

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Psicología*

**ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO
DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES CON DEMENCIA, MEDIANTE
ENTREVISTAS A UN GRUPO DE
EXPERTOS**

SUSTENTANTE: MARÍA ELENA AGUILAR MEZA

Diciembre, 2022

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
ABSTRACT.....	8
I. CAPITULO EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1.1 Antecedentes del problema.....	11
1.1.2 Delimitación del problema.....	18
1.1.3 Justificación	18
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
II. CAPITULO MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	23
2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	24
2.2.1 La Demencia y sus clasificaciones	24
2.2.2 Calidad de vida en el adulto mayor.....	29
2.2.3 Dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores	30
2.2.4 Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de demencia	34
III. CAPÍTULO MARCO METODOLÓGICO	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	40
3.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	40
3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	42
3.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
3.5 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	43
3.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	44
IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	47

4. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	48
4.1.1 Categoría General 1 -Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia (CG1-EMCVAMD).....	48
4.1.2.....	C
ategoría General 2 -Dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores con demencia (CG 2-DTCVAMD).....	65
4.1.3.....	C
ategoría General 3 - Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia(CG 3-EECVAMD)	73
V. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	82
5. 1 ANÁLISIS DE LOS DATOS	83
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
6.1 CONCLUSIONES	91
6.2 RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS	95
ANEXOS.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificaciones de la demencia (Trastorno neurocognitivo mayor) según DSM-5	26
Tabla 2 Dimensiones y características de Calman_____	31
Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión de los participantes_____	41
Tabla 4 Comparación de resultados Kappa_____	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conceptos de calidad de vida en los adultos mayores_____	49
Figura 2 Características de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia_____	54
Figura 3 Estrategias para trabajar calidad de vida en los adultos mayores con demencia	56
Figura 4 Dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores con demencia _____	66
Figura 5 Indicadores de efectividad de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia_____	74
Figura 6 Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia_____	77

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al todo poderoso, porque siempre me ha demostrado su amor, a mis padres, Ana y Antonio, quienes todos estos años han estado para mí, dando su mayor esfuerzo, siendo mis pilares. A mi hermano Oscar, mi cómplice, mi apoyo incondicional. A Sansa, por su compañía y amor.

También agradezco a las personas especiales en mi vida, Valdo, Zepo y Vlad por creer en mí, acompañándome en los diferentes tramos de este camino y ayudarme a cumplir mis metas y a vivir mis sueños.

A mi tutora, la Profe Wendy, gracias por tu paciencia y tu guía.

Un especial agradecimiento al personal docente de la universidad, es especial aquellos que dejaron una huella especial en mi vida, profesor Marvin Hernández y las profesoras Inti Álvarez, Beatriz Parra y Flora Solano, tienen toda mi gratitud.

Finalmente deseo agradecer a todas las personas que de alguna u otra manera aportaron su tiempo y conocimientos para la realización de esta tesis.

Por siempre agradecida...

RESUMEN

La demencia implica una disminución de la capacidad intelectual acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento, alterando la autonomía del adulto mayor y su vida social. Desafortunadamente la afectación suele ser tanto para quien la padece como para aquellas personas que están en su entorno inmediato.

El aumento en la expectativa de vida de las personas ha llevado a que las enfermedades neurodegenerativas relacionadas con la vejez sean más comunes en el medio, por lo que surge como interés de la investigación en determinar las estrategias efectivas para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de diez expertos.

Como resultado de la investigación se obtienen tres categorías generales; estrategias para trabajar el mejoramiento de la calidad de vida, dimensiones que componen la calidad de vida y finalmente la categoría estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia.

En cuanto a las estrategias para trabajar el mejoramiento de la calidad de vida, se encuentran conceptos relacionados al abordaje integral de la calidad de vida, la caracterización de esta en cuanto a la población adulta mayor diagnosticada con demencia y algunas estrategias para trabajar la calidad de vida.

Se categorizan las diferentes dimensiones utilizadas en el marco de la calidad de vida de la población en estudio y los datos obtenidos ofrecen algunas dimensiones emergentes que también son de importantes para esta población.

En la categoría de las estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, de la investigación se obtienen algunos indicadores de la efectividad en las estrategias utilizadas por los participantes en el estudio, sin embargo no se logra determinar cuáles son las estrategias más efectivas debido a que los datos obtenidos no brindan suficiente información para su análisis.

Palabras claves: Demencia, estrategias, efectividad, calidad de vida, mejoramiento, adultos mayores.

ABSTRACT

Dementia implies a decrease in intellectual capacity accompanied by psychological and behavioral changes, altering the autonomy of the elderly and their social life. Unfortunately, the affectation is usually for both those who suffer from it and for those people who are in their immediate environment.

The increase in people's life expectancy has led to neurodegenerative diseases related to old age being more common in the environment, which is why it emerges as research interested in determining effective strategies for improving quality of life of the elderly with dementia, through interviews with a group of ten experts.

As a result of the investigation, three general categories were obtained; strategies to work on improving the quality of life, dimensions that make up the quality of life and finally the category of effective strategies for improving the quality of life of older adults with dementia.

Regarding the strategies to work on improving quality of life, there are concepts related to the comprehensive approach to quality of life, its characterization in terms of the older adult population diagnosed with dementia, and some strategies to work on quality of life.

The different dimensions used in the framework of the quality of life of the population under study are categorized and the data obtained offer some emerging dimensions that are also important for this population.

In the category of effective strategies for improving the quality of life of older adults with dementia, some indicators of the effectiveness of the strategies used by the study participants are obtained from the research, however, it is not possible to determine which are the most effective strategies because the data obtained does not provide enough information.

Keywords: Dementia, strategies, effectiveness, quality of life, improvement, older adults.

I. CAPITULO EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

Para el abordaje de los antecedentes, se encontró una escasez de investigaciones nacionales concernientes a las estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia. De forma inicial se revisaron estudios internacionales que contiene las variables necesarias para determinar la importancia en la calidad de vida en adultos mayores con ese diagnóstico y se culmina con la investigación que propone de forma un poco más específica las estrategias que ayudan al mejoramiento de la calidad de vida en esta población.

Con respecto al ámbito costarricense se encontraron dos estudios relacionados a las variables de interés del estudio en uno de ellos los autores recomiendan fomentar la investigación en esa área para un mejor entendimiento de la problemática y ofrecer mejores alternativas de atención, mientras que en el otro, los autores reflejan la necesidad enfocarse en estrategias de salud pública que reduzcan el riesgo y la urgencia de iniciar acciones en el Plan de Alzheimer de Costa Rica.

Entre los antecedentes internacionales, Laguado Jaimes et al. (2017), realizaron una investigación sobre la funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Su objetivo consistió en determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica.

La metodología fue de tipo descriptiva y un diseño transversal, con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico. Se utilizaron dos

tipos de escalas; la de Clasificación y graduación de la dependencia, basada en Clasificación internacional del funcionamiento, la dependencia y la salud de la OMS, y la Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado EVA de los autores Pedraza et al. (1991).

El estudio concluyó que en la funcionalidad del adulto mayor predomina con dependencia leve el género masculino con un 16 % y como independiente 0 con un 15%; por grupo de edad, el comportamiento del grupo entre 75-84 años dependencia leve y la independencia de igual forma 20%, en los grupos de edad de 95 o más reporta 1,66% con dependencia importante e independencia (Laguado Jaimes et al., 2017).

Cañas et al. (2018), realizaron una investigación sobre la calidad de vida en pacientes con demencia tipo Alzheimer. El objetivo del trabajo de investigación consistió en la medición de la calidad de vida basada en la autopercepción que tiene el paciente con demencia tipo Alzheimer, en comparación con un grupo de sujetos sin deterioro cognitivo (SSDC) con la finalidad de demostrar la hipótesis de que a mayor afectación del deterioro cognitivo menor calidad de vida auto percibida en pacientes con este tipo de demencia.

Con este propósito, se recurrió a una muestra de 50 pacientes con demencia tipo Alzheimer y 60 sujetos sin deterioro cognitivo. Se aplicó la Escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer -QOL-AD.

