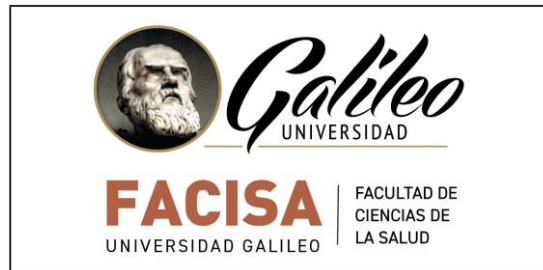


UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA



**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE CHUKMUK III EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLÁN, EN EL DEPARTAMENTO
DE SOLOLÁ, DURANTE EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2024**

INVESTIGACIÓN
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR REBECA NICOLASA CHIYAL LACAN
CON No. DE CARNET 21001387
PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA
GUATEMALA, DICIEMBRE, 2024

INDICE

INTRODUCCION	4
CAPÍTULO I.....	6
MARCO METODOLÓGICO.....	6
1.1 Justificación de la investigación.....	6
1.2 Planteamiento del Problema	8
1.3 Hipótesis	11
1.4 Objetivos de la investigación	11
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Adulto Mayor.....	12
2.2 Conceptos de Calidad de Vida	17
2.3 Condición Socioeconómica:	20
2.4 Espiritualidad:.....	21
2.5 Morbilidades en el Adulto Mayor:	22
2.6 Mortalidades en el Adulto Mayor.....	24
2.7 Valoraciones Geriátricas Integral.....	26
2.8 Institución en donde se desarrollará la investigación	29
CAPÍTULO III.....	34
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	34
3.1 Método de Investigación	34
3.2 Técnicas de recolección:.....	34
3.3 Instrumentos de recolección de la información.....	35
3.4 Cronograma de actividades.....	37
3.5 Recursos	37
CAPÍTULO IV.	39
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	39
4.1 Resultados:	39
4.2 Discusión:	45
CAPÍTULO V.....	53

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1 Conclusiones:	53
5.2 Recomendaciones:	54
CAPÍTULO VI.	57
BIBLIOGRAFÍA	57
CAPÍTULO VII	59
ANEXOS	59

INTRODUCCION

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Surgió en Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial. A partir de ahí, diversos investigadores se interesaron por averiguar la percepción de las personas sobre su vida, siendo en 1975 cuando se empezó a hablar de la misma. Al mismo tiempo, se implantó el Estado de Bienestar y la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; a raíz de ello, surgió la necesidad de que los Estados Miembros garantizaran a las personas estos derechos mínimos como la salud, vivienda, bienestar, servicios sociales, etc.,. Por tanto, no fue una coincidencia que la calidad de vida surgiera con el Estado de Bienestar y los Derechos Humanos, pues de ellos deriva la garantía y protección del nivel de vida de las personas.

El significado de la calidad de vida puede variar en función de la sociedad, zona geográfica o cultura en la que se vive, pues no hay un término universal que la defina. En el caso de los países desarrollados, se ha logrado satisfacer las necesidades básicas, en cambio, en países subdesarrollados no, por tanto, la concepción de calidad de vida no es la misma. La calidad de vida es esencial para el bienestar social del individuo, así como para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas (alimentación, economía, empleo, sanidad, educación, etc.), con todas ellas estables, se logra mantenerla.

El presente estudio se realizó en Santiago Atitlán, del departamento de Sololá. Abarcó el tema en diferentes contextos que incluían el estado socioeconómico, situación familiar, vivienda, relaciones sociales, el apoyo de la red social y la situación económica, para reflejar la calidad de vida en este grupo etario. En los primeros grupos de edad (60-75 años), hubo más participantes, las mujeres fueron más predominantemente que los hombres, donde la diferencia fue más pronunciada.

El resultado de la encuesta socioeconómica aplicada demostró que el grupo con el mayor porcentaje de personas se ubicó entre los 11 a 15 puntos, con 40% de la población. Esto indicó que la mayoría de las personas se encontró en una condición socioeconómica Media Baja. El segundo grupo más grande fue el de 6 a 10 puntos, que representó 32.5% de la población con condición socioeconómica Medio.

Los resultados obtenidos a través de la escala de Whoqol-Old reflejaron que la mayoría de las personas, es decir, el 80%, se encontró en calidad de vida Buena. Así mismo, el 17.5%, tuvo una

calidad de vida Regular. Este porcentaje fue moderado, lo que sugirió que hubo una proporción menor que experimentó una calidad de vida intermedia.

En cuanto a la evaluación del estado nutricional mediante el Índice de Masa Corporal; los resultados indicaron la presencia de 10 personas en la categoría Adelgazado. 17 personas en Normal, 10 en Sobrepeso, y tres personas en Obesidad.

Para profundizar el conocimiento sobre la nutrición de los participantes se aplicó la escala de DNA de Payette lo que reflejó una persona con riesgo bajo, 20 con riesgo moderado, 19 con riesgo elevado. Esto sugirió que casi el 50% de la muestra estuvo en riesgo elevado de problemas nutricionales, datos que fueron alarmantes para las autoridades de salud competentes.

En consecuencia, se tuvo la necesidad de aplicar la escala Mini Nutritional Assessment la cual fue más específica en indicar los datos de desnutrición y aquellos en riesgo de desnutrición. En la categoría de Desnutrición: hubo un total de 2 personas. 14 con riesgo de desnutrición, 24 con estado nutricional Normal, 40 desnutridos y 16 con riesgo de desnutrición.

Por otro lado, no hay salud si no hay salud mental. Los participantes fueron entrevistados a través del test Mini Mental para valorar su estado mental. Se demostró que hubo un total de 25 personas que tuvo un estado mental saludable clasificadas como normal. Cuatro personas con sospecha patológica, 9 personas con deterioro cognitivo moderado o en progreso en estos individuos. En la categoría Demencia, hubo un total de 2 personas. Cabe resaltar en este apartado que tuvo influencia el nivel académico de cada participante, en su mayoría cursó el grado de primaria, otros sin ningún nivel educativo, mientras que en algunas secciones de la escala Mini Mental requirió la habilidad en lectura y escritura lo que les proporciono un puntaje menor a aquellos que no sabían leer ni escribir, por lo tanto, es necesario un estudio más amplio con adaptación cultural y educativo.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

Hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de estas. En las últimas décadas se ha empezado a hablar mucho de “calidad de vida” tema de importancia para los especialistas y no especialistas tales como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada uno ha enfocado el término de manera diferente, en consonancia con su profesión. (Rubio Olivares, Rivera Martínez, & Borges Oquendo, 2015)

Los adultos mayores en Guatemala eran las personas que se encontraban por encima de los 60 años y, por las propias condiciones de la matriz social del país, se les incluía dentro de las poblaciones denominadas vulnerables, debido a que estaban expuestos, por edad, condición laboral y situación familiar, a diferentes presiones y afecciones, como la falta o baja significativa en sus ingresos, problemas recurrentes de salud e incluso abandono familiar. Según datos de la Comisión Económica para América Latina de la ONU, en Guatemala, más del 40% de la población adulta mayor se encontraba bajo la línea de la pobreza. El 88% vivía sin acceso a una pensión o jubilación, y el 12% que tenía acceso a estas no podía cubrir sus necesidades debido a los bajos montos que recibían, lo que les impedía vivir de una manera digna. (Red Latinoamericana de Gerontología, 2012)

La situación que reflejaba el grado de marginalidad, exclusión y vulnerabilidad en la que se encontraba este grupo poblacional guatemalteco era mayormente angustiante, especialmente cuando se analizaba lo relativo a la seguridad social. Los adultos mayores que no tenían la oportunidad de cotizar al régimen del IVS del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) o a las clases pasivas del Estado veían agravada su situación a esa edad y se enfrentaban a la vida en condiciones mayormente adversas.

La vivencia de los adultos mayores en Santiago Atitlán se diferenciaba un poco debido a la influencia cultural, creencias y religión. A nivel nacional, la institucionalización de los adultos mayores en casas “especializadas” para sus cuidados “óptimos” había ido en aumento, esto era practicado por familias con ingresos económicos cómodos para poder costear estos espacios. Al contrario, en Santiago Atitlán, la mayoría de los adultos

mayores vivían con sus propias familias, parejas, hijos, entre otros. Los factores que más afectaban a esta población eran la escasez económica y educativa.

La investigación realizada aportó un conocimiento más profundo sobre el estilo de vida de los adultos mayores locales, reflejando su relación socioeconómica, condiciones de salud, condiciones de alimentación, ocio, su círculo espiritual, y relaciones intrafamiliares. Esto permitió educar a la familia, la sociedad y al personal de salud sobre la importancia de los cuidados de esta población mayor, ya que a nivel mundial se les consideraba como el grupo etario con menor pronunciación en cuanto a la violencia a sus derechos y, en algunos espacios, eran olvidados o catalogados como personas de poco valor debido a la poca o nula participación y aporte social.

Según los resultados de esta investigación, se resolvieron varias problemáticas que vivían los adultos mayores de Santiago Atitlán, promoviendo la educación de la población atitlaneca sobre este grupo etario. Además, se reflejaron las condiciones de salud en las que vivían los adultos mayores, lo que sirvió al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) local (Centro de Salud) para implementar estrategias que les prestaran mayor atención, dándoles un servicio de salud integral con el uso de su personal multidisciplinario para un manejo especializado e integrado, según lo demandaba el Código de Salud y las Normas del Primero y Segundo Nivel de Atención, en las cuales estaba designado el Módulo 6, llamado “Personas Adultas y Personas Mayores” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018)

En cuanto a la sociedad, se reflejó la relación y participación del adulto mayor en las instituciones laborales, religiosas y culturales, cuyas esferas componen la vida general de cada persona. Si alguna de estas esferas se veía inactiva, afectada u omitida, repercutía en la salud física, psicológica, espiritual y nutricional del adulto mayor. Por ello, esta investigación resolvió muchas de las creencias negativas que se tenían sobre los adultos mayores y, en respuesta, promovió aún más la salud de este grupo etario, educando a la población mediante el uso de medios de comunicación, redes sociales, perifoneo, y reuniones grupales de líderes comunitarios, para comenzar la integración de los adultos mayores en la comunidad y así evitar llegar al abandono de estas personas y violentar sus múltiples derechos, que debido a la falta o escasez educativa, no conocían ni reclamaban.

El envejecimiento es un proceso que todo ser vivo pasa sin opción a omitir este ciclo de vida, salvo por muertes tempranas debido a enfermedades, accidentes, homicidios, entre otros. Lo que se pretendía era dar una mejor calidad de vida a la población adulta mayor actual y la venidera, educando a los jóvenes y niños, quienes serían los actores sobre los cuidados de sus familiares o aquellas instituciones dedicadas al cuidado de esta población, para que tuvieran un vasto conocimiento, no solo sobre enfermedades o la prolongación de la vida, sino también para dar una calidad de vida a cada persona, lo que sería el mejor regalo de vida para cada adulto mayor. Esto incluía dar amor, manejo del dolor, cuidado físico profesional y de cuidador entrenado, nutrición adecuada, vestuario limpio y apropiado, salud mental, salud emocional, salud espiritual, inclusión y aprovechamiento de las capacidades intelectuales de estas personas para un aporte en el desarrollo social de su comunidad.

En este estudio se investigó la calidad de vida de los adultos mayores según las características del pueblo maya de Santiago Atitlán, lo que incluyó: las condiciones socioeconómicas, vivienda, ingresos económicos, acceso a la salud, alimentación, participación comunitaria y relaciones intrafamiliares. Asimismo, se investigaron las enfermedades más comunes en este grupo etario a través del examen físico médico y los riesgos a los que estaban expuestos, utilizando cuestionarios sobre la situación socioeconómica y escalas de valoración integral para medir la calidad de vida, como el Whoqol-Old (Enfermería Global, 2020) el DNA de Payette (Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, 2024), el Mini Nutritional Assessment y el Mini Mental (Nestle Nutrition Institute, 2009)

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Definición del problema:

Se había visto en Santiago Atitlán que los adultos mayores eran una población parcialmente olvidada, que no disfrutaba de sus derechos establecidos por la ley. Además, por falta de educación poblacional, se estigmatizaba a estas personas, pensando que al llegar a cierta edad uno como ser humano dejaba de ser “útil”. Se catalogaba a la persona como un gasto, como un obstáculo para el desarrollo familiar, una carga, entre otros, sin aprovechar los conocimientos y habilidades que muchos aún tenían en una edad avanzada.

Probablemente, por diversas razones, una persona adulta perdía o le deterioraban algunas habilidades físicas, motoras o intelectuales, pero en su mayoría poseían grandes conocimientos y experiencias que debían ser aprovechados por las familias cercanas, las empresas y la propia sociedad. Si no se estudiaba a profundidad

cuál era la calidad de vida que los mayores locales tenían, no se reflejaba la verdadera condición en la que la mayoría vivía. Por lo tanto, no habría acciones por parte de los diferentes líderes de instituciones y comunitarios, y todo seguiría igual o, incluso, un poco peor.

En el Centro de Salud de Chukmuk III de Santiago Atitlán no se observaba mucha población geriátrica, no porque no existiera, sino porque para mucha gente era normal que el adulto mayor tuviera muchas enfermedades, y se pensaba que era en vano curarlo porque era el curso natural para morir debido a su edad. Consideraban que la calidad de vida solo abarcaba el estar bien físicamente, sin tomar en cuenta las esferas psicológica, emocional, espiritual y nutricional. Tampoco creían que un adulto mayor tuviera derecho a tener una vivienda digna, una familia con quien compartir, participación social, recreación y ocio. En algunos casos, se habían observado robos de sus patrimonios, abandonos, violaciones físicas, violencia intrafamiliar, entre otros. Como resultado de estas problemáticas, surgió esta investigación, la cual se enfocó en el estudio de la calidad de vida de los adultos mayores de esta localidad.

1.2.2 Especificación del problema:

¿Qué calidad de vida tuvieron las personas catalogadas como adultos mayores que acudió al Centro de Salud de Chukmuk II del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, durante el período de julio a diciembre de 2024?

1.2.3 Delimitación del problema

Calidad de vida en personas catalogadas como adultos mayores que acudió al Centro de Salud de Chukmuk III del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, durante el período de julio a diciembre 2024.

1.2.3.1 Unidad de análisis:

Mujeres y hombres adultos mayores de 60 años en adelante que acudió al Centro de Salud de Chukmuk III del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, durante el periodo de julio a diciembre 2024.

1.2.3.2 Sujetos de investigación

Todas las personas adultas mayores sin importar sexo, que acudió al Centro de Salud de Chukmuk III del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, durante el periodo de julio a diciembre 2024.

