, se obtendrán datos numéricos que serán tabulados estadísticamente. Critico Propositivo porque se realiza con la finalidad de comprender como repercute el abandono en el estado psicoemocional de los adultos mayores y proponer el abandono como un factor de riesgo para el desarrollo acelerado de trastornos psicoemocionales, además de implementar un modelo de evaluación y seguimiento del estado mental y emocional de los adultos mayores institucionalizados.

#### **3.2.- MODALIDAD**

Investigación de campo.- Es un estudio sistemático de los trastornos mentales y emocionales en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el asilo de ancianos de Patate, en la que se tomara contacto directo con la realidad de los adultos mayores institucionalizados en estos centros de acogida permitiéndonos realizar un seguimiento y comparación de los trastornos psicoemocional en estos individuos.

### **3.3 TIPO (NIVEL DE INVESTIGACIÓN)**

Descriptiva.- permite comparar entre dos o más fenómenos situaciones o estructuras, es decir se comparara como la repercusión del abandono influye en el declive de las funciones mentales y emocionales del adulto mayor institucionalizado en contraparte con aquellos adultos mayores que reciben regularmente la visita de sus familiares. Se clasificara a los adultos mayores en dos grupos en dependencia de criterios de inclusión y exclusión en los cuales se evaluara en primera instancia el estado psicoemocional inicial, posteriormente se realizara un seguimiento periódico y de manera progresiva de la función mental y emocional se distribuirán los datos en forma de curvas de seguimiento progresivas en ambos casos y se determinara si es aceptada o negada la hipótesis del estudio.

### **3.4 PROCESO METODOLÓGICO**

Se realizara un screening a todos los adultos mayores de los asilos Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de ancianos de Patate, permitiéndonos tener una población determinada que será dividida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en dos grupos, a los que posteriormente se realizara una evaluación inicial de su función mental usando el “Mini Examen de Estado Mental” de la OMS, y el test de Pfeiffer en los individuos que califiquen para su uso y una evaluación de la función emocional usando el test de depresión de Yesavage, lo que nos permitirá obtener datos de que nos permitan diferenciar en los dos grupos el deterioro psicoemocional, dándonos resultados concluyentes que nos permitirá validar o negar la hipótesis de estudio, posteriormente se realizara un seguimiento de manera periódica, es decir cada 2 semanas por un periodo de 3 meses, lo que arrojará datos que posteriormente serán graficados en un curvas de seguimiento a las quien denominaremos “Curva de seguimiento de estado mental del adulto mayor” y “Curva de seguimiento del estado emocional del adulto mayor” las cuales serán aplicadas individualmente en un inicio y posteriormente en cada grupo poblacional del estudio, se realizara un análisis comparativo de los dos grupo, lo que permitirá un análisis de en qué grupo se presenta un deterioro de la función mental y emocional en comparación mayor en comparación con el otro.

### **3.5 POBLACION**

Se realizara una visita a los centros geriátricos Asilo Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y al Asilo de Ancianos de Patate, realizado un listado de todos los individuos que se encuentren acogidos en estas casas de apoyo del adulto mayor, una vez obtenida la población se dividirá a la población en 2 grupos, el primero de ellos comprenderá aquellos individuos que se encuentren en situación de abandono a los que se les denominara “ancianos abandonados”, y un segundo grupo que comprenderá aquellos individuos cuyos familiares los visiten regularmente, “ancianos visitados” que serán divididas bajo criterios de inclusión y exclusión, para lo cual se realizara un listado y se indagara los datos de frecuencia de visita tanto a los adultos mayores como a sus cuidadores, posteriormente se aplicara una evaluación periódica del estado mental y emocional de los adultos se realizara un análisis comparativo de los dos grupos. Finalmente se creara gráficos de la “Curva de seguimiento de estado mental del adulto mayor” y “Curva de seguimiento del estado emocional del adulto mayor” de manera individual en un inicio y una curva para el grupo “ancianos abandonados” y otra para “ancianos visitados” lo que permitirá un análisis de si en él un grupo se presenta un deterioro de la función mental y emocional en comparación con el otro.

### **3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.**

#### **3.6.1 Criterios de Inclusión**

##### ***3.6.1.1 Criterios de inclusión para grupo “Ancianos Abandonados”***

Para la presente investigación, se incluirán a todos los pacientes con las siguientes características:

- Edad mayor de 65 años.
- Institucionalizados en un centro geriátrico.
- Que se encuentren en situación de abandono (no visita de familiar mínimo 3 meses)
- Dependencia (test de Pfeiffer mayor de 6)

### ***3.6.1.2. Criterios de inclusión para grupo “Ancianos Visitados”***

- Edad mayor de 65 años.
- Institucionalizados en un centro geriátrico de la ciudad de Ambato.
- Que sus familiares los visiten regularmente. (máximo visita de 1 vez mensual)
- Dependencia (test de Pfeiffer mayor de 6)

### **3.6.2 Criterios de Exclusión.**

#### ***3.6.2.1 Criterios de exclusión para grupo “ancianos abandonados”***

- Pacientes que previamente a su ingreso a un centro geriátrico hayan presentado un trastorno mental o emocional.
- Déficit sensorial

#### ***3.6.2.1. Criterios de exclusión para grupo “Ancianos visitados”***

- La visita de sus familiares se produzca de manera irregular durante el periodo de seguimiento del estado mental.
- Déficit sensorial

### **3.6.3 Muestra.**

El universo en estudio fueron 72 pacientes adultos mayores, que se encuentran institucionalizados en los centros sangrado corazón de Jesús (45 adultos mayores) y asilo de ancianos de Patate (27 ancianos), de los cuales 11 no cumplieron los criterios de inclusión por lo que no ingresaron al seguimiento, y 10 cumplieron criterios de exclusión por lo que fueron excluidos del estudio.

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

En el presente estudio se tomarán datos específicos de los adultos mayores institucionalizados en los asilos de ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el Asilo de Ancianos de Patate y de sus familiares con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad no se permitirá por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

### **3.8 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**



**3.8.1.- Variable Dependiente.- Trastornos Mentales y Emocionales**

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS
<p>El término de trastornos mentales o emocionales incluye una gran gama de condiciones que afectan sustancialmente la capacidad de las personas para manejar las demandas de la vida diaria. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta funcional y relaciones personales</p>	<p>Presencia o ausencia de un trastorno mental o emocional en ancianos abandonados</p>	<p>MMSE Escala de Pfeiffer.</p>	<p>¿Cuántos adultos mayores abandonados presentan alteraciones mentales o emocionales?</p>	<p>Aplicación de Mini Mental Test , Escala de Pfeiffer, Test de Yesavage</p>
	<p>Presencia o ausencia de trastorno mental y emocional en ancianos visitados</p>	<p>Test de Yesavage</p>	<p>¿Cuántos adulto mayores visitados presentan alteraciones mentales o emocionales</p> <p>¿Se puede observar un declive en las funciones mentales y emocionales de ancianos abandonados en comparación con aquellos que son visitados regularmente?</p>	<p>Seguimiento mediante grafica de curvas “curva de seguimiento de estado mental del adulto mayor” y “curva de seguimiento del estado emocional del adulto mayor”</p>

Tabla 1.- Variable Dependiente

**3.8.2.- Variable Independiente.- Abandono de Adultos Mayores**

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS
<p><b>ABANDONO .-</b> El abandono se define como la acción de dejar sola o sin atención ni cuidado a otra individuo, ignorar de forma voluntaria las obligaciones de una persona para con otra</p> <p><b>Tercera edad (Adulto mayor)</b> es un término antro-po-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de <b>vejez</b>, <b>senectud</b> y de <b>ancianidad</b>.</p>	Abandono	No reciban la visita de un familiar en un periodo mayor a 1 mes	¿Cuántos pacientes reciben la visita regular de sus familiares?	Encuesta a administradores y trabajadores de centros geriátricos y adulto mayores asilados en estos centros de acogida
	Apoyo de familia	Reciban la visita regular de familiares mínimo 1 vez mensual	¿Cuantos pacientes no son visitados por sus familiares?	

Tabla 2.- Variable Independiente

### **3.9 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se realizó una petición formal y por escrito a las autoridades de los centros gerontológicos: Asilo Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate (Anexo 4-5) lo que nos permitió una vez autorizada la realización del estudio en estos centros gerontológicos, iniciar con la recopilación de los datos, en una primera parte la información se recopilara mediante un screening a base de realizar un listado de todos los adultos mayores que se encuentran en estas casas de acogida, permitiendo de esta manera subdividir a la población en los dos grupos de estudio aplicando criterios de inclusión y exclusión tanto en grupo de “ancianos abandonados” como en el grupo “ancianos visitados”, se realizara en un inicio una evolución del estado mental a base del MMSE y el test de Pfeiffer, y una evaluación emocional a base del test de Yesavaje, posteriormente se realizara un seguimiento mediante una evaluación periódica cada 2 semanas durante un periodo de 3 meses usando el MMSE y el Test de Yesavaje, lo que arrojará datos con los que realizándose las ecuaciones se verificara que se encuentren completas, posteriormente se creara una base de datos para su posterior análisis, y tabulación, finalmente se aplicara en la creación gráficos de “curvas de seguimiento de estado mental del adulto mayor” y “curvas de seguimiento del estado emocional del adulto mayor”,

### **3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

Se procederá a realizar el análisis de las variables de manera estadística, la base de los objetivos propuestos y tipo de variables, se detallara y presentara en forma cuantitativa, pues servirán como datos que permitirán realizar gráficos estadísticos con su respectivo análisis al pie del mismo. El análisis que se realizara es el siguiente:

1. Análisis Univariado: este análisis se realizara de las características clínicas, y epidemiológicas de todos los adultos mayores se determinara la media, ji cuadrado, lo que permitirá posteriormente la creación de 2 curvas una para cada grupo de estudio y se comparan lo que permitirá el análisis de la hipótesis de estudio.
2. Análisis bivariado: así mismo se determinara ji cuadrado, coeficientes de correlación.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se ha realizado 51 evaluaciones mentales y emocionales con un posterior seguimiento durante 3 meses de adultos mayores institucionalizados en los centros geriátricos de acogida Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate, la información fue procesada de forma manual recogiendo los datos utilizando para la primera evaluación el MMSE, la escala de Yesavaje y el test de Pfeiffer, posteriormente se realizó un seguimiento del estado mental y emocional de la población en estudio aplicándose el MMSE y Escala de Yesavaje durante un periodo de 3 meses cada 15 días, se presentan los resultados en forma de tablas y gráficos, analizándose los mismos a partir de cada objetivo específico y variable estudiada; infiriéndose las conclusiones en función del objetivo general, datos analizados en el lugar de estudio se presentan a continuación:

##### 4.1.2 Procedencia de los Pacientes

CENTRO GERIATRICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Asilo de Ancianos de Patate	25	49,02 %	49,02 %
Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús	26	50,98 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 3.- Procedencia de pacientes

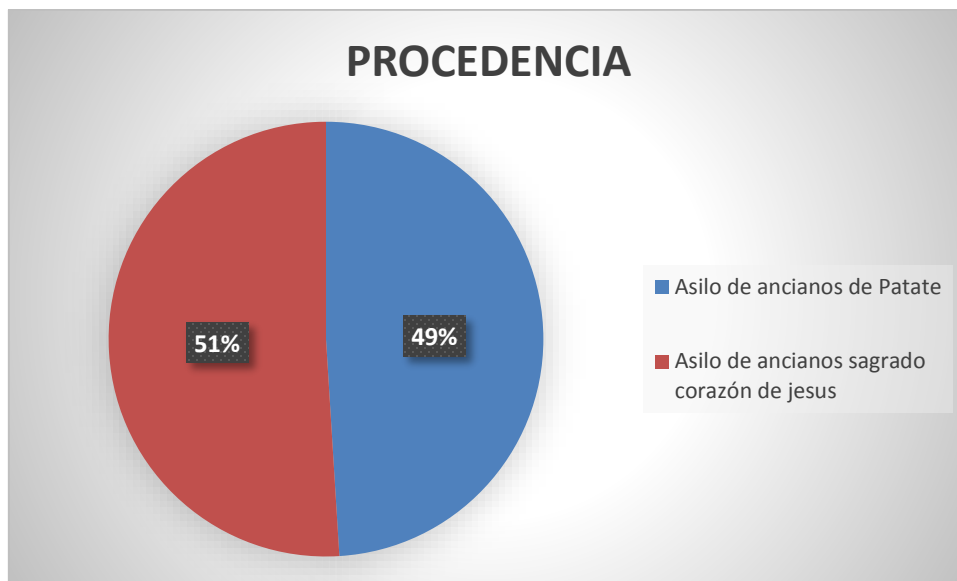


Grafico 5.- Procedencia de los pacientes

Se determinó que un 51% de la población en estudio se encontraba acogido en el Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, mientras que un 49% se encontraba en el Asilo de Ancianos de Patate.

#### 4.1.3 Caracterización de Pacientes por Edad y Género

El 72,55 % de los adultos mayores estudiados fueron de género femenino, y el 27,45 de género masculino.

Genero	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
femenino	37	72,55 %	72,55 %
masculino	14	27,45 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 4.- Genero

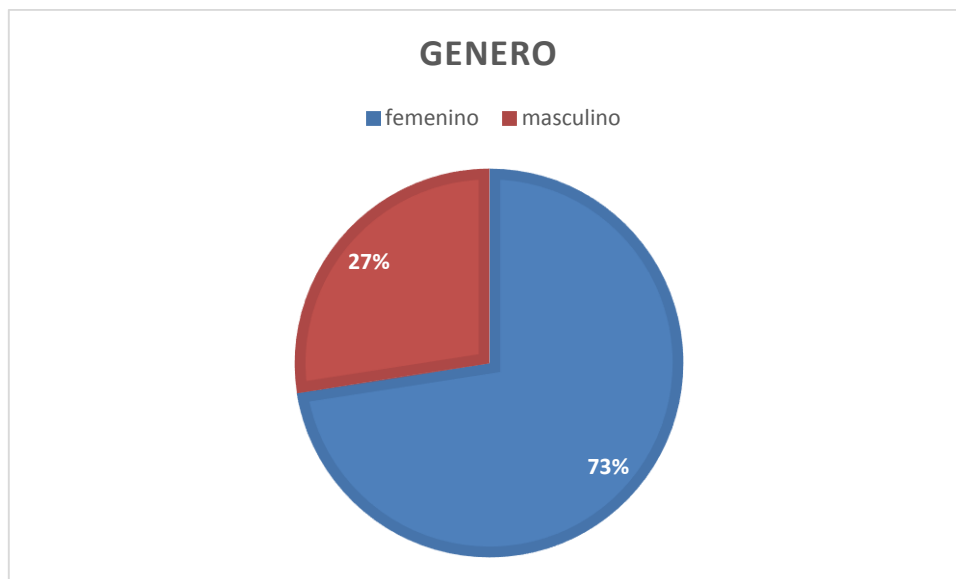


Grafico 6.- Genero

Grupo de edad: se dividió para el análisis en grupos de 65 a 75 años, 76 a 85 años , de 86 a 95 años y mayores de 96 años.

GRUPO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>65-75</b>	14	27,45 %	27,45 %
<b>76-85</b>	25	49,02 %	76,47 %
<b>86-95</b>	9	17,65 %	94,12 %
<b>MAS DE 96</b>	3	5,88 %	100,00 %

Tabla 5.- Grupo de edad

De los 51 pacientes estudiados el 27,45 % tuvo una edad de 65-75, el 49,02 una edad entre 76-85, el 17,65 % una edad de 86-95. Y el 5,88 más de 96 años.

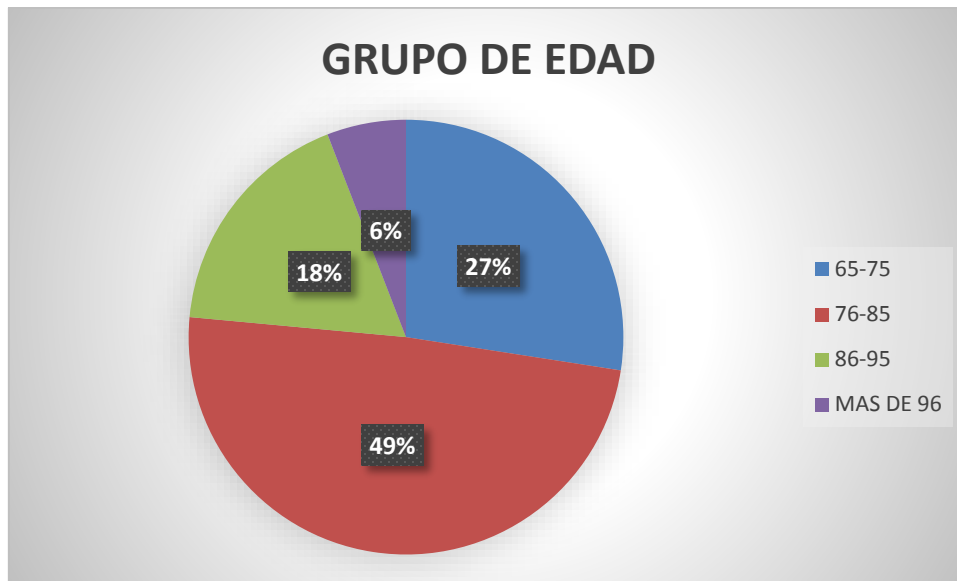


Grafico 7.- Grupo de edad

#### 4.1.3 División de la Población por su Característica de Abandono o Visita regular

<b>CARACTERIZACION DE VISITA O ABANDONO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Abandonado</b>	31	60,78 %	60,78 %
<b>Visitado Regularmente</b>	20	39,22 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 6.- Característica de visita regularmente o abandono

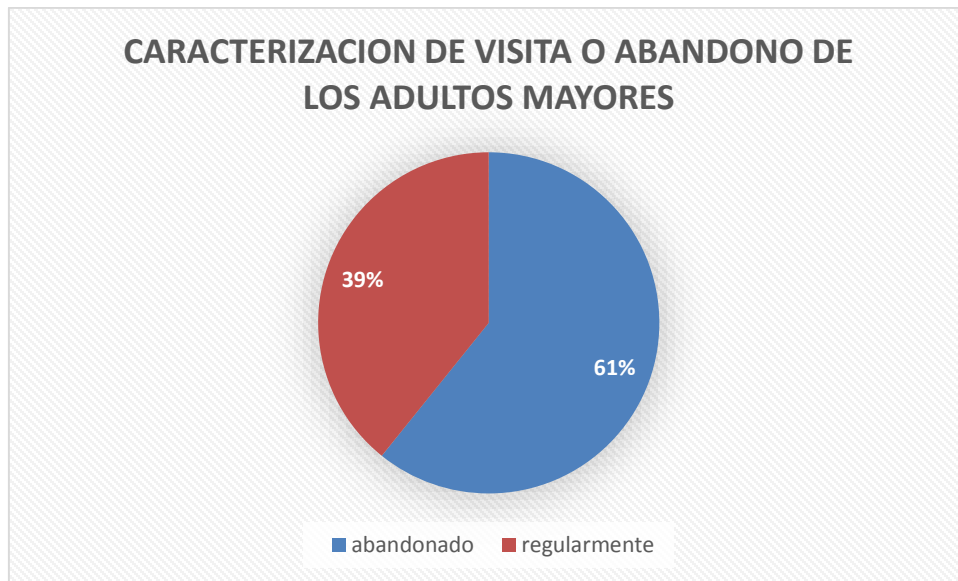


Gráfico 8.- Característica de visita o abandono

Un 39,2 % de la población en estudio recibía la visita regular de sus familiares, mientras que un 60,78% se encontraba en condición de abandono, es decir no recibía la visita de sus familiares

#### 4.1.5 Regularidad de la Visita en Pacientes

Frecuencia de la visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>C/ 30 DIAS</b>	7	13,73 %	13,73 %
<b>C/ 15 DIAS</b>	6	11,76 %	25,49 %
<b>C/7 DIAS</b>	7	13,73 %	39,22 %
<b>NO</b>	31	60,78 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 7.- Regularidad de la visita



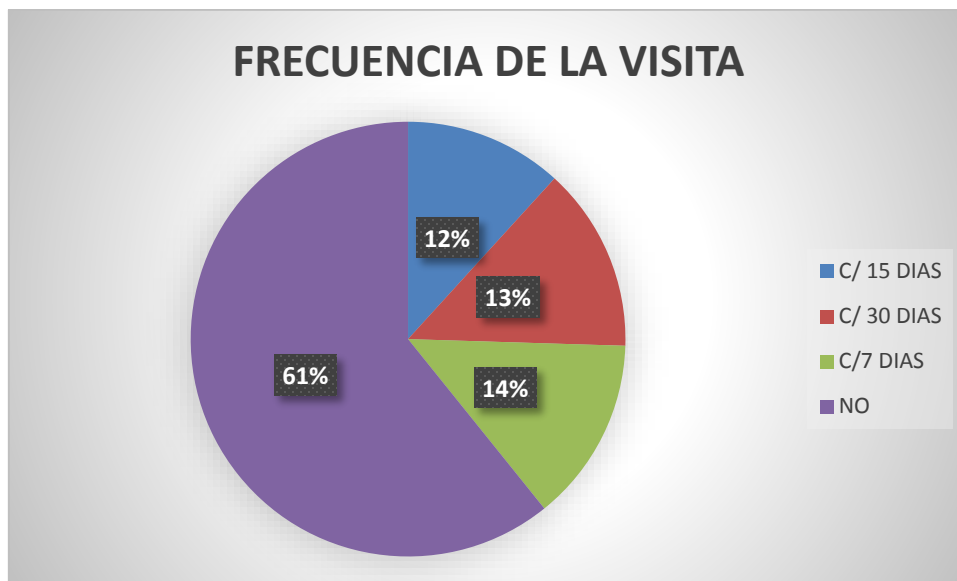


Grafico 9:- Regularidad de la visita

Del total de la población un 61 % no recibe visita de sus familiares y un 39% recibe visita de sus familiares con frecuencia de: cada 7 días un 14%, cada 15 días un 12% y cada 30 días un 13%.