Los resultados mostraron que los pacientes con demencia de Alzheimer tenían una calidad de vida general auto percibida más baja en comparación con los sujetos sin deterioro cognitivo (Cañas et al., 2018). Durante el mismo año Maya Pérez et al., (2018), realizaron una evaluación de la calidad de vida de 212 adultos mayores no institucionalizados de la Ciudad de México a con el objetivo de conocer las dimensiones que componen la calidad de vida en

esa población.

El estudio se realizó a través de la escala FUMAT. Con respecto a la escala, las “dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (Verdugo, et al., 2009, como se citó en Maya Pérez et al., 2018).

Los resultados obtenidos por Maya Pérez et al. (2018), respecto a la categoría que evalúa la salud mental es que existe una percepción positiva que se contrapone con los datos de las subescalas que demuestran que se mantiene una percepción mermada sobre las condiciones de vida; y que los adultos mayores corren el riesgo de presentar trastornos mentales, demencias, enfermedades neurológicas entre otras afecciones.

Por otro lado, Reyna Salazar, (2019) estudió arreglos familiares y calidad de vida en personas con demencia. El propósito de este estudio fue determinar el impacto del tipo de arreglo del cuidador familiar en la calidad de vida de las personas con demencia. El estudio se centró en entrevistar a cuidadores de personas con demencia grave y adultos mayores de 65 años a los que se les había diagnosticado demencia leve y moderada.

Con este propósito se realizaron un total de 200 entrevistas, la participación consistió en 125 mujeres y 75 varones. El estudio descriptivo transversal consistió en una encuesta con secciones sociodemográficas, médicas y escala de QoL-AD, tipo Likert, validada en México.

Los resultados obtenidos por Reyna Salazar, (2019), indicaron que en cuanto a la puntuación de la calidad de vida de los pacientes (paciente/cuidador) en un 48,5% de los casos presentó una baja calidad de vida contra 51,5% de los casos con alta calidad de vida.

Contreras et al. (2019), estudiaron la prevalencia de la demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, durante los años 2016 al 2017. El propósito del estudio

fue determinar la prevalencia de demencia y describir la funcionalidad de los adultos mayores asistentes a la clínica.

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, y utilizaron una muestra probabilística aleatoria de 382 pacientes. Para la realización del estudio, revisaron los archivos de los pacientes y utilizaron una ficha de recolección de datos sociodemográficos.

El diagnóstico de demencia fue realizado por un médico geriatra y para las características de funcionalidad utilizaron las pruebas neuropsicológicas de Pfeiffer, el índice de Lawton y Brody y el índice de Katz.

Contreras et al. (2019), obtuvieron en sus resultados que la prevalencia de demencia en la población geriátrica de su estudio fue de 9,9%, el 19,4% tuvo dependencia parcial en actividades básicas de la vida diaria y el 23% dependencia severa en actividades instrumentales de la vida diaria.

Magaña Terrón (2019), se enfocó en estudiar los perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día. Entre sus objetivos estaba establecer los perfiles de calidad de vida del grupo de adultos mayores y de analizar la relación entre calidad de vida y salud (física y mental) y la autonomía funcional de los sujetos.

Para realizar dichos perfiles y estudiar la calidad de vida utilizó una muestra de 181 personas mayores asistentes a centros de día de diversas comarcas de la provincia de La Coruña, a los que se les aplicó el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), es una evaluación multidimensional de la calidad de vida en los adultos mayores a los 65 años, está compuesto por 21 subescalas agrupadas en las nueve dimensiones; salud (subjettiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios.

Los resultados obtenidos concluyeron que las personas mayores con mejor salud física y psíquica, así como con mejor autonomía funcional presentan unos mejores niveles de calidad de vida (Magaña Terrón, 2019).

Recientemente Lluesma Vidal et al. (2021), investigaron la autopercepción del estado de salud como indicador de la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo en función de su lugar de residencia: domicilio versus centro sociosanitario. El objetivo de la investigación fue analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con deterioro cognitivo en función del lugar de residencia (domicilio familiar frente a instituciones), comparándola con la autopercepción del estado de salud de ambos grupos.

La investigación estuvo conformada por una muestra de 71 sujetos, 44 adultos mayores recibían cuidado informal en su domicilio y asistían a un centro de día (Valencia, España), y 27 residían en un centro sociosanitario (Teruel, Valencia). Para evaluar a los participantes se utilizaron diferentes pruebas; el índice de comorbilidad de Charlson (CCI), Mini-Mental Test de Folstein (MMSE), test de fluidez verbal, autopercepción del estado de salud mediante escala visual analógica del Euro-Qol y variables sociodemográficas.

Los resultados obtenidos por Lluesma Vidal et al. (2021), evidenciaron que los adultos mayores que residen en el domicilio presentan una autopercepción de su estado de salud mejor que aquellos que residen en el centro sociosanitario, pese a que su estado cognitivo muestra peores resultados.

Arévalo (2019), estudió la demencia y su relación con el estado de dependencia funcional en adultos mayores institucionalizados: Estudio de casos del Hogar de Adultos Mayores "Emilia Moutier de Pirán" de General Pirán, cuyo objetivo general se enfocó en conocer la relación entre demencia y dependencia funcional en los adultos mayores de General Pirán.

El diseño de tipo transversal, descriptivo, correlacional, requirió instrumentar técnicas de valoración mental, funcional y social, así como otros procedimientos de intervención que se utilizaron a la vez, como fuentes de datos y de recolección de información. La muestra contó con la participación de 43 personas con edades entre 60 y 85 años o más (Arévalo, 2019).

El estudio concluyó que, en relación con la dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, fue mayor en los adultos mayores con demencia y en los mayores de 85 años, con una tendencia hacia una dependencia total. También concluyó que los buenos recursos sociales prevalecieron en las personas institucionalizadas con y sin diagnóstico de demencia, demostrando demencia, haciendo visible una influencia positiva en el mantenimiento de su capacidad funcional.

Arévalo (2019), propone diferentes estrategias y actividades de intervención terapéutica en la institución, que van desde lo preventivo a la asistencia y rehabilitación, acorde con los estadios de la enfermedad y grado de deterioro funcional.

En cuanto al ámbito nacional, Román Garita y Boza Clavo (2019), realizan un estudio de prevalencia de demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de deterioro cognitivo o demencia, y frecuencia de factores asociados en personas adultas mayores en el cantón mencionado.

Mediante un estudio descriptivo de prevalencias en adultos mayores, recurrieron a una muestra de 101 adultos mayores de 65 años, identificados mediante la estrategia “tocando puertas”, acudiendo casa por casa en el cantón anteriormente mencionado y detectando aquellas donde residía al menos un adulto mayor, utilizando el protocolo desarrollado por el Grupo 10/66 Dementia Research Group de la Asociación Internacional de Alzheimer.

Los resultados obtenidos por Román Garita y Boza Clavo (2019), evidenciaron cifras de

prevalencia de demencia similares a las reportadas por otros estudios a nivel mundial. Esto reflejó la necesidad de avocarse a las estrategias en salud pública de reducción de riesgo, así como la urgencia de activar acciones del Plan Alzheimer de Costa Rica.

Picado Ovares y Sandí Jirón, (2020) investigaron acerca del Perfil del paciente con demencia del programa de atención domiciliar geriátrica del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes en San José, Costa Rica, el objetivo fue definir el perfil de los usuarios con demencia que han ingresado al programa de ACG, desde enero del 2012 al junio del 2020. Se realizó un análisis exploratorio de 2079 pacientes valorados por la “Sesión de ingresos”.

Los resultados del perfil del paciente con demencia de Picado Ovares y Sandí Jirón, (2020) concluyen que los pacientes de su estudio son principalmente del género femenino, viudos, mayores de 80 años, con dependencia severa, alteraciones nutricionales, disfagia y trastornos neuroconductuales. Otra de las conclusiones deja en evidencia de que existe poca investigación en Costa Rica sobre el tipo de paciente beneficiario de los programas de atención domiciliar geriátricos y que se recomienda fomentar la investigación en esa área para un mejor entendimiento de la problemática y ofrecer mejores alternativas de atención.

Tanto los estudios realizados en el contexto nacional en el internacional, permiten identificar algunas de las principales variables subyacentes a tener en cuenta para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, así como las herramientas y algunas estrategias utilizadas por los terapeutas para las personas pertenecientes a esta población.