Los criterios de inclusión fueron:

Hombre y mujer adulto mayor de 60 años en adelante
Adultos Mayores con o sin enfermedades crónicas.
Originarios de Santiago Atitlán
Todos que acuden al Centro de Salud de Chukmuk III
Todos los adultos mayores que sepan o no leer y escribir

Los criterios de exclusión fueron:

Hombre y mujeres, menor de 60 años
Adultos Mayores con problemas mentales
Originarios de otros pueblos vecinos de Santiago Atitlán
Adultos Mayores Bebedores Alcohólicos Crónicos.
Adultos mayores sordos y/o mudos

1.2.3.3 Tamaño de la muestra:

Cuarenta personas Adultas Mayores que consultaron al Centro de Salud de Chukmuk III en el municipio de Santiago Atitlán, en el departamento de Sololá durante el período de Julio a diciembre 2024.

1.2.3.4 Ámbito geográfico:

El municipio de Santiago Atitlán es el número 19 del departamento de Sololá, ubicado en el suroccidente del departamento; con una población de 47,407 habitantes según proyección INE 2024, de los cuales un 51% corresponde al género femenino y 49% al género masculino, el 98 % es de la etnia maya tzutuhil, con una densidad poblacional de 349 habitantes por kilómetros cuadrados. (Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Sololá).

El Centro de Salud tipo “B” fue fundado en el año 1970, prestando servicios en el casco urbano y en el año 2009 por indicaciones de gobierno de turno, amplía sus horarios de atención con funcionalidad de Centro de Atención Permanente -CAP-, actualmente está ubicada en la comunidad de Chuk-Muk III, del municipio de Santiago Atitlán, situado a una distancia de 60 km de la cabecera departamental y a 147 km de la ciudad de Guatemala y en la localidad se encuentra a 100 metros de la carretera camino a San Lucas Tolimán. (Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Sololá, 2024).

El establecimiento de salud atiende a toda la población de su jurisdicción, sin embargo, ante la transición epidemiológica, el crecimiento poblacional y las demandas sociales de atención actualmente rebasan sus capacidades instaladas que demanda la categorización del servicio. (Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Solola, 2024)

1.2.3.5 Ámbito temporal:

La investigación se realizó durante el período de julio a diciembre del año 2024

1.3 Hipótesis

Por el tipo de investigación no aplica, el planteamiento de hipótesis

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

Determinar la calidad de vida en los adultos mayores, que acudió al centro de salud de Chukmuk II, en el municipio de Santiago Atitlán, en el departamento de Sololá, durante el período de julio a diciembre de 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 Identificar la condición socioeconómica de los adultos mayores a través de una encuesta socioeconómica y la escala de Whoqol-Old.

1.4.2.2 Identificar los aspectos antropométricos y estado nutricional de los adultos mayores a través de las escalas Mini Nutritional Assessment DNA de Payette.

1.4.2.3 Identificar la salud mental en los adultos mayores mediante la escala Mini Mental.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto Mayor

2.1.1. Definición

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural, cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada. La frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, en todas las sociedades, la edad de vejez establecida se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales o funcionales para mantener la autonomía e independencia, lo que, si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la estructura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad y la mente, es decir, en la edad social. En Guatemala toda persona por arriba de 70 años se cataloga como persona adulta mayor.

La OMS clasifica a los adultos mayores de la siguiente manera, 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años, viejos o ancianos, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo Individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

2.1.2 Antecedentes médicos del Adulto Mayor:

La entrevista y la evaluación de los ancianos suele requerir más tiempo, en parte porque tienen características que interfieren sobre la evaluación. Deben considerarse los siguientes elementos:

Deficiencias sensitivas: si el paciente usa prótesis dentales, lentes o audífonos en condiciones normales, debe usarlos para facilitar la comunicación durante la entrevista. Una iluminación adecuada y la eliminación de distracción visual o auditiva también ayuda.

Subnotificación de los síntomas: los pacientes mayores pueden no informar síntomas que pueden considerar de manera incorrecta como parte del envejecimiento normal (p. ej., disnea, deficiencias auditivas o visuales, problemas de memoria, incontinencia, trastornos de la marcha, estreñimiento, mareos, caídas). Sin embargo, ningún síntoma debe atribuirse al envejecimiento normal salvo que se realice una evaluación minuciosa y se excluyan otras posibles causas.

Manifestaciones no habituales de un trastorno: los ancianos pueden no experimentar las manifestaciones típicas de la enfermedad. En cambio, pueden manifestar síntomas inespecíficos (p. ej., cansancio, confusión, pérdida de peso).

Deterioro funcional como única manifestación: las enfermedades pueden manifestarse sólo con deterioro funcional. En ese caso, las preguntas habituales pueden no resultar útiles. Por ejemplo, cuando se le pregunta a un paciente con artritis grave por síntomas articulares, puede no informar el dolor, edema ni rigidez, pero si se le pregunta acerca de cambios en las actividades, puede informar, por ejemplo, que desde hace bastante tiempo no realiza caminatas ni concurre al hospital para realizar tareas voluntarias.

La averiguación acerca de la duración del deterioro funcional (p. ej., ¿desde hace cuánto tiempo no es capaz de realizar las compras por sus propios medios?) puede proporcionar información útil. La identificación de los pacientes que empiezan a experimentar dificultades para llevar a cabo actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) o actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC) puede ayudar a restablecer la función o prevenir un deterioro adicional y, en consecuencia, mantener la independencia del paciente.

Dificultades para recordar: los pacientes pueden no recordar con exactitud los antecedentes de enfermedades, hospitalizaciones, operaciones y consumo de fármacos, y el médico debe obtener estos datos de otras fuentes (p. ej., miembros de la familia, registro de salud ambulatoria o historia clínica).

Miedo: los ancianos pueden mostrarse reticentes a informar síntomas porque temen la hospitalización, que pueden asociar con la muerte.

Trastornos y problemas relacionados con la edad: la depresión (frecuente en adultos mayores vulnerables y enfermos), las pérdidas acumulativas asociadas con la vejez y las molestias ocasionadas por la enfermedad pueden determinar que los ancianos sean menos aptos para proporcionar información relacionada con la salud a los médicos. Los pacientes con afectación cognitiva pueden hallar dificultades para describir sus problemas, lo que impediría la evaluación médica.

A menudo, ciertas claves verbales y no verbales (p. ej., la forma en que se relata la historia, la velocidad del habla, el tono de la voz, el contacto ocular) pueden ofrecer información, como se ve a continuación:

Depresión: los ancianos pueden omitir o negar los síntomas de ansiedad o depresión, pero los expresan a través de una disminución del volumen de la voz y el entusiasmo o, incluso, con lágrimas.

Salud física y mental: la información de los pacientes acerca del sueño y el apetito puede ser muy reveladora.

Aumento o descenso de peso: los médicos deben señalar cambios en la forma en que les calza la ropa o las prótesis dentales.

Antecedentes Nutricionales:

Dietas especiales (p. ej., hiposódica, con bajo contenido de hidratos de carbono) o dietas muy hipocalóricas autoprescritas

Ingesta de fibras en la dieta y vitaminas que se venden bajo receta o de venta libre

Pérdida de peso o cambios en la forma que le queda la ropa

Cantidad de dinero que gasta el paciente en alimentos

Accesibilidad a los alimentos y artefactos adecuados para cocinar

Variedad y frescura de los alimentos

Antecedentes Farmacológicas:

Se deben registrar los antecedentes farmacológicos y se debe dar una copia a los pacientes o a su cuidador.

Debe contener

Fármacos utilizados

Dosis

Esquema de dosificación

Médico que lo prescribió

Razón de la prescripción

Naturaleza precisa de alergias farmacológicas

Deben registrarse todos los fármacos y sustancias utilizados, incluidos

Fármacos tópicos (que puede ser absorbidos sistémicamente)

Medicamentos de venta libre (que pueden ocasionar graves consecuencias si se abusa de ellos y pueden interactuar con los medicamentos recetados)

Suplementos dietéticos

Preparados de hierbas medicinales (porque muchos pueden interactuar de manera adversa con medicamentos que se venden bajo receta y de venta libre)

Alcohol

Cafeína

Otras drogas recreativas (p. ej., marihuana)

Antecedentes Traumáticos:

La importancia de conocer la historia de traumas físicos, caídas, golpes que ha recibido el adulto mayor en su trayecto de vida lo cual influirá en su calidad de vida en la vejez.

Antecedentes Sociales y Familiares:

Los médicos deben formular las siguientes preguntas:

Frecuencia y naturaleza de los contactos sociales tanto en persona, por teléfono y en línea (p. ej., amigos, grupos de personas mayores), visitas familiares y participación religiosa o espiritual

Conducción y disponibilidad de otras formas de transporte, incluidos los servicios de transporte compartido

Cuidadores y sistemas de apoyo (p. ej., lugares de culto, grupos de adultos mayores, amigos, vecinos) que están disponibles para el paciente

Capacidad de los miembros de la familia de ayudar al paciente (p. ej., capacidad laboral, estado de salud, lejanía respecto del domicilio del paciente)

Actitud del paciente hacia los miembros de su familia y de ellos hacia él (incluso nivel de interés para ayudarlo y deseo de ayudar)

Cuidadores:

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor.

El propósito de este trabajo es ayudar al adulto mayor y a sus cuidadores a enfrentar el envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo e interviniendo en el favorecimiento de sus fuentes de poder. Estas últimas son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

Para lograr lo anterior, se requiere de personas que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo personal. El cuidador debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido. En la identificación de la fragilidad real y de la dependencia del adulto mayor, radica la posibilidad de hacer bien a otro. Esto puede construirse y experimentarse en quien se empeñe en ser cuidador. Con la experiencia de un adulto mayor necesitado de salud, nace la posibilidad de hacer bien a otro. Se puede ser responsables de otro, cuando se descubre que no se está solo en el mundo y que es posible estar con nuestros semejantes cuidándolos y cuidándonos.

Hay que considerar que en muchos casos ser adulto mayor es ser vulnerable cuando se está expuesto a un mayor desgaste o a la soledad. Los cuidadores deben saber que toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral. Según ésta, el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve. En este sentido, existe una importante labor de educación sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor dependiente o disfuncional.

2.1.3 Breve historia de la Geriátría y la Gerontología en Guatemala

La asistencia gerontológica se inició en Guatemala en el gobierno del General Jorge Ubico, inaugurando el primer “Asilo de Ancianos” el 1 de noviembre de 1934, aprobando su reglamento el 25 de abril de 1940.

Luego, en 1955, se fundó el patronato para ancianos, que luchaba por establecer otros centros similares en todo el país, emprender campañas a favor de la ancianidad, además de mejorar las condiciones del único asilo existente.

Entre 1956 y 1957, Guatemala presentó un trabajo sobre la asistencia geriátrica al Primer Congreso Panamericano de Gerontología y al VII Congreso Médico Americano.

Para 1958 existían ya cuatro asilos de ancianos, tres de ellos auspiciados por asociaciones y patronatos independientes.

El Dr. Manuel Antonio Girón Mena, Médico y Especialista en Salud Pública, catedrático por más de 30 años en la Facultad de Medicina Preventiva y Social en la Facultad de Ciencias Médicas (USAC), a su retiro se dedicó a la Gerontología y escribió los libros, Gerontología y Geriátría Social 1982, (GORDILLO, 2020)

Liberación de la Vejez 1936 (mereció el Quetzal de Oro que otorga la Asociación de Periodistas de Guatemala APG, al mejor libro del año en 1986)

GEROCULTURA EN 1991:

El Dr. Girón Mena fue presidente de la Asociación Gerontológica de Guatemala y vicepresidente del Comité Nacional de Prevención de la Vejez. Desde que se celebró la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, represento a Guatemala a varios encuentros internacionales y organizo seminarios sobre envejecimiento.

La Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto Número 80-96 del Congreso de la República y sus reformas, en el artículo 32 crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que se podrá abreviar CONAPROV; el cual está integrado de la siguiente manera: a) Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (SOSEP), b) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); c) Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB); d) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); e) Procuraduría General de la Nación (PGN); y, f) dos delegados de las instituciones públicas o privadas vinculadas con la problemática de las personas de la tercera edad. (GORDILLO, 2020)

Esta misma Ley, establece que estará adscrito en todas sus funciones a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente de la República-SOSEP. El mismo artículo indica que la SOSEP y el CONAPROV estarán encargados de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada, por medio del Programa Nacional de la Ancianidad. Actualmente la Procuraduría de derechos Humanos del adulto mayor juega un rol importante en la defensa de los adultos mayores.

2.2 Conceptos de Calidad de Vida

2.2.1 Aspectos subjetivos:

Es un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal.

“Calidad de vida definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella”

“Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente”

“Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno satisfactorio de la vida como un todo”

2.2.2 Aspectos Objetivos:

“Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, material y estructural”

2.2.3 Aspectos Subjetivos y Objetivos:

Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

2.2.4 Breve Historia sobre la Calidad de Vida

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

El término de Calidad de Vida (CV) se incorpora en el discurso científico en los Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial, después de ella muchos investigadores de esa época, comienzan a investigar la percepción que tienen las personas sobre su vida.

La preocupación de las personas por mejorar sus condiciones de vida tanto individuales como sociales, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad y tiene su origen en la Medicina, aunque rápidamente se ha extendido a otras disciplinas como, la Sociología y la Psicología. Sin embargo, el concepto de calidad de vida, sí que es mucho más reciente en la sociedad, es en 1975 cuando se comienza a hablar del término que se expande durante los años 80.

El desarrollo del concepto se divide en dos etapas. La primera de ellas tiene lugar con las primeras civilizaciones y se prolonga hasta finales del siglo XVIII, en la que hay cierta preocupación por la salud pública y privada. En ella, aparecen las primeras normas sociales referidas a la higiene, como es el caso de la contaminación de aguas, estado de alimentos, limpieza de las calles en Inglaterra y Francia, más tarde lo harán en Alemania e Italia.

La segunda, surge tras el desarrollo del estado moderno y la instauración de una serie de leyes, que garantizan los derechos y el bienestar del ciudadano. A finales del siglo XVIII y principios del XIX, aparece una legislación sobre la regulación del trabajo y el descanso, enfermedad, accidentes, maternidad, vejez y muerte. Además, a través de los informes Chadwick 1842 en Inglaterra y Shattuck 1850 en EEUU, se empieza a analizar; “la salubridad pública, condiciones de trabajo, dieta y sistema alimenticio, tasa de mortalidad y la esperanza de vida, sistema de escolarización, estado de las viviendas y de las ciudades, así como las formas de vida de las distintas clases sociales”

En el siglo XIX, se reconocen una serie de derechos humanos y ciudadanos que dan lugar a nuevas formas de calidad de vida, basadas en; “el reconocimiento de la actividad y la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión”

La calidad de vida también se ha vinculado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. A raíz de la Segunda Guerra Mundial con las democracias parlamentarias y la instauración de una economía de mercado que permite un desarrollo económico sin igual.

A finales del siglo XX, aumentó el interés por estudiar la calidad de vida, tras haberse satisfecho las necesidades básicas de la población, había que empezar a trabajar para mejorarla. Los países que han logrado satisfacer las necesidades básicas son los desarrollados, por tanto, el concepto de calidad de vida puede variar, dependiendo de los países, culturas y grupos sociales. (Hernández., 2016).