## 4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### 4.2.1 Primera Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 1)

MMSE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	7	13,73 %	13,73 %
24-27 SOSPECHOSO	4	7,84 %	21,57 %
12-24 (DETERIORO)	23	45,10 %	66,67 %
5-12 (DEMENCIA)	10	19,61 %	86,28 %
MENOS DE 5 TERMINAL	7	13,73 %	100,00 %

Tabla 8.- Primera evaluación del estado mental

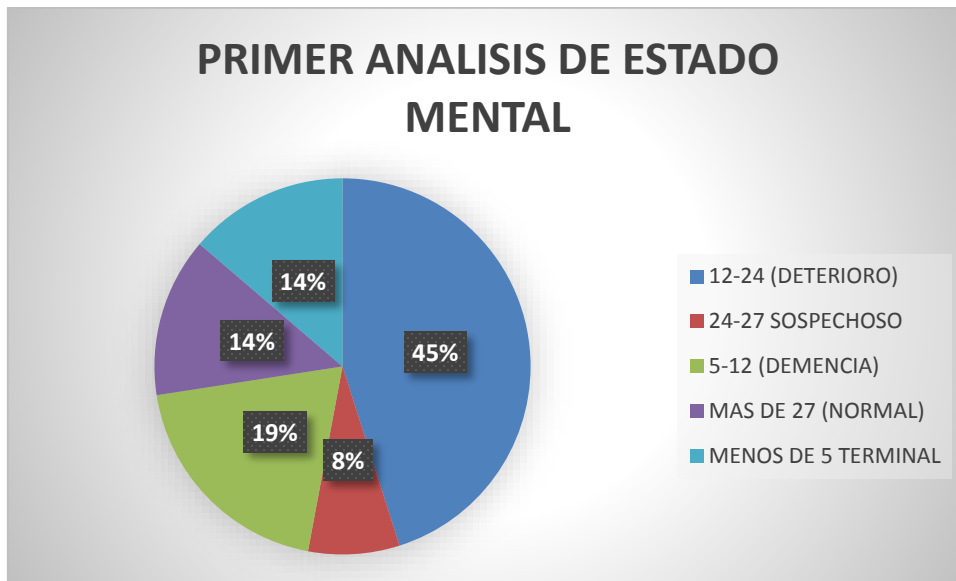


Grafico 10.- Primer análisis del Estado Mental

En una primera evaluación realizada el 02/08/2014 - 03/08/2014 se determinó que del total de la población se encontró 7 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 13,73, se encontró 4 con un estado mental sospechoso de deterioro mental 7,84%, además 23 adultos mayores con un deterioro del estado mental con porcentaje de 45,15, otros 10 con un estado de demencia con porcentaje de 19,61, y finalmente 7 con estado de deterioro terminal del estado mental.

#### TEST DE PFEIFFER

PFEIFFER (RANGO)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>POSITIVO(MAS DE 6)</b>	51	100,00 %	100,00 %
<b>NEGATIVO(MENOS DE 6)</b>	0	0%	0%

Tabla 9.- Test de Pfeiffer

Se realizó el test de Pfeiffer lo que evidencio una dependencia del 100% de los adultos mayores independientemente del estado de abandono o vista por parte de familiares en el total de la población. Cumpliendo los criterios de inclusión y denotando que todos los adultos mayores de estos centros gerontológicos presenta un grado variable de dependencia.

**Primera evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 1**

YESAVAJE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	6	11,76 %	11,76 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	18	35,29 %	47,08 %
DEPRESION LEVE (5-8)	17	33,33 %	80,38 %
NORMAL (0-4)	10	19,61 %	100,00 %

Tabla 10.- Primera evaluación del estado emocional

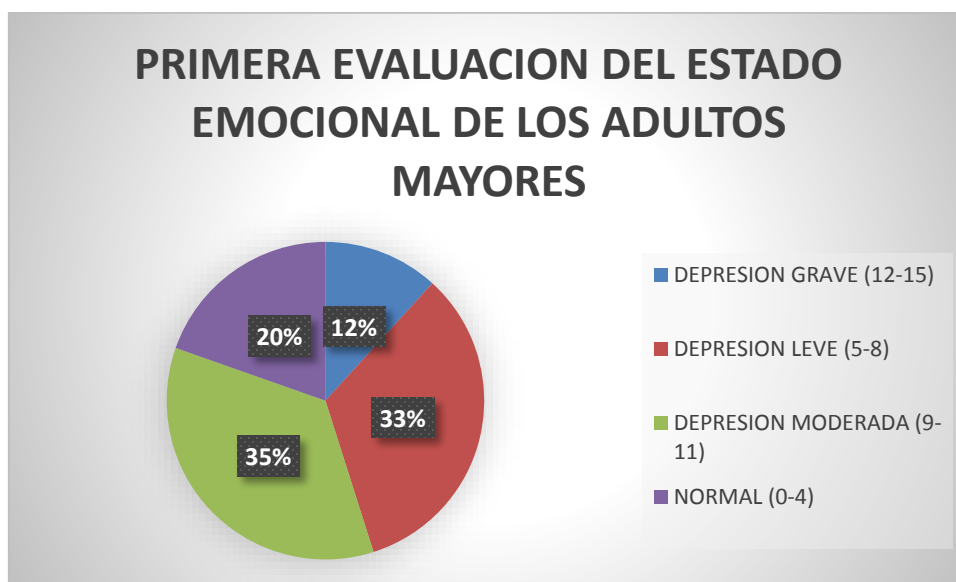


Gráfico 11.- Primera evaluación del Estado Emocional

En la primera evaluación del estado emocional de los adultos mayores se evidencio que 10 pacientes es decir un 10,61 % tenían un estado emocional normal, otros 17 adultos mayores una depresión leve con un 33,33 %, además de 18 adultos mayores una depresión moderada con un 35,29 %, y finalmente 6 una depresión grave con un 11,76 %

#### 4.2.2. Segunda Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

##### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 2)

MMSE (RANGO 2)	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	6	11,76 %	11,76 %
24-27 SOSPECHOSO	5	9,80 %	21,56 %
12-24 (DETERIORO)	22	43,14 %	64,70 %
5-12 (DEMENCIA)	11	21,57 %	86,27 %
MENOS DE 5 TERMINAL	7	13,73 %	100,00 %

Tabla 11.- Segunda evaluación del Estado Mental

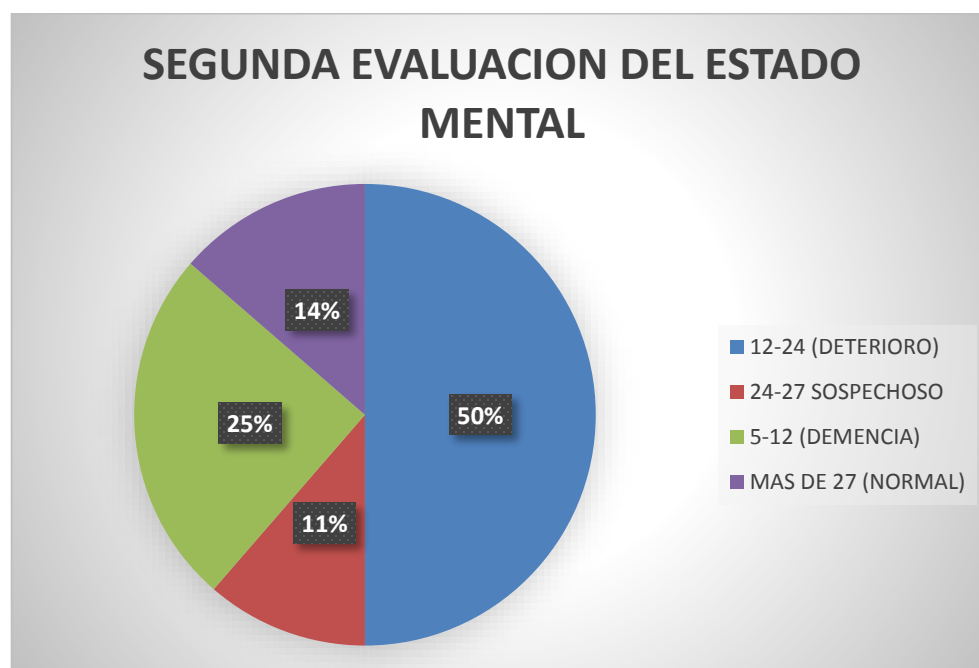


Gráfico 12.- Segunda evaluación del Estado Mental

En la segunda evaluación en la fecha (16/08/2014 - 17/10/2014) se determinó que del total de la población se encontró 6 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 11,76, otros 5 con un estado mental sospechoso de deterioro mental 9,80 %, además 22 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 43,14 %, presentaron 11 con un estado de

demencia con porcentaje de 21,57, y finalmente 7 con estado de deterioro terminal del estado mental con un porcentaje de 13,73%.

**Segunda evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 2**

YESAVAJE (RANGO 2)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	8	15,69 %	15,69 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	17	33,33 %	49,02 %
DEPRESION LEVE (5-8)	16	31,37 %	80,39 %
NORMAL (0-4)	10	19,61 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 12.- Segunda evaluación del estado emocional

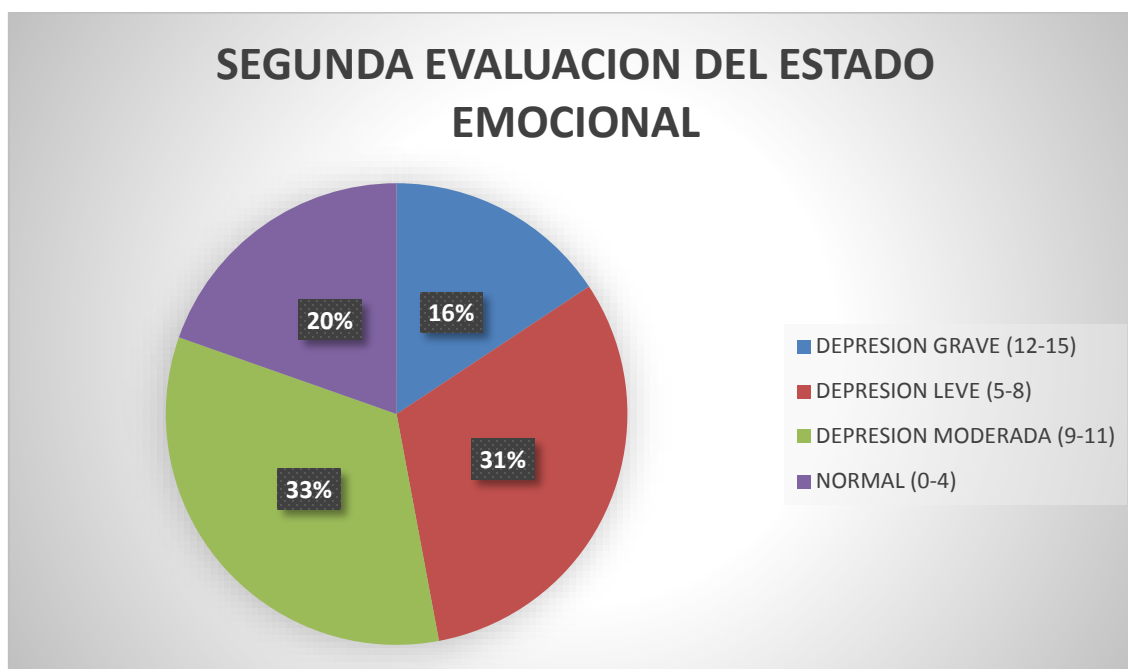


Gráfico 13.- Segunda evaluación del estado emocional

En la segunda evaluación del estado emocional de los adultos mayores evidencio que 10 pacientes es decir un 19,61 % tenían un estado emocional normal, 16 una depresión leve con un 31,37 %, otros 17 una depresión moderada con un 33,33 %, y 8 una depresión grave con un 15,69 %

### 4.2.3 Tercera Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

#### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 3)

MMSE (RANGO 3)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	6	12,00 %	12,00 %
24-27 SOSPECHOSO	5	10,00 %	22,00 %
13-23 (DETERIORO)	22	44,00 %	66,00 %
5-12 (DEMENCIA)	12	24,00 %	90,00 %
MENOS DE 5 TERMINAL	5	10,00 %	100,00 %

Tabla 13.- Tercera evaluación del estadio mental

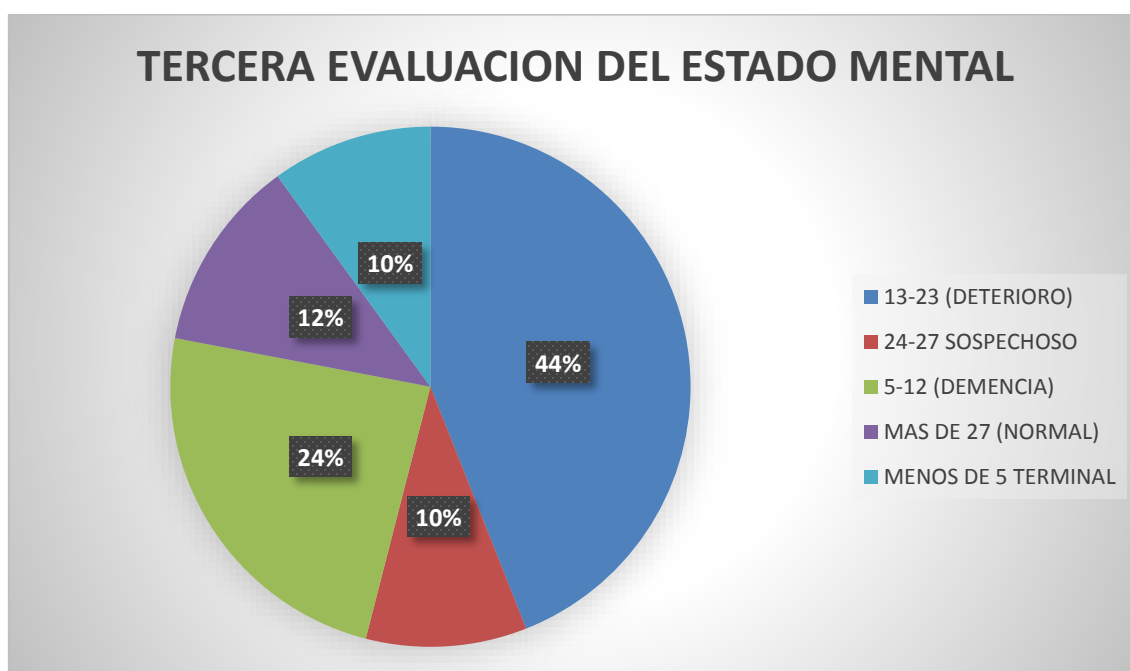


Gráfico 14.- Tercera evaluación del estadio mental

En la tercera evaluación en la fecha (30/08/2014 - 31/08/2014) se determinó que del total de la población se encontró 6 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 11,76, otros 5 con un estado mental sospechoso de deterioro mental 9,80 %, además de 22 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 43,14 %, añadido a esto 12 con un estado de demencia con porcentaje de 21,57, y finalmente 5 con estado de deterior terminal del estado mental con un porcentaje de 10,0%.

### Tercera evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 3

YESAVAJE (RANGO 3)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	9	17,65 %	17,65 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	14	27,45 %	45,1 %
DEPRESION LEVE (5-8)	19	37,25 %	82,35 %
NORMAL (0-4)	9	17,65 %	100,00 %
TOTAL	51	100,00 %	100,00 %

Tabla 14.- Tercera evaluación del estadio emocional

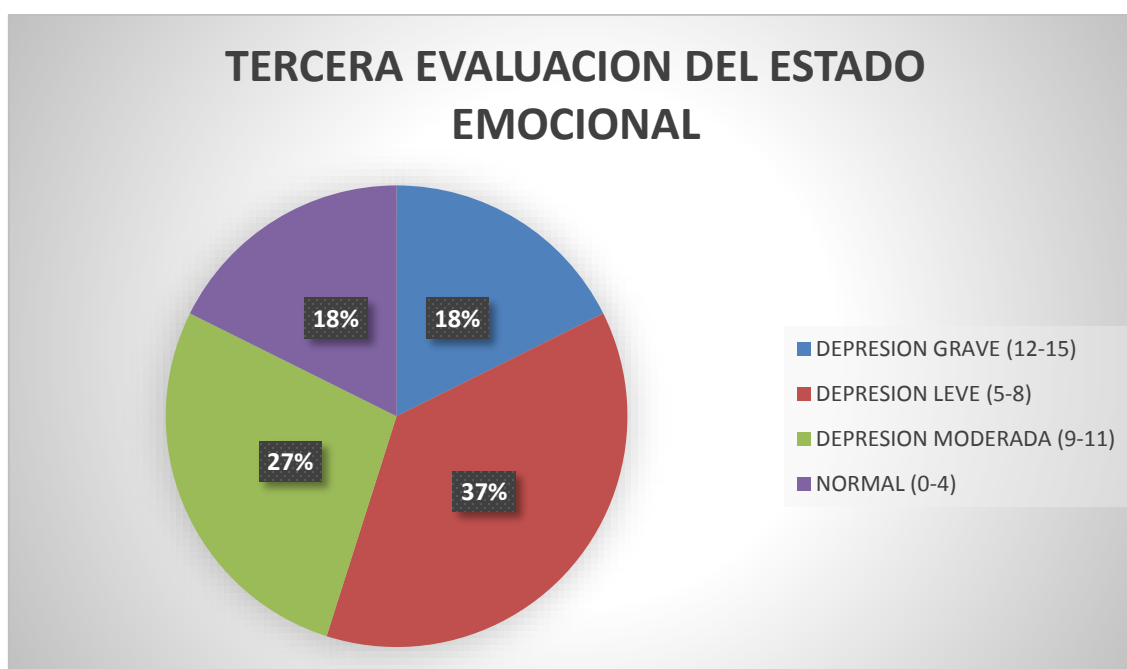


Gráfico 15.- Tercera evaluación del estadio emocional

En la tercera evaluación del estado emocional de los adultos mayores evidencio que 9 pacientes es decir un 17,65 % tenían un estado emocional normal, 19 una depresión leve con un 37,25 %, 14 una depresión moderada con un 27,45 %, y 9 una depresión grave con un 17,65 %

#### 4.2.4 Cuarta Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

##### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 4)

MMSE (RANGO 4)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	6	11,76 %	11,76 %
24-27 SOSPECHOSO	4	7,84 %	19,6 %
13-23 (DETERIORO)	23	45,10 %	64,7 %
5-12 (DEMENCIA)	12	23,53 %	88,23 %
MENOS DE 5 TERMINAL	6	11,76 %	100,00 %