También aportaron datos importantes, como saber que los pacientes de Alzheimer auto percibían una calidad de vida global más baja en comparación con sujetos sin deterioro cognitivo.

Por otra parte, los adultos mayores no institucionalizados tienen una percepción positiva respecto a su salud mental, sin embargo, otro estudio contrapone que la percepción de los cuidadores, los cuales consideran que casi el 50 % de los pacientes tienen baja calidad de vida y que el grado de dependencia parcial, severa y total está presente en un alto porcentaje de pacientes. Las cifras evidencian prevalencia de demencia en Costa Rica similares a las reportadas por otros estudios a nivel mundial.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación fue llevada a cabo mediante entrevistas a 10 especialistas con experiencia en el área de la salud mental, los cuales trabajan o han trabajado con población adulta mayor con procesos de deterioro cognitivo. Se conforma tanto de hombres como mujeres con más de 3 años de experiencia profesional con la población en estudio. Se trabaja durante el segundo cuatrimestre del año 2022, mediante sesiones virtuales con entrevistas semiestructuradas para investigar sobre la utilización de estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con demencia.

1.1.3 Justificación

La demencia, sin importar su tipo, conforman un problema de salud pública en Costa Rica y alrededor del mundo, su incremento ha sido muy notorio en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (2021), prevé que el número total de personas con demencia alcance los 78 millones en 2030 y 139 millones en 2050.

La falta de respaldo legal puede estar minimizando el problema e influyendo en la falta de

abordaje y en desfavorecimiento de la población, según la publicación del diario La Gaceta (2017), el Ministerio de Salud (MS) indica “Que en Costa Rica, el sistema de registros estadísticos es deficiente y no permite la vigilancia epidemiológica efectiva, lo que impide un conocimiento real de esta condición de salud para la toma de decisiones estratégicas (...)”. (p.2)

“La demencia está relacionada con dependencia, baja calidad de vida, institucionalización y mortalidad” (Fages-Masmiquel et al., 2021, p.409). Los pacientes con cualquier tipo de demencia o situación de vida, llámese institucionalizados o aquellos que conviven en su hogar con sus familiares, requieren muchos cuidados, por lo general de forma continua y a largo plazo, las estrategias utilizadas durante el proceso son las que van a determinar la calidad de vida de estos pacientes.

La presente investigación resulta relevante desde la psicología y ciencias de la salud que aborde de forma específica las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia desde los profesionales que laboran con el grupo de interés. Este tipo de estudio es primordial para el contexto de la sociedad costarricense, ya que las estadísticas sobre las manifestaciones de la enfermedad han aumentado en los últimos años, llegando a calificarla como un problema de salud pública que requiere contar con los recursos más efectivos para su abordaje dentro de la línea de investigación en calidad de vida.

Bajo el marco anterior, el análisis de las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia, desde la percepción de los profesionales en salud mental, se convierte en un primer aporte para generar sub-líneas y proyectos de investigación que se utilicen como base para el diseño de estudios empíricos, en

donde se pueda trabajar la evaluación de las estrategias para su implementación en el beneficio de los pacientes con demencia y del conocimiento de estrategias basadas en evidencia en el ámbito de la salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las estrategias más efectivas según la percepción de un grupo de profesionales en salud en el mejoramiento de la calidad de vida de adultos mayores con diagnóstico de demencia?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Analizar las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de demencia, mediante la percepción de un grupo de profesionales en salud.
2. Categorizar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, según las dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores.

3. Determinar las estrategias más efectivas para trabajar la calidad de vida de los adultos mayores con demencia.

II. CAPITULO MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2021), reporta datos importantes respecto a tasas de demencia a nivel mundial, se calcula que unos 55 millones de personas (el 8,1% de las mujeres y el 5,4% de los hombres mayores de 65 años) viven con demencia actualmente y estiman que esta cifra aumentará a 78 millones para 2030 y a 139 millones para 2050 (párr. 2).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2022), se proyecta que para el año 2034 el territorio costarricense contará con una población de 5 708 069 de habitantes, donde se espera que el 14, 55 % sean personas adultas mayores, y para el año 2050 estima un alza importante ya que esta población estaría llegando al 20,71 % de la población.

Desde el 21 de abril del año 2017, en Costa Rica se oficializó y se declaró de interés público y nacional la “Norma nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia” (La Gaceta, 2017, p.3). Como respuesta a la norma, el Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor (CONAPAM), creó un “Plan nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, esfuerzos compartidos 2014 – 2024” donde el primer objetivo es “Mejorar el acceso al diagnóstico de enfermedades neurocognitivas y las formas de atención integral con el fin de mejorar el estado de bienestar de personas que la sufren”, una de las estrategias es estimular y fortalecer las estructuras clínicas que proveen un diagnóstico, intervención y consejería (CONAPAM, 2014, p. 8).

En la actualidad, a pesar de los recursos destinados a hallar un tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, todavía no se ha encontrado alguno que cure la enfermedad. Por ello, la atención a la demencia se centra en proporcionar

bienestar y calidad de vida (Carrasco, 2012, como se citó en Reyna Salazar, 2019).

2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.2.1 La Demencia y sus clasificaciones

La demencia se produce como resultado de un proceso patológico que daña cada vez más el cerebro con el tiempo. Afecta todos los grupos de la sociedad y no está vinculado a la clase social, género, grupo étnico o ubicación geográfica. La demencia no es una parte del envejecimiento normal, es más común entre las personas mayores, las personas más jóvenes también pueden verse afectadas (WHO, 2018, p.3).

Etimológicamente “demencia” consta de los prefijos: de (ausencia), mente (mente) y el sufijo ia (condición o estado), por lo que se puede suponer que la demencia es “una condición de pérdida de la mente”, definición que en la actualidad se aplicaría sólo a estadios avanzados de demencia (Nitrini, 2011, como se citó en Custodio et al., 2018, p. 237)

Para la presente investigación se utiliza la definición de demencia referida por La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la demencia como un síndrome que generalmente su naturaleza es crónica o progresiva y se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva yendo más allá de una consecuencia del envejecimiento normal (2020).

La clasificación utilizada en la presente investigación corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) por sus siglas en inglés, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) en donde se clasifica la demencia como “trastorno neurocognitivo”, específicamente como un “trastorno neurocognitivo mayor” (APA, 2014 p.591).

Custodio et al., (2018) indican que el DSM -5 “Establece que los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuo-perceptivas y visuo-constructivas y cognición social” (p.241).

Es importante aclarar que en el DSM-5 el término demencia se conserva, esto es para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. La demencia es un término que se utiliza de forma frecuente para describir enfermedades como la demencia degenerativa que generalmente afecta a los adultos mayores, el término trastorno neurocognitivo es el que se usa para las enfermedades que afectan a los adultos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un trauma (APA, 2014 p.591).

Criterios diagnósticos del Trastorno neurocognitivo mayor según el DSM V

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos. (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en: 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa. (APA, 2014, p.602)

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos). (APA, 2014, p.602)

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

(APA, 2014, p.602)

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

trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). (APA, 2014, p.603).

Tabla 1 Clasificaciones de la demencia (Trastorno neurocognitivo mayor) según DSM-5

<i>E. de Alzheimer</i>	Las habilidades viso constructivas/perceptivo motoras y el lenguaje se ven afectados, especialmente cuando el TNC es moderado o grave. La cognición social tiende a conservarse hasta más adelante en la enfermedad (p.612).
<i>Degeneración del lóbulo fronto-temporal</i>	Sujetos con variantes conductuales de TNC frontotemporal (grave o leve) presentan grados de apatía o desinhibición. Pérdida de interés en las relaciones sociales, auto cuidado o comportamiento social inapropiado (p.615)
<i>E. por cuerpos de Lewy</i>	Incluye disfunción cognitiva progresiva (involucra atención compleja y funciones ejecutivas desde el principio, aprendizaje y memoria), además alucinaciones visuales complejas recurrentes (p.619).
<i>E. vascular</i>	El inicio gradual, de progresión lenta, generalmente se debe

a la enfermedad de los vasos pequeños que produce lesiones en la sustancia blanca, los ganglios basales o el tálamo (p.622).