2.3 Condición Socioeconómica:

El incremento del número de personas adultas mayores constituye una situación que, para poder afrontarla, requiere de una transformación de las sociedades, derivado del incremento de la cantidad de personas que necesitarán recursos y servicios especiales de atención a necesidades específicas, que empiezan a presentarse en los años más tardíos del ciclo de vida.

La situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores es, en general, sumamente alta, principalmente en el área rural y en lo referente a mujeres y población indígena resultando en la situación de exclusión y marginación en que se encuentran. Aunado a lo anterior, la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas adultas personas se acentúa aún más en los casos de personas en situación de pobreza y extrema pobreza y en personas adultas mayores indigentes, abandonadas, que no tienen ningún acceso a servicios básicos.

En el área urbana viven muchas personas adultas mayores en asentamientos en condiciones de riesgo y viviendas provisionales o espacios muy reducidos. En el área rural existe menos accesibilidad a servicios sociales y están desprotegidos totalmente ante desastres naturales. De conformidad con la Procuraduría de los Derechos Humanos, PDH, existe una carencia de políticas públicas hacia este grupo etario. No obstante que está en vigencia la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad Decreto 80-96 del Congreso de la República, que tiene como objetivo tutelar los intereses de las personas adultas mayores, para que conlleven un nivel de vida adecuado en cuanto a: salud, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica, gerontología integral, recreación esparcimiento y servicios sociales. y A continuación, se describe la situación de las personas adultas mayores en cifras, la cual es producto de una serie de diálogos, análisis e información compartida por los sectores involucrados en la temática.

En Guatemala el Decreto Número 80-96 del Congreso de la República de Guatemala, Ley de Protección para las Personas de la Tercera edad, en su Artículo 3 define como la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad.

En Guatemala hablar de personas de la tercera edad, hace referencia a personas que tienen de 60 años y más de edad. En el censo del año 2002 reflejó que la población adulta mayor correspondía a un 5.9 % en relación de la población general. En ese momento representan un sector poblacional minoritario, pero que ya reflejaba algunas características, entre ellas; conformación por grupos en edades de 60 a 64 años, 65 a 69, 70 a 74 y por

último un grupo de 75 y más años. Mientras que para el año 2014, según las proyecciones del INE la población de personas adultas mayores en Guatemala representa un 7.7 % con respecto a la población general, que equivale a 1, 223,096 personas en edades de 60 años y más. (Conaprov, 2018)

2.4 Espiritualidad:

Uno de los signos de humanización es la consideración de la persona en sentido global, sin reduccionismos ni olvidos de cada una de sus dimensiones. Y desde esta perspectiva, la dimensión espiritual juega un papel importante en quien desee mirar a la persona de manera holística, integral.

La creciente conciencia de que la verdadera salud es una experiencia biográfica más que una simple disfunción en algún órgano o la ausencia de traumatismos, está contribuyendo a repensar modelos de intervención que contribuyen también a la humanización del mundo de la intervención social, que se empeña igualmente por generar salud en las relaciones, en la sociedad, en cada una de las personas.

Es necesario subrayar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí. Mientras que la dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones, la dimensión espiritual es más vasta, abarcando además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias. (Higuera, 1998)

La dimensión espiritual, pues, abarca la dimensión religiosa, la incluye en parte. En ella podemos considerar como elementos fundamentales todo el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida.

Ángelo Brusco, dice que “espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos. De esta plataforma de interrogantes existenciales, principios y valores parten caminos que llevan a elevadas metas del espíritu.

Es el caso de la espiritualidad religiosa, que radica tales principios y valores en la relación con un ser trascendente. En la religión cristiana, este ser trascendente es el Dios que por medio de Jesucristo nos ha sido revelado, un Dios con el cual establece el creyente una relación de amor del cual saca la fuerza para realizar su proyecto de vida en el ámbito de todas las dimensiones del ser” (Higuera, 1998)

La Organización Mundial de la Salud dice que lo “espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que “religioso”, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito.

2.5 Morbilidades en el Adulto Mayor:

A continuación, solo se mencionará cinco morbilidades más frecuentes en los adultos mayores.

2.5.1 Hipertensión Arterial:

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, ocupan el primer lugar en morbilidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 murieron 17.5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, se registra que el 80% de estas defunciones se producen en países de ingresos bajos y medios, el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares es la Hipertensión Arterial (HTA).

A nivel mundial se calcula que 1130 millones de personas padecen HTA y una gran cantidad se ubica en países de ingresos bajos y medios. En América Latina, se estima que la prevalencia de HTA es del 40%, y que el grupo etario más afectado es el adulto mayor como consecuencia del aumento en la expectativa de vida. Según la OMS uno de cada cinco personas hipertensas mantiene controles adecuados de presión arterial.

2.5.2 Cáncer

Según la OMS, se denomina cáncer a un conjunto de más de 100 enfermedades diferentes que incluyen tumores malignos en diferentes sitios (como tumores de mama, de cuello uterino, próstata, estómago, colon, recto, hígado, pulmón, laringe y boca; la leucemia, el sarcoma óseo, la enfermedad de Hodgkin y el linfoma

no Hodgkin), prácticamente ningún órgano del cuerpo humano escapa de su ataque. Una característica común a todas las formas de la enfermedad es la falla de los mecanismos que regulan el crecimiento normal de las células, su proliferación y muerte. Por último, hay una progresión del tumor resultante desde una anormalidad leve a otra grave, con invasión a los tejidos vecinos y, finalmente, la propagación a otras áreas del cuerpo. (OMS/OPS, 2010)

2.5.3 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica, que, a pesar de los sistemas de salud público en el mundo, continúa en aumento especialmente en países en vías de desarrollo ya sea por falta de acceso a medicamentos o métodos diagnóstico, junto con la obesidad en primer lugar a nivel mundial. Este aumento de personas con diagnóstico de diabetes mellitus también se atribuye al incremento la expectativa de vida, su prevalencia es mayor del 20 % después de los 60 años. La expectativa de vida se reduce en promedio de 2 a 3 años en adultos mayores de 65 años con diagnóstico de DM. (Juan Manuel Guerrero-Godinez, 2017)

2.5.4 Depresión/demencia

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlos.

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres.

La demencia es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación.

La demencia tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para las personas que viven con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, las familias y la sociedad en general. A menudo

hay una falta de concienciación y de comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para el diagnóstico y la atención.

2.5.5 Artritis Reumatoidea

La artritis reumatoide (AR) afecta a las personas mayores de 65 años. Este grupo poblacional es el mayoritario en las series de pacientes con AR e incluye tanto a los pacientes que desarrollan la enfermedad a partir de los 65 años como a los enfermos crónicos que iniciaron su AR hace años. La AR de inicio a partir de los 65 años se conoce con el nombre de elderly-onset rheumatoid arthritis (EORA) y presenta manifestaciones clínicas algo diferentes respecto a la AR de inicio a edades anteriores.

2.6 Mortalidades en el Adulto Mayor

2.6.1 Cáncer: el cáncer es hoy la primera causa de muerte en Occidente. Es un problema en constante aumento en la vejez, debido fundamentalmente al aumento en la expectativa media de vida en los países del primer mundo y en menor medida en los demás. En el desarrollo del cáncer en el anciano hay que tener en cuenta el grado de crecimiento del tumor, la mayor susceptibilidad de los tejidos a los carcinógenos ambientales y los cambios en el organismo que favorecen la formación y progresión del cáncer.

Se tratarán las características epidemiológicas, moleculares y fisiológicas de las neoplasias en el individuo mayor de 65 años. Se señalarán aspectos sobre la prevención y se describirán las técnicas de evaluación del paciente con cáncer para realizar un enfoque terapéutico adaptado a cada individuo. La edad promedio para el diagnóstico del cáncer en los países desarrollados se aproxima a los 70 años y cada vez son más las personas afectadas debido a que este segmento de la población es el de más rápido crecimiento. Las proyecciones en los Estados Unidos indican que para el año 2030 el 70% de las neoplasias ocurrirá en personas de 65 o más años.

2.6.2 Traumatismos: las tres causas predominantes de muerte traumática en adultos mayores son las caídas, las colisiones de tráfico y las quemaduras. El adulto mayor es más susceptible de presentar lesiones graves por mecanismos de poca energía y menor capacidad de compensar los estragos de la lesión, como también de presentar complicaciones durante el tratamiento y la recuperación.

2.6.3 Enfermedades Cardiovasculares: este cambio demográfico genera implicaciones para la atención en salud, ya que la edad es un factor determinante de múltiples procesos patológicos, en particular de la enfermedad cardiovascular (ECV). Las tasas de mortalidad cardiovascular son siempre más elevadas en los

grupos de mayor edad y aunque el riesgo relativo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) disminuye con la edad, el riesgo absoluto aumenta. En 2013, la ECV fue responsable de más de 17 millones de muertes en todo el mundo, un aumento de 5 millones (40%) desde 1990, a pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos. El mayor contribuyente de este aumento es el envejecimiento de la población (55%). En EE. UU., la ECV afecta a 40 millones de personas mayores de 65 años y es la principal causa de morbimortalidad. El concepto de multimorbilidad plantea que varias condiciones deben superponerse en el abordaje de la ECV en el adulto mayor; se consideran las comorbilidades, la polifarmacia, la funcionalidad y las condiciones sociales. El número de enfermedades simultáneas aumenta cada década; 70% de los mayores de 75 años cursan con varias enfermedades, a los 85 años más del 60% tienen dos o más enfermedades crónicas, más del 25% cuatro o más y casi el 10% tendrá 6 o más.

2.6.3 Infecciones: a pesar de que a lo largo del siglo XX, en el mundo occidental se ha observado que la mortalidad debida a enfermedades infecciosas era sustituida progresivamente por la causada por diversos grupos de enfermedades crónicas, en el paciente anciano éstas son todavía una causa importante de mortalidad, que alcanza el 40% en los mayores de 65 años (segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares), y morbilidad (es uno de los motivos más comunes de consulta al médico de cabecera y a los servicios de urgencias). Por otra parte, las infecciones son una causa importante de comorbilidad, en especial en los ambientes hospitalario, sociosanitario y residencial.

De esta manera, las infecciones en las personas mayores se pueden manifestar de forma atípica, en especial si el paciente presenta criterios de fragilidad. Por ello, no es extraño que el primer síntoma de una infección sea la aparición de un síndrome geriátrico o simplemente un deterioro físico o cognitivo, lo que suele condicionar un retraso en su diagnóstico si no se tiene un alto índice de sospecha.

2.6.4 Depresión y otros trastornos de Salud Mental: edades más avanzadas, la salud mental viene determinada no solo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento. La exposición a la adversidad, la pérdida significativa de la capacidad intrínseca y una disminución de la funcionalidad pueden provocar angustia psicológica.

Los adultos mayores tienen más probabilidades de experimentar eventos adversos como el duelo, una reducción de los ingresos o un menor sentido de propósito con la jubilación. A pesar de sus muchas

contribuciones a la sociedad, muchos adultos mayores son objeto de discriminación por motivos de edad (o edadismo), lo que puede afectar gravemente a su salud mental.

El aislamiento social y la soledad, que aquejan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo clave para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida. También lo es el maltrato a las personas de edad, que incluye cualquier tipo de abuso físico, verbal, psicológico, sexual o económico, así como el abandono. Uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por sus propios cuidadores. El maltrato de los adultos mayores tiene graves consecuencias y puede conducir a la depresión y la ansiedad. Muchas personas mayores son cuidadoras de cónyuges con afecciones crónicas, como la demencia.

2.7 Valoraciones Geriátricas Integral

La VGI se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos con los cuales afrontarlos. Para que la valoración sea útil, se debe establecer un plan de seguimiento evolutivo que constata los beneficios de la aplicación de los determinados planes o tratamientos instaurados. Se puede decir que la VGI es el mejor instrumento del cual se dispone para la correcta atención geriátrica tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, con resultado positivo en la calidad asistencial. Es necesario utilizar métodos “clásicos” (como historia clínica y exploración física) e instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva. Las escalas de valoración incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración, además de ayudar a la comunicación y el entendimiento entre los diversos profesionales que atienden al paciente. Se distinguen como pilares fundamentales en el proceso de valoración que consideran las características descritas con anterioridad en los adultos mayores: valoración clínica, funcional, afectiva y cognitiva, psicosocial y nutricional.

2.7.1 Valoración Clínica:

Toda valoración clínica debe iniciar con una adecuada anamnesis, cuyo contenido no difiere del empleado en población adulta en general; sin embargo, es importante tener en cuenta que en muchos casos puede ser difícil recolectar la información, debido a ciertas condiciones como la presencia de déficits sensoriales como: auditivos y visuales, alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones

cognitivas. Por lo general estas limitaciones hacen imprescindible la colaboración de un familiar para completar la información. Siempre resultará conveniente que el familiar que colabore sea el que habitualmente convive con el paciente y está al tanto de síntomas, fármacos que consume, hábitos alimenticios y de eliminación, etcétera.

2.7.2 Valoración nutricional

La integridad nutricional es relevante en el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales y de un estado de salud satisfactorio, además de su importante papel en la preservación de la autonomía y su trascendental contribución en la curación de enfermedades. Debería evaluarse si hay causas y factores de riesgo de malnutrición en todos los adultos mayores. La evaluación de la condición nutricional puede hacerse mediante encuestas dietéticas específicas o al determinar variables antropométricas o marcadores bioquímicos.

La antropometría es muy útil porque es fácil de obtener, además de económica, sobre todo cuando se aplica a poblaciones de ancianos sanos (aunque su obtención inicialmente sencilla se complica en ancianos enfermos, frágiles y en cama); incluye peso, talla, índice de masa corporal, diámetro braquial y de pantorrilla, los cuales deben ser considerados en el contexto del paciente y de acuerdo con su edad y sexo.

Los marcadores bioquímicos juegan un papel esencial en la valoración del estado nutricional; pueden servir para detectar deficiencias nutricionales de forma precoz incluso tiempo antes de que las medidas antropométricas se alteren y de que aparezcan signos clínicos o síntomas de desnutrición.

2.7.3 Valoración cognitiva

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales: pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas. El objetivo de esta valoración consiste en identificar algún deterioro cognitivo que pueda afectar la autosuficiencia del adulto mayor y así establecer estrategias de intervención de forma anticipada.

2.7.4 Valoración afectiva

Una de las condiciones subvaloradas a menudo en los adultos mayores es la afectiva o emocional, siendo ésta una característica determinante de la salud y calidad de vida del anciano. Se ha demostrado que la depresión

se asocia con una mayor morbilidad: actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano, y dificulta los procesos de rehabilitación y alta de los pacientes ingresados a hospitalización. El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del anciano

2.7.5 Valoración funcional

La importancia de la valoración funcional radica en que se ha observado que los ancianos con alteraciones en la funcionalidad tienen mayor posibilidad de ser institucionalizados, hay aumento de la mortalidad y mayor consumo de recursos, e incluso puede predecir futuras discapacidades. Se estima que 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 requieren ayuda en sus actividades básicas, razón por la cual la capacidad funcional debe ser interrogada y evaluada en estos pacientes.