Tabla: 15.- Cuarta evaluación del estado mental

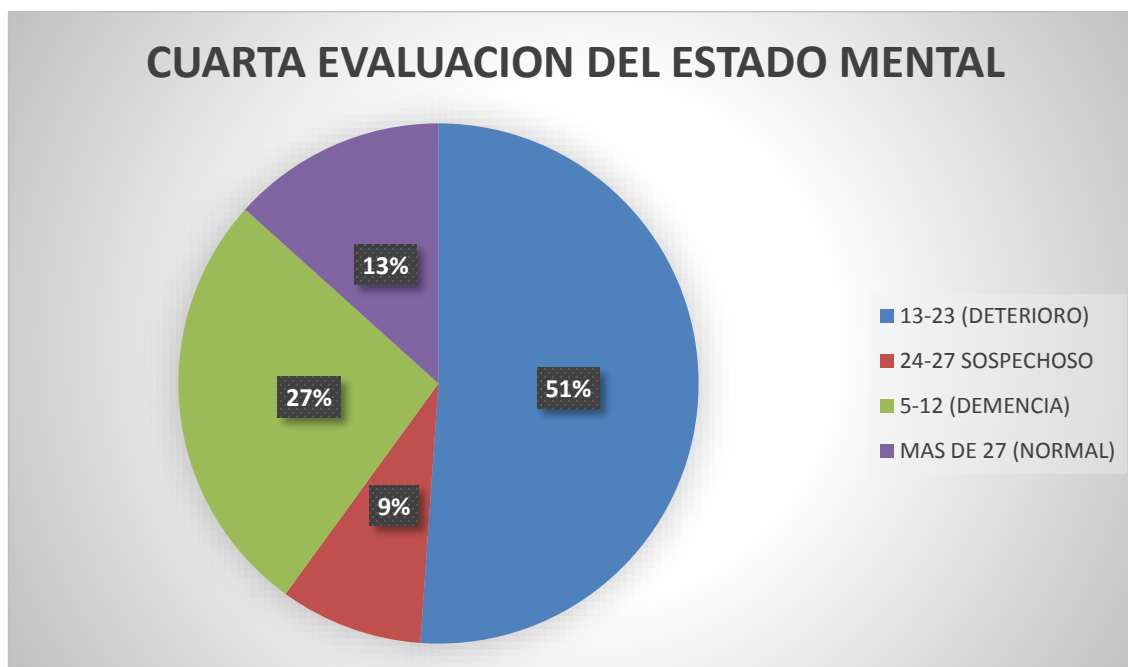


Gráfico 16.- Cuarta evaluación del estado mental

En la cuarta evaluación en la fecha (13/09/2014 - 14/09/2014) se determinó que del total de la población se encontró 6 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 11,76, se encontró 4 con un estado mental sospechoso de deterioro mental 7,84 %, otros 23 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 45,10 %, además de 12 con un estado



de demencia con porcentaje de 23,53, y finalmente 6 con estado de deterior terminal del estado mental con un porcentaje de 11,76

#### Cuarta evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 4

YESAVAJE (RANGO 4)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	10	19,61 %	19,61 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	15	29,41 %	49,02 %
DEPRESION LEVE (5-8)	20	39,22 %	88,24 %
NORMAL (0-4)	6	11,76 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tabla: 16.- Cuarta evaluación del estado emocional

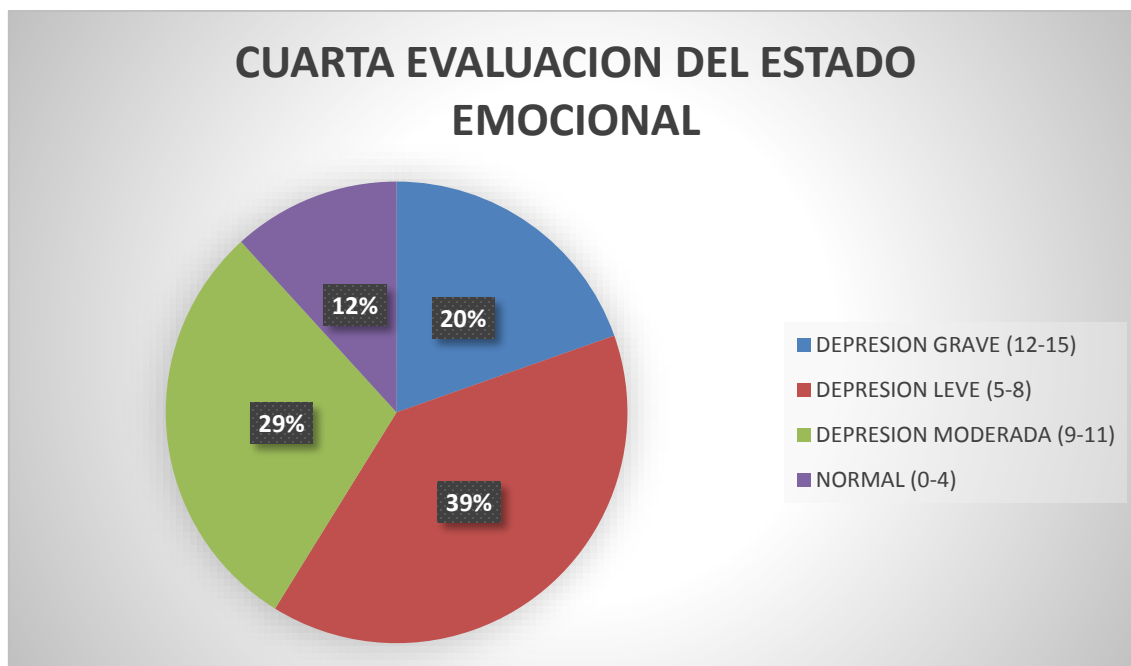


Gráfico 17.- cuarta evaluación del estado emocional

En la cuarta evaluación del estado emocional de los adultos mayores evidencio que 6 pacientes es decir un 11,76 % tenían un estado emocional normal, se encontró 20 una depresión leve con un 39,22 %, además de 15 una depresión moderada con un 27,45 %, y 10 una depresión grave con un 19,61 %

#### 4.2.5 Quinta Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

##### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 5)

MMSE (RANGO 5)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	7	13,73 %	13,73 %
24-27 SOSPECHOSO	4	7,84 %	21,57 %
13-23 (DETERIORO)	23	45,10 %	66,67 %
5-12 (DEMENCIA)	11	21,57 %	88,24 %
MENOS DE 5 TERMINAL	6	11,76 %	100,00 %

Tabla: 17.- Quinta evaluación del estado mental

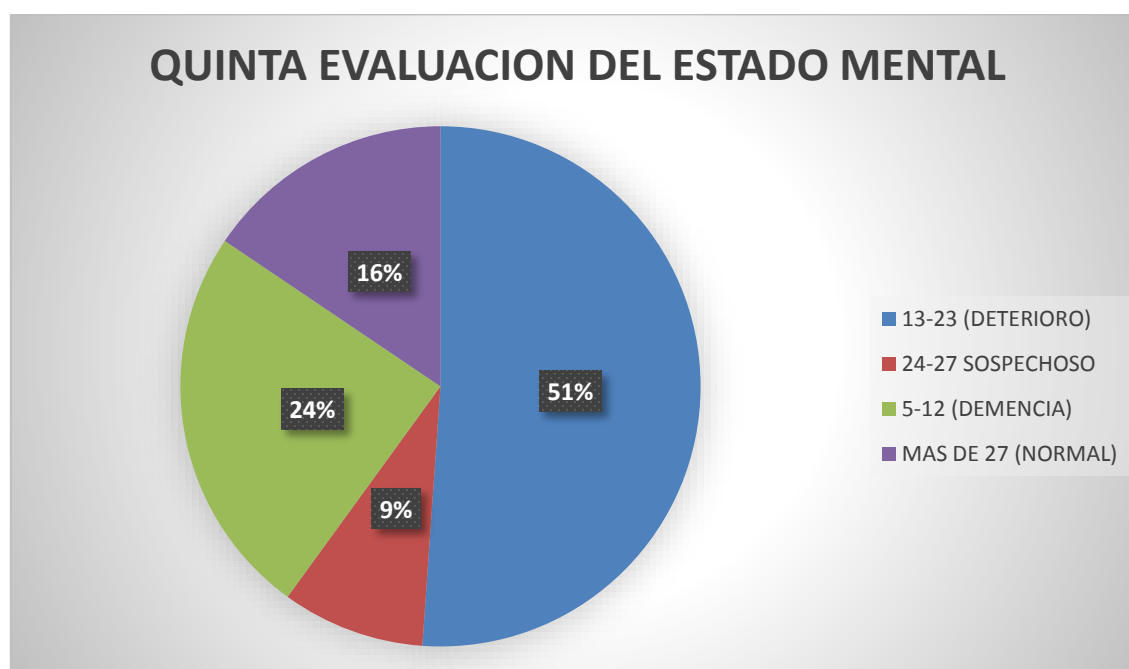


Gráfico 18.- Quinta evaluación del estado mental

En la quinta evaluación en la fecha (27/09/2014 - 28/09/2014) se determinó que del total de la población se encontró 7 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 13,73, 4 con un estado mental sospechoso de deterioro mental 7,84 %, además de 23 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 45,10 %, otros 11 con un estado de demencia con porcentaje de 21,57, y finalmente 6 con estado de deterior terminal del estado mental con un porcentaje de 11,76%

**Quinta evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 5**

<b>YESAVAJE (RANGO 5)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>DEPRESION GRAVE (12-15)</b>	13	25,49 %	25,49 %
<b>DEPRESION MODERADA (9-11)</b>	15	29,41 %	54,9 %
<b>DEPRESION LEVE (5-8)</b>	18	35,29 %	90,19 %
<b>NORMAL (0-4)</b>	5	9,80 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla: 18.- Quinta evaluación del estado emocional

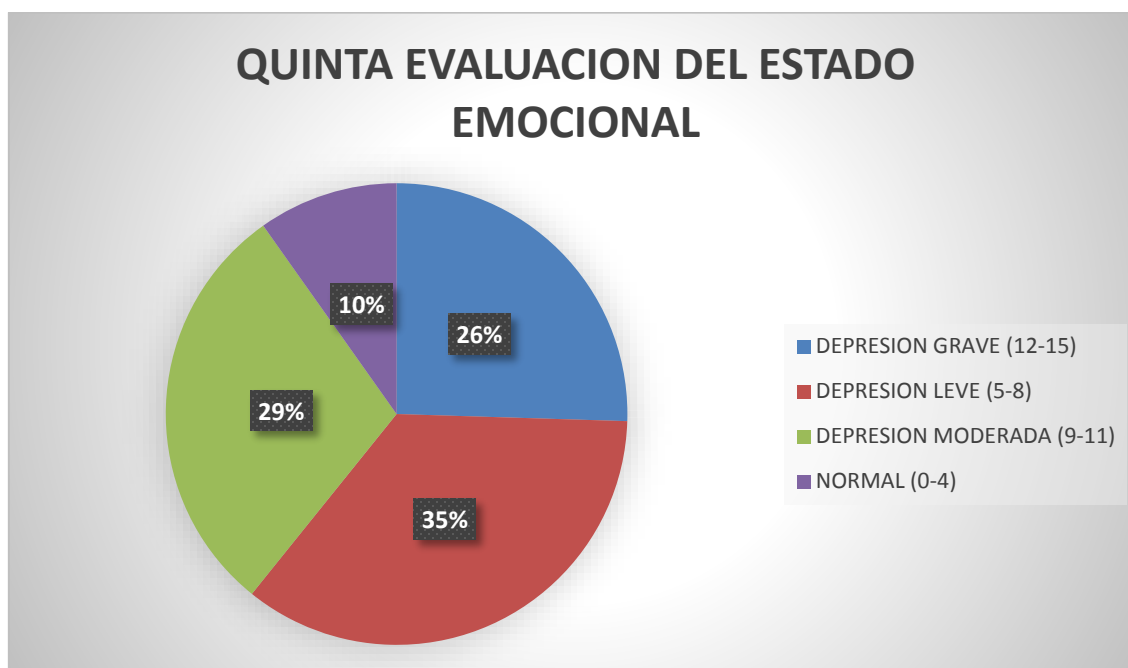


Gráfico 19.- Quinta evaluación del estado emocional

En la quinta evaluación del estado emocional de los adultos mayores se evidencio que 5 pacientes es decir un 9,80 % tenían un estado emocional normal, además de 18 una depresión leve con un 35,29 %, se encontró 15 una depresión moderada con un 29,41 %, y 13 una depresión grave con un 25,49 %

#### 4.2.6 Sexta Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

##### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 6)

MMSE (RANGO 6)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	4	7,84 %	7,84 %
24-27 SOSPECHOSO	6	11,76 %	19,6 %
12-24 (DETERIORO)	23	45,10 %	64,7 %
5-12 (DEMENCIA)	12	23,53 %	88,23 %
MENOS DE 5 TERMINAL	6	11,76 %	100,00 %

Tabla: 19.- Sexta evaluación del estado mental

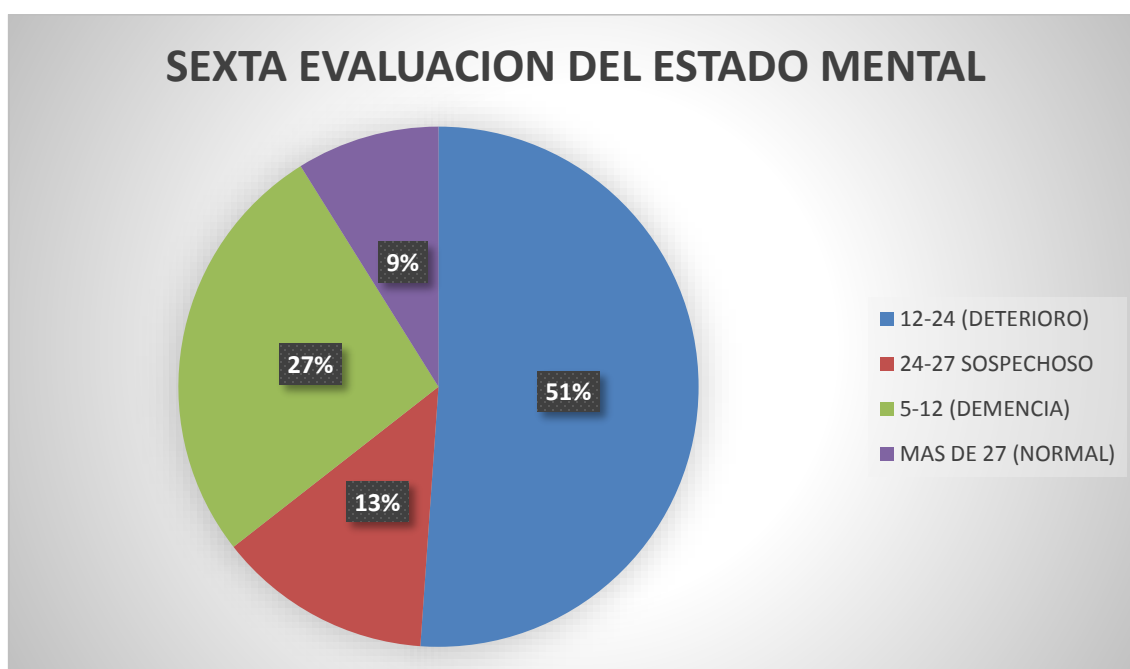


Gráfico 20.- Sexta evaluación del estado mental

En la sexta evaluación en la fecha (11/10/2014 - 12/10/2014) se determinó que del total de la población se encontró 6 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 11,76, además 6 con un estado mental sospechoso de deterioro mental con un 11,76, se encontró 23 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 45,10 %, otros 12 con un estado de demencia con porcentaje de 23,53, y finalmente 6 con estado de deterioro terminal del estado mental con un porcentaje de 11,76

Sexta evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 6

YESAVAJE (RANGO 6)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	12	23,53 %	23,53 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	16	31,37 %	55,23 %
DEPRESION LEVE (5-8)	17	33,33 %	88,56 %
NORMAL (0-4)	6	11,76 %	100,00 %
TOTAL	51	100,00 %	100,00 %

Tabla: 20.- Sexta evaluación del estado emocional

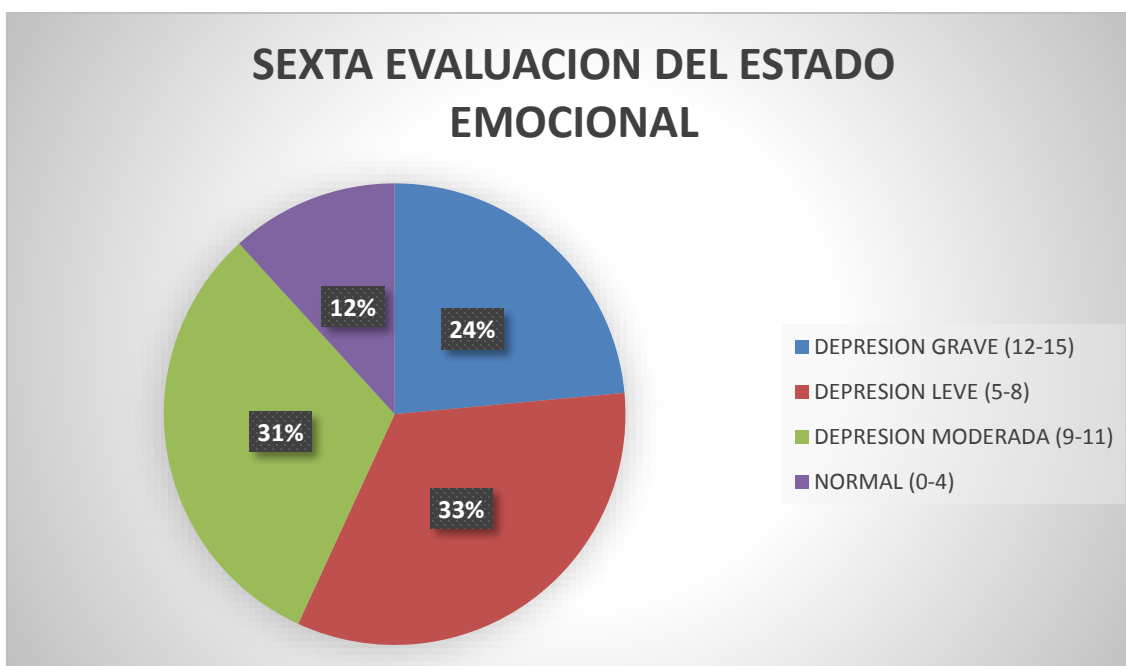


Gráfico 21.- Sexta evaluación del estado emocional

En la sexta evaluación del estado emocional de los adultos mayores se evidenció que 6 pacientes es decir un 11,76 % tenían un estado emocional normal, se encontró 17 una depresión leve con un 33,33 %, además 16 una depresión moderada con un 31,37 %, y 12 una depresión grave con un 23,53%

#### 4.2.7 Séptima Evaluación del Estado mental y emocional de los Adultos Mayores

##### Evaluación mental.- Mini Mental Test (MMSE 7)

MMSE (RANGO 7)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	4	7,84 %	7,84 %
24-27 SOSPECHOSO	6	11,76 %	19,6 %
13-23 (DETERIORO)	22	43,14 %	62,74 %
5-12 (DEMENCIA)	11	21,57 %	84,31 %
MENOS DE 5 TERMINAL	8	15,69 %	100,00 %