Traumatismo cerebral

El TNC severo o leve causado por una lesión cerebral traumática que causan un movimiento cerebral rápido o un desplazamiento dentro del cráneo (p.625).

Consumo de sustancia o medicamento

Inducido por sustancias/medicamentos, causa déficits neurocognitivos que persisten más allá de la duración usual de la intoxicación y la abstinencia agudas (p.629).

Infección por VIH

Algunas personas infectadas por el VIH desarrollan TNC, a menudo se encuentran en un modo "subcortical", con disfunción ejecutiva marcada, procesamiento lento, problemas con tareas que requieren atención y dificultad para aprender información (p.632).

E. por Priones

Los síntomas prodrómicos incluyen fatiga, ansiedad, problemas con el apetito o el sueño y dificultad para concentrarse con probabilidad de falta de coordinación y demencia rápidamente progresiva (p.635).

E. de Parkinson

La característica esencial fundamentalmente es el deterioro cognitivo que ocurre después del inicio de la enfermedad de Parkinson (p.635)

E. de Huntington

El deterioro cognitivo progresivo es una característica

principal con cambios tempranos en la función ejecutiva en lugar de en el aprendizaje y la memoria (p.639).

Otra afección médica

TNC inducido por una condición médica se debe a la relación temporal entre el inicio o el empeoramiento de la afección y el desarrollo del déficit cognitivo (p.641).

Etiologías múltiples

Esta categoría incluida para abordar las manifestaciones clínicas del TNC que exista evidencia de que varias condiciones médicas pueden desempeñar un papel en su desarrollo (p.643).

No especificado

“La categoría del trastorno neurocognitivo no especificado se utiliza en situaciones en las que no puede determinarse la etiología concreta con la certeza suficiente para confirmar una atribución etiológica”

Esta categoría es utilizada cuando la etiología específica no puede identificarse de forma certera para confirmar la atribución etiológica

(p.603).

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Además se debe especificar si es “Sin alteración del comportamiento”, en el caso que no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa. Se

especifica “Con alteración del comportamiento” si va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa. También se deberá especificar la gravedad actual del trastorno, es decir si es leve, moderado o grave (APA, 2014, p. 605).

2.2.2 Calidad de vida en el adulto mayor

A través del tiempo diferentes autores han aportado diversas teorías relacionadas con la calidad de vida, el presente estudio se apega a la Teoría del modelo de Calman el cual se introdujo en 1984 y sigue proporcionando una base sólida conceptual o teórica para diferentes aproximaciones y evaluar el problema de calidad de vida relacionado con la salud.

Calman basa en tres aspectos fundamentales: la multidimensionalidad de la existencia humana, la valoración subjetiva a partir de la perspectiva de la persona enferma, los elementos dinámicos surgidos del proceso de afrontamiento de la situación de enfermedad con sus componentes psicológicos, sociales y culturales (Dapueto, 2013, p.29).

“La calidad de vida solo se puede describir y medir en términos individuales y depende del estilo de vida actual, la experiencia pasada, las esperanzas para el futuro, los sueños y las ambiciones”. (Calman, 1984, p.124) Así mismo desde la perspectiva de Calman la “calidad de vida” va más allá de los efectos de la enfermedad en el cuerpo y los efectos secundarios del tratamiento al reconocimiento del paciente como una persona individual y completa (Dapueto, 2013, p.30).

Calman define la calidad de vida de la siguiente manera: Se puede decir que existe una buena calidad de vida en el momento presente cuando las propias esperanzas y expectativas de la persona se ven acompañadas y satisfechas por la experiencia (Dapueto,

2013, p.32).

Además del envejecimiento natural del ciclo de la vida, la calidad de vida también depende del entorno social, Carbajo (2008) afirma que tanto el espacio para que la persona se desenvuelva, la economía, familia, las personas que conviven con él, incluso el estado de la casa en que vive, influye en la vida y en el cuerpo del ser humano; todos estos factores se fusionarán en uno solo, y envejecerán Individuo (Carbajo, 2008 como se citó en González-Celis y Lima Ortiz, 2017, p.4).

Salas y Martínez (2010), indican que la calidad de vida en la demencia es el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales referentes al bienestar psicológico, al nivel de competencia (social, físico y cognitivo) y a la interacción con el medio. Sin embargo, en la actualidad, se sigue debatiendo sobre el tema porque no existe una definición global aceptada y se continúa cuestionando como un concepto intangible, controvertido y confuso (Salas y Martínez, 2010, como se citó en Ribot Reyes et al., 2016, p. 82).

2.2.3 Dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores

La calidad de vida depende de diferentes dimensiones, ya que las necesidades para percibir que se tiene una calidad de vida optima, no son las mismas durante las diferentes etapas del desarrollo de cada ser humano ya que se experimentan cambios a nivel, biológico, psicológico y social.

Las dimensiones integradas en el modelo de Calman se explican de la siguiente forma, según Dapuetto (2012):

Tabla 2 Dimensiones y características de Calman

<i>Dimensiones relacionadas con los problemas físicos</i>	
<i>D. física</i>	La presencia o ausencia de síntomas físicos, como dolor, náuseas, inmovilidad. Este factor, inicialmente el más evidente, no es el único y equipar la calidad de vida con la ausencia de síntomas es una simplificación (p.31).
<i>D. de toxicidad</i>	En general incluye los efectos tóxicos y secundarios del tratamiento, lo que para muchas personas son probablemente el factor más perturbador (p.31).
<i>D. de la imagen corporal y movilidad</i>	Los cambios en la imagen corporal son el resultado tanto de las enfermedades, así como el tratamiento, especialmente por resección o secuelas de cirugía. La movilidad y la capacidad para realizar tareas son aspectos relevantes, pero en el desarrollo posterior se incluyeron en la dimensión funcional (p.31).
<i>Dimensiones relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales</i>	
<i>Dimensión psicológica</i>	Capacidad de la persona para afrontar la situación (p.31).
<i>Dimensión interpersonal</i>	Es uno de los factores más importantes para mantener una buena calidad de vida. Se extienden no solo a los miembros de la familia inmediata, sino también a redes sociales más amplias. Esto puede impactar el ámbito emocional (p.31)

<i>Dimensión de la felicidad</i>	La dimensión de la felicidad se reconoce la presencia de una buena calidad de vida. La capacidad de sentir placer y proporcionar placer también se incluye en esta dimensión. Para Calman, una forma más amplia de ver esta dimensión es usar el término bienestar. (p.31).
<i>Dimensión espiritual</i>	Fuerte presencia de un sistema de creencias en el individuo constituye una fuente de fortaleza y apoyo, una filosofía central, una percepción de sentido y de paz consigo mismo. No tiene que ver necesariamente con las creencias religiosas (p.31).
<i>Dimensión económica</i>	Incluye costos de tratamiento, costos de transporte, pérdida de ingresos debido a enfermedades, alimentos y costos de cuidados especiales, preocupaciones sobre las finanzas a largo plazo y la seguridad familiar, todo lo cual afecta la calidad de vida (p.31).
<i>Dimensiones más amplias</i>	
<i>Dimensión individual</i>	La mayoría de las definiciones coinciden en que la calidad de vida es una cuestión individual y específica del paciente, y no es apropiado que un observador (médico, enfermera u otro profesional) juzgue la calidad de vida de esa persona. Los factores personales incluyen expectativas y prioridades, trabajos, aficiones y logros. (p.32).
<i>Dimensión cultural</i>	Los valores culturales varían de un grupo a otro, y es un error pensar que cualquier cultura en particular es la correcta. En este sentido, la cultura incluye no solo las diferencias raciales, sino también las diferencias entre

	grupos dentro del mismo grupo étnico y las diferencias en el nivel socioeconómico (p.32).
<i>Dimensión política</i>	Según la política de cada país o gobierno, llega a determinar, para algunos individuos, en gran medida su calidad de vida: el empleo, el salario, la vivienda, los servicios sociales y de salud (p.32).
<i>Dimensión filosófica</i>	Los filósofos han tratado de definir la felicidad y de unificar el pensamiento sobre este tema. Las dos principales escuelas filosóficas ven a la felicidad de dos maneras diferentes y esto se refleja en la actitud entre los médicos, a esta aproximación, en algunos casos es de relevancia directa para la determinación de la calidad de vida (p.32).
<i>Dimensión temporal</i>	El tiempo cambia muchas cosas y por ende la calidad de vida. Cualquier persona a medida que envejece, cambia la esperanza y las aspiraciones. Este cambio puede considerarse especialmente importante de cara al surgimiento de la enfermedad, cambios repentinos en las prioridades, cambios en las relaciones y en la vida estimada. Por eso es importante considerar la calidad de vida durante un período de tiempo (p.32).