Normalmente, la funcionalidad incluye tres componentes: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y capacidad de movilidad.³ Las ABVD hacen referencia a todas aquellas actividades indispensables para la supervivencia (sólo quedan por debajo de ellas las funciones vegetativas): bañarse, vestirse, arreglo personal, continencia urinaria, movilización y alimentación; mientras que las AIVD son aquellas necesarias para vivir de manera independiente y están influenciadas por el contexto social y cultural de la persona; incluyen tres áreas: labores domésticas (lavado de ropa, cocina, aseo), actividades asociadas con el uso de transporte y compras, y actividades cognitivas (uso de teléfono, manejo de dinero, administración de medicamentos)

2.7.6 Valoración psicosocial

Un aspecto no menos importante es la evaluación del entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos del paciente, que pueden jugar un papel relevante en el proceso de atención y cuidado del paciente geriátrico.

Se debe indagar siempre por medio de los cuidadores del adulto mayor condiciones de vivienda, recursos económicos o de sostenimiento, acceso a servicios de salud, entre otros. En diversas oportunidades todos estos cuestionamientos influirán de manera determinante en el diagnóstico, el tratamiento e incluso la toma de decisiones, como la posibilidad o no de institucionalizar a un paciente. El médico debe ser muy acucioso en estos asuntos, ya que puede estar obviando la problemática de fondo que ha traído al paciente a consulta.

2.7.7 Instrumentos de Valoración Geriátrica

En la actualidad existen varios instrumentos de valoración que pueden ser aplicados en los Adultos Mayores para dar un manejo integral según los ámbitos indicados en párrafos anteriores. En este estudio se utilizarán Whoqol-Old para evaluar la calidad de vida. Un cuestionario que evalúa el estado socioeconómico del adulto mayor, que incluye, círculo familiar, social, ingresos económicos, vivienda y entre otros. Para la valoración Nutricional se estarán utilizando los cuestionarios de DNA de Payette y Mini Nutritional Assessment para la valoración del estado y riesgo nutricional, y para el ámbito psicológico se utilizará la Escala de Mini-Mental para ver si los Adultos Mayores estudiados presentaran algún tipo de deterioro cognitivo hasta llegar a la demencia. Así como estas escalas existen cientos mas según el área que se quiera estudiar a profundidad.

2.8 Institución en donde se desarrollará la investigación

El Centro de Salud tipo “B” fue fundado en el año 1970, prestando servicios en el casco urbano y en el año 2009 por indicaciones de gobierno de turno, amplía sus horarios de atención con funcionalidad de Centro de Atención Permanente -CAP-, actualmente está ubicada en la comunidad de Chuk-Muk III, del municipio de Santiago Atitlán, situado a una distancia de 60 km de la cabecera departamental y a 147 km de la ciudad de Guatemala. Ubicado a 100 mts de la carretera camino a San Lucas Tolimán, Sololá. según coordenadas geográficas **Latitud:** 14.65´48´´85 **Longitud:** 91.20´99´´86 (Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Solola, 2024)

El establecimiento de salud atiende a toda la población de su jurisdicción, sin embargo, ante la transición epidemiológica, el crecimiento poblacional y las demandas sociales de atención actualmente rebasan sus capacidades instaladas que demanda la categorización del servicio.

Según Análisis de Sala Situacional se han identificado las prioridades del municipio, como:

A. Salud Materno Neonatal: Atención de parto: con un promedio de 186 partos anuales; 276 referencias de embarazadas de Alto Riesgo al tercer nivel de atención; 37 casos con Complicaciones obstétricas; que desde el año 2016 se han registrado un promedio de 2 Muertes Maternas y Neonatales por año; y embarazos en menores de 14 años.

B. Enfermedades degenerativas crónicas: en el último año se han registrado 911 casos de Hipertensión arterial y 512 casos de Diabetes Mellitus.

C. Problemas de desnutrición: se han detectado en los últimos tres años, un promedio de 13 casos de desnutrición por año de los cuales algunos han requerido referencia al Centro de recuperación nutricional.

Las prioridades identificadas que presentan complicaciones necesitan ser referidos a un servicio de salud con mayor capacidad de resolución, considerando la distancia hacia el Hospital departamental que se encuentra a 60 kilómetros del municipio, con un recorrido de hora y media.

Desde la ampliación del horario de atención al usuario, en el año 2009, se ha respondido a la necesidad de contar con un servicio permanente que demanda la población, tomando en cuenta, el incremento poblacional, el cambio climático y la transición epidemiológica, se reafirma la necesidad de continuar la atención que se ha prestado hasta el momento.

Considerando lo anterior, con fundamento en el acceso, derecho a la salud, las normativas vigentes y en el marco de la Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud, se hace necesario la Categorización del Centro de Salud tipo “B” a Centro de Atención Integral Materno Infantil -CAIMI-, municipio de Santiago Atitlán, Sololá, para responder a las necesidades de salud de la población beneficiaria y se cuente con servicios de salud con capacidad resolutive, jerarquizada y mecanismos de coordinación que garanticen la continuidad de la atención. (Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Sololá, 2024)

2.8.1 Territorios y Sectores:

Territorio	Comunidad	Letra del Sector	Población por sector	Población por territorio
1	Panáj	"A"	2551	7651
		"B"	2547	
		"C"	2553	
2	Tzanjuyú	"A"	2242	10021
		"B"	2236	
	Pachichaj	"C"	2774	
		"D"	2769	
3	Panul	"A"	2513	6737
		"B"	2250	
		"C"	1974	
4	Xechivoy	"A"	2062	6226
		"B"	2093	
		"C"	2071	
5	Chukmuk	"A"	2560	9837

	Tzanchalí 2441	"B"	3593	
	La Cumbre 1152			
	Paguacal	"C"	2357	
	Patzilin Abaj	"D"	1327	
6	Chacayá	"A"	1426	6935
	Tzanchaj	"B"	2646	
	Panabaj y Fincas	"C"	2863	
TOTAL				47407

Fuente: Ordenamiento Territorial 2024

El actual servicio de salud del municipio de Santiago Atitlán pertenece al Territorio No.5 Sector A, Comunidad de Chuk-Muk III, establecido como sede de sector. Su ubicación geográfica fuera del casco urbano se debe a la disponibilidad y amplitud del terreno. Su establecimiento de referencia es el Hospital Departamental de Sololá a una hora con treinta minutos de distancia (1 hora con 30 minutos). Coordinando el traslado de paciente a través de llamadas telefónicas y presentación de casos.

2.8.2 Cartera de Servicios

No.	CARTERA DE SERVICIO ACTUAL
1	Atención de salud integral por etapas del curso de vida.
2	Atención de parto simple
3	Encamamiento materno neonatal
4	Vacunación a niños menores de 5 años, adolescentes y mujeres embarazadas.
5	Monitoreo de desarrollo y Crecimiento
6	Suplementación y desparasitación
7	Consulta psicológica integral;
8	Consulta nutricional integral;
9	Atención de trabajo social
10	Promoción de estilos de vida saludable;
11	Consejería:
12	Atención básica a urgencia y emergencias;
13	Acciones de salud familiar y comunitaria, prevención de riesgos;
14	Vigilancia de la calidad del agua y saneamiento ambiental:
15	Referencia y contrarreferencia

Fuente: Acuerdo Ministerial 16-2024

2.8.3 Normas del Primero y Segundo Nivel de Atención 2018

El Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP-, en cumplimiento con sus funciones regulatorias en el diseño, emisión, actualización y reajuste periódico de las normas de atención, presenta las directrices técnicas que guían al personal de salud de los servicios, para brindar un abordaje integral, estandarizado y diferenciado a la población según sus diferentes etapas de curso de vida, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. En el año 2010, fue publicada la última versión de las “Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel”, en el 2015 se inició la revisión de la evidencia científica para desarrollar el proceso de actualización de las normas vigentes.

Estas contienen indicaciones que deben ser aplicadas por los equipos multidisciplinarios, como un instrumento guía para los proveedores de servicios de salud, con el fin que su contenido se traduzca en acciones para mejorar la salud de la población, contribuyendo efectivamente a la equidad y el desarrollo en el marco de la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR- y las Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS-. El equipo técnico del DRPAP, en cumplimiento a sus funciones de elaborar y actualizar las diferentes normativas que respondan a las prioridades de salud del país y al derecho a la salud de la población, utilizó técnicas científicas para la búsqueda y consulta de información basada en evidencia, lo que fundamenta el contenido incorporado en éste y otros documentos normativos, además de reconocer y promover el abordaje multidimensional de la salud enfermedad. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018).

Al aplicar las normas se contribuye a cumplir el marco legal, político y los compromisos asumidos por el Estado de Guatemala, prioridades nacionales de salud, derecho a la salud, necesidades diferenciadas en la atención de las personas en las diferentes etapas de curso de vida, tomando en cuenta características individuales y colectivas. En este marco de compromisos, también se incluyen los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS- como un llamado mundial a la acción para poner fin a la pobreza, desigualdad, injusticia, y secuelas del cambio climático. En ellos se establecen los objetivos 3 y 5 “salud y bienestar” y “agua limpia y saneamiento” cuyas acciones prioritarias en el ámbito de la salud pública fueron tomadas en cuenta para esta actualización.

Las normas de atención también buscan contribuir con los elementos esenciales de la APS-R como el acceso universal a la salud de la población, atención integral e integrada, abordaje a la persona, familia y comunidad, con equidad de género, pertinencia intercultural y enfoque de derechos humanos, entre otros. El presente documento cuenta con tres secciones que abordan la atención integral de mujeres y hombres en el nivel

individual, familiar y comunitario. Cada una de ellas responde al enfoque del Sistema de Gestión y Atención en Salud (Acuerdo Ministerial 152-2017) y a lo que mandata el Código de Salud (Decreto 90-97) en su Artículo 18 definiendo un modelo de atención en salud, “que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe”. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018).

Se debe acompañar la implementación de las Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, con los lineamientos contenidos en las “Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad”. Estas normas son de aplicación obligatoria en todos los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, su aplicación está en contexto con los sistemas de salud interculturales y con la participación de personas, familias y comunidades, apoyadas en todas las guías, lineamientos y protocolos vigentes del MSPAS, así como el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018).

CAPÍTULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Método de Investigación

3.1.1 Tipo de estudio:

Es descriptivo Prospectivo porque la información fue recolectada sin cambiar el entorno. Ofreció información acerca del estado de salud actual de los adultos mayores en las esferas físicas, mentales, emocionales y sociales. Hubo una interacción en una sola ocasión con los participantes. El estudio involucró encuestas o entrevistas, historiales médicos, para recolectar la información necesaria.

3.1.2 Tipo de enfoque:

Cuantitativo porque se usaron escalas de valoraciones, entrevistas o encuestas que tuvieron puntuaciones que fueron analizados estadísticamente para responder a la pregunta de investigación.

3.1.3 Según el momento en que se realizará la investigación el estudio:

Fue prospectivo porque el investigador entrevistó, evaluó a los sujetos de investigación durante el período de julio a diciembre de 2024 para recopilar la información y registrar el desarrollo de los resultados.

3.2 Técnicas de recolección:

3.2.1 Condición Socioeconómica: para la recolección de información sobre la condición socioeconómica, se realizó una encuesta cara a cara con el adulto mayor, cada pregunta fue planteada en el idioma Tzutuhil, idioma materno de la localidad.

3.2.2 Calidad de Vida: la técnica aplicada fue una entrevista cara a cara con el adulto mayor utilizando un instrumento de Whoqol-Old adaptada al nivel académico local, ya que en lugar de dejar respuestas escritas marcaron un dibujo (caritas) categorizadas según el fin de la escala. Para los que no supieron leer ni escribir, se les leyó la pregunta y ellos marcaron su respuesta según la expresión facial o imagen de cada ítem.

3.2.3 Aspectos antropométricos: la técnica aplicada para lograr este objetivo fue cuantitativa ya que se tomaron medidas antropométricas como peso, talla, e IMC para poder aplicar las demás escalas.

3.2.4 Estado Nutricional: la técnica aplicada fue a través de una entrevista cara a cara con los adultos mayores, haciendo uso de dos instrumentos de recolección de la información. Para aquellos adultos mayores que no supieron leer ni escribir se les dictó en su idioma materno cada pregunta para que la recolección de la información fuera completa.

3.2.5 Salud Mental: La técnica fue por medio de una entrevista cara a cara con el paciente hablado en su idioma materno utilizando un solo instrumento para recolectar la información.

3.3 Instrumentos de recolección de la información

3.3.1 Encuesta socioeconómica: el instrumento fue elaborado por otros investigadores validado para su uso, con el fin de valorar el estado socioeconómico. La Universidad de San Francisco De Victoria (UFV) Madrid, España ha hecho uso de esta encuesta socioeconómica que consta de cinco apartados, y cada apartado cuenta con cinco preguntas, un punto para cada pregunta, entre más puntos obtenidos en la sumatoria indican una mala situación socioeconómica de la persona, contrario, a la obtención de menos puntos, la situación socioeconómica sería la ideal. Los apartados abarcan la situación familiar, situación económica, condición de vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

3.3.2 Calidad de Vida: se usó el instrumento WHOQOLOLD el cual, desde el inicio de la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las escalas de calidad de vida eran esenciales cuando se trataba de evaluar a los ancianos institucionalizados, dado que éstos representan un grupo poblacional muy concreto y, como tal, son significativos para la evaluación de la calidad de vida. La herramienta está formada por 24 ítems de la escala tipo Likert, divididos en seis áreas: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Cada una de estas áreas contiene cuatro ítems, con una puntuación final que va de 4 a 20, siempre y cuando se hayan cumplimentado todos los ítems de una misma área. Se obtiene una puntuación general o global de la calidad de vida de las personas adultas mayores, que se designa como el resultado total del test WHOQOLOLD. Existen dos versiones, el Whoqol-old y el Whoqol-bref. En este caso se utilizará el Whoqol-old adaptado al nivel académico de los adultos mayores locales.

Para analizar los resultados se calculó el resultado numérico de cada área, el resultado medio estandarizado de cada área (con valores entre 1 y 5) y el resultado transformado de cada área (con una puntuación entre 0 y 100), según el manual del WHOQOL OLD. La puntuación media de cada adulto mayor, en cada una de las áreas

de estudio, indicaron el grado de satisfacción percibida para cada uno de los aspectos y los relacionó con la calidad de vida. Según la escala de 0 a 100 aplicada, cuanto más cercano fue el resultado a 100, más satisfactoria o positiva fue la percepción para esa área y sus respectivos ítems. El resultado transformado de cada área a partir del resultado numérico correspondiente permite expresar el resultado total del test como un porcentaje entre los posibles valores mínimo (0) y máximo (100) de la clasificación de la calidad de vida.