Tabla: 21.- Séptima evaluación del estado mental

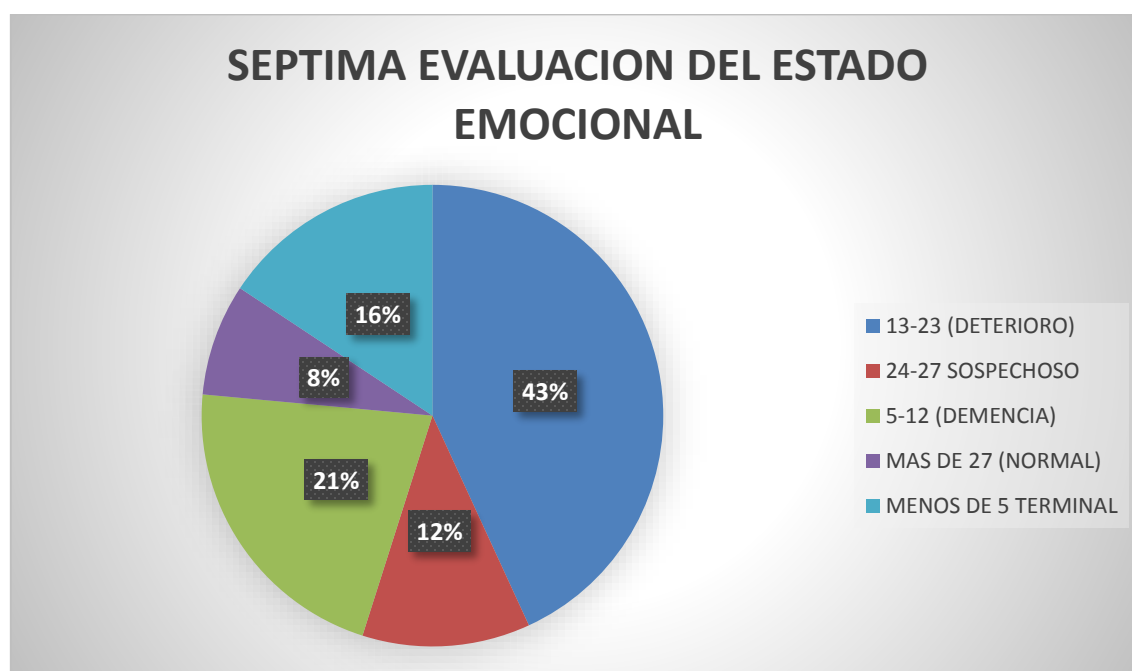


Gráfico 22.- Séptima evaluación del estado mental

En la séptima evaluación en la fecha (23/10/2014 - 24/10/2014) se determinó que del total de la población se encontró 4 adultos mayores con un estado mental dentro de parámetros normales con un porcentaje de 7,8 , se encontró 6 con un estado mental sospechoso de deterioro mental con 11,76 %, otros 22 con un deterioro del estado mental con porcentaje de 43,14 %, además 11 con un estado de demencia con porcentaje de 21,57, y finalmente 8 con estado de deterior terminal del estado mental con un porcentaje de 15,69

**Séptima evaluación del estado emocional.- Test de Yesavaje 7**

<b>YESAVAJE (RANGO 7)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>DEPRESION GRAVE (12-15)</b>	12	23,53 %	23,53 %
<b>DEPRESION MODERADA (9-11)</b>	20	39,22 %	62,75 %
<b>DEPRESION LEVE (5-8)</b>	10	19,61 %	82,35 %
<b>NORMAL (0-4)</b>	9	17,65 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	51	100,00 %	100,00 %

Tabla: 22.- séptima evaluación del estado emocional

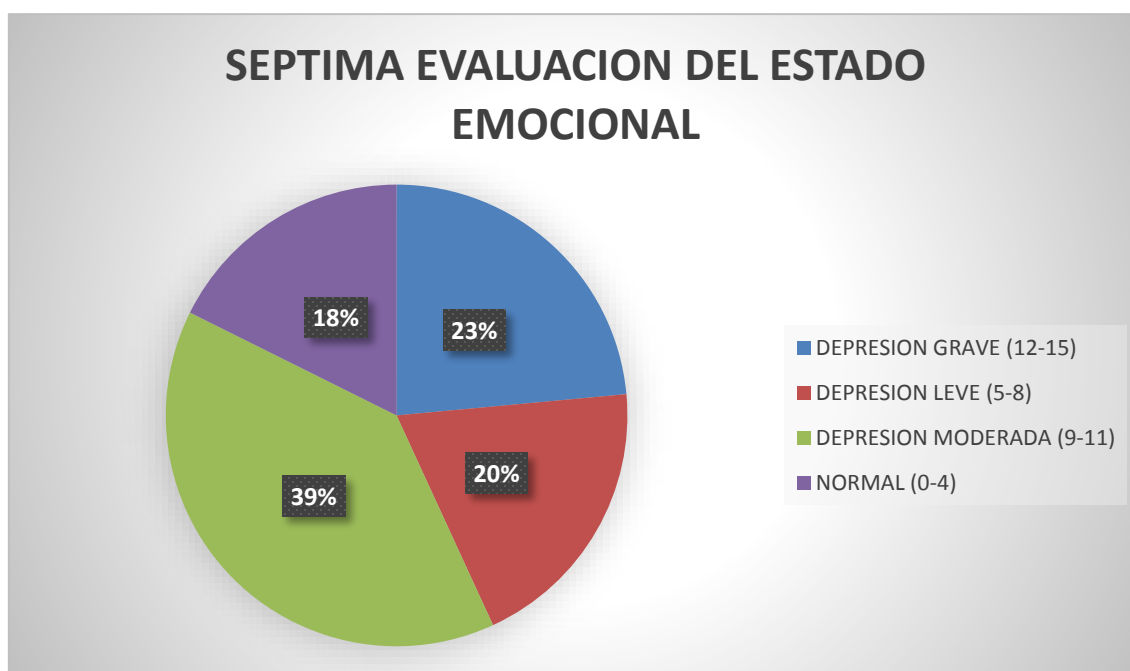


Gráfico 23.- Séptima evaluación del estado emocional

En la séptima evaluación del estado emocional de los adultos mayores evidencio que 9 pacientes es decir un 17,65 % tenían un estado emocional normal, se encontró 10 una depresión leve con un 19,67 %, además 20 una depresión moderada con un 39,22 %, y 12 una depresión grave con un 23,53 %

### 4.3. ADMINISTRACION DE LA INFORMACION MÉDICA

#### 4.3.1 Progresión de MMSE durante un periodo de 3 meses realizándose evaluaciones

quincenales

MMSE	Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Quinta Semana	Sexta Semana	Séptima Semana
MAS DE 27 (NORMAL)	7 (13,72%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)	7 (13,72%)	4 (7,84%)	4 (7,84%)
24-27 SOSPECHOSO	4(7,84%)	5 (9,8%)	5 (9,8%)	4 (7,84%)	4 (7,84%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)
12-24 (DETERIORO)	23(45,09%)	22(43,12%)	22(43,12%)	23(45,09%)	23(45,09%)	23(45,09%)	22(43,12%)
5-12 (DEMENCIA)	10 (19,6%)	11 (21,6%)	12(23,52%)	12(23,52%)	11(21,6%)	12(23,52%)	11(21,6%)
MENOS DE 5 TERMINAL	7 (13,72%)	7 (13,72%)	5 (9,8%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)	6 (11,76%)	8 (15,68%)

Tabla 23.- Progresión de MMSE durante un periodo de 3 meses

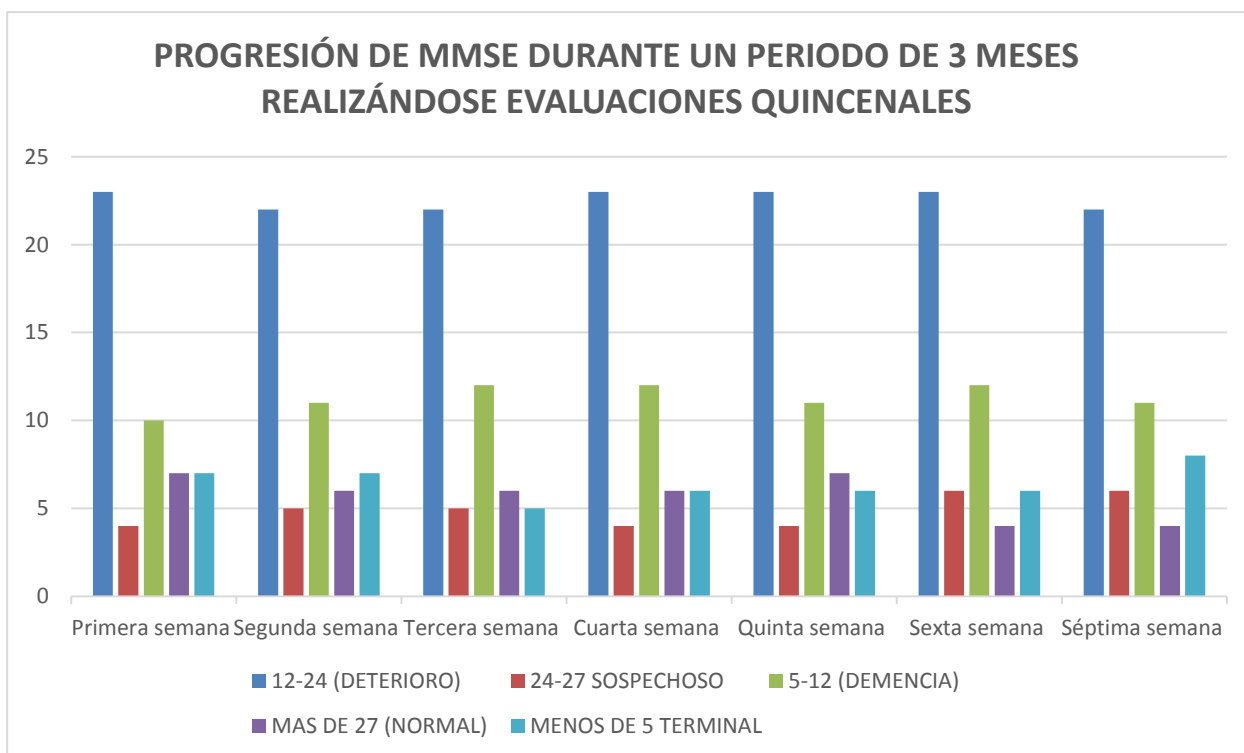


Grafico 24.- Progresión de MMSE durante un periodo de 3 meses



Se determinó que desde la primera semana se presentaron 7 adultos mayores (13,72%) con un estado mental normal , después de 3 meses y 7 evaluaciones este número cayó a 4 (7,8%), mientras los pacientes con una sospecha de alteración del estado mental en un inicio se presentaron 4 (7,85%) y al final del estudio 6 (11,76%) ,en tanto que los adultos mayores con deterioro del estado mental en un inicio 23 (45,09%) y al final 22 (43,13%) , en un estado de demencia se presentaron inicialmente 10 (19,6%), y al final 11 (21,15%), y en estado terminal de deterioro del estado mental inicialmente 7 (13,72%) , al final del estudio 8 (15,38%)

#### 4.3.1 Progresión del Test de Yesavaje durante un periodo de 3 meses realizándose

evaluaciones quincenales

YESAVAJE (RANGO)	Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Quinta Semana	Sexta Semana	Séptima Semana
<b>DEPRESION GRAVE (12-15)</b>	6 (11,76%)	8 (15,68%)	9 (17,64%)	10 (19,60%)	13 (25,49%)	12 (23,52%)	12 (23,52%)
<b>DEPRESION MODERADA (9-11)</b>	18 (35,29%)	17 (33,33%)	14 (27,45%)	15 (29,42%)	15 (29,42%)	16 (31,37%)	20 (39,21%)
<b>DEPRESION LEVE (5-8)</b>	17 (33,33%)	16 (31,37%)	19 (37,25%)	20 (39,21%)	18 (35,29%)	17 (33,33%)	10 (19,60%)
<b>NORMAL (0-4)</b>	10 (19,60%)	10 (19,60%)	9 (17,64%)	6 (11,76%)	5 (9,80%)	6 (11,76%)	9 (17,64%)

Tabla 24.- Progresión de test de Yesavaje durante un periodo de 3 meses

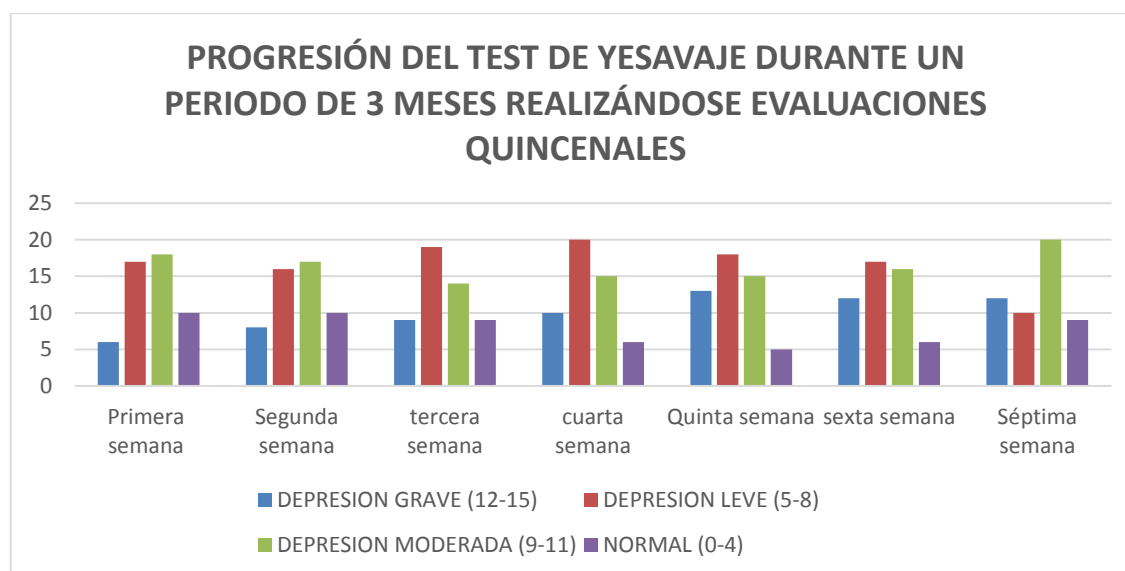


Grafico 25.- Progresión de test de Yesavaje durante un periodo de 3 meses

Se determinó que desde la primera semana se presentaron con un estado emocional normal 10 (19,23%), después de 3 meses y 7 evaluaciones este número cayó a 9 (17,3%), mientras los pacientes con una con una depresión leve se presentaron 5 (9,8%) y al final del estudio 8 (15,6%), en tanto que los adultos mayores depresión moderada en un inicio 18 (35,29%) y al final 20 (39,21%), y finalmente con una depresión grave 6 (11,76%) adultos mayores en un inicio, y al final del estudio 12 (23,52%).

#### 4.4 ANÁLISIS POR GRUPOS

##### 4.4.1 Grupo de Adultos Mayores Abandonados

MMSE primera evaluación (abandonados)

MMSE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	3	9,68 %	9,68%
24-27 (SOSPECHOSO)	0	0%	9,68%
12-24 (DETERIORO)	14	45,16 %	54,84%
5-12 (DEMENCIA)	7	22,58 %	77,42 %
MENOS DE 5 TERMINAL	7	22,58 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	31	100,00 %	100,00 %

Tabla 25.-Primera evaluación del MMSE en grupo abandonados

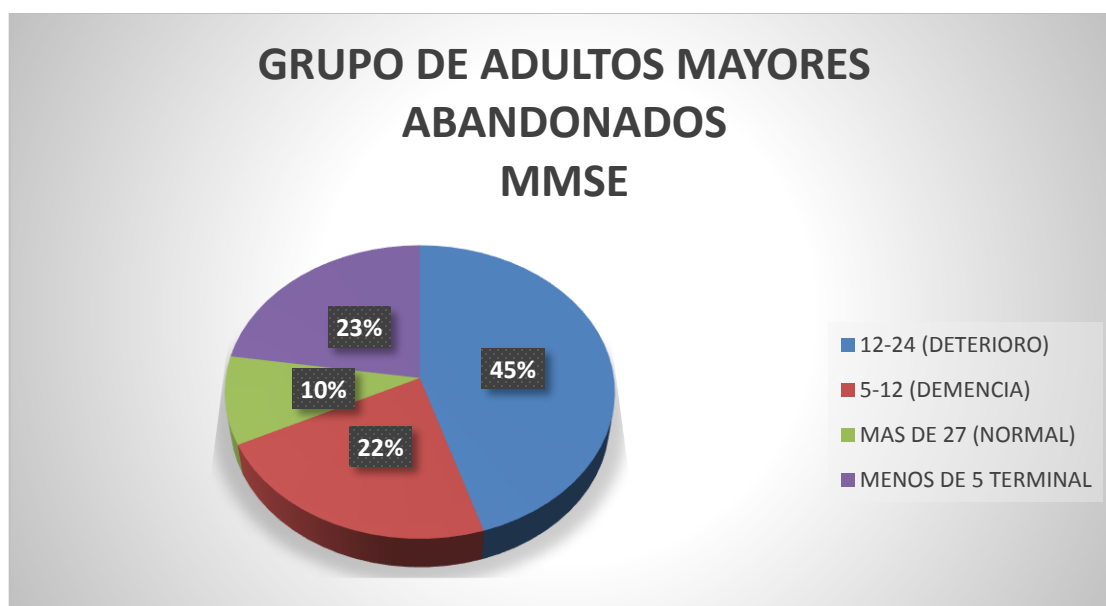


Gráfico 26.-Primera evaluación del MMSE en grupo abandonados

En el grupo de adultos mayores abandonados se determinó que del total de la población un 9,68 % tenía un estado mental normal por MMSE, mientras que no se encontró pacientes con sospecha de deterioro del estado mental, un 45,16 % con deterioro del estado mental, un 22,58 % con demencia, un 22,58 % con un deterioro mental terminal.

Evaluación del estado emocional (abandonados)

YESAVAJE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	5	16,13 %	16,13 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	12	38,71 %	54,84 %
DEPRESION LEVE (5-8)	11	35,48 %	90,32 %
NORMAL (0-4)	3	9,68 %	100,00 %
TOTAL	31	100,00 %	100,00 %

Tabla 26.-Primera evaluación del test de Yesavaje en grupo abandonados

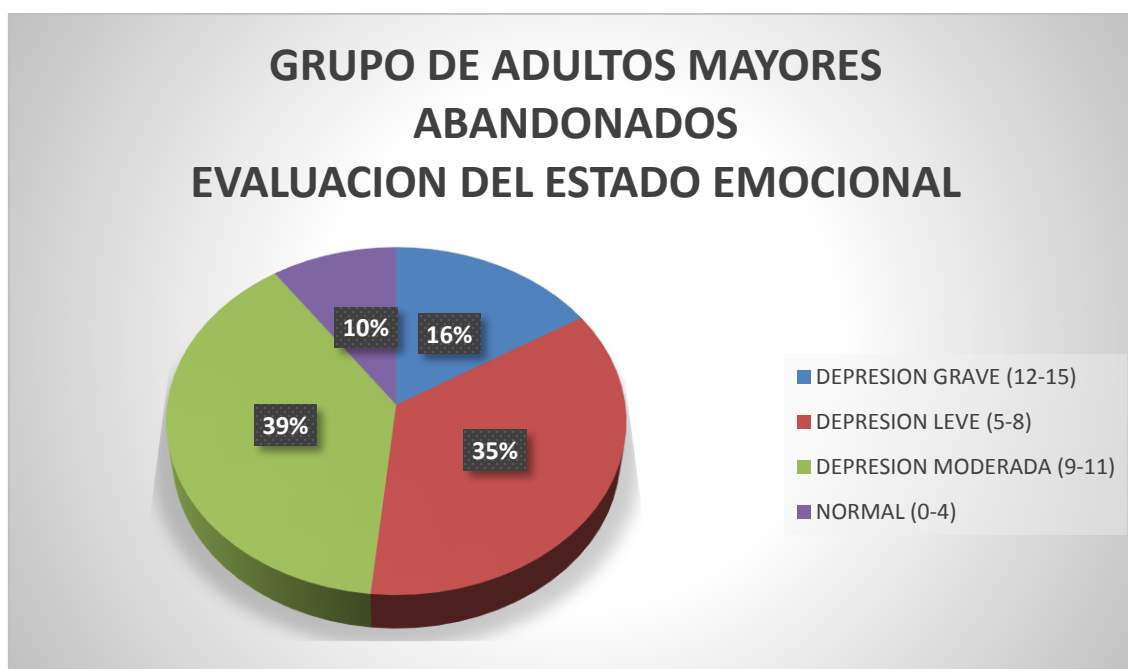


Gráfico 27.-Primera evaluación del test de Yesavaje en grupo abandonados

En el grupo de adultos mayores abandonados se determinó que del total de la población un 9,68% presentaron un estado emocional normal según el test de Yesavaje, un 35,84% presentaron una depresión leve, un 38,71 una depresión moderada, un y un 16,13 % una depresión grave

#### 4.4.2. Grupo de Adultos Mayor Visitados Regularmente

MMSE primera evaluación (visitados regularmente)

MMSE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MAS DE 27 (NORMAL)	4	20,00 %	20,00 %
24-27 SOSPECHOSO	4	20,00 %	40,00 %
12-24 (DETERIORO)	9	45,00 %	85,00 %
5-12 (DEMENCIA)	3	15,00 %	100,00 %
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tabla 27.- primera evaluación del MMSE en grupo visitados