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Las dimensiones del modelo de Calman que son fundamentales en esta investigación son aquellas relacionadas con:

✓ ***Dimensiones relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales:***

Dimensión psicológica, Dimensión interpersonal

✓ *Dimensiones más amplias: Dimensión Temporal*

Las diferentes dimensiones de calidad de vida pueden verse afectados de manera independiente, distintos aspectos de la calidad de vida. Por ejemplo, los adultos mayores pueden compensar de alguna manera el deterioro de la disminución de la dimensión física de la calidad de vida producida por los efectos tóxicos del tratamiento con el incremento de factores relacionados con la dimensión personal, social y espiritual (Dapueto, 2012, p.32).

2.2.4 Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de demencia

Recibir un diagnóstico de demencia tiene muchas implicaciones muy dolorosas no solamente para la persona diagnosticada, también para su familia y red de apoyo, dependiendo el tipo de demencia y el grado de severidad se deberá buscar diferentes estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de esa persona, ya que la afectación es diferente para cada uno, por ende, no existe un modelo que aborde a todos por igual.

Entre las diferentes estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia se pueden citar:

Estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva

La estimulación cognitiva tiene como fin compensar las carencias que se están generando y trata de mantener las habilidades cognitivas y funcionales, mientras sea posible. Así se mejora tanto la calidad de vida tanto de los adultos mayores afectados con la demencia, como la de las familias. “El deterioro cognitivo en varios dominios como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas es uno de los síntomas más comunes de enfermedades

neurodegenerativas como la demencia” (Toribio -Guzmán et al., 2018, p.62)

La estimulación cognitiva comprende la participación del paciente en una serie de actividades de grupo que tienen como objetivo mejorar el funcionamiento cognitivo y social general, de una manera inespecífica (Clare et al., 2003, como se citó en Toribio -Guzmán et al., 2018, p.63). “Se basa en actividades placenteras que permiten la estimulación del pensamiento, la concentración y la memoria”. (Woods et al., 2012, como se citó en Toribio -Guzmán et al., 2018, p.63).

Por su parte Ortega -Diaz et al., (2020) afirman que aunque en la actualidad la literatura muestra una discrepancia entre el significado de los diversos términos utilizados para el entrenamiento cognitivo, generalmente se acepta que es toda aquella estimulación orientada a estimular uno o varios dominios cognitivos con la finalidad de mejorar el desempeño individual o grupal en dicha esfera (p.26).

El entrenamiento cognitivo, consiste en enseñar a las pacientes habilidades para optimizar funciones cognitivas específicas. Generalmente implica una práctica guiada sobre un grupo de tareas estandarizadas diseñadas para trabajar funciones cognitivas particulares como son memoria, atención o resolución de problemas (Bahar-Fuchs et al., 2013, como se citó en Toribio -Guzmán et al., 2018, p.63).

La rehabilitación cognitiva consiste en un grupo de procedimientos, como ejercicio físico, memoria, atención, lenguaje, ejecución, planificación, fisioterapia, y terapia ocupacional (Suarez Jimenez et al., 2021, p.146). La rehabilitación cognitiva permite a los pacientes y a sus familias manejar los déficits cognitivos del paciente (Clare et al., 2003, como se citó en Toribio -Guzmán et al., 2018, p.63), para mejorar el funcionamiento en contextos naturales y las actividades de la vida diaria.

Autoeficacia

Al medir la calidad de vida en el adulto mayor se incluye una dimensión psicosocial que es la autoeficacia, definida como la evaluación de la propia capacidad de controlar, organizar y ejecutar de forma efectiva las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura, 1993, como se citó en González-Celis Rangel y Lima Ortiz, 2017, p.4).

La autoeficacia, varía de manera intrapsíquica a lo largo del tiempo e interpersonalmente, es decir, es un proceso dinámico, y se ve afectado el contexto social del desarrollo personal y la elección de sus pares, siendo el círculo ambiental de cada individuo (Fernández, 2008, como se citó en Aguilar, 2017).

Para los adultos mayores la autoeficacia está vinculada con el sentimiento de ser capaces de participar en la solución de cualquier circunstancia en su vida cotidiana, aportando soluciones, lo cual les permite crear habilidades para hacer frente a las adversidades (González-Celis y Padilla, 2006), como se citó en González-Celis Rangel y Lima Ortiz, 2017, p.4)

Modificación del entorno en función de la evolución de la enfermedad

Para los adultos mayores con demencia es muy importante que se sientan seguras y con sentido de pertenecía, también que se le faciliten sus relaciones e interacciones con los demás. De esta manera, los pacientes podrán afrontar mejor su enfermedad y no se acentúan ciertos síntomas como el aislamiento o la depresión. En cuanto al espacio físico, necesitan que se les favorezca el acceso a las cosas y se evite todo riesgo de accidente. El entorno se va a modificar conforme avance a la enfermedad y surjan necesidades específicas de cada paciente (García Pérez, 2018, p.11).

Una persona que vive con demencia es más capaz de usar y disfrutar lugares y objetos que le son familiares. El uso de un diseño de edificio familiar (interno y externo), muebles,

accesorios y colores ambientales brinda ellos la oportunidad de mantener su competencia. La implicación de la persona que vive con demencia en la personalización debe fomentarse el entorno con sus objetos familiares (Alzheimer' s Disease International, 2020, p.13)

Apoyo al paciente y a sus cuidadores

Los cuidadores de los pacientes son parte esencial de la calidad de vida, ya que en muchos casos son ellos quienes más están al tanto de los cambios o el avance de la enfermedad que mantiene el paciente.

El asesoramiento al paciente, a su familia y entorno más próximo se hace necesario, ya que se le va a poder prestar información acerca de los recursos y servicios con los que pueden contar en función de sus necesidades. Esta estrategia es para que se sientan acompañados y puedan pedir ayuda ante las necesidades que se vayan presentando. Brindar apoyo a pacientes y cuidadores a través de diferentes actividades, tales como: actividades de educación y formación, atención psicosocial o intervenciones en el tiempo libre. Todas estas actividades estarán encaminadas a facilitar el día a día de estas personas, mejorando así su calidad de vida (García Pérez, 2018, p.11).

La efectividad dentro del marco de las estrategias

Es común que se suelen confundir los términos efectividad, eficiencia y eficacia, para los autores Enrique Burches y Marta Burches, (2020) la efectividad es la medida en que los resultados, metas u objetivos planificados se logran como resultado de una actividad, intervención o iniciativa destinada a lograr el efecto deseado, en circunstancias ordinarias, no controladas (p. 2) Mientras que las estrategias son las ideas y enfoques amplios que apoyan la meta, o el plan detallado para lograr el éxito (p. 3).

De acuerdo con lo anterior podemos decir que la efectividad de las estrategias es la capacidad

de lograr el resultado o el impacto esperado, en este caso, en la calidad de vida de los adultos mayores, en entornos clínicos normales realizando una actividad o intervención.

III. CAPÍTULO MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio las estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, a partir de diversos criterios profesionales de personal que trabaja en el campo de la salud.

La investigación tiene en un enfoque cualitativo, y el abordaje se realizó por medio del análisis del contenido. Así mismo, Sánchez Flores (2019) indica que la investigación bajo el enfoque cualitativo se basa en evidencias que tienden más a describir un fenómeno en profundidad para comprenderlo y explicarlo aplicando métodos y técnicas derivadas de sus bases conceptuales y epistémicas.

Esto es consistente con el diseño de esta investigación, ya que no se enfoca en evaluar aspectos exclusivos, sino que abarca la percepción de un grupo de profesionales en salud, tomando en cuenta las diferentes dimensiones de la salud en las que se desenvuelven.