3.3.3 Aspectos antropométricos: para evaluar el estado nutricional se utilizaron dos herramientas, la primera fue la Escala de DNA (Dépistage Nutritionnel des Aînés) de Payette, fue una herramienta cuya elaboración fue de origen Frances con autor no especificado y avalado por la Organización Mundial de la Salud fue por ello que no requirió de una validación. La versión que se utilizó contó con 10 preguntas que incluyó, pérdida de peso, falta de apetito, cantidad y calidad de alimentación, problemas de la vista, artritis cuya calificación total fue clasificada de la siguiente manera de 0-2 puntos es igual a Riesgo Nutricional Bajo, de 3-5 puntos es igual a Riesgo Nutricional moderado, de 6 a 13 puntos, con riesgo nutricional elevado. Cada grado de riesgo tuvo sus recomendaciones a seguir con el paciente para un manejo adecuado ya que recomendó el uso de la escala de Mini Nutritional Assessment según necesidad del paciente.

3.3.4 Mini Nutritional Assessment: fue una herramienta de cribado validada que identificó personas adultas mayores desnutridas o en riesgo de desnutrición. La versión revisada del MNA®-SF, fue una versión reducida del MNA® que tomó menos de 5 minutos en ser completada. Conserva la precisión y validez de la versión larga del MNA®. Actualmente, el MNA®-SF es la versión preferida del MNA® en la práctica clínica habitual en el ámbito comunitario, hospitalario y en centros de larga estancia (residencias geriátricas, centros socio-sanitarios), debido a su facilidad de uso y practicidad. En esta investigación se hará uso de la versión revisada por la brevedad de la encuesta y su precisión.

3.3.5 Salud Mental: se utilizó el test Mini Mental, herramienta de carácter cognitivo que se utilizó para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y, al mismo tiempo para seguir la evolución de esta. Para el estudio se utilizó la versión que se hizo sobre una puntuación máxima de 30. Esta se trató de un test con preguntas que se aglutinaron en cinco grupos para la evaluación de la orientación espacio-temporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y cálculo, lenguaje y construcción espacial.

La interpretación de la puntuación obtenida se realizó del siguiente modo: Puntuaciones de referencia 27 o más= normal ,24 o menos = sospecha patológica. 12-24= deterioro, 9-12 = demencia.

3.4 Cronograma de actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación	X					
Revisión bibliográfica		X	X			
Diseño de instrumentos				X		
Validación de instrumentos				X		
Levantamiento de información				X		
Ingreso y procesamiento de datos				X		
Entrega de investigación					X	X

3.5 Recursos

3.5.1 Recursos humanos:

3.5.1.1 Investigador:

Rebeca Nicolasa Chiyal Lacan

3.5.1.2 Asesor:

Licda. Silvia Ivonne Estrada Zavala

3.5.1.3 Sujetos de la investigación:

Todas las personas adultas mayores de 60 años en adelante sin importar sexo que acuden al Centro de Salud de Chukmuk III, del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, durante el periodo de julio a diciembre de 2024

3.5.1.4 Personal de la institución:

Enfermería auxiliar: Elena Xitamul Pereval y Concepción Mendoza. Secretaria: Concepción Petzey Lacan.

3.5.2 Recursos materiales:

Clínicas de consulta externa y clínicas de la emergencia, equipo médico como: esfigmomanómetro, estetoscopio, otoscopio, martillo de reflejos, termómetro, pulsioxímetros, básculas para adulto, tallímetro para adulto, camillas, sábanas de camillas, alcohol.

3.5.2.1 Transporte: para la realización de la investigación fue necesario utilizar transporte para la movilización al lugar en donde se recolectará la información

3.5.2.2 Equipo de oficina: fue requerido equipo de oficina para la planificación, procesamiento, análisis de la información.

3.5.2.3 Insumos de oficina: Los insumos de oficina requerido fueron necesarios para la recolección de la información.

3.5.2.4 Internet: fue requerido para la recolección de la información

3.5.2.5 Alimentación: se requirió alimentación durante los días de recolección de la información.

3.5.2.6 Combustible: para realizar la movilización durante el proceso de planificación, autorización de los lugares en donde se llevó a cabo la investigación, así como en la recolección de la información

3.5.3 Recursos financieros

Recurso	Quetzales
Transporte	Q 300.00
Equipo de oficina	Q 500.00
Insumos de oficina	Q 800.00
Internet	Q 300.00
Alimentación	Q 350.00
Combustible	Q 600.00
TOTAL	Q 2850.00

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados:

4.1.1 Condición Socioeconómica

Esta tabla muestra de cómo se distribuyeron los participantes de adultos mayores de Santiago Atitlán según el sexo en diferentes rangos de edad, mostrando las tendencias típicas de longevidad y mortalidad. En los primeros grupos de edad (60-75 años), las mujeres fueron predominantemente más numerosas que los hombres, especialmente en el rango de 60-65 años, donde la diferencia fue más pronunciada (9 mujeres frente a 4 hombres). A medida que la edad aumentó, la cantidad de personas disminuyó, especialmente en los rangos superiores de edad. Esto es esperado debido a la mortalidad en edades más avanzadas. En los rangos de edad más avanzados (86-100 años), la población se redujo drásticamente, y no hubo mujeres en los rangos de 86-100 años sino solo hombres.

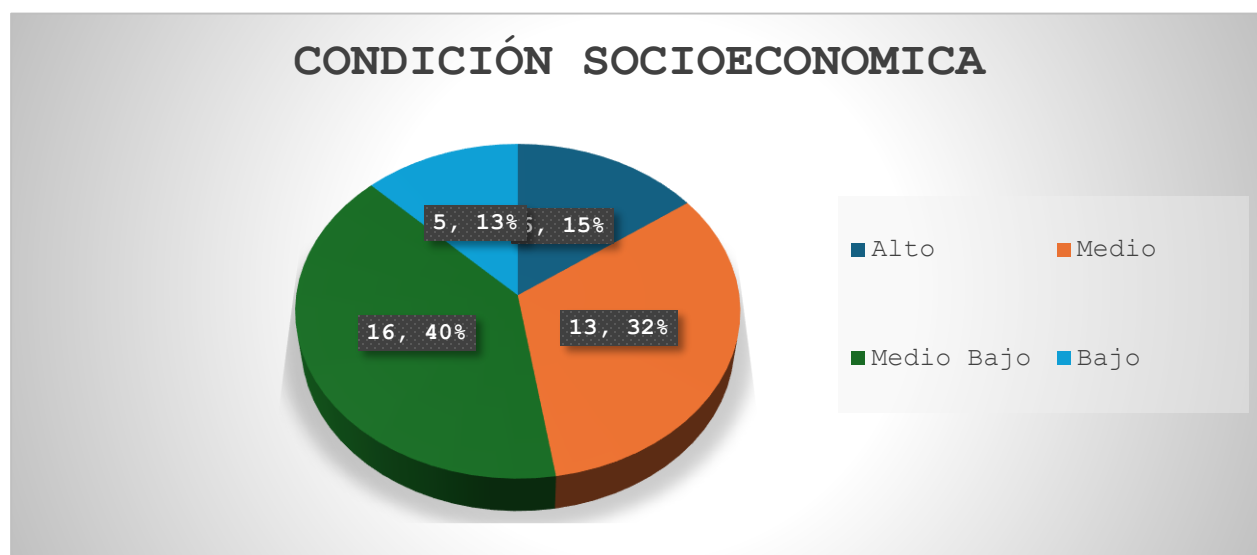
Tabla No. 1: Rangos de Edad según Sexo

RANGOS DE EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL
60-65	4	9	13
66-70	2	3	5
71-75	4	4	8
76-80	3	4	7
81-85	2	2	4
86-90	1	0	1
91-95	1	0	1
96-100	1	0	1
TOTAL	18	22	40

Fuente: Boleta de recolección de datos

El grupo con el mayor porcentaje de personas se ubicó entre los 11 a 15 puntos, con 40% de la población. Esto indicó que la mayoría de las personas se encontró en una condición socioeconómica Media Baja. El segundo grupo más grande fue el de 6 a 10 puntos, que representó 32.5% de la población con condición socioeconómica Medio. Este grupo fue el siguiente en cuanto a número de personas. El grupo que se ubicó entre 1 a 5 puntos, con 15%, tuvo una representación más baja en comparación con los otros grupos. Fue un porcentaje pequeño, lo que sugirió que solo una minoría tuvo una condición socioeconómica Alta. El grupo de 16 a 20 puntos fue el más pequeño, con 12.5%. Esto indicó que hubo una proporción menor de personas en la categoría más baja de puntaje socioeconómico lo que fue un dato positivo para la condición de los adultos mayores de Santiago Atitlán.

Grafica No. 1: Condición Socioeconómica

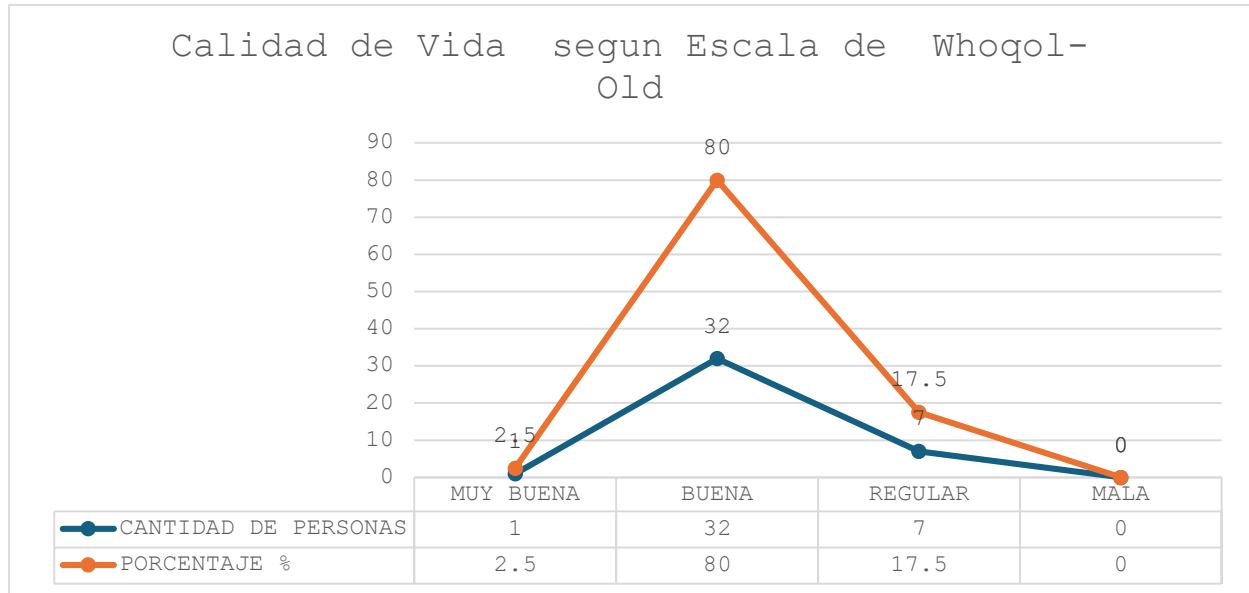


Fuente: Boleta de recolección de datos.

4.1.2 Calidad de Vida

Fueron 40 adultos mayores evaluados, de los cuales, solo 1 persona tuvo una calidad de vida Muy Buena, lo que representó 2.5% de la población total. La mayoría de las personas (32 personas), es decir, el 80%, se encontró en la clasificación de calidad de vida Buena. Así mismo, 7 personas, o 17.5%, tuvo una calidad de vida Regular. Este porcentaje fue moderado, lo que sugirió que hubo una proporción menor que experimentó una calidad de vida intermedia. No hubo personas (0%) en la clasificación de calidad de vida Mala (6 a 10). Esto fue un dato positivo, ya que indicó que ninguna persona en esta muestra tuvo una calidad de vida percibida como deficiente o muy baja.

Gráfica No. 2: Escala de Whoqol-Old

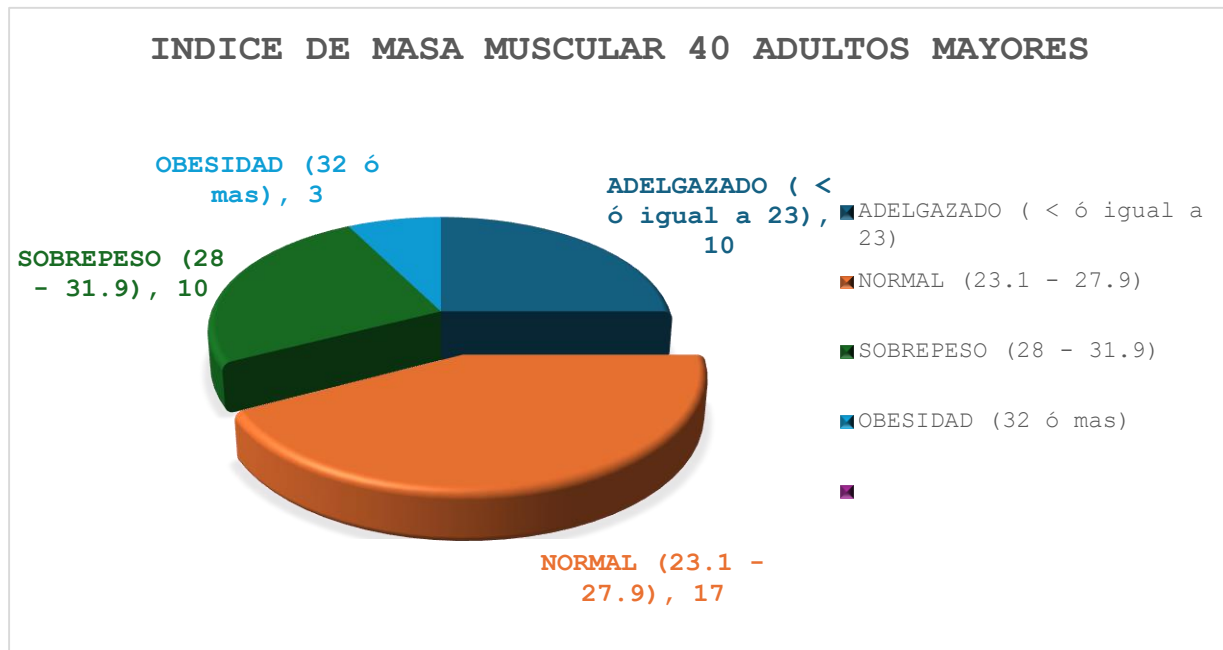


Fuente: Boleta de recolección de datos

4.1.3 Aspectos Antropométricas

En la categoría Adelgazado (≤ 23), hubo un total de 10 personas que tuvo un índice de masa muscular bajo, cuya distribución fue de 5 hombres y 5 mujeres. Esto demostró que en este grupo hubo una distribución equitativa entre géneros. En la categoría Normal (23.1 - 27.9), hubo un total de 17 personas cuya distribución fue de 9 hombres y 8 mujeres. La diferencia fue pequeña, indicando que el número de personas con un índice de masa muscular normal fue bastante equilibrado entre hombres y mujeres. En la categoría Sobrepeso (28 - 31.9), hubo un total de 10 personas cuya distribución fue de 6 hombres y 4 mujeres. Aquí, los hombres predominaron ligeramente, pero no de manera significativa. En la categoría Obesidad (≥ 32), hubo un total de 3 personas cuya distribución fue de 0 hombres y 3 mujeres. Este fue un caso donde todas las personas con obesidad en este grupo fueron mujeres.