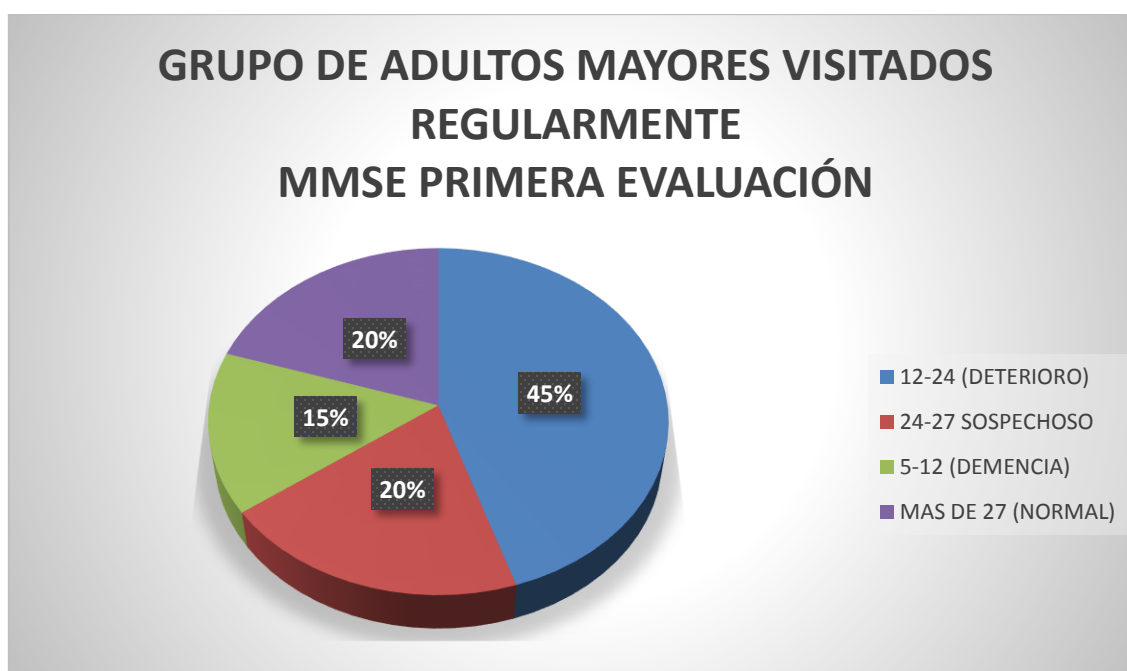


Gráfico 28.- primera evaluación del MMSE en grupo visitados

En el grupo de adultos mayores visitados regularmente se determinó que del total de la población un 20% tenía un estado mental normal por MMSE, mientras que se encontró un 20% con sospecha de deterioro del estado mental, un 45% con deterioro del estado mental, un 15% con demencia, un 0% con un deterioro mental terminal

Evaluación del estado emocional (visitados regularmente)

YESAVAJE (RANGO 1)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESION GRAVE (12-15)	1	5,00 %	5,00 %
DEPRESION MODERADA (9-11)	6	30,00 %	35,00 %
DEPRESION LEVE (5-8)	6	30,00 %	65,00 %
NORMAL (0-4)	7	35,00 %	100,00 %
TOTAL	20	100,00 %	100,00 %

Tabla 28.- Primera evaluación del test de Yesavaje en grupo visitados

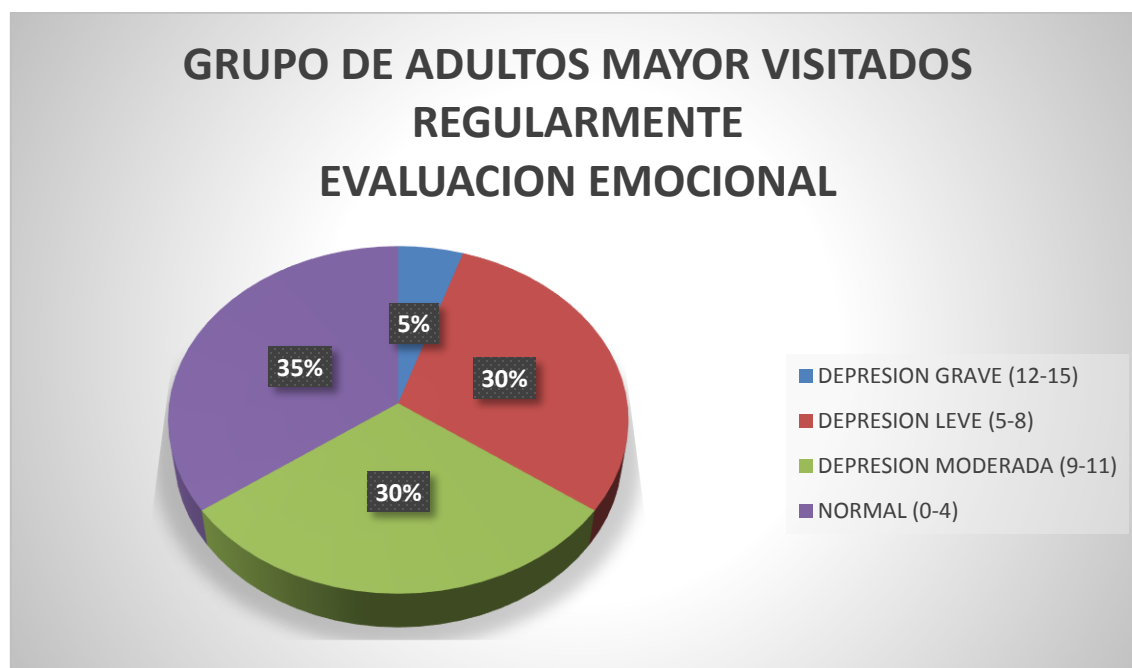


Grafico 29.- Primera evaluación del test de Yesavaje en grupo visitados

En el grupo de adultos mayores visitados se determinó que del total de la población un 35% presentaron un estado emocional normal según el test de Yesavaje, un 30% presentaron una depresión leve, un 30% una depresión moderada, y un 5 % una depresión grave

**4.4.2 Análisis Mini Mental Test (Comparación Grupo Abandono con grupo visitados regularmente)**

CARACTERIZACION DE VISITA O AVANDONO	12-24 (DETERIORO)	24-27 SOSPECHOSO	5-12 (DEMENCIA)	MAS DE 27 (NORMAL)	MENOS DE 5 TERMINAL	TOTAL
Abandonado	14	0	7	3	7	31
Regularmente	9	4	3	4	0	20
TOTAL	23	4	10	7	7	51

Tabla 29.- Análisis del MMSE comparación visitados con abandonados

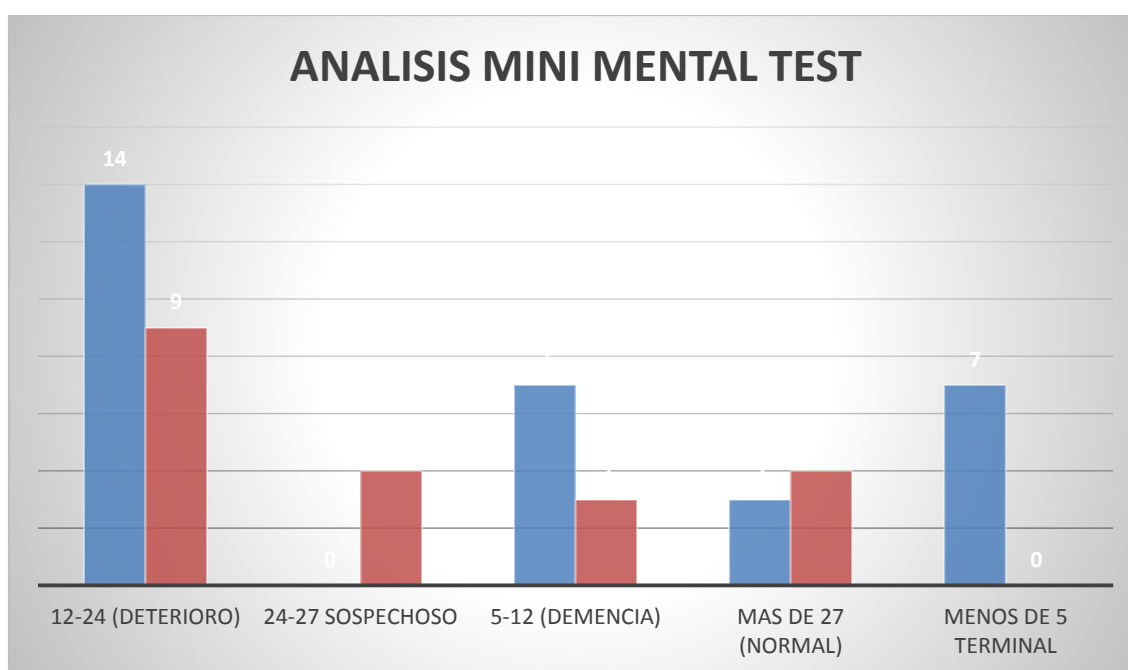


Grafico 30.- Análisis del MMSE comparación visitados con abandonados

Se determinó que inicialmente las personas del grupo en estado de abandono presentaron un menor porcentaje de normalidad en comparación con de los adultos mayores del grupo de visitados regularmente, mientras que en un estado de deterioro, demencia y deterioro terminal presentaron mayores porcentajes en comparación con el grupo de visitados regularmente.

#### 4.4.3 Análisis Test de Yesavaje

CARACTERIZACION DE VISITA O AVANDONO	DEPRESION GRAVE (12-15)	DEPRESION LEVE (5-8)	DEPRESION MODERADA (9-11)	NORMAL (0-4)	TOTAL
Abandonado	5	11	12	3	31
Regularmente	1	6	6	7	20
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>51</b>

Tabla 30.- Análisis del test de Yesavaje (comparación visitados con abandonados)

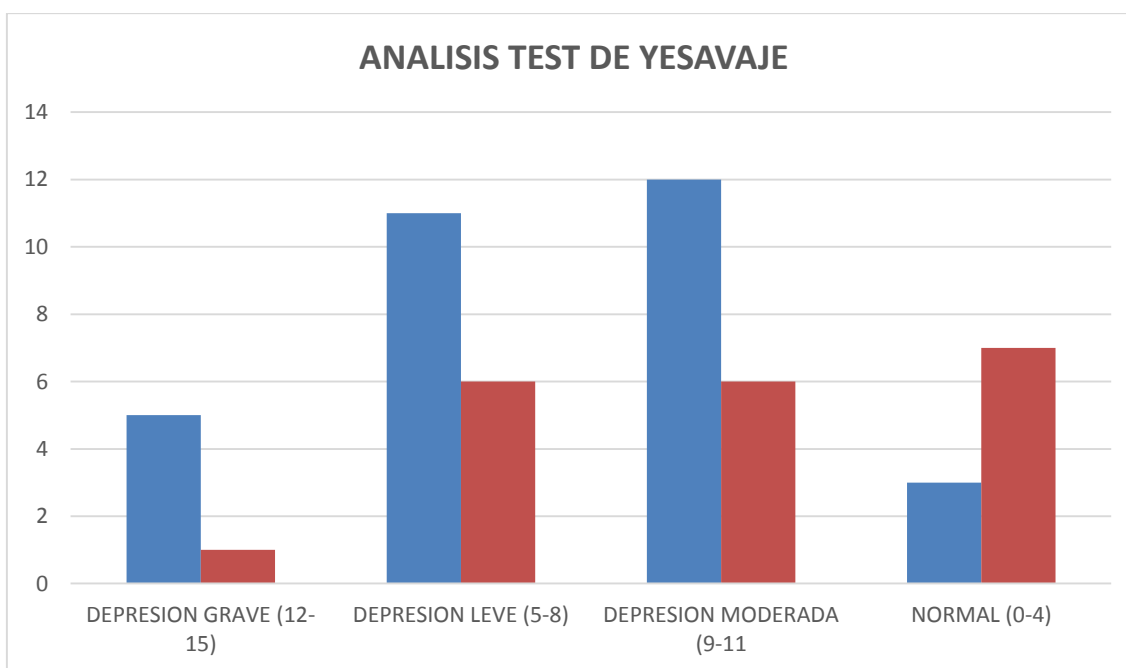


Gráfico 31.- Análisis del test de Yesavaje comparación visitados con abandonados

Se determinó inicialmente que las personas del grupo en estado de abandono presentaron un menor porcentaje de normalidad en comparación con los adultos mayores del grupo de visitados regularmente, mientras que en un estado de depresión leve, moderado y grave presentaron porcentajes mayores en comparación con el grupo de visitados regularmente.

#### 4.4.4 Progresión del Estado Mental durante un periodo de tres meses.

La comparación del estado mental mediante su progresión durante 3 meses se realizó mediante el cálculo de la media aritmética por grupo de evaluación y trazado de curvas de seguimiento.

Se calculó la media aritmética del MMSE en los pacientes dando el siguiente resultado:

- Abandonados

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEXTA	SÉPTIMA
<b>MEDIA ARITMETICA</b>	13,9	13,36	13,03	13,0	12,6	12,4	12,26

Tabla 31.- Progresión del Estado Mental durante un periodo de 3 meses

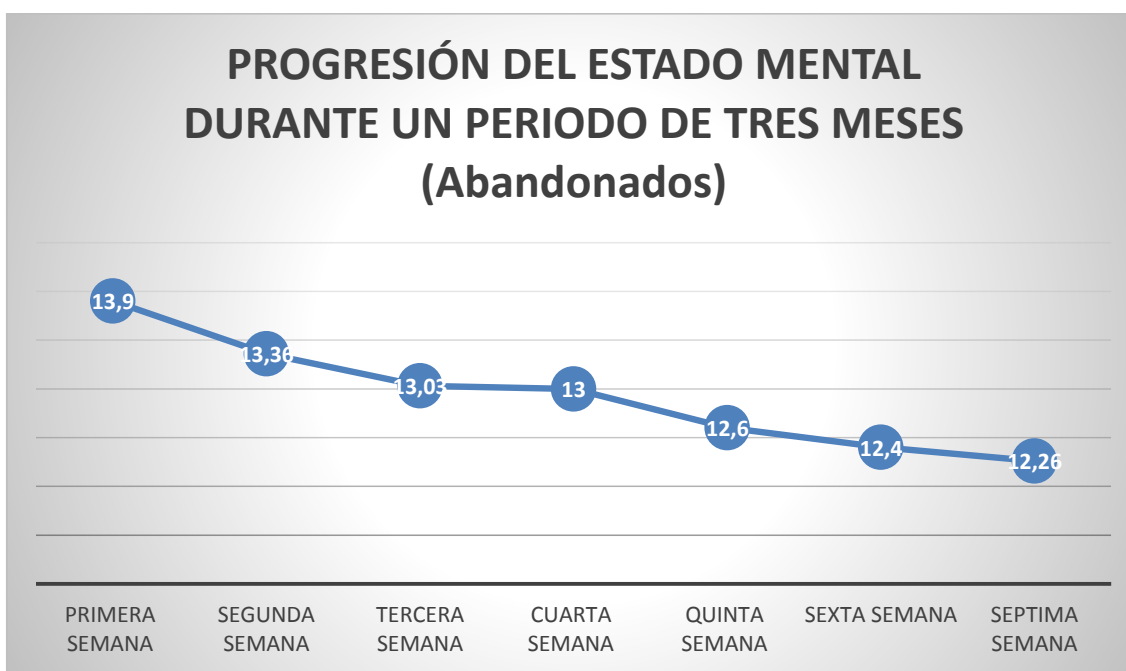


Grafico 32.- Progresión del estado mental durante un periodo de 3 meses (abandonados)



Se evidencio que en el grupo de abandonados en un inicio presentaron una media de 13,9 en el MMSE, posteriormente se presentó una caída después de los 3 meses a 12,26, las dos medias dentro del rango de deterioro del estado mental pero se evidencia una caída de 1,64 puntos

- Adultos mayores visitados

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEXTA	SÉPTIMA
<b>MEDIA ARITMETICA</b>	21,4	21,4	21,2	21,5	21,45	21,2	21,3

Tabla 32.- Progresión del estado emocional durante un periodo de 3 meses



Grafico 33.- Progresión del estado mental durante un periodo de 3 meses (visitados)

Se evidencia en el grupo de pacientes visitados que presentan una media aritmética de 21,4 en un inicio después de las tres semanas se presentó una caída 21,3 los dos rangos dentro de estado mental pero con una caída en tres meses de 0,1 puntos.

#### 4.4.5 Progresión del Estado Emocional durante un periodo de tres meses.

Se calculó la media aritmética del MMSE en los pacientes dando los siguientes resultados

- Abandonados

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEXTA	SÉPTIMA
<b>MEDIA ARITMETICA</b>	8,8	9,4	10,06	10,26	10,33	10,53	10,8

Tabla 33.- Progresión del estado emocional durante un periodo de tres meses

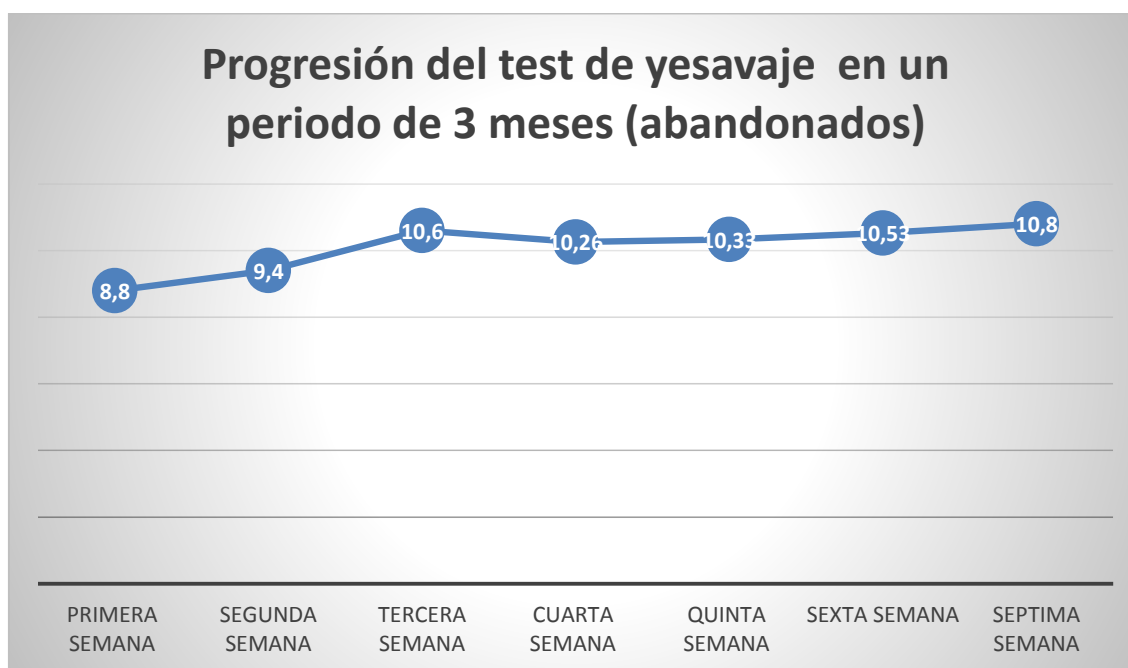


Grafico 34.- Progresión del estado emocional durante un periodo de tres meses (abandonados)

Se determinó que en una primera evaluación el grupo abandonado presento una media aritmética de 8,8 posteriormente y mediante sucesivas evaluación durante 3 meses al finalizar el seguimiento se determinó que presentaron una media aritmética de 10,8 dos medias dentro del rango de depresión moderada pero con un aumento de 2 puntos.