3.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

La investigación contó con la participación voluntarios, profesionales en el área de la salud. El grupo estuvo conformado por 10 adultos, con la participación de 8 mujeres y 2 hombres que se encontraban para la ocasión en la que se llevó a cabo el estudio, se encontraban ejerciendo su profesión de forma activa en diversos campos relacionados con la salud mental de los adultos mayores, la experiencia adquirida y el criterio profesional de este grupo de especialistas con la población adulta mayor con deterioro cognitivo es de gran valor y aporte al tema en investigación.

Con el objeto de la investigación, la elección de los participantes satisface los criterios y

elementos que identifican este estudio. En la siguiente tabla se presentan los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales asociados al área de salud mental, psicología clínica, neuropsicología, psicogerontología, gerontología, geriatría, terapia física con especialidad en síndromes demenciales, enfermería gerontogeriátrica o con experiencia en atención de adultos mayores. ▪ Poseer al menos 3 años de experiencia laborando en el sector público o privado en el área de atención a personas mayores de 65 años institucionalizadas o no. ▪ Profesionales que trabajen con adulto mayores de 65 años con procesos de deterioro cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No practicar de forma activa la profesión al momento de llevar a cabo la investigación. ▪ Ausencia del dominio de herramientas tecnológicas básicas para intervenir en la entrevista de modo virtual. ▪ Indisposición para ser grabado (a) durante la entrevista.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Previamente realizó un encuadre correspondiente a la dinámica de la participación de las personas participantes en la entrevista semiestructurada. De tal manera se garantiza la participación voluntaria y confidencial de los sujetos en el estudio, también se explicó el tipo de devolución, así como el uso de la información al igual que el manejo de los resultados, mediante consentimientos escritos que fueron leídos además de firmados por cada uno de los participantes (Ver anexo 1).

3.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de información para el presente estudio se llevó a cabo mediante una entrevista semi estructurada conformada por una guía inicial, con preguntas ubicadas en categorías generales extraídas de la revisión y desarrollo del marco teórico

En cuanto a las entrevistas Troncoso-Pantoja y Amaya-Placencia (2017), afirman que “se enmarca dentro del quehacer cualitativo como una herramienta eficaz para desentrañar significaciones, las cuales fueron elaboradas por los sujetos mediante sus discursos, relatos y experiencias” (p.329).

Esta investigación busca determinar las estrategias más efectivas para trabajar la calidad de vida de los adultos mayores con demencia. Para profundizar en el tema, la entrevista se diseñó de acuerdo con los ejes temáticos formados en las categorías iniciales; estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida, dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores con demencia y estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, como se muestra en la matriz de categorización.

(Ver anexo 2).

Troncoso-Pantoja y Amaya-Placencia (2017), consideran que las preguntas abiertas llegan a limitar la información sobre algunos aspectos relacionados con el tema de investigación, pero permite obtener información más profunda sobre temas específicos (p.331).

3.5 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Una vez diseñado el instrumento inicial, se realizó un análisis de la concordancia de las valoraciones por parte de los jueces, quienes fueron profesionales de la psicología que evaluaron de manera independiente la guía de entrevista, la misma estuvo conformada por 11 preguntas que desarrollaron 4 categorías principales y sus respectivos conceptos (Ver anexo 3).

Los jueces asociaron el concepto de cada pregunta, comparando los criterios dados por los jueces con la propuesta original, y entre cada juez y obteniendo un índice de concordancia de las medidas publicadas a través del Kappa de Cohen.

Para valores fijos de sensibilidad, especificidad y prevalencia, el coeficiente Kappa es una función continua del índice de ponderación (ver Anexo 4). El coeficiente Kappa promedio (k) es el promedio es superior a 0,5. Este valor permite que la herramienta se considere adecuada (Olvera Porcel, 2015, p.24).

Tabla 4 Comparación de resultados Kappa

Resultados	Comparación Juez 1	Comparación Juez 2	Juez 1 y Juez 2
Índice Kappa	0,75	0,87	0,79
(Mayor a 0,5)			
Nota:			
Los índice Kappa han sido indicados			
El instrumento ha sido validado			

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Al concluir el análisis de concordancia entre jueces, se obtuvo una entrevista de 11 preguntas junto con una ficha de información básica para garantizar los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Uno de los sellos distintivos de la investigación cualitativa es la paradoja de que aunque se investiga a muy pocas personas, la cantidad de información en palabras que se obtiene es muy grande, precisamente el objeto de estudio son las palabras y no los números, esto conlleva un mayor análisis de la información, enfocándose en aspectos como las cualidades, descripciones y percepciones de la subjetividad (Álvarez-Gayou, 2005 como se citó en Fernández Núñez, 2006).

Para Lopezosa (2020), las entrevistas semiestructuradas tienen menor rigidez que las entrevistas estructuradas, pero en este caso los encuestados son libres de responder sin ser

necesario seleccionar una respuesta específica, además los investigadores pueden interactuar y adaptarse a los encuestados y sus respuestas, las entrevistas son más dinámicas, flexibles y abiertas, por lo tanto, permiten mayor interpretación de los datos (p.89).

En la presente investigación se siguió el proceso de análisis por fases definido por Fernández Núñez (2006):

Fase N°1. Obtener la información: esto se lleva a cabo a través de los medios de registro sistemáticos de los datos obtenidos mediante, documentos, entrevistas, observaciones, notas de campo entre otros.

La información que se analizó se obtuvo por medio de la aplicación de 10 entrevistas semi estructuradas a profesionales de la salud mental que laboran tanto en el sector privado como el público, con población adulta mayor de 65 años con procesos de deterioro cognitivo.

Mediante la entrevista se indaga sobre la percepción de los profesionales respecto a las estrategias más efectivas para el de mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia.

Fase N°2. Transcribir y ordenar la información: en el caso de entrevistas a los diferentes voluntarios fueron grabadas en formato digital, esto para lograr una mayor amplitud y fidelidad de las palabras en la transcripción del audio a texto. Se lleva a cabo la numeración de cada línea para la ubicación de cada palabra expresada por la persona participante. Los nombres de cada voluntario aparecen con las letras iniciales correspondientes, esto por efectos de confidencialidad de cada persona. (Ver anexo N°3)

Fase N°3. Codificar la información obtenida: La codificación es el proceso de agrupar información obtenida en las entrevistas en categorías dependiendo si se enfocan en ideas,

conceptos o temas similares descubiertos por investigadores, la categorización también puede ser por pasos o etapas en el proceso.

En el caso de la presente investigación, los códigos se utilizan para organizar la información en secciones relacionadas con la pregunta de investigación, o temas específicos relacionados a los objetivos, de los cuales se pueden extraer conclusiones.

Fase N° 4. Integrar la información: Consiste en asociar las categorías obtenidas en el paso anterior entre sí y la base teórica del estudio. El proceso de codificación separa las transcripciones en diferentes categorías como un tema, concepto, evento o estado. La codificación permite al investigador ver cada detalle de la cita textual para determinar su aporte al análisis.

Justo después de identificados los conceptos y temas individuales, corresponde interrelacionados para lograr que la interpretación basada en los datos sea de fácil comprensión.

Posteriormente la información obtenida conlleva un proceso de dos etapas, donde en la primera de ellas se analiza, examina y compara con el material que corresponde a cada categoría teórica, luego se hace una comparación de la información obtenida entre las diferentes categorías tratando de encontrar posibles vínculos entre ellas y así suscitar información relevante para la investigación.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