Gráfica No. 3 Índice de Masa Muscular

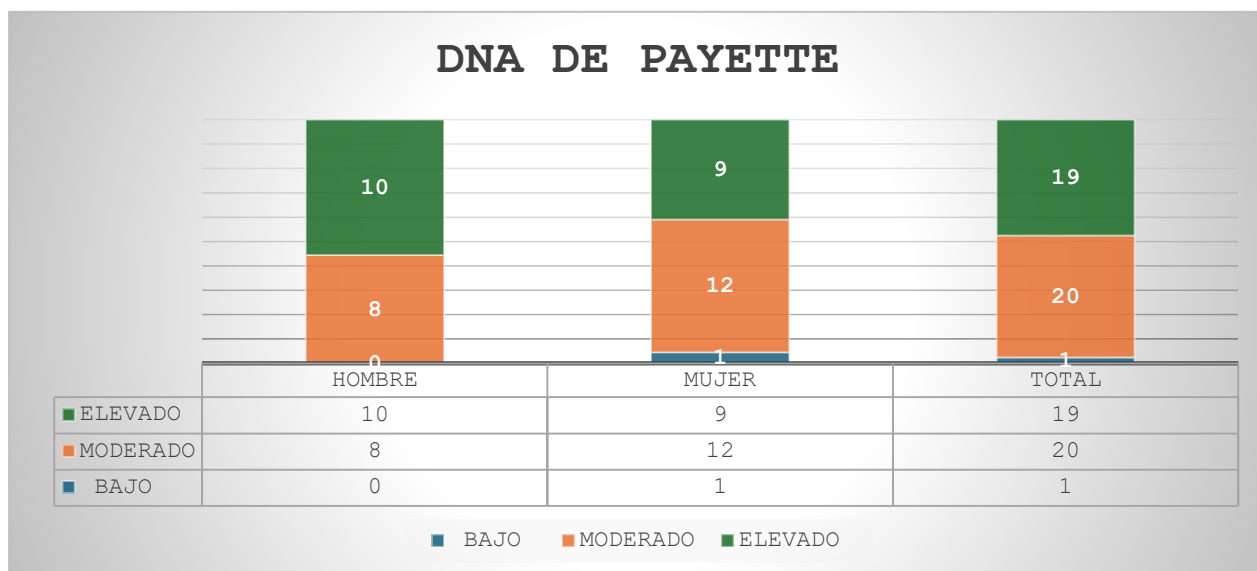


Fuente: Boleta de recolección de datos.

4.1.4 Estado Nutricional:

Riesgo bajo: En este rango, hubo una baja cantidad de personas, con solo 1 persona (1 mujer) en total. Este grupo no presentó mayores preocupaciones nutricionales mientras que en Riesgo moderado, se observó un número mayor de personas, con 8 hombres y 12 mujeres, sumando un total de 20 personas. Esto indicó que una parte significativa de la muestra presentó un riesgo moderado de problemas nutricionales. Riesgo elevado: Este grupo tuvo 10 hombres y 9 mujeres, sumando un total de 19 personas. Esto sugirió que casi el 50% de la muestra estuvo en riesgo elevado de problemas nutricionales.

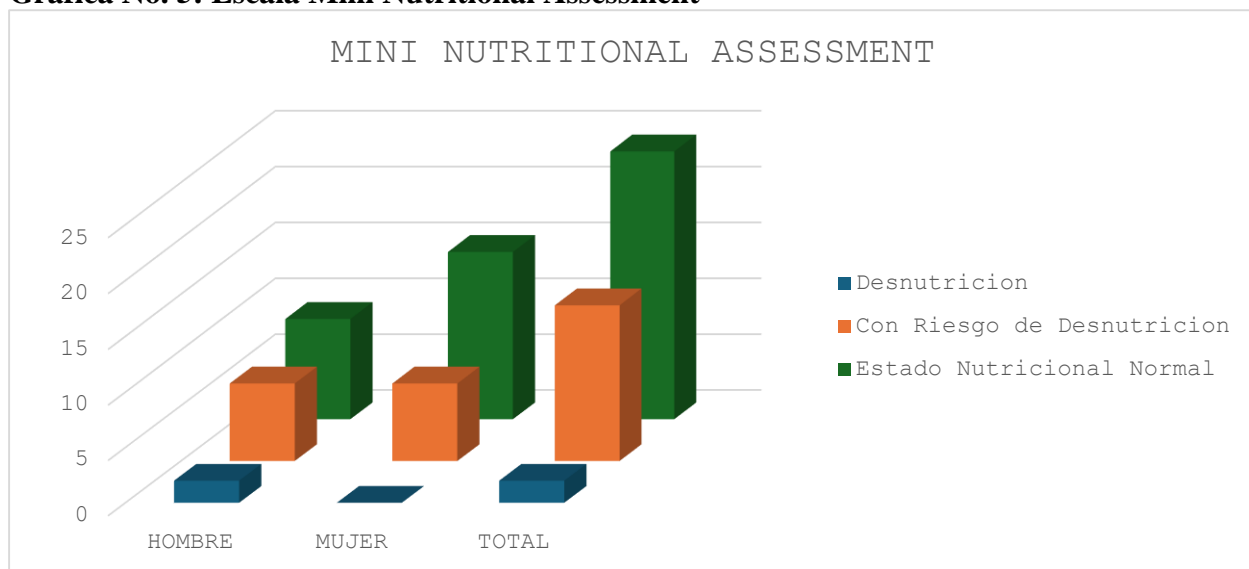
Grafica No. 4: Escala de DNA de Payette



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la categoría de Desnutrición: hubo un total de 2 personas (2 hombres) están desnutridas, lo que representó un pequeño porcentaje de la muestra. Con Riesgo de Desnutrición: hubo un total de 14 personas (7 hombres y 7 mujeres) estuvieron en riesgo de desnutrición. Estado Nutricional Normal: hubo un total de 24 personas en total (9 hombres y 15 mujeres) tuvieron un estado nutricional normal.

Grafica No. 5: Escala Mini Nutritional Assessment

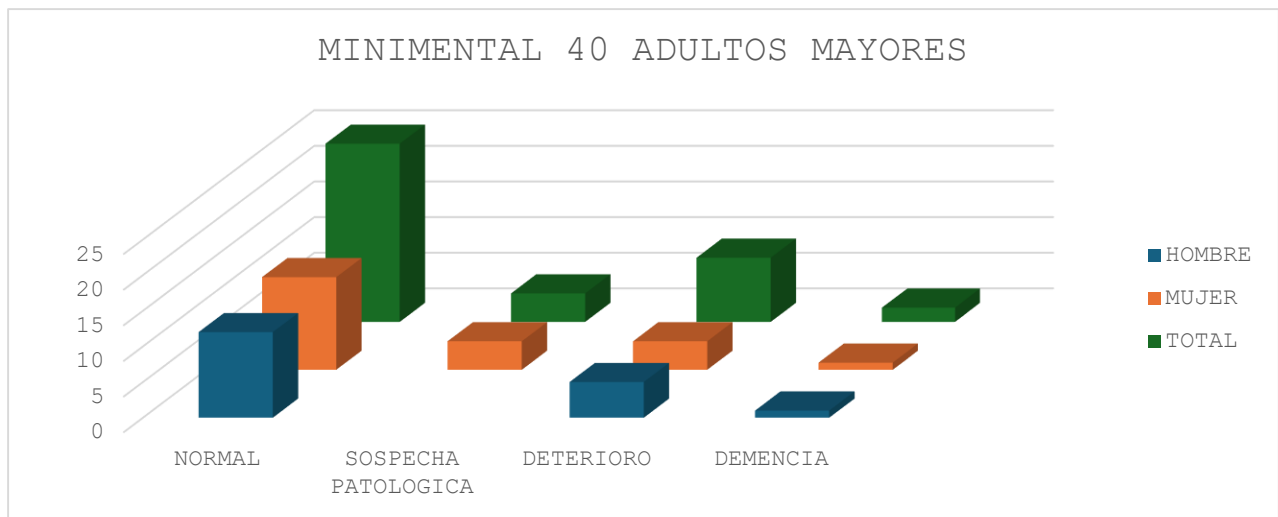


Fuente: Boleta de recolección de datos.

4.1.5 Salud Mental:

Se demostró que hubo un total de 25 personas (12 hombres y 13 mujeres), que tuvieron un estado mental saludable ya que se clasificaron en el apartado Normal. En la categoría con Sospecha Patológica hubo 4 personas (todas mujeres) lo que representó un pequeño porcentaje de la muestra. En la categoría Deterioro hubo 9 personas (5 hombres y 4 mujeres) lo que indicó un deterioro cognitivo moderado o en progreso en estos individuos. En la categoría Demencia, hubo un total de 2 personas (1 hombre y 1 mujer) lo que sugiere la presencia de demencia en ambos sexos.

Gráfica No. 6: Test de Mini Mental



Fuente: Boleta de recolección de datos.

4.2 Discusión:

4.1.1 Condición Socioeconómica

Los adultos mayores que participaron en el estudio según sexo en diferentes rangos de edad mostraron las tendencias típicas de longevidad y mortalidad. En los primeros grupos de edad (60-75 años), fueron un total de 18 personas y entre ellas las mujeres fueron predominantemente más numerosas que los hombres, especialmente en el rango de 60-65 años, donde la diferencia fue más pronunciada (9 mujeres frente a 4 hombres) Esto demuestra según estudios que las mujeres son las que más consultan a centros de atención ante cualquier problema que requiera atención médica. A medida que la edad aumentó, la cantidad de personas disminuyó, especialmente en los rangos superiores de edad. Esto es esperado debido a la mortalidad en edades más avanzadas y también se confirma que la participación del adulto mayor de edad muy avanzada dependió mucho de la disponibilidad de tiempo que tienen sus familias para acompañarlos porque presentan ya algunas dependencias físicas por los cuales ya no pueden valerse por sí mismos. En los rangos de edad más avanzados (86-100 años), la población se redujo drásticamente, y no hubo mujeres en los rangos de 86-100 años sino solo hombres, estos últimos casos demostró que los hombres a pesar de sus condiciones no se rinden fácilmente y luchan para seguir con buena salud. En el estudio familiares indicaban que el padre aceptaba ser llevado a consultas que la madre, indicaban que las madres preferían prepararse su te en casa y ver cómo evolucionan hasta presentar gravedad que no pueden controlar, consultan. Estos resultados coincidieron con los estudios analizados previamente ya que siendo un pueblo indígena no mostro mayor diferencia en las estadísticas de los demás estudios con los que se compararon estos resultados. Únicamente se diferenciaron en que predominó la participación de los hombres entre las edades muy avanzadas.

Por otro lado, tomando en cuenta que los estudios indican que la situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores es, en general, sumamente alta, principalmente en el área rural y en lo referente a mujeres y población indígena resultando en la situación de exclusión y marginación en que se encuentran. La vulnerabilidad en la que se encuentran las personas adultas se acentúa aún más en los casos de personas en situación de pobreza y extrema pobreza y en personas adultas mayores indigentes, abandonadas, que no tienen ningún acceso a servicios básicos. Tomando lo anterior de base se realiza la comparación de los resultados obtenidos en este estudio los cuales demostraron que la mayoría de las personas se encontró en una condición socioeconómica Media Baja. El segundo grupo más grande representó 32.5% de la población con condición socioeconómica Medio. Este grupo fue el siguiente en cuanto a número de personas. El grupo que representó el 15%, fue más baja en comparación con los otros grupos. Fue un porcentaje pequeño, lo que sugirió que solo

una minoría tuvo una condición socioeconómica Alta. El grupo más pequeño, con 12.5% indicó que hubo una proporción menor de personas en la categoría más baja de puntaje socioeconómico lo que fue un dato positivo para la condición de los adultos mayores de Santiago Atitlán ya que estudios indican que en el área rural existe menos accesibilidad a servicios sociales y están desprotegidos totalmente ante desastres naturales.

Lo que cabe resaltar en este punto es que los apartados que predominaron durante la encuesta fueron que los adultos mayores no tuvieron ningún ingreso económico estable pero la mayoría con apoyo familiar y vecinal, aunque, lamentablemente si hubo casos en mínima cantidad, los ubicados en la categoría más baja a nivel socioeconómico quienes ni ingresos económicos tenían y tampoco recibía apoyo familiar, ni vecinal ni social.

También los que se ubicaron entre las categorías medio, medio bajo y bajo presentaron todos problemas en cuanto a condiciones de vivienda lo que coincide con estudios realizados donde indican que una mayoría de adultos mayores guatemaltecos viven en viviendas en muy mal estado y algunos ni siquiera tienen una.

Lamentablemente la condición socioeconómica local coincide en su mayoría con estudios previos realizados en toda Guatemala.

4.1.2 Calidad de Vida

La calidad de vida engloba aspectos subjetivos y objetivos y partir de los datos presentados según este estudio a través de la escala de Whoqol-Old, se pudo observar que la mayoría de las personas evaluadas tenían una calidad de vida considerada buena, con un 80% de los participantes ubicándose en el rango de 16 a 20 puntos pero cabe resaltar en este aspecto que si se realiza la comparación con los resultados obtenidos según la encuesta socioeconómica difiere en su totalidad en cuanto calidad de vida pero debe entenderse que en este aspecto la calidad de vida fue buena subjetivamente según la escala de Whoqol-Old, ya que los adultos mayores mostraron comodidad y felicidad al lado de sus familias y aceptación de sus propiedades físicas ya que conservaban el pensamiento de que lucharon mucho desde jóvenes por tener lo que tienen hasta el momento y una buena parte estuvo contenta con lo que ha logrado en su vida sin prestarle mayor atención a pertenencias materiales, sino valoraban más el estado emocional, espiritual, mental que deben de prevalecer en una familia para estar feliz y disfrutar de la vida. A demás se confirma con estos resultados que la calidad de vida difiere mucho según cultura, estatus social, satisfacción personal e intereses de vida que tiene la persona para autocalificarse, ya que hasta el momento no se ha encontrado una definición definitiva para caracterizar el termino Calidad de vida, sin embargo los participantes concuerdan con este concepto que la calidad de vida

se define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, material y estructural.