- Adultos mayores visitados

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEXTA	SÉPTIMA
<b>MEDIA ARITMETICA</b>	6,4	6,45	6,65	6,8	7,1	6,7	6,65

Tabla 34.- Progresión del estado emocional durante un periodo de tres meses (abandonados)

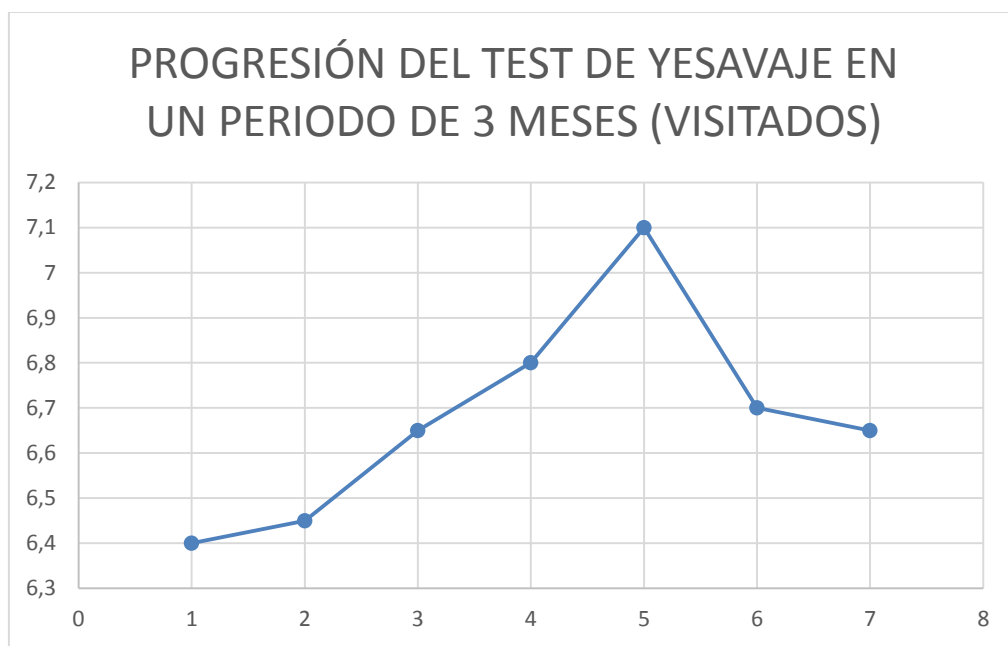


Grafico 35.- Progresión del estado emocional durante un periodo de tres meses (visitados)

Se determinó que para el grupo de adultos mayores visitados presentaron en un inicio una media aritmética de 6,4 posteriormente a las sucesivas evaluación se determinó que hubo un aumento 6,65 al final del seguimiento , los dos valores dentro del rango de depresión leve. Pero con una caída en la quinta semana hasta 7,1, con un aumento al final del estudio de 0,3 puntos

#### **4.5 ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN.**

Al analizar si el abandono repercute en el estado mental y emocional de los adultos mayores institucionalizados se determinó que:

La población de estudio evaluada se encuentra asilada en un 51% en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús, mientras que un 49% se encontraba en el asilo de ancianos de Patate

El análisis de grupo poblacional determino que tienen una edad entre 65 a 97 años, de donde se deduce que el grupo poblacional de mayor incidencia en esta investigación es de 76 a 85 años siendo un número de 25 pacientes en este grupo con un 49,02 % de la población

El análisis del género determino que el 27,45 % de la población estudiada son de género masculino y el 72,55 % de género femenino

De acuerdo al análisis de los pacientes en cuanto a si son visitados o están en condición de abandono se determinó que un 61% de la población se encuentra en condición de abandono mientras que son visitados regularmente 39, de los cuales la regularidad de la visita en de cada semana es de 13,73%, cada 15 días es de 11,76 %, cada mes es de 13,73%.

#### **4.6 VERIFICACION DE LA HIPOTESIS**

##### **En cuanto al análisis del estado mental:**

Se determinó que desde la primera semana se presentaron 7 adultos mayores (13,72%) con un estado mental normal , después de 3 meses y 7 evaluaciones este número cayó a 4 (7,8%), mientras los pacientes con una sospecha de alteración del estado mental en un inicio se presentaron 4 (7,85%) y al final del estudio 6 (11,76%) ,en tanto que los adultos mayores con deterioro del estado mental en un inicio 23 (45,09%) y al final 22 (43,13%) , en un estado de demencia se presentaron inicialmente 10 (19,6%), y al final 11 (21,15%), y en estado terminal de deterioro del estado mental inicialmente 7 (13,72%) , al final del estudio 8 (15,38%)

Se evidencio que en el grupo de abandonados en un inicio presentaron una media de 13,9 en el MMSE, posteriormente se presentó una caída después de los 3 meses a 12,26, las dos medias dentro del rango de deterioro del estado mental pero se evidencia una caída de 1,64 puntos

Se evidencia en el grupo de pacientes visitados que presentan una media aritmética de 21,4 en un inicio después de las tres semanas se presentó una caída 21,3 los dos rangos dentro de estado mental pero con una caída en tres meses de 0,1 puntos.

**En cuanto al análisis de estado emocional:**

Se determinó que desde la primera semana se presentaron con un estado emocional normal 10 (19,23%), después de 3 meses y 7 evaluaciones este número cayó a 9 (17,3%), mientras los pacientes con una con una depresión leve se presentaron 5 (9,8%) y al final del estudio 8 (15,6%), en tanto que los adultos mayores depresión moderada en un inicio 18 (35,29%) y al final 20 (39,21%), y finalmente con una depresión grave 6 (11,76%) adultos mayores en un inicio, y al final del estudio 12 (23,52%).

Se determinó que en una primera evaluación el grupo abandonado presento una media aritmética de 8,8 posteriormente y mediante sucesivas evaluación durante 3 meses al finalizar el seguimiento se determinó que presentaron una media aritmética de 10,8 , as dos medias dentro del rango de depresión moderada pero con un aumento de 2 puntos.

Se determinó que para el grupo de adultos mayores visitados presentaron en un inicio una media aritmética de 6,4 posteriormente a las sucesivas evaluación se determinó que hubo un aumento 6,65 al final del seguimiento , los dos valores dentro del rango de depresión leve. Pero con una caída en la quinta semana hasta 7,1

	<b>Abandonados</b>	<b>Visitados regularmente</b>
<b>MMSE (inversamente proporcional)</b>	Descenso de 1,64	Descenso de 0,1
DIFERENCIA DE 1,63 (descenso)		
<b>Yesavaje (inversamente proporcional)</b>	Ascenso de 2	Ascenso de 0,3
DIFERENCIA DE 1,7 (ascenso)		

Tabla 35.- Comparación grupos variación de media aritmética después de 3 meses

Al ser el MMSE una escala inversamente proporcional (a menor puntaje mayor deterioro del estado mental y que valora 30 puntos) se determina que en los adultos mayores abandonados hay un

descenso de 1,64/30 puntos en la escala (5,4%) en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus parientes con un descenso de 0,1/30 puntos en la escala (0,33%) lo que determina que la velocidad de caída de los adultos mayores abandonados es: mayor en 1,54/30 puntos durante 3 meses o lo que es igual un 5,07% de deterioro neurológico durante 3 meses en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus parientes

Al ser escala de Yesavaje una escala directamente proporcional (a mayor puntaje, mayor deterioro del estado emocional y que valora 15 puntos ) se determina que en los adultos mayores abandonados hay un ascenso de 2/15 puntos en la escala (13,33%) en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus parientes con un ascenso de 0,3/15 (2%) lo que determina que la velocidad de ascenso de los adultos mayores abandonados es: mayor en 1,7/15 puntos durante 3 meses o lo que en la escala sería un deterioro de un 11,33 % en la escala de Yesavaje, en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus parientes

#### 4.6.1 Análisis de Varianza de evaluación mental

RESUMEN				
<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
<b>Abandonados</b>	31	388,142857	12,5207373	60,0184332
<b>Visitados</b>	20	427	21,35	36,2459184

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	947,698925	1	947,698925	18,6553	7,6151E-05	4,03839263
Dentro de los grupos	2489,22544	49	50,8005193			
<b>Total</b>	<b>3436,92437</b>	<b>50</b>				

Tabla 36.- Análisis de varianza y  $x^2$  de evaluación mental

A un nivel del 5% de significancia el valor P es mucho menor a 0,05, lo que implica que existe diferencia significativa entre el abandonados y visitados

#### 4.6.2.- Análisis de Varianza de evaluación emocional

RESUMEN				
<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
<b>abandonados</b>	31	300,857143	9,70506912	7,12372175
<b>Visitados</b>	20	133,571429	6,67857143	8,25322234

ANÁLISIS DE VARIANZA							
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F	
Entre grupos	111,353073	1	111,353073	14,725948	0,0003564	4,03839263	
Dentro de los grupos	370,522877	49	7,56169137				
Total	481,87595	50					

Tabla 37.- Análisis de varianza y  $\chi^2$  de evaluación emocional

A un nivel del 5% de significancia el valor P es mucho menor a 0,05, lo que implica que existe diferencia significativa entre el abandonados y visitados

#### 4.6.3 Análisis de Varianza de evolución del estado mental

RESUMEN				
<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
<b>Abandonados</b>	7	90,55	12,93571429	0,329861905
<b>Visitados</b>	7	46,75	6,678571429	0,054047619

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F

Entre grupos	137,0314286	1	137,0314286	713,8735565	4,63803E-12	4,747225347
Dentro de los grupos	2,303457143	12	0,191954762			
Total	139,3348857	13				

Tabla 38.-Análisis de varianza de evolución del estado mental emocional

A un nivel del 5% de significancia el valor P es mucho menor a 0,05, lo que implica que existe diferencia significativa entre el grupo 1 y el grupo 2

#### 4.6.4. Análisis de varianza de evolución del estado emocional

RESUMEN				
<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
<b>Abandonados</b>	7	149,45	21,35	0,01416667
<b>Visitados</b>	7	70,18	10,0257143	0,48272857

ANÁLISIS DE VARIANZA							
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F	
Entre grupos	448,838064	1	448,838064	1806,5702	1,8675E-14	4,74722535	
Dentro de los grupos	2,98137143	12	0,24844762				
Total	451,819436	13					

Tabla 39.- Análisis de varianza de evolución del estadio mental emocional

A un nivel del 5% de significancia el valor P es mucho menor a 0,05, lo que implica que existe diferencia significativa entre el abandonados y visitados



Se considera que el abandono predispone a un deterioro progresivo del estado mental y emocional de los adultos mayores, razón por lo que se acepta la hipótesis. Para la validación de la Hipótesis se utilizó Chi Cuadrado con un grado de libertad (5%) y un intervalo de confianza del 95%

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- 1.- De acuerdo al análisis e interpretación de la evidencia clínica durante el periodo agosto – octubre 2014 se pudo establecer que hay una evidente disminución de la función mental de los adultos mayores institucionalizados en los centros geriátricos Sagrado Corazón de Jesús y asilo de Ancianos de Patate.
- 2.- De acuerdo al análisis e interpretación de la evidencia clínica durante el periodo agosto - octubre se pudo establecer que hay un evidente deterioro del estado emocional de los adultos mayores institucionalizados en los centros geriátricos Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate.
- 3.- Se determinó que hay una disminución de la función mental progresiva en el grupo de ancianos abandonados en comparación con aquellos que reciben la visita regular de sus familiares.
- 4.- Se logró determinar que hay un descenso progresivo y marcado en la función psicoemocional de los adultos mayores que estaban en completo abandono.
- 5.- El análisis del estado mental los adultos mayores abandonados determino que hay un deterioro de 1,54/30 puntos en el MMSE o su equivalente porcentual de 5,07% de deterioro mental, mayor en comparación de aquellos que reciben la visita de sus familiares en un periodo de 3 meses
- 6.- El análisis de estado emocional de los adultos mayores abandonados determino hay un deterioro de 1,7/30 punto, lo que equivale a un 11,33% de deterioro emocional en la escala de Yesavaje, mayor en comparación de aquellos que reciben la visita de sus familiares, en un periodo de 3 meses
- 7.- Se pudieron obtener alternativas de evaluación sucesivas durante un periodo de tres meses que determinaron que la caída del estado mental y emocional de los adultos mayores es progresiva,

encontrándose que en los adultos mayores abandonados esta progresión es más rápida que la de los adultos mayores que son visitados regularmente.

8.- Se determina que el abandono en los adultos mayores institucionalizados es un factor de riesgo para el desarrollo y progresión acelerada de deterioro del estado mental y emocional.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1.- Las alteraciones del estado mental y emocional de un adulto mayor deben ser identificadas a tiempo para lograr un correcto tratamiento

2.- Se sugiere una estrategia para el seguimiento del estado mental aplicándose el MMSE y test de Yesavage que permiten realizar un seguimiento e identificación de deterioro del estado mental y emocional

3.- La estrategia diseñada para seguimiento del estado mental y emocional de los adultos mayores institucionalizados, permitirá realizar y un seguimiento del estado mental y emocional del estado emocional de los adultos mayores.

4.- Se recomienda la realización de trabajos que comprenda mayor población y muestra del mismo modo a realizar un trabajo de abandono por comunidades

5.- Se aconseja al personal de salud considerar el abandono como factor de riesgo para el declive de las funciones psicoemocionales de los adultos mayores institucionalizados, en vista de los resultados obtenidos en el presente estudio.

## **CAPITULO VI**

### **6. PROPUESTA**

#### **6.1. DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1. Título de la propuesta**

“PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL EN ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO QUE PERMITA LA EVALUACIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE ALTERACIONES PSICOEMOCIONALES DE ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO”

##### **6.1.2. Institución ejecutora**

Centros Geriátricos: Asilo Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate

##### **6.1.3. Datos del autor:**

NOMBRE. Miguel Angel Robalino Quintana

C.I. 180463059-6

DIRECCION. Ficoa Ciudadela el Maestro # 39

TELEFONO. 032822004

EMAIL. miguellllangelll1210390@hotmail.com

#### **6.1.4 Tutor**

Dra. Mónica Meléndez. Médico especialista en Geriatria en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Regional de Latacunga

#### **6.1.5. Beneficiarios**

Directos: Adultos Mayores Institucionalizados en centros geriátricos Asilo Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate

Indirectos: autoridades de centros gerontológicos, médicos a cargo del cuidado de adultos mayores institucionalizados, demás personal a cargo del cuidado de adultos mayores institucionalizados.

#### **6.1.6. Ubicación**

- Asilo de Ancianos de Patate  
Dirección: Cantón Patate, barrio Bellavista
- Centro gerontológico Sagrado Corazón de Jesús  
Dirección: Ciudad de Ambato, ciudadela España, calle Vigo 200

#### **6.1.7. Equipo técnico responsable:**

Autor: Miguel Angel Robalino Quintana

Dra. Mónica Meléndez

## **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Debido al poco conocimiento del manejo actual que realiza el personal asilado en centros gerontológicos del país y del mundo, y sobre todo en la salud mental y emocional de los ancianos que es uno de los ámbitos que con más frecuencia se deterioran, nació el interés por conocer cómo se deteriora el componente psicoemocional de los pacientes institucionalizados en condición de

abandono y además compararlo con aquellos que a pesar de estar en un asilo reciben la visita periódica de sus familiares, planteando como factor de riesgo para deterioro psicoemocional en centros geriátricos al abandono, se propone un método de seguimiento estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado con el fin de detectar a tiempo el deterioro psicoemocional y poder realizar una intervención oportuna.

La propuesta se plantea también luego de haber realizado una evaluación secuencial y periódica que determinó que los adultos mayores institucionalizados en condición de abandono presentaban una mayor predisposición al desarrollo de trastornos mentales y emocionales y evidencian un deterioro progresivo del estado psicoemocional.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

Debido a que el deterioro del estado psicoemocional del adulto mayor es un estado incapacitante para el individuo, este estudio determino que existe un deterioro progresivo en los adultos mayores institucionalizados, agravado por la condición de abandono que afecta a la mayoría de adultos mayores asilados en centros gerontológicos.

Con este resultado se plantea un método para realizar el seguimiento del estado psicoemocional a los adultos mayores mediante la aplicación periódica del MMSE y del test de Yesavaje, Con lo cual se podrá realizar un seguimiento periódico que mejorará la atención y conocimiento del estado psicoemocional de los adultos mayores institucionalizados, por lo que está capacitación se realizara para el personal médico, de enfermería a cargo del cuidado de la salud de pacientes de centros geriátricos del Asilo Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ansianos de Patate.

### **6.4.- MARCO INSTITUCIONAL**

#### **6.4.1 Asilo Sagrado Corazón de Jesús.**

Desde el año de 1971 surgió la idea de fundar una obra de parte de las Madres Doroteas después de la visita al Ecuador de la Madre General de aquel tiempo la cual vio la necesidad imperiosa de crear un hogar donde se pueda brindar asistencia a los ancianos, las Hermanas Doroteas manifestaron su deseo de que este proyecto se haga realidad para cubrir de urgencia las necesidades de los ancianitos.

Reseña histórica: Ciertamente esta obra plasmaba la inquietud de la congregación y del Sr. Obispo de aquel tiempo Mons. Vicente Cisneros, de hecho la Diócesis de Ambato tenía un terreno cercano a la comunidad de la Vicentina. Donado por la Srta. María Albornoz, situado en la ciudadela llamada en aquel tiempo “El Rosario”, posteriormente el Sr. Obispo llevo a las hermanas a conocer el lugar y el terreno. Se llegó a un acuerdo y la Comunidad de Hermanas Maestras de Santa Dorotea, Hijas de los Sagrados Corazones de Vicenza – Italia (Casa Madre), con el aporte también de la Arquidiócesis de Múnich (Alemania) adquirió el sitio con un precio muy ventajoso por tratarse de una obra de carácter social, es así como en el año de 1977 se dio inicio a la construcción del cerramiento del terreno.

En el año de 1978 se inicia la construcción de los cimientos que contendrían en un futuro la capilla, al término del año 1980 se concluyó con la gran obra y fue entregada la Casa – Hogar. En septiembre del mismo año se formó la Comunidad y se dio inicio a su labor con la presencia de varias hermanas que tenían el propósito de acoger y asistir a los ancianitos, brindándoles amor, asistencia física y espiritual, El 8 de febrero de 1981 se recibió a la primera adulto mayor, el 29 de marzo de 1981 se inauguró oficialmente el Hogar Sagrado Corazón de Jesús mediante la bendición solemne de parte de Mons. Vicente Cisneros Obispo de Ambato estuvo presente también el Sr. Obispo de la Provincia de Napo autoridades civiles, los Superiores y Hermanas de la Congregación amigos y bienhechores que dieron realce a este acto. A partir de esta fecha se continuó recibiendo poco a poco a los adultos mayores <sup>(36)</sup>

#### **6.4.2 Asilo de Patate**

Con el propósito de brindar la debida atención y los cuidados que se merecen los adultos mayores de la provincia de Tungurahua, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) construyo el Primer Centro Gerontológico que está ubicado en Patate, empezó a funcionar en el año 2012, hoy cuenta con 29 adultos mayores institucionalizados, los cuales provienen de todo la provincia incluso de provincias aledañas, cuentan con servicio médico, enfermería y de rehabilitación física, además cuentan con personal para el aseo y cuidado del medio ambiente y entorno del centro gerontológico.

<sup>(37)</sup>

## **6.5. OBJETIVOS**

### **6.5.1. Objetivo general**

- Implementar la realización de una evaluación periódica en centro geriátrico para la detección, seguimiento e inicio de un tratamiento oportuno en trastornos psicoemocional en adultos mayores institucionalizados

### **6.5.2. Objetivos específicos**

- Implementar la aplicación de MMSE, test de Yesavaje y el test de Pfeiffer en centros gerontológicos para tamizaje de trastornos psicoemocional en adultos mayores institucionalizados

- Estimular al personal de salud a realizar un seguimiento continuo del estado mental y emocional de adultos mayores de los centros geriátricos

- Enseñar la importancia del llenado de cada uno de los ítems de la información del paciente.

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA CIENTÍFICA**

A continuación se describen maneras de evaluación del estado psicoemocional del adulto mayor:

### **6.6.1. Evaluación mental y psico-afectiva del adulto mayor ambulatorio**

#### ***6.6.1.1 Evaluación de deterioro cognitivo***

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxis, gnosis, etcétera). El más común es la pérdida de la memoria. Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de diversos grados de deterioro mental hasta la posibilidad de llegar a una demencia.

El diagnóstico de demencia realizado por los médicos generales tiene una sensibilidad muy baja (11–12%) y una especificidad 93–94%. Por lo que se recomienda aplicar un instrumento clínico para su identificación sistemática. El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como



instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo.

El resultado del MMSE deberá ser ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognitivo: leve 19 a 23 puntos, moderado 14 a 18 puntos, severo < 14 puntos. En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial. Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente, además de referir a los servicios de atención social a la salud para integrarlos a actividades de mantenimiento o mejoramiento de las funciones cognoscitivas en sesiones grupales e individuales en los Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio diferentes talleres de estimulación mental.