4.1.1 Categoría General 1 -Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia (CG1-EMCVAMD)

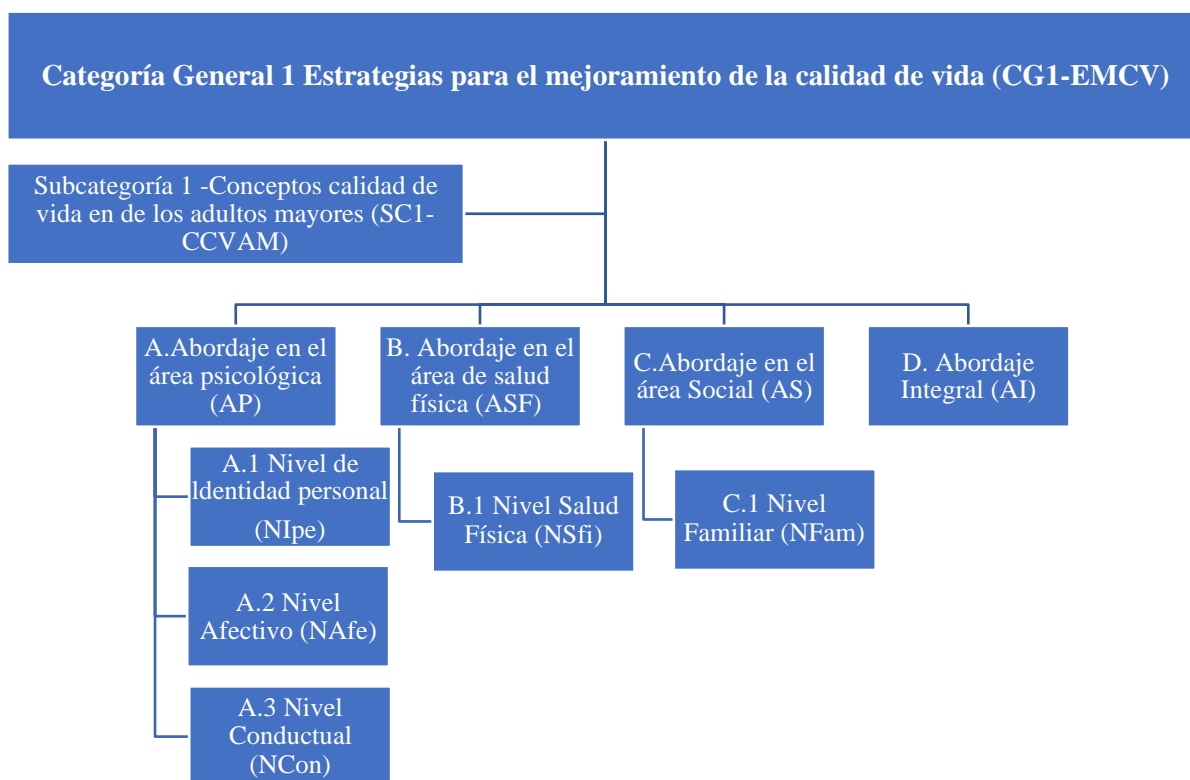
Esta categoría general está conformada por las estrategias utilizadas por los profesionales para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, de acuerdo con los resultados obtenidos se divide en tres subcategorías: a) conceptos calidad de vida en de los adultos mayores, b) características de la calidad de vida y c) las estrategias para trabajar calidad de vida.

4.1.1.1 Subcategoría 1 -Conceptos calidad de vida en de los adultos mayores (SC1-CCVAM)

En esta subcategoría se hace referencia a los conceptos que integran la calidad de vida en los adultos mayores, sin embargo, se mencionan diferentes elementos que están vinculados a las acciones y a la forma de abordaje con el grupo de interés. El concepto de calidad de vida es percibido según los datos en cuatro áreas principales que son: el área psicológica, el área de salud física, el área social y el área del abordaje integral.

Conceptos generados: Abordaje en el área psicológica, abordaje en el área de salud física, abordaje en el área social, y abordaje Integral.

Figura 1 Conceptos de calidad de vida en los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Abordaje en el área psicológica (AP)

El área psicológica abarca tres niveles de abordaje a nivel de identidad personal, a nivel de afecto y a nivel conductual que deben ser reforzadas y valoradas según cada caso de demencia en adulto mayor.

A.1 Nivel de identidad personal (NIpe)

La identidad personal es un concepto que cada individuo empieza a construir desde su niñez y es dinámico, ya que va cambiando con el tiempo, tiene que ver con el concepto que cada uno tiene de sí mismo y las características propias de cada persona.

El nivel de identidad personal según la extracción de datos de las entrevistas, comprende el tener una buena autopercepción, el trabajo con la autoestima, brindar hasta donde sea posible dentro de las características de la demencia un espacio para la autonomía: “en el campo personal, # (Durante la presentación de resultados cuando aparezcan los siguientes signos; AD, AMD, %, CV, *, °, #, |, +, ..., favor ver anexo 5, código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes) cosas como la autoestima, realización, libertad, autonomía, y la otra parte de equilibrio" (PH 10, 158-159), “porque al fin y al cabo la CV es la autopercepción que tiene la persona de sus condiciones de vida” (PM 4, 360-361).

A.2 Nivel Afectivo (NAfe)

El nivel afectivo es un proceso que ayuda a reforzar la autoestima, la seguridad y confianza en sí mismos y en las personas de su entorno, las muestras de amor, de cariño y de cuidado son importantes dentro de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, “trabajar el amor a la persona que soy independientemente de mi pasado, # soy una buena persona y soy un AM que se merece igualdad de condiciones” (PM 1, 195-196) y “que el paciente vea, que usted lo está haciendo como profesional, que usted está haciendo las cosas con amor y con entrega” (PM 2, 88-90).

Las muestras de afecto recibidas de manera directa podrían reforzar en el adulto mayor con demencia en sus primeras etapas, el sentido de seguridad y confianza en las personas de su entorno, mejorando a la vez la autoestima.

A.3 Nivel Conductual (NCon)

En el nivel conductual comprende todas aquellas acciones de los adultos mayores con demencia que les permite relacionarse con el entorno, se debe de valorar y responder a la conducta del paciente con total conocimiento de las etapas que va presentando la demencia, “tenemos que ir valorando, ir diferenciando, cada etapa de ellos y darles lo mejor, sean groseros, sean repetitivos, sean intensos, porque son intensos, # todo pero aquí vale el AM” (PM 2, 350-351), “podemos bajar ese nivel de ansiedad, o ese nivel de angustia que la persona tiene, a través de estos estímulos, entonces siempre, siempre lo más importante es darles estímulos auditivos, estímulos visuales, lo que podamos hacer con ellos” (PM 3, 165-168).

B. Abordaje en el área de salud física (ASF)

La calidad de vida del adulto mayor con demencia el área de la salud física abarca temas vinculados con el nivel de las condiciones del estado físico.

B. 1 Nivel salud física (NSfi)

La salud física es la salud del cuerpo y el funcionamiento óptimo del organismo, el nivel de salud física involucra el manejo del dolor y la valoración del estado físico. La información obtenida sugiere que en el caso de los adultos mayores con demencia debido a las comorbilidades “ involucra muchísimas cosas, desde el manejo del dolor” (PM 1, 4). “una revisión de cabeza a pies, a ver cómo está su piel, a ver si es una persona con problemas de audición, a ver si es una persona que tiene sonda, a ver si es una persona que, que necesidades hay para brindarle toda la calidad que necesite” (PM 2, 11-13).

C. Abordaje en el área social (AS)

El acompañamiento y cuidado por parte de la familia o de la institución, la socialización con los pares es muy importante para el abordaje de la calidad de vida del adulto mayor con demencia el área social.

C.1 Nivel familiar (NFam)

El nivel familiar contempla la socialización del individuo en su núcleo, también el cuidado y el debido acompañamiento.

Dentro de las experiencias descritas por los participantes en el estudio, se rescata la importancia de que las “personas que estén idealmente en su hogar con su familia, que estén bien cuidados” (PM 7, 20), de mantener al adulto mayor con demencia en un ambiente sociable, no solamente con su familia, sino también en los diversos centros de cuidado “se entiende que muchas veces pasan solos y no se relacionan con sus iguales °, entonces la CV es tanto en instituciones # la socialización como si viviesen en su núcleo familiar °, también socialicen con sus pares” (PM 1, 17-20), “sería lo de la parte social, que es el acceso a las instituciones o las personas, la familia, como el estado y sociedad civil que le satisfaga estas necesidades cuando no pueda tenerlas por sí mismo” (PH 10, 159-161).

D. Abordaje Integral (AI)

El abordaje integral conlleva a que el adulto mayor con demencia esté bien en todos los niveles considerando la singularidad de cada caso, satisfaciendo los distintos aspectos de la vida.