Por otro lado, solo un pequeño porcentaje (2.5%) se encontraba en el rango de muy buena calidad de vida, lo que podría reflejar que, aunque había algunos individuos con una calidad de vida destacada, la gran mayoría no alcanzaba este nivel máximo. En el lado opuesto, no había personas que se encontraran en el rango de mala calidad de vida, lo cual era positivo para la población estudiada, ya que indicaba que no había participantes con puntuaciones extremadamente bajas sin embargo se vuelve a reforzar que las dimensiones que alcanzaron estabilidad en el adulto mayor fueron los de muerte ya que demostraron que no les importó ese aspecto porque tienen claro que ya vivieron toda una vida y que es parte de la evolución morir y no existe nada que lo pudiera impedir así que no mostraron preocupación en cuanto a ese punto, lo que hizo que la ponderación al final de la sumatoria de los puntajes de cada dimensión elevara el promedio y así reflejar que hay buena calidad de vida. También la dimensión de autonomía; los adultos mayores a diferencia de las literaturas revisadas anteriormente se mostraron que en este pueblo aún se conserva la idea de que un adulto mayor es una gran persona respetada ya que es quien guía a su familia por su sabiduría, por lo tanto conserva su autoridad tanto familiar como social. Socialmente hablando, cuando hay problemas que solucionar, las autoridades como alcaldías, cocodes y entre otros no toman decisiones sin antes consultar al Cabecera del pueblo que es el adulto mayor de máxima autoridad y sabiduría según la población estudiada.

En cuanto a la dimensión de participación, aislamiento, actividades pasadas, presentes y futuras, los adultos mayores adquirieron mayor puntaje ya que como se dijo con anterioridad que en este pueblo se valora más la calidad humana en cuanto a emociones, espiritualidad, salud mental estables, principios y valores.

La mayoría de los adultos mayores estuvo bajo resguardo familiar integrado en el rol del líder mayor de la familia y también la mayoría con participación social. Casi ninguno se arrepintió de sus vivencias pasadas ya que tienen en mente que lo que tuvieron, tienen o tendrán será por voluntad de Dios y sacrificios propios.

Finalmente, un 17.5% de las personas se encontraba en la categoría regular, lo que señalaba que había un grupo que podría haber necesitado atención o intervención para mejorar su bienestar general. En este aspecto, resaltó una minoría y la baja puntuación la tuvieron en la dimensión de intimidad y salud mental, decían que no percibían amor de parte de la familia y algunos que estaban solteros indicaron que no tuvieron oportunidad de amar o seguir amando a alguien como a sus hijos, su pareja, sus nietos y por esa falta de familia cercana tampoco reciben amor.

4.1.3 Aspectos antropométricos

Para este aspecto hubo necesidad de pesar y tallar a los adultos mayores lo que daría un perfil de su índice de masa corporal donde partió la clasificación de si se encontraban desnutridos, con sobrepeso o en estado nutricional normal, para ello hay que resaltar que el Índice de Masa Corporal aporta una información generalizada del estado nutricional de la persona sin embargo existen otras escalas más específicas que se discutirán posteriormente. En este estudio se obtuvo en la categoría Adelgazado (≤ 23), hubo un total de 10 personas que tuvo un índice de masa muscular bajo, cuya distribución fue de 5 hombres y 5 mujeres. Esto demostró que en este grupo hubo una distribución equitativa entre géneros pero ya es una cantidad relevante según el total de estudiados. En la categoría Normal (23.1 - 27.9), hubo un total de 17 personas cuya distribución fue de 9 hombres y 8 mujeres. La diferencia fue pequeña, indicando que el número de personas con un índice de masa muscular normal fue bastante equilibrado entre hombres y mujeres. En la categoría Sobrepeso (28 - 31.9), hubo un total de 10 personas cuya distribución fue de 6 hombres y 4 mujeres. Aquí, los hombres predominaron ligeramente, pero no de manera significativa. En la categoría Obesidad (≥ 32), hubo un total de 3 personas cuya distribución fue de 0 hombres y 3 mujeres. Este fue un caso donde todas las personas con obesidad en este grupo fueron mujeres. Estudios demuestran que muchos de los adultos mayores caen en desnutrición por falta de acceso a los alimentos. En este caso, se conoce que Santiago Atitlán es un pueblo rico en cuanto a su agricultura, el resultado visto en este apartado no fue tanto la falta de acceso a la alimentación sino los resultados concuerda con los datos presentados en el nivel socioeconómico que los adultos mayores no tienen ingresos económicos por lo tanto no tienen esa independencia de comprar los alimentos que quisieran por pobreza, escasos recursos económicos no solo de ellos sino también de la familia que les rodea. Situación que vive la mayor parte de guatemaltecos por ser un país en vías de desarrollo.

4.1.4 Estado Nutricional

Los datos del análisis del riesgo nutricional según la escala de DNA de Payette mostraron una distribución variada del riesgo entre hombres y mujeres, con una mayor prevalencia de riesgo nutricional moderado y elevado en comparación con el riesgo bajo. Riesgo bajo: Solo una persona presentó un riesgo nutricional bajo, lo que coincide con los estudios revisados ya que en su mayoría indica que los adultos mayores por falta de acceso a la alimentación y por la pobreza no adquieren una alimentación óptima. Este bajo número sugería que la gran mayoría de los individuos en el grupo evaluado no estaban experimentando una nutrición óptima, lo que podría ser un indicador de posibles deficiencias nutricionales o la necesidad de una revisión más

profunda de los hábitos alimenticios. Mientras que, en Riesgo moderado, tanto hombres como mujeres presentaron una distribución relativamente equilibrada, aunque las mujeres fueron más numerosas que los hombres. En este aspecto predominó la falta de educación a los cuidadores y población en general sobre una nutrición adecuada, en muchas ocasiones hubo familias que tenían acceso a la buena alimentación, pero, seguía consumiendo alimentos procesados ya que piensan que es de mejor calidad y de fácil preparación y la compraban para sentirse que están al tanto de la vida moderna. Este riesgo moderado fue significativo y podría señalar que una gran proporción de la población estaba en una condición de vulnerabilidad nutricional, lo que implicaba que existía una necesidad potencial de intervención o seguimiento para mejorar su salud nutricional y evitar que el riesgo progresara, implementando inmediatamente cambios en el estilo de vida.

Riesgo elevado: Este grupo incluyó a 19 personas en total, con una ligera predominancia de hombres (10) sobre mujeres (9). El hecho de que casi una tercera parte de los participantes estuvieran en esta categoría indicaba un riesgo considerable para su salud nutricional. Las personas con riesgo elevado podrían haber estado enfrentando problemas más graves, como deficiencias nutricionales severas, enfermedades crónicas o problemas metabólicos que requerían atención médica urgente. Este fue uno de los datos que coincidió con los estudios revisados previo a esta investigación ya que la coexistencia de morbilidades comunes o enfermedades crónicas en el adulto mayor repercute en su salud nutricional.

En general, los datos mostraron que una parte importante de la población evaluada presentaba un riesgo nutricional moderado o elevado, lo que destacaba la necesidad de políticas de salud pública que aborden la nutrición en esta población. Si bien no hubo un número significativo de personas con un riesgo bajo, la prevalencia de riesgo moderado y elevado subrayaba la urgencia de realizar intervenciones y ofrecer educación nutricional para prevenir consecuencias negativas para la salud.

Estos últimos puntos son los que hacen tanta falta, ya que, en la revisión de estudios, hubo poca información sobre estos temas especialmente en los adultos mayores confirmando que es el grupo etario olvidado y marginado. Los adultos que presentaron problemas de salud ya en estados avanzados fueron aquellos arraigados a sus culturas y solventaban sus problemas de salud por sus propios medios utilizando medicina natural, pero sin asesoría de expertos en la materia y su última opción para consultar fue el médico. La cultura en este punto fungió un papel importante, si bien es cierto que nadie está en contra de la cultura, entonces el Ministerio de Salud debe dedicarse más a crear programas con pertinencia cultural en cuanto a nutrición saludable y educar desde los más pequeños hasta los adultos mayores porque la educación en estos ciclos de

vida es tan importante. No solo debe abarcarse la población adulta mayor sino a los niños para que en el futuro sean adultos mayores sanos.

En este estudio fue necesaria la utilización del instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA), el cual reveló una clara distribución de los estados nutricionales entre los participantes, con una prevalencia destacada de un "Estado Nutricional Normal" en la población evaluada, pero también evidenció una proporción significativa de personas en riesgo de desnutrición. Solo dos personas en total fueron clasificadas en la categoría de Desnutrición, con una diferencia entre géneros (2 hombres y 0 mujeres). Esto sugería que, aunque la desnutrición era un problema relevante, su prevalencia era baja dentro de la muestra. Sin embargo, era importante señalar que la desnutrición podía estar asociada con complicaciones de salud graves y, por tanto, debía ser monitoreada de cerca, incluso si el número de personas afectadas era pequeño, de igual forma no solo estuvo relacionada a la salud física sino también se mencionó que por escasas económicas no se podía “darse el lujo” de comprar alimento saludable que es el más caro, según comentaron. Para los que estuvieron en Riesgo de desnutrición; se encontraron distribuidos los sexos equitativamente entre hombres (7) y mujeres (7). Este dato fue relevante porque reflejaba un nivel intermedio de preocupación sobre la nutrición de la población estudiada. Las personas en esta categoría estaban en riesgo de desarrollar desnutrición, lo que requería atención para evitar que su estado empeorara.

La igualdad en la distribución de género podría haber sugerido que el riesgo de desnutrición afectaba de manera similar a ambos géneros en esta muestra, lo cual fue una observación importante para la planificación de intervenciones nutricionales. Mientras que el Estado nutricional normal; La gran mayoría de los participantes, tuvo un estado nutricional normal, con una ligera mayoría de mujeres (15) sobre hombres (9). Esto reflejaba que, en general, la población evaluada gozaba de una salud nutricional adecuada. No obstante, el hecho de que una proporción significativa estuviera en riesgo de desnutrición (14 personas) sugería que era necesario seguir vigilando la salud nutricional y aplicar estrategias preventivas. Estos resultados coincidieron con las investigaciones revisadas, si bien es cierto, el Estado posee programas relacionados al tema específicamente para este grupo etario, pero no han adquirido un impacto en la población por falta de promoción, aplicación de estrategias según pertinencia cultural, sin ir lejos ni nutricionistas hay en puestos y centros de salud para tener un acercamiento a la población sobre nutrición.

4.1.5 Salud Mental:

En los estudios previos en Guatemala evidenciaron que el tema de Salud Mental ha ido ganando espacios gradualmente y poco a poco a llegado su importancia a las comunidades alejadas de cascos urbanos. En el Centro de Salud donde se realizó la investigación, afortunadamente hay servicios de psicología aunque aún necesitan mejorarse y ser vigilados y monitorizados para un impacto positivo en la sociedad ya que actualmente tratan pacientes que ya tienen una condición de psicosis o depresión para llenar el requisito y ser atendidos por el departamento de psicología, cuando la atención debería ser distinta, deberían aplicarse medidas preventivas antes de llegar a padecer de una enfermedad psicológica o psiquiátrica.

En este estudio se utilizó el test Mini Mental el cual mostró una distribución en la condición cognitiva de los participantes, con una prevalencia notable de individuos en el rango "normal" y una pequeña proporción con deterioro cognitivo o demencia. Categoría Normal: La mayoría de los participantes, obtuvo una puntuación superior a 27 puntos, lo que indicaba un estado cognitivo considerado dentro de los rangos normales. Esta categoría representó un 68.4% de la muestra, lo que sugería que la gran mayoría de los individuos evaluados no presentaban alteraciones cognitivas significativas y tenían un funcionamiento cognitivo adecuado, lo que difiere de los pacientes estudiados en otras investigaciones y sobre todo en áreas urbanas donde producto del abandono y la discriminación han caído en depresión y otras enfermedades que afectan su salud mental. Caso contrario en este pueblo se vio la importancia del acompañamiento familiar, vecinal, social que regulan las emociones y evitan el deterioro cognitivo en las personas.

En Sospecha patológica: Cuatro personas (todas mujeres) fueron clasificadas en la categoría de sospecha patológica, lo que representaba un 10.5% de la muestra. Este grupo podría haber estado experimentando indicios tempranos de disfunción cognitiva o alguna patología neurológica subyacente. Era fundamental que estos individuos fueran sometidos a una evaluación clínica más detallada para identificar posibles problemas cognitivos y comenzar con intervenciones oportunas si fuera necesario, se les dio seguimiento a estas personas por Psicología quien concluyo que los problemas manifestados no son puramente físicas, sino emocionales, debido a que son madres de hijos alcohólicos, de muy mala vida, una de ellas con su esposo en la cárcel por violación, y la última por ver que sus hijos no se han superado en gran manera como a ella le gustaría que estuvieran económicamente hablando. Un grupo de personas obtuvo una puntuación entre 12 y 24 puntos, lo que indicaba un deterioro cognitivo leve a moderado. Esta categoría representó un 23.7% de la muestra, lo que reflejaba una prevalencia notable de dificultades cognitivas. Era crucial que estas personas recibieran

seguimiento médico y, si era necesario, tratamiento para abordar el deterioro cognitivo y prevenir un mayor empeoramiento. Estas personas fueron sometidas a pruebas psicológicas por psicóloga del servicio del Centro de Salud porque fue preocupante el resultado. En su mayoría no presentaron problemas físicos precisamente sino problemas emocionales por situaciones familiares quienes padecían de otras enfermedades que les preocupaba por no tener suficientes recursos económicos para llevarlos a solventar sus necesidades de salud. Entonces se puede decir que el acompañamiento de la familia tiene un impacto positivo o negativo según el comportamiento de cada integrante familiar. Demencia: Finalmente, 2 personas (1 hombre y 1 mujer) obtuvieron entre 9 y 12 puntos, lo que sugería un diagnóstico de demencia leve. Aunque este fue un porcentaje pequeño de la población evaluada (5.3%), el diagnóstico de demencia indicaba un deterioro cognitivo más grave que requería intervención médica inmediata y manejo adecuado. Estos dos adultos mayores se ubicaban entre los rangos de 90 años a 100 años de edad los cuales sí presentaron demencia comprobado por psicología quienes actualmente ya se encuentran bajo terapias psicológicas y tratamiento médico especializado. Estos últimos resultados coinciden con el problema social en los adultos mayores cuando no se aplica las técnicas y ejercicios de memoria y actividades psicológicas específicas pierden su capacidad intelectual y de memoria y caen en demencia.