Se recomienda descartar causas secundarias de deterioro cognoscitivo y dar tratamiento oportuno en cada caso en particular. Estas incluyen: fármacos psicotrópicos, depresión, hipo e hipertiroidismo, panhipopituitarismo, deficiencia de B12, ácido fólico, tumor cerebral, hematomas subdural, encefalopatía por VIH, hidrocefalia normo tensa entre otras.

#### ***6.6.1.2. Evaluación de depresión***

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, con menor frecuencia el cuadro clínico clásico. La escala de Depresión geriátrica de 30, 15 y 5 reactivos (Geriatric Depression Scale (GDS) actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente.

Con la aplicación de la escala de Yasavage de 30 reactivos, uno de cada 8 adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad. La misma prevalencia se encontró con una versión corta de 15 reactivos.

La prueba se considera positiva cuando: 2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas y 15 de 30 son afirmativas en GDS de 5,15 y 30 respectivamente. Un abordaje más conciso consiste en una sola

pregunta “¿Se siente triste o deprimido? Ha sido validado y comparado con la escala de 30 preguntas. Cuando la respuesta es afirmativa se recomienda aplicar el GDS de 15 reactivos. Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea 6/15 puntos. Además se deben referir a los servicios de atención social a la salud para integrarlos a actividades grupales e individuales en los diferentes talleres que coadyuven al tratamiento médico y propicien un mejor estado de ánimo.

#### ***6.6.1.3 Evaluación de delirium***

El delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles (baja reserva homeostática) o tienen demencia. La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto agudo al miocardio o sepsis. Al detectar delirium en el anciano, se recomienda buscar intencionadamente las causas precipitantes más comunes para el desarrollo de delirium (infecciones, hipoxia, desequilibrio hidroelectrolítico, fármacos psicotrópicos, con efecto anticolinérgico, opioides, entre otros) y se recomienda derivar a un servicio de urgencias para su manejo integral.

El Método de evaluación de confusión o Confusion Assessment Method (CAM), es una escala utilizada para una identificación rápida de delirium, tiene una sensibilidad de 94% al 100%, especificidad de 90% al 95%, valor predictivo positivo del 91% al 94%, y un valor predictivo negativo de 90% a 100%.

Se recomienda preguntar al cuidador primario o al familiar cercano, si el paciente ha presentado cambios recientes en la conducta, o en la conciencia, si es así, se debe aplicar el CAM para la detección de delirium, y en su caso, se debe referir al especialista correspondiente. (Neurólogo, Psiquiatra y Geriatra).

#### ***6.6.1.4 Deterioro del estado psicoemocional***

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud de la OMS: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

El salto en el deterioro mental es muy significativo en las edades avanzadas. Este hecho es aún más relevante cuando sabemos que la esperanza de vida sigue aumentando especialmente en las edades más avanzadas. La proporción en jóvenes viejos (65-74 años) es de 15,7%, sube a 19,9% en las personas de 75-84, y alcanza el 32,0% en los más mayores, uno de cada tres. Las mujeres siempre declaran peores registros que los hombres. Un 23,4% de aquellas tienen mala salud mental, diez puntos porcentuales más que los hombres (13,5%), diferencia que ya se observa en otras variables de salud objetiva y percibida.

Sin embargo, la progresión del deterioro de la salud mental es mucho más pronunciada en hombres que en mujeres. Las diferencias comentadas por sexo existen en todas las edades pero se atenúan en las edades avanzadas. Por tanto, el “salto” en la proporción de hombres con problemas mentales es extraordinario: pasa de un incremento de 44% (entre hombres de 65-74 a 75-84 años) a más que duplicarse en el siguiente estrato de edad: alcanza el 30,0%, próximo al 33,1% de las mujeres.

Las diferencias en salud mental suelen estar asociadas a características socioeconómicas (estado civil, nivel económico, clase social, padecer enfermedades, apoyo social, etc.). Se observan proporciones más altas de mala salud en colectivos socioeconómicos más desfavorecidos.

(36)

## **6.7. ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD**

### **6.7.1. Factibilidad económica:**

Por medio del Director del Asilo de Ancianos de Patate y la Directora del Asilo Sagrado Corazón de Jesús que conocen de estado de los adultos mayores en estas instituciones y su gran utilidad que será evaluarlos continuamente, es mediante los cuales se apoya la propuesta, además el personal de salud de estas instituciones

### **6.7.2. Factibilidad social:**

El manejo de este sistema permite identificar indicadores de la enfermedad mental y emocional de forma oportuna y realizar un seguimiento en aquellos pacientes que ya se encuentran con un diagnóstico previo

### **6.7.3. Factibilidad legal**

La realización de la propuesta toma como base legal la Constitución de la República del Ecuador acerca de los derechos de los adultos mayores, que enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

(13)

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Concordancias: Arts. 1 y 2 Ley del Anciano

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.<sup>(13)</sup>

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades,

pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.<sup>(13)</sup>

El Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador en el Artículo 153 del COIP manifiesta textualmente: “Abandono de persona.- La persona que abandone a personas adultas

mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de 1 a 3 años. Las lesiones producto del abandono de persona, se sancionarán con las mismas penas previstas para el delito de lesiones, aumentadas en un tercio. Si se produce la muerte, la pena privativa de libertad será de 3 a 19 años”.<sup>(42)</sup>

## **6.8 METODOLOGIA. MODELO OPERATIVO**

Para difundir la utilización habitual de modelo de evaluación psicoemocional de adulto mayor

- Socialización de la propuesta. .- Comunicar a las autoridades de centro de acogida a adultos sobre los resultados del presente estudio y sobre la importancia de realizar un seguimiento del estado psicoemocional de los adultos mayores institucionalizados.
- Una vez realizado la instrucción debida sobre la solución se espera la utilización habitual de los test de Yesavaje, MMSE, de manera periódica para realizar un seguimiento de los adultos mayores.
- Charlas al personal de salud encargado de los centros gerontológicos acerca del uso de métodos de evaluación de la salud mental y emocional, específicamente al personal encargado del monitoreo de la salud de los adultos mayores institucionalizados (médicos geriatras, médicos generales y enfermeras de centros gerontológicos)

Fases	Actividades	Metas	Objetivos	Indicaciones	Responsables	Fecha
<b>Planeación.</b>	Diseño Presentación de propuesta a autoridades	Verificar la posibilidad de ejecución de Propuesta.	Entregar los resultados del estudio a las autoridades y personal de salud de centros gerontológicos	Incentivar la capacitación del personal médico	Personal médico de enfermería y auxiliar encargados del cuidado de adultos mayores	20/11/2014
<b>Ejecución.</b>	Capacitación al personal.	Exposición del Uso de métodos de evaluación del estado psicoemocional de adultos mayores	Realizar un seguimiento periódico de los adultos mayores institucionalizados	Vigilar la ejecución del programa por todo el personal	Miguel Robalino	01/12/2014
<b>Evaluación.</b>	Llevar registro de todos los adultos mayores institucionalizados	Conocer efectos nuevos factores que predispongan al deterioro del estado mental	Verificar el funcionamiento correcto del programa de seguimiento	Llevar los antecedentes de los adultos mayores y tomarlo en cuenta, para conocer a quienes se debe iniciar un tratamiento oportuno	Personal médico, de enfermería y auxiliar de los centros gerontológicos Miguel Robalino	15/12/2014

Tabla 40.- Modelo operativo

## 6.9 ADMINISTRACIÓN.

Esta propuesta sería implantada en los Asilos de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús y Asilo de Ancianos de Patate en el presente año para poder disminuir el impacto negativo que tiene el deterioro del estado mental y emocional de los adultos mayores, con la finalidad de poder realizar una detección, tratamiento y seguimiento oportuno de deterioro psicoemocional

Es por ello que el director de Asilo Ancianos de Patate y la Directora del Asilo Sagrado Corazón de Jesús designó al autor de esta investigación como uno de los responsables para exponer a todo personal médico, de enfermería y auxiliar a cargo del cuidado de adultos mayores la forma cómo se va realizar el seguimiento del adulto mayor en base al uso del MMSE, y el Test de Yesavaje, así como de poner en marcha y controlar su cumplimiento.

Además de los recursos y tiempo necesarios para poder realizar las evaluaciones sucesivas estará a cargo del personal médico de enfermería y auxiliar, monitorizados por las autoridades por medio de los directores de las instituciones

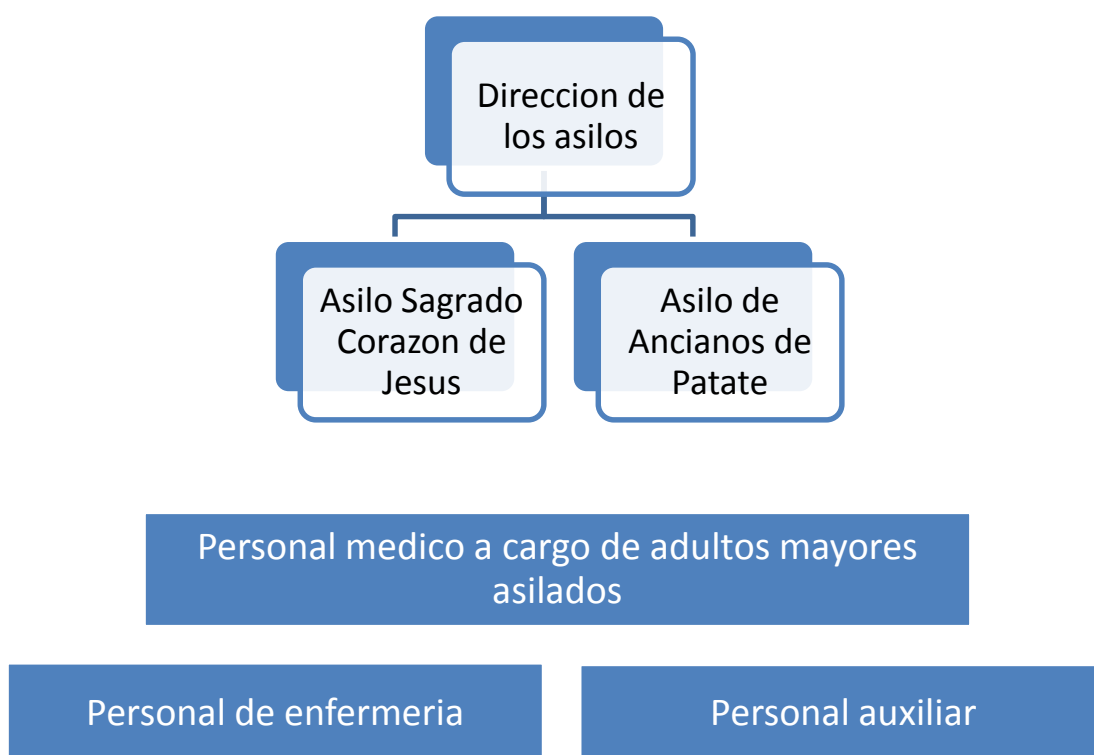


Grafico 36.- Administración de la propuesta



#### **6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA (PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN)**

El monitoreo del programa se lo realizara a través de la creación de un registro en la historia clínica del adulto mayor institucionalizado lo que permitirá mantenerse alerta de deterioro psicoemocionales del adulto mayor permitiendo valorar el éxito o el fracaso de su creación, a las vez permitirá identificar los factores agravantes de la salud mental y emocional de los adultos mayores. Se realizara una identificación temprana y vigilancia continua de las recaídas, habrá contacto frecuente con el paciente, y de esta manera se podrá realizar intervenciones oportunas para evitar deterioro y recaídas del estado psicoemocional de los adultos mayores institucionalizados, de esta manera se podrá mantener una vigilancia del funcionamiento del programa por parte del equipo de salud que colabora en el manejo del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aranibar Paula. Acercamiento conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP, ONU. Santiago de Chile: 2001.
2. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la Republica del Ecuador. Montecristi: 2008.
3. Asilo Sagrado Corazón de Jesús. Historia de la Creación del hogar de Ancianos, Ambato: 1971.
4. Cerrato Ignacio. Aspectos sociológicos del envejecimiento. Informes portales mayores. Granada; número 73: 2007.
5. Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador. Asamblea Nacional. Quito: 2014.
6. Condoris Coaquira. Factores asociados a los niveles de abandono familiar en el adulto mayor de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud Chijchipani Azángaro enero a junio 2013, Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez. Cuno: 2013.
7. Congreso Latinoamericano de Geriatría y Gerontología IV. Abuso y Maltrato del Adulto Mayor. Santiago de Chile: 2012.
8. Cordero, Rafael. Consideraciones Generales sobre la atención al Anciano Víctima de Maltrato, Revista Científica de las Ciencias médicas en Cienfuegos. 1a ed. Cuba; 2010.
9. Davila Marco. Maltrato intrafamiliar en Pacientes Seniles del sexo femenino, del grupo del adulto mayor, del hospital Walter Cruz Vilca del centro poblado menor de Miramar. Trujillo: 2010.
10. Declaración de Brasilia. CEPAL, Organización de las Naciones Unidas, Brasilia; 2011.
11. Declaración de Toronto. Prevención y Detección del Maltrato en Adultos Mayores, OMS. Toronto; 2002.
12. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, Derechos de los Adultos Mayores. París; 1948.

13. Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor I (SABE I). Instituto Nacional de estadísticas y censos (INEC). Quito; 2009.
14. Espinoza Rina. Trabajo social en el Ambito educativo, Universidad Nacional de Loja. Modulo V, Loja; 2012.
15. Gastón Gutiérrez. Abandono de la tercera edad en la familia. Universidad del Mar. Murcia; 2005.
16. Galeón. Problemática del Anciano, Salud y Prejuicios. 13a Edición. Mar del Plata; 2014.
17. Gobierno Federal de México. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo, Guía práctica clínica GPC, D.F. México; 2012.
18. Gobierno Federal de México. Valoración geriátrica integral, Guía de referencia rápida, D.F. México; 2012.
19. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). La esperanza de vida en Ecuador, datos de los últimos 50 años, Datos macro, INEC, Quito; 2012.
20. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Resultados del Censo 2010, Población y vivienda en Ecuador. INEC: Quito; 2010.
21. Lázaro Gabriela. "Calidad de vida en la tercera edad", Una población subestimada por ellos y por su entorno. servicio de publicaciones e intercambio Universidad Nacional de Cuyo; Mendoza; 2008.
22. Landriel Eduardo. "Adultos mayores y familia: Algunos Aspectos de la Intervención del trabajo Social", secretaría de ciencia y técnica. Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2010.
23. Mora Mónica. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa, revista mhsalud, Santiago de Chile; 2004.
24. Neuroup. Funciones cognitivas, neuroup, 2010, volumen I, (3), Buenos Aires;2010
25. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito; 2010.
26. Oliva Rodrigo. Educación Afectiva, Publicaciones Unipuebla, México. Amecameca; 2011.
27. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre el envejecimiento de la población, Informe de cifras y datos de la OMS. Ginebra; 2012.

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Mental, un estado de bienestar, cifras y datos. Ginebra, 2013.
29. Organización Panamericana de la Salud, Evaluación del Estado Mental y Emocional del adulto mayor, Módulos de valoración clínica. Módulo IV: Columbia; 2010.
30. Organización Panamericana de la Salud, División Promoción y Protección de la Salud, programa de salud de la familia y población, Unidad de envejecimiento y salud. Modulo 1: Columbia; 2010.
31. Organización Panamericana de la Salud. Guía de diagnóstico y manejo de la depresión. Módulos de valoración clínica parte 2: Columbia; 2010.
32. Osorio Gloria. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo. México; 2011.
33. Ruiz Feliz. El Abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Asociación Latinoamericana de profesores de Medicina familiar. Redalyc: Cuba; 2009.
34. Salcedo Ana. Condiciones de vida del adulto mayor, 2ª ed: Bogotá; 2014.
35. Suarez Niuri. Manifestaciones de Maltrato familiar más frecuentes en el adulto mayor. Bauta; 2010.
36. Torres Carlos. Adultos mayores bajo la lupa. Olavarría. Argentina; 2014.
37. Vera Martha. Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2007.
38. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor, Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano. Ginebra; 2002.

## **LINKOGRAFÍA**

- Asamblea Nacional del Ecuador. (Enero de 2003). *OEI*. Citado el 10 de Dic 2014. Obtenido de [http://www.oei.es/quipu/ecuador/cod\\_ninez.pdf](http://www.oei.es/quipu/ecuador/cod_ninez.pdf)
- Encuesta de Salud, Bienestar del adulto mayor. SABE I - II. (2009). INEC-MIES-MSP. Citado 8 de Dic 2014. Obtenido de [http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com\\_remository&itemid](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&itemid)
- Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador (2014). Citado el 12 de Dic 2014. Obtenido de <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/codigo-organico-integral-penal-act.pdf>

- Voces Ausentes, 2012, Elseiver, Citado el 15 de Dic 2014. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-voces-ausentes-opiniones-personas-mayores-13045225>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, Centro Gerontológico Patate, 2012, Citado el 10 de Dic 2014. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/centro.gerontologico.patate>.
- Valoración Geriátrica Integral, Guía de Referencia Rápida, D.F. México, 2012. Citado el 15 de Dic 2014. Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/190\\_gpc\\_evag\\_eriatica/imss-190-10-grr\\_evaluacion\\_geriatrica\\_integral.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/190_gpc_evag_eriatica/imss-190-10-grr_evaluacion_geriatrica_integral.pdf).
- Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 2014, Citado el 4 de Dic 2014. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124>

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA**

**PROQUEST:** Elizabeth Fajardo Ramos, Caracterización del Riesgo Familiar Total de las Familias con Adulto Mayor ubicadas en comuna Seis del municipio de Ibagué. Salud Uninorte. Barranquilla 2008

**PROQUEST:** Jeison Daniel Salazar Pachón, et, al. Revisión Sistemática Sobre el impacto de la actividad física en los trastornos de la marcha en el Adulto Mayor, Apunts, Santiago de Chile, 2014

**PROQUEST:** Javier Olivera et. al, Las características del Adulto Mayor Peruano y las políticas de protección social, Lima, 2014

**GALE CENGAGE LEARNING:** Ana Concepción Flecha Garcia, Bienestar Psicológico Subjetivo y Personas Mayores Residentes, Barcelona, 2010.

**GALE CENGAGE LEARNING:** Adriana Angarita Fonseca, Reproducibilidad de una Prueba para la Evaluación Funcional del Balance Dinámico y la Agilidad del Adulto Mayor, Iatreia, Bucaramanga, 2014.

## ANEXOS

### ANEXO 1.- MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE)


UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

TEMA: “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”

El siguiente cuestionario tiene como finalidad revisar cómo influye el abandono en el estado mental de los adultos mayores institucionalizados

<b>MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE) MODIFICADO</b>						
<b>ORIENTACION</b>						<b>SUBTOTAL</b>
1. TIEMPO:	SEMANA	FECHA	MES	AÑO	ESTACIÓN	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
2.LUGAR:	LUGAR DE RESIDENCIA	LUGAR DE ENTREVISTA.	CIUDAD	PROVINCIA	PAÍS	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
<b>REGISTRO</b>						
PEDIR A PACIENTE QUE REPITA TRES PALABRAS POSTERIORMENTE (PEDIR QUE RECUERDE - PREGUNTA 5)						
3.PALABRAS:	ARBOL	MESA	AVION			/3
	/1	/1	/1			
<b>ATENCION Y CALCULO</b>						
PEDIR A PACIENTE QUE RESTE DE 100 - 7 (DURANTE 5 REPETICIONES)						
4.RESTE DE 100 -7	93 -7	86 .7	79 .7	72 -7	65 -7	/5
	/1	/1	/1	/1	/1	
<b>MEMORIA</b>						
CUALES ERAN LOS 3 OBJETOS QUE PEDI QUE RECORDARA (PREGUNTA 3)						
5.RECUERDE	ARBOL	MESA	AVION			/3
	/1	/1	/1			
<b>LENGUAJE</b>						
5. NOMINACION		LAPIZ	RELOJ			/2
		/1	/1			
6.REPETICION PEDIR A PACIENTE QUE REPITA ORACION: "TRES PERROS EN UN TRIGAL"						
7. COMPRESION : DAR ORDENES SENCILLAS						
		TOME PAPEL CON MANO DERECHA	/1			/3
		DOBLE EL PAPEL POR LA MITAD	/1			
		COLOQUELO EN SUS RODILLAS	/1			
8.LECTURA LEA Y OBEDESCA LA ORDEN ESCRITA			"CIERRE LOS OJOS"			/1
9.ESCRITURA : ESCRIBA UNA ORACION DEBE CONSTAR DE SUJETO Y PREDICADO (TENER SENTIDO)						
10.DIBUJO COPIE EL DIBUJO						
						/1
<b>PUNTUACION TOTAL</b>						<b>/30</b>

### ANEXO 2.- ESCALA DE YESAVAGE

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

TEMA: “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”

El siguiente cuestionario tiene como finalidad revisar cómo influye el abandono en el estado emocional de los adultos mayores institucionalizados

<b>Escala de Yesavage</b>				
<b>Pregunta a realizar</b>	<b>Respuesta afirmativa (otorga punto/1)</b>		<b>Respuesta negativa (no otorga punto)</b>	
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	No		Si	
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si		No	
3- ¿Siente que su vida está vacía?	Si		No	
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si		No	
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	No		Si	
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si		No	
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No		Si	
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Si		No	
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosa nuevas?	Si		No	
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si		No	
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	No		Si	
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si		No	
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	No		Si	
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si		No	
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si		No	
Total: /				



ANEXO 3.- TEST DE PFEIFFER II

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

Tema: “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”

El siguiente cuestionario tiene como finalidad revisar cómo influye el abandono en el estado mental de los adultos mayores institucionalizados

<b>TES DE PFEIFFER II</b>			
<b>Discapacidad</b>	<b>Total (0)</b>	<b>Parcial (1)</b>	<b>Nula (2)</b>
1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?			
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?			
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?			
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?			
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?			
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?			
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?			
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?			
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?			
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?			
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?			
<b>Total =</b>			

ANEXO 4.- OFICIOS DE AUTORIZACION DEL ESTUDIO EN ASILO SAGRADO  
CORAZON DE JESUS

Ambato, 10 de Septiembre del 2014

Sr(a).