El abordaje integral considera expresiones dirigidas específicamente a la satisfacción de las necesidades del adulto mayor con demencia en todos los ámbitos “procurar abarcar en su totalidad, cada una de sus necesidades, brindándole paz, tranquilidad, protección y estabilidad” (PM 2, 366-367), “CV es poder la persona adulta # tener esa capacidad de decir que realmente se encuentra en todos estos ámbitos # bien. Para mí eso es CV, que la persona, esté bien en todos estos ámbitos” (PM 3, 4-6), “o sea, un cuidado tanto emocional, como físico, como nutricional, como farmacológico, entonces para mí la calidad de vida es darle, darle ese Mmm,* vamos a ver... esto que necesita el adulto mayor de manera integral” (PM 6, 5-7).

La categorización obtenida para el abordaje integral conlleva a la satisfacción de las necesidades básicas del individuo, es decir a la buena calidad de vida.

4.1.1.2 Subcategoría 2- Características de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia (SC2-CCVAMD)

Esta subcategoría hace referencia a las características que deben estar presentes en la calidad de vida de las personas adultas mayores con demencia, está compuesta de aspectos como la satisfacción de las necesidades básicas, la socialización con sus pares.

Conceptos generados: satisfacción de necesidades básicas, socialización con pares.

Figura 2 Características de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Satisfacción de las necesidades básicas (Snba)

La satisfacción de las necesidades básicas se identifica como un elemento esencial para la calidad de vida de cualquier ser humano ya que le ayudan a obtener una vida plena y saludable.

Según las frases extraídas de las entrevistas para los profesionales consultados “tiene que ver mucho con la parte legal del cuidado, alimentación, aseo, seguridad del entorno, (PM 4, 3-6).

Las frases coinciden en que “personas que estén acompañadas, que tengan buena alimentación, que reciban buenos servicios médicos” (PM 5, 6-7), “sus alimentos, a sus medicamentos, # por supuesto que no tengan ningún tipo de maltrato en cualquiera de todas sus formas, # diay básicamente que tengan, dependiendo de su condición, pero solamente la demencia en sí, pues la misma que todo el resto de la gente” (PM 7, 22-25) y "lo principal esel

apoyo de la familia, que tengan un soporte, una estructura, que si no es la familia, alguien que los cuide, que estén cuidados, porque si necesitan de gente" (PH 10, 15-16).

B. Socialización con los pares (Spar)

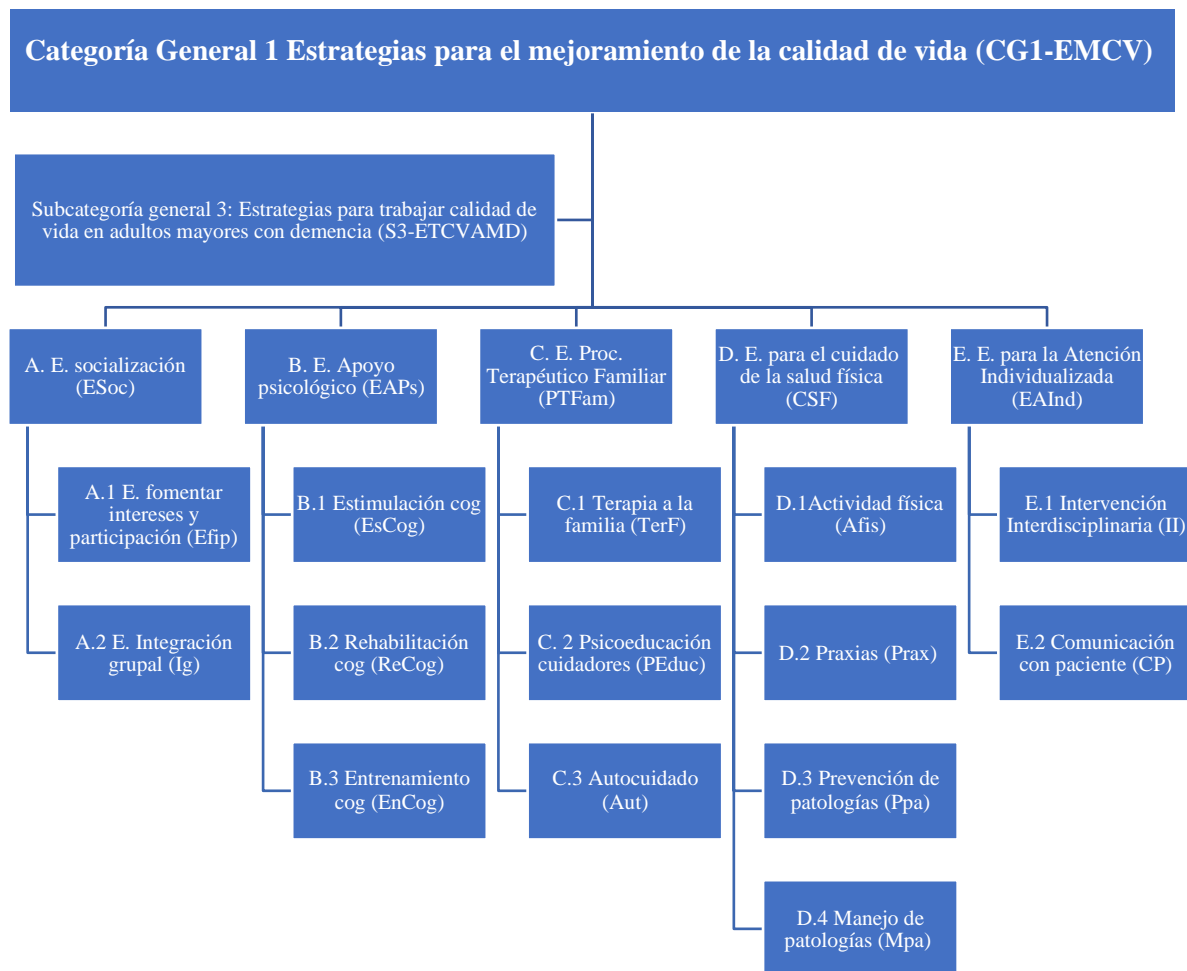
Socializar con los pares es de gran valor para los adultos mayores, en el caso de los que presentan demencia, le brinda acompañamiento a pesar de la poca o nula interacción, “el sentirse acompañado # independientemente de su demencia " (PM 1, 25), “hay otro elemento muy importante y es el contacto con otras personas, que son las relaciones interpersonales no solo con los cuidadores, sino con otras personas” (PM 4, 28-29), “el tener compañeros °, el ver gente todos los días, es algo importante para ellos” (PM 4, 30-31) y "la integración ya que normalmente sufren el aislamiento que la sociedad hace ante la persona con demencia” (PM 6, 18-19).

4.1.1.3 Subcategoría 3 -Estrategias para trabajar calidad de vida en adultos mayores con demencia (S3-ETCVAMD)

En esta subcategoría se hace referencia a las estrategias utilizadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia encontrándose estrategias para la atención de la salud física, psicológica, social, para la atención individualizada y para el trabajo con los cuidadores de los pacientes.

Conceptos generados: estrategias para la socialización, estrategias para la atención psicológica, estrategias para el proceso terapéutico familiar, estrategias para el cuidado de la salud física, y las estrategias para la atención individualizada.

Figura 3 Estrategias para trabajar calidad de vida en los adultos mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Estrategias para la socialización (ESoc)

Las estrategias para la socialización abarcan el fomento de los intereses del adulto mayor con demencia y su participación en esas actividades de su agrado, además de las estrategias para integrarlos y que puedan socializar en los grupos según se lo permita el grado de demencia presentando.

A. 1 Estrategias para fomentar los intereses y participación (Epfip)

Estas estrategias son utilizadas para fomentar la participación de los adultos mayores con demencia en actividades que son de su interés, es posible observar de las afirmaciones obtenidas que las actividades se realizan tomando en cuenta los gustos o preferencias de las personas involucradas siempre y cuando la indagación sea efectiva, “sí tengo información sobre gustos, preferencias entonces por supuesto que realizo alguna actividad que tenga que ver con lo que antes les gustaba” (PM 6, 45-46), “escuchar esa música, quizás de antes °, tal vez uno trata de medir como el tiempo por ahí, ok esta música es la que escuchaban y más si de pronto uno sabe el gusto ° y la preferencia, entonces creo que es muchísimo más enriquecedor y definitivamente # una estrategia para la calidad de vida de ellos” (PM 6, 208-212).

A. 2 Estrategias para la integración grupal (Ig)

Las estrategias