De todos estos resultados obtenidos, también influyó mucho el analfabetismo y el nivel de escolaridad bajo, ya que un apartado del instrumento utilizado ponía a prueba las capacidades que requerían saber leer y escribir, y una gran mayoría de los participantes no tuvo una educación escolar o algunos tenían un nivel educativo muy bajo lo que hizo que no alcanzaran un adecuado puntaje según el test.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 5.1.1** En general, a través de una encuesta el grupo de edad más numeroso que participo en el estudio fue el de 60-65 años, con un total de 13 personas, donde predominaban las mujeres. La mayoría de las personas en la muestra tenían entre 60 y 75 años, y hubo una disminución en el número de personas a medida que aumentaba la edad. El total de hombres fue 18 y el total de mujeres fue 22, lo que indicó una ligera predominancia femenina en el grupo.
- 5.1.2** El nivel socioeconómico a través de encuesta socioeconómica determinó que la mayoría de los adultos mayores (40%) que acudió al centro de salud de Chukmuk III, en el municipio de Santiago Atitlán, en el departamento de Sololá, se ubicó en la categoría de Medio Bajo, seguida por el grupo Medio con un 32.5%. Los grupos Alto y Bajo fueron los menos representados, con 15% y 12.5%, respectivamente.
- 5.1.3** La calidad de vida de los adultos mayores, que acudió al centro de salud de Chukmuk III, en el municipio de Santiago Atitlán, en el departamento de Sololá, a través del instrumento Whoqol-Old determinó que es Buena (80%), mientras que un 17.5% presentó una calidad de vida Regular. Solo un 2.5% obtuvo una clasificación Muy Buena, y no hubo personas en la categoría de calidad de vida Mala.
- 5.1.4** La evaluación antropométrica a través del Índice de Masa Corporal determinó que el estado nutricional de los adultos mayores estudiados es Normal con 17 personas, mientras que el grupo con sobrepeso fue de 10 personas, de igual forma en la sección de Adelgazado. Solo 3 personas fueron clasificadas en la categoría de Obesidad, todas mujeres.
- 5.1.5** Según la Escala de DNA de Payette el Riesgo Nutricional de los adultos mayores es moderado con 20 personas en total, seguido por 19 personas con riesgo elevado. Solo una persona estuvo en el rango de bajo riesgo, siendo esta mujer.
- 5.1.6** Según la Escala de Mini Nutritional Assessment el Estado Nutricional de los adultos mayores estudiados es normal con 24 personas, mientras que 14 personas estaban en riesgo de desnutrición. Solo 2 personas fueron clasificadas con desnutrición, siendo ambos hombres.

5.1.7 La Salud Mental de los adultos mayores estudiados es normal con 25 personas según la prueba Mini Mental aplicada, mientras que 9 presentaron deterioro y 2 tuvieron demencia. Solo 4 personas fueron clasificadas con sospecha patológica, todas mujeres.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Ampliar la muestra de estudio en investigaciones futuras ya que en este estudio la muestra utilizada fue de 40 personas. Este tamaño de muestra es adecuado para obtener una visión representativa del Centro de Salud específicamente, pero debe considerarse que para estudios más generales o con mayor precisión, especialmente en poblaciones mayores, debe hacer una ampliación de la muestra con el fin de tener un perfil más equilibrado y representativo de la población total.

5.2.2 Mejorar la representatividad de la muestra considerando un muestreo aleatorio estratificado si se desea incluir diferentes grupos de edad dentro del rango de adultos mayores.

5.2.3 Aumentar el número de hombres participantes en el estudio para obtener comparaciones más precisas entre ambos sexos y lograr un equilibrio de género.

5.2.4 Usar instrumentos Validados, pero también realizar estudios adicionales que incluyan otros instrumentos complementarios o más específicos, como evaluaciones de función física o cognitiva, para proporcionar una visión más integral del estado de salud de los adultos mayores y lo más importante, con pertinencia cultural, tomando en cuenta el nivel académico de los sujetos de estudio ya que influye en los resultados de los instrumentos de investigación.

5.2.5 Realizar mediciones en diferentes momentos del año para evaluar posibles variaciones estacionales en la salud nutricional y mental, especialmente en una población de adultos mayores que podría verse afectada por cambios en el entorno o el acceso a servicios.

5.2.6 Asegurar que todos los participantes proporcionen su consentimiento informado, comprendiendo claramente el propósito del estudio y el manejo de sus datos. Dado que la población de adultos mayores es vulnerable y es fundamental que comprendan que el estudio no tiene fines de lucro.

5.2.7 Implementar intervenciones nutricionales o psicosociales dirigidas a los grupos con mayores riesgos de desnutrición o deterioro cognitivo, con un seguimiento para evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

5.2.8 Promover Educación Nutricional relacionado al acceso a alimentos saludables que aborden sobre la importancia de una nutrición equilibrada, promover prácticas alimentarias saludables y fomentar la autosuficiencia en la producción de alimentos nutritivos.

- 5.2.9** Mejorar el acceso a alimentos frescos y nutritivos, facilitando la creación de huertos comunitarios, y fortalecer las redes de distribución de alimentos saludables.
- 5.2.10** Implementar programas de suplementación nutricional focalizados, que incluyan tanto alimentos como el acceso a atención médica básica. Estos programas deben ser diseñados de manera integral, involucrando a las autoridades locales y a líderes comunitarios para asegurar la participación de la población. La evaluación periódica de los riesgos nutricionales también debe ser parte de un programa continuo de monitoreo y seguimiento.
- 5.2.11** Mejorar el Acceso a Servicios de Salud: En las comunidades indígenas con bajos niveles educativos y limitados recursos, el acceso a servicios de salud es fundamental para detectar y tratar de manera temprana problemas como la desnutrición y el deterioro cognitivo. Se debe priorizar la formación de agentes de salud comunitarios que puedan realizar evaluaciones nutricionales y cognitivas, proporcionando una atención básica y sirviendo como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud más avanzados.
- 5.2.12** Crear programas de estimulación cognitiva que sean accesibles y culturalmente adecuados. Estos programas deben incluir actividades que promuevan la memoria, la atención y el bienestar emocional. Además, la educación sobre salud mental, el manejo del envejecimiento cognitivo y el acceso a servicios de apoyo psicosocial deben ser componentes clave para evitar el avance de estos trastornos.
- 5.2.13** Diseñar intervenciones específicas que tomen en cuenta las diferencias de género. Es importante desarrollar programas de promoción de hábitos saludables que no solo se enfoquen en la prevención de la obesidad, sino también en la mejora del bienestar general, con énfasis en la actividad física, la educación nutricional y el autocuidado para las mujeres.
- 5.2.14** Realizar un seguimiento longitudinal de la población, con un enfoque en la evolución de los problemas nutricionales y cognitivos a medida que las personas envejecen. Este seguimiento permitirá identificar patrones y factores de riesgo adicionales, y proporcionar una base sólida para la planificación de políticas públicas y programas de salud dirigidos a esta población.
- 5.2.15** Analizar con detalles el impacto del analfabetismo y otras barreras educativas en la efectividad de las intervenciones de salud.
- 5.2.16** Investigar las costumbres culturales y las condiciones socioeconómicas de cómo afectan las decisiones sobre salud y nutrición en las comunidades indígenas. Establecer una comprensión más profunda de estos factores permitirá diseñar intervenciones más efectivas que respeten las tradiciones y necesidades locales, y que sean sostenibles a largo plazo.

5.2.17 Explorar cómo las comunidades indígenas pueden desarrollar capacidades internas para gestionar su salud, con énfasis en la autogestión nutricional y el cuidado cognitivo, fomentando la capacitación de líderes comunitarios en salud y bienestar puede ser un paso crucial hacia la autonomía y sostenibilidad en la atención de la salud de estas comunidades.

CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Conaprov. (14 de enero de 2018). *Política Nacional de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores en Guatemala periodo 2018-2032*. Obtenido de <https://ecursos.segeplan.gob.gt/CAPP/documentos/84/POLITICA%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES%20VERSION%20FINAL%20DICIEMBRE%202022.pdf>

Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de Solola. (20 de Septiembre de 2024). PROYECTO DE CATEGORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD TIPO “B” A CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL -CAIMI-, MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLAN, SOLOLÁ. Guatemala, Guatemala, Solola, Santiago Atitlan.

Enfermería Global. (1 de Octubre de 2020). *Enfermería Global, Revista electronica trimestral de enfermería*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-259.pdf>

GORDILLO, D. J. (10 de Febrero de 2020). *Relevancia Medica*. Obtenido de <https://relevanciamedica.com/historia-de-la-geriatria-y-gerontologia/#:~:text=en%20el%202003.-,Guatemala,25%20de%20abril%20de%201940>.

Hernández., M. S. (8 de Junio de 2016). *Calidad de Vida e Instrumentos de Medicion*. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf>

Higuera, J. C. (18 de noviembre de 1998). *Espiritualidad y Mayores*. Obtenido de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Espiritualidad_Mayores.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Medicas. (17 de Febreo de 2024). *Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Medicas*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GRR.pdf>

Juan Manuel Guerrero-Godinez, A. M.-V.-M.-B.-G.-C. (30 de Septiembre de 2017). *Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor*. Obtenido de <https://mail.medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/36/34>

Ministerio de s. (s.f.).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). Normas de Atención, Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. En D. d. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Normas de Atención, Salud Integral*

para Primero y Segundo Nivel (págs. 605-742). Guatemala : Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Departamento de Regulacion de los programas de atencion a las personas.

Nestle Nutrition Institute . (15 de Enero de 2009). *Nestle Elderly*. Obtenido de <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf>

OMS/OPS. (15 de octubre de 2010). *MSPAS/Politica Nacional Contra el Cancer (Plan Nacional 2010-2015)*. Obtenido de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/GTM_B5_4POLITICAS%20NACIONAL%20CONTRA%20EL%20C%3%81NCER.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Red Latinoamericana de Gerontologia. (23 de Febrero de 2012). *Red Latinamericana de Gerontologia*. Obtenido de Procurador de los Derchos Humanos de Guatemala: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2356>

Rubio Olivares, D. Y., Rivera Martínez, L., & Borges Oquendo, L. d. (27 de Julio-diciembre de 2015). *VARONA*. Obtenido de Universidad Pedagógica Enrique José Varona: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

Anexo 1



SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico-psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social solo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Tabla 12. Escala de valoración sociofamiliar.

Anexo 2

CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" en la respuesta que mejor considere para cada pregunta.

1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?



2. ¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?



3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?



4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?



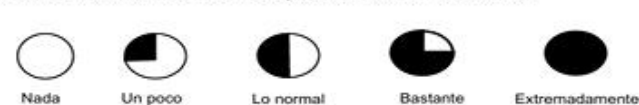
5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?



6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?



7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?



8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?



9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?



Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

10. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?



12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?



13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?



14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?



Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida.

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?



16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?



17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?



19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?



20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?



Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?



22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?



23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?



24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?



Anexo 3

Cuadro IV. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette

DNA (Dépistage Nutritionnel des Aînés) de Payette		
Tamizaje de problemas de alimentación en personas adultas mayores		
Peso actual _____ kg. Talla: _____ cm.		
Marque la respuesta que corresponde al estado de la persona:		
La persona:		
Es muy delgada (percepción del encuestador)	Si	2
	No	1
¿Ha perdido peso en el curso del último año?	Si	2
	No	1
¿Sufre de artritis con repercusión en la realización de sus actividades diarias?	Si	2
	No	1
¿Incluso con anteojos, su vista es?	Buena	0
	Regular	1
	Mala	2
¿Tiene buen apetito?	Frecuentemente	0
	Algunas veces	1
	Nunca	2
¿Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (Ej.: enfermedad personal, pérdida de un familiar)?	Si	1
	No	0
¿Qué es lo que habitualmente come en el desayuno o almuerzo?		
Frutas o jugo de frutas	Si	0
	No	1
Huevo, queso, frijoles o carne.	Si	0
	No	1
Tortilla , pan o cereal	Si	0
	No	1
Leche (más de ¼ de taza)	Si	0
	No	1
		Total: _____
Calificación	Riesgo Nutricional	Recomendaciones
6-13	Elevado	Ayuda para la preparación de las comidas y colaciones. Consulta con un profesional de la nutrición Aplique MNA
3-5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (vigilar consumo de alimentos, orientar y animar) Aplique MNA
0-2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factores de riesgo (cambio de situación, pérdida de peso)

Anexo 4

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Last name:	<input type="text"/>	First name:	<input type="text"/>
Sex:	<input type="text"/>	Age:	<input type="text"/>
Weight, kg:	<input type="text"/>	Height, cm:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers. Total the numbers for the final screening score.

Screening

A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?

- 0 = severe decrease in food intake
- 1 = moderate decrease in food intake
- 2 = no decrease in food intake

B Weight loss during the last 3 months

- 0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs)
- 1 = does not know
- 2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs)
- 3 = no weight loss

C Mobility

- 0 = bed or chair bound
- 1 = able to get out of bed / chair but does not go out
- 2 = goes out

D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months?

- 0 = yes
- 2 = no

E Neuropsychological problems

- 0 = severe dementia or depression
- 1 = mild dementia
- 2 = no psychological problems

F1 Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m)²

- 0 = BMI less than 19
- 1 = BMI 19 to less than 21
- 2 = BMI 21 to less than 23
- 3 = BMI 23 or greater

IF BMI IS NOT AVAILABLE, REPLACE QUESTION F1 WITH QUESTION F2.
DO NOT ANSWER QUESTION F2 IF QUESTION F1 IS ALREADY COMPLETED.

F2 Calf circumference (CC) in cm

- 0 = CC less than 31
- 3 = CC 31 or greater

Screening score

(max. 14 points)

12-14 points: Normal nutritional status

8-11 points: At risk of malnutrition

0-7 points: Malnourished

Save

Print

Reset

Anexo 5

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE:

FECHA:

ESTUDIOS/PROFESIÓN:

F. NACIMIENTO:

VARÓN / MUJER

OBSERVACIONES:

N.Hº:

EDAD:

¿En qué año estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué estación?	0 - 1		
¿En qué día (fecha)?	0 - 1		
¿En qué mes?	0 - 1		
¿En qué día de la semana?	0 - 1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 - 1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0 - 1		
¿En qué provincia estamos?	0 - 1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0 - 1		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)		Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 0 0-1 0 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1		ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)		RECUERDO diferido(Máx.3)	
· DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1. · REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un tragal había 5 perros") 0-1 · ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano 0-1 Dobla por mitad 0-1 Pone en suelo 0-1 · LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 · ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 · COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más= normal 24 ó menos = sospecha patológica 12-24= deterioro 9-12 = demencia		Puntuación TOTAL: (Máx.30puntos)	

Anexo 6



Guatemala, 20 de agosto de 2024.

Dr. Juan Chumil Cuc
Coordinador
Centro de Salud, Distrito 4
Santiago Atitlán, Sololá
Presente

Respetable Dr. Chumil

Por medio de la presente me es grato dirigirme a usted deseándole éxitos en sus labores.

Hago su conocimiento que, como parte del curso de Seminario de Investigación, correspondiente al cuarto semestre de la **Maestría en Geriátrica y Gerontología** de la **Facultad de Ciencias de la Salud**, los alumnos deben realizar una investigación final cuyo título es denominado: **"CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CHUKMUK III DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO ATITLÁN, SOLOLÁ, DURANTE EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE 2024"**

Misma que solicito de manera atenta sea aprobada para realizarse en el **Centro de Salud** por la estudiante: **Dra. Rebeca Nicolasa Chiyal Lacan** con número de carné 21001387.

Agradezco la atención y quedo en la mejor disposición de atender cualquier duda que surja.
Atentamente,

Dra. Vilma Chavez de Pop
Decana FACISA

DR. JUAN CHUMIL CUC
MEDICO Y CIRUJANO
COL. No. 8889