Directora del Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato

Presente.

Yo Miguel Ángel Robalino Quintana con CI: 1804630596. Egresado de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, me dirijo a su persona para solicitarle de la manera más comedida se me permite realizar una evaluación y seguimiento del estado mental y emocional de los adultos mayores del asilo con la finalidad de realizar mi trabajo de graduación con el tema “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”, necesario para optar por mi título de Médico General.

Esperando la presente tenga favorable acogida anticipo en expresarle mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.

**Miguel Ángel Robalino Quintana**

**CI: 1804630596**

**Egresado de la Carrera de Medicina**

**Universidad Técnica de Ambato**

ANEXO 5.- OFICIOS DE AUTORIZACION DEL ESTUDIO EN ASILO DE ANCIANOS DE PATATE

Ambato, 10 de Septiembre del 2014

Sr(a).

Director del Asilo de Ancianos de Patate

Presente.

Yo Miguel Ángel Robalino Quintana con CI: 1804630596. Egresado de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, me dirijo a su persona para solicitarle de la manera más comedida se me permite realizar una evaluación y seguimiento del estado mental y emocional de los adultos mayores del asilo con la finalidad de realizar mi trabajo de graduación con el tema “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”, necesario para optar por mi título de Médico General.

Esperando la presente tenga favorable acogida anticipo en expresarle mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.

Miguel Ángel Robalino Quintana

CI: 1804630596

Egresado de la Carrera de Medicina

Universidad Técnica de Ambato

## ANEXO 6.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado (a) a participar en la investigación titulada: “REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS ASILOS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS DE LA CIUDAD DE AMBATO Y ASILO DE ANCIANOS DE PATATE.”

Su participación es completamente voluntaria y antes de tomar cualquier decisión debe leer este formato, hacer todas las preguntas y solicitar las aclaraciones que considere necesarias para comprenderlo.

Los investigadores se comprometen específicamente a no hacer uso de la información para otros fines diferentes a los de esta investigación, que se mencionan a continuación:

- Determinar la repercusión del abandono en el estado de salud mental y emocional del adulto mayor institucionalizado o en centros geriátricos.
- Analizar el estado mental de adultos mayores institucionalizados en asilo sagrado corazón de Jesús y asilo de ancianos de Patate
- Evaluar estado emocional de adultos mayores institucionalizados en asilo sagrado corazón de Jesús y asilo de ancianos de Patate
- Definir una metodología para la evaluación secuencial y periódica del estado psicoemocional del adulto mayor institucionalizado en condición de abandono.

Para lo cual se aplicara una encuesta periódica cada 2 semanas por un periodo de 3 meses,

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de aceptación: \_\_\_\_\_



## Anexo 8

### Base de datos

NUMERO	EDAD	GRUPO DE EDAD	GENERO	NUMERO DE IDENTIFICACION	CENTRO GERIATRICO	CARACTERIZACION DE VISITA O AVANDONO	FRECUENCIA DE LA VISITA
1	91	65-75	femenino	1001	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS
2	85	76-85	femenino	1002	SCJ	abandonado	NO
3	81	76-85	femenino	1003	SCJ	regularmente	C/ 30 DIAS
4	78	76-85	femenino	1004	SCJ	abandonado	NO
5	83	76-85	femenino	1005	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS
6	90	86-95	femenino	1006	SCJ	regularmente	C/ 30 DIAS
7	87	86-95	femenino	1007	SCJ	abandonado	NO
8	85	76-85	femenino	1008	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
9	93	86-95	masculino	1009	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
10	88	86-95	femenino	1010	SCJ	abandonado	NO
11	85	76-85	femenino	1011	SCJ	regularmente	C/ 30 DIAS
12	84	76-85	femenino	1012	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
13	70	65-75	masculino	1013	SCJ	abandonado	NO
14	79	76-85	femenino	1014	SCJ	abandonado	NO
15	96	MAS DE 96	masculino	1015	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
16	90	86-95	femenino	1016	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS
17	82	76-85	femenino	1017	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS
18	67	65-75	femenino	1018	SCJ	abandonado	NO
19	86	86-95	femenino	1019	SCJ	abandonado	NO
20	96	MAS DE 96	femenino	1020	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
21	78	76-85	femenino	1021	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
22	68	65-75	femenino	1022	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS

23	92	86-95	femenino	1023	SCJ	regularmente	C/ 15 DIAS
24	88	86-95	femenino	1024	SCJ	regularmente	C/ 30 DIAS
25	78	76-85	femenino	1025	SCJ	regularmente	C/7 DIAS
26	69	65-75	femenino	1026	SCJ	regularmente	C/ 30 DIAS
27	73	65-75	femenino	1027	Patate	abandonado	NO
28	83	76-85	masculino	1028	Patate	abandonado	NO
29	85	76-85	masculino	1029	Patate	abandonado	NO
30	78	76-85	femenino	1030	Patate	abandonado	NO
31	89	86-95	femenino	1031	Patate	abandonado	NO
32	85	76-85	masculino	1032	Patate	abandonado	NO
33	70	65-75	femenino	1033	Patate	regularmente	C/ 30 DIAS
34	97	MAS DE 96	masculino	1034	Patate	abandonado	NO
35	78	76-85	masculino	1035	Patate	abandonado	NO
36	80	76-85	masculino	1036	Patate	abandonado	NO
37	83	76-85	femenino	1037	Patate	abandonado	NO
38	66	65-75	femenino	1038	Patate	abandonado	NO
39	68	65-75	masculino	1039	Patate	abandonado	NO
40	76	76-85	femenino	1040	Patate	abandonado	NO
41	75	65-75	femenino	1041	Patate	abandonado	NO
42	66	65-75	masculino	1042	Patate	abandonado	NO
43	68	65-75	femenino	1043	Patate	abandonado	NO
44	84	76-85	femenino	1044	Patate	regularmente	C/ 30 DIAS
45	78	76-85	femenino	1045	Patate	abandonado	NO
46	65	65-75	femenino	1046	Patate	abandonado	NO
47	76	76-85	femenino	1047	Patate	abandonado	NO
48	81	76-85	masculino	1048	Patate	abandonado	NO
49	68	65-75	masculino	1049	Patate	abandonado	NO

<b>50</b>	79	76-85	masculino	1050	Patate	abandonado	NO
<b>51</b>	87	76-85	femenino	1051	Patate	abandonado	NO

Base de datos evaluaciones mental, emocional de los adultos mayores (primera evaluación)

<b>NUMERO</b>	<b>MMSE (1)</b>	<b>MMSE (RANGO 1)</b>	<b>Escala de Yesavaje (1)</b>	<b>YESAVAJE (RANGO 1)</b>	<b>TEST DE PFEIFFER</b>	<b>PFEIFFER (RANGO)</b>
<b>1</b>	28	MAS DE 27 (NORMAL)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	12	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>2</b>	23	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	18	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>3</b>	24	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	7	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>4</b>	12	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	18	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>5</b>	15	12-24 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)	12	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>6</b>	18	12-24 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)	11	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>7</b>	23	12-24 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>8</b>	23	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	15	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>9</b>	28	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	13	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>10</b>	16	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	15	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>11</b>	28	MAS DE 27 (NORMAL)	2	NORMAL (0-4)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>12</b>	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	11	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>13</b>	4	MENOS DE 5 TERMINAL	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	21	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>14</b>	13	12-24 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>15</b>	11	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>16</b>	29	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>17</b>	20	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>18</b>	18	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	8	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>19</b>	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
<b>20</b>	20	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	19	POSITIVO(MAS DE 6)



21	25	24-27 SOSPECHOSO	4	NORMAL (0-4)	11	POSITIVO(MAS DE 6)
22	26	24-27 SOSPECHOSO	2	NORMAL (0-4)	8	POSITIVO(MAS DE 6)
23	21	12-24 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
24	23	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	12	POSITIVO(MAS DE 6)
25	23	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
26	22	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
27	8	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
28	18	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	18	POSITIVO(MAS DE 6)
29	15	12-24 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
30	5	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	11	POSITIVO(MAS DE 6)
31	19	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	16	POSITIVO(MAS DE 6)
32	6	5-12 (DEMENCIA)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	17	POSITIVO(MAS DE 6)
33	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	18	POSITIVO(MAS DE 6)
34	3	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	21	POSITIVO(MAS DE 6)
35	10	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
36	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
37	20	12-24 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	12	POSITIVO(MAS DE 6)
38	27	MAS DE 27 (NORMAL)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	8	POSITIVO(MAS DE 6)
39	29	MAS DE 27 (NORMAL)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
40	10	5-12 (DEMENCIA)	4	NORMAL (0-4)	18	POSITIVO(MAS DE 6)
41	9	5-12 (DEMENCIA)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	21	POSITIVO(MAS DE 6)
42	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	22	POSITIVO(MAS DE 6)
43	17	12-24 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
44	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	20	POSITIVO(MAS DE 6)
45	19	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	19	POSITIVO(MAS DE 6)
46	29	MAS DE 27 (NORMAL)	3	NORMAL (0-4)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
47	19	12-24 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	POSITIVO(MAS DE 6)

48	3	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	22	POSITIVO(MAS DE 6)
49	22	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	9	POSITIVO(MAS DE 6)
50	4	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	13	POSITIVO(MAS DE 6)
51	6	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	10	POSITIVO(MAS DE 6)

Base de datos evaluaciones mental, emocional de los adultos mayores (segunda y tercera evaluación)

NUMERO	MMSE (2)	MMSE (RANGO 2)	Escala de Yesavaje (2)	YESAVAJE (RANGO 2)	MMSE (3)	MMSE (RANGO 3)	Escala de Yesavaje (3)	YESAVAJE (RANGO 3)
1	28	MAS DE 27 (NORMAL)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
2	23	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	22	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
3	24	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	24	24-27 SOSPECHOSO	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
4	11	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	13	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
5	15	12-24 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)	15	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
6	18	12-24 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)	18	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
7	22	12-24 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	22	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
8	23	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
9	27	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
10	16	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	15	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
11	28	MAS DE 27 (NORMAL)	2	NORMAL (0-4)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	3	NORMAL (0-4)
12	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	25	24-27 SOSPECHOSO	2	NORMAL (0-4)
13	3	MENOS DE 5 TERMINAL	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
14	12	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)
15	11	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
16	29	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
17	20	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	20	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
18	16	12-24 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)	16	13-23 (DETERIORO)	6	NORMAL (0-4)

19	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	9	DEPRESION LEVE (5-8)
20	20	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	20	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION GRAVE (12-15)
21	25	24-27 SOSPECHOSO	4	NORMAL (0-4)	26	24-27 SOSPECHOSO	5	DEPRESION LEVE (5-8)
22	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)
23	21	12-24 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	21	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)
24	23	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
25	23	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	23	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
26	22	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	22	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION MODERADA (9-11)
27	8	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	7	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
28	18	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	17	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
29	16	12-24 (DETERIORO)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)	14	13-23 (DETERIORO)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
30	5	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)
31	19	12-24 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	17	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
32	6	5-12 (DEMENCIA)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)
33	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
34	3	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
35	10	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	8	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
36	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	5	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
37	19	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	18	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
38	25	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	25	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION LEVE (5-8)
39	28	MAS DE 27 (NORMAL)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION LEVE (5-8)
40	10	5-12 (DEMENCIA)	4	NORMAL (0-4)	10	5-12 (DEMENCIA)	6	NORMAL (0-4)
41	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	5-12 (DEMENCIA)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
42	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)
43	17	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	17	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
44	10	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	5-12 (DEMENCIA)	7	DEPRESION LEVE (5-8)

45	19	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	18	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
46	28	MAS DE 27 (NORMAL)	4	NORMAL (0-4)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	5	NORMAL (0-4)
47	16	12-24 (DETERIORO)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)	16	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
48	3	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)
49	21	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	20	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
50	3	MENOS DE 5 TERMINAL	15	DEPRESION GRAVE (12-15)	6	5-12 (DEMENCIA)	15	DEPRESION GRAVE (12-15)
51	5	5-12 (DEMENCIA)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	6	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)

Base de datos evaluaciones mental, emocional de los adultos mayores (cuarta y quinta evaluación)

NUMERO	MMSE (4)	MMSE (RANGO 4)	Escala de Yesavaje (4)	YESAVAJE (RANGO 4)	MMSE (5)	MMSE (RANGO 5)	Escala de Yesavaje (5)	YESAVAJE (RANGO 5)
1	27	MAS DE 27 (NORMAL)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
2	22	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	22	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
3	23	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	24	24-27 SOSPECHOSO	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
4	11	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	10	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
5	16	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	16	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)
6	19	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	19	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)
7	22	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	21	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
8	23	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
9	29	MAS DE 27 (NORMAL)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	29	MAS DE 27 (NORMAL)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
10	17	13-23 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	14	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
11	27	MAS DE 27 (NORMAL)	2	NORMAL (0-4)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	4	NORMAL (0-4)
12	25	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	25	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)
13	3	MENOS DE 5 TERMINAL	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	2	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)

14	11	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	11	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
15	11	5-12 (DEMENCIA)	8	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	5-12 (DEMENCIA)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
16	28	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
17	21	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	21	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
18	17	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	16	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
19	4	MENOS DE 5 TERMINAL	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
20	21	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	20	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
21	26	24-27 SOSPECHOSO	5	DEPRESION LEVE (5-8)	25	24-27 SOSPECHOSO	5	DEPRESION LEVE (5-8)
22	26	24-27 SOSPECHOSO	2	NORMAL (0-4)	26	24-27 SOSPECHOSO	4	NORMAL (0-4)
23	22	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	21	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
24	22	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
25	23	13-23 (DETERIORO)	2	NORMAL (0-4)	23	13-23 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)
26	22	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	22	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
27	7	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)	6	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
28	17	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	17	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
29	13	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	13	13-23 (DETERIORO)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
30	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)
31	17	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION LEVE (5-8)	17	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
32	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
33	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
34	3	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	2	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
35	8	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)	7	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
36	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	5	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
37	19	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	19	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)

38	25	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION LEVE (5-8)	25	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
39	27	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION LEVE (5-8)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
40	10	5-12 (DEMENCIA)	6	NORMAL (0-4)	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
41	8	5-12 (DEMENCIA)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	8	5-12 (DEMENCIA)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
42	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)
43	16	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	15	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
44	10	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
45	18	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	17	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
46	27	MAS DE 27 (NORMAL)	5	NORMAL (0-4)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	5	DEPRESION LEVE (5-8)
47	16	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	19	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
48	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	6	DEPRESION LEVE (5-8)
49	20	13-23 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	19	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
50	7	5-12 (DEMENCIA)	15	DEPRESION GRAVE (12-15)	7	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
51	6	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	6	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)

Base de datos evaluaciones mental, emocional de los adultos mayores (sexta y séptima evaluación)

NUMERO	MMSE (6)	MMSE (RANGO 6)	Escala de Yesavaje (6)	YESAVAJE (RANGO 6)	MMSE (7)	MMSE (RANGO 7)	Escala de Yesavaje (7)	YESAVAJE (RANGO 7)
1	27	MAS DE 27 (NORMAL)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	27	MAS DE 27 (NORMAL)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
2	22	12-24 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	21	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
3	23	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	23	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
4	10	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	9	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
5	15	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	16	13-23 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)
6	19	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	19	13-23 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)

7	20	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	20	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
8	22	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
9	29	MAS DE 27 (NORMAL)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
10	13	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	12	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION MODERADA (9-11)
11	28	MAS DE 27 (NORMAL)	3	NORMAL (0-4)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	3	NORMAL (0-4)
12	25	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)
13	3	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
14	11	12-24 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	11	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
15	11	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	11	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
16	29	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	28	MAS DE 27 (NORMAL)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
17	19	12-24 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)	20	13-23 (DETERIORO)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
18	16	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	15	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
19	4	MENOS DE 5 TERMINAL	8	DEPRESION LEVE (5-8)	4	MENOS DE 5 TERMINAL	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
20	20	12-24 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	20	13-23 (DETERIORO)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
21	25	24-27 SOSPECHOSO	5	DEPRESION LEVE (5-8)	25	24-27 SOSPECHOSO	4	NORMAL (0-4)
22	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)	26	24-27 SOSPECHOSO	3	NORMAL (0-4)
23	21	12-24 (DETERIORO)	5	DEPRESION LEVE (5-8)	21	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
24	23	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	23	13-23 (DETERIORO)	6	DEPRESION LEVE (5-8)
25	22	12-24 (DETERIORO)	3	NORMAL (0-4)	23	13-23 (DETERIORO)	4	NORMAL (0-4)
26	22	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	21	13-23 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
27	6	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)	6	5-12 (DEMENCIA)	14	DEPRESION GRAVE (12-15)
28	17	12-24 (DETERIORO)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	16	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
29	13	12-24 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	12	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
30	4	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	5	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)

31	16	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	15	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
32	5	5-12 (DEMENCIA)	12	DEPRESION GRAVE (12-15)	5	MENOS DE 5 TERMINAL	12	DEPRESION GRAVE (12-15)
33	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	9	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
34	3	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
35	8	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	8	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
36	5	5-12 (DEMENCIA)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	5	MENOS DE 5 TERMINAL	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
37	18	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	17	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
38	24	24-27 SOSPECHOSO	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	25	24-27 SOSPECHOSO	10	DEPRESION MODERADA (9-11)
39	26	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	26	24-27 SOSPECHOSO	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
40	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	5-12 (DEMENCIA)	6	NORMAL (0-4)
41	8	5-12 (DEMENCIA)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	8	5-12 (DEMENCIA)	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
42	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)	1	MENOS DE 5 TERMINAL	7	DEPRESION LEVE (5-8)
43	15	12-24 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)	15	13-23 (DETERIORO)	8	DEPRESION LEVE (5-8)
44	9	5-12 (DEMENCIA)	6	DEPRESION LEVE (5-8)	9	5-12 (DEMENCIA)	7	DEPRESION LEVE (5-8)
45	17	12-24 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	17	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
46	26	24-27 SOSPECHOSO	5	DEPRESION LEVE (5-8)	26	24-27 SOSPECHOSO	5	NORMAL (0-4)
47	16	12-24 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)	16	13-23 (DETERIORO)	13	DEPRESION GRAVE (12-15)
48	3	MENOS DE 5 TERMINAL	9	DEPRESION MODERADA (9-11)	3	MENOS DE 5 TERMINAL	9	DEPRESION MODERADA (9-11)
49	20	12-24 (DETERIORO)	10	DEPRESION MODERADA (9-11)	20	13-23 (DETERIORO)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)
50	7	5-12 (DEMENCIA)	15	DEPRESION GRAVE (12-15)	8	5-12 (DEMENCIA)	15	DEPRESION GRAVE (12-15)
51	6	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)	6	5-12 (DEMENCIA)	11	DEPRESION MODERADA (9-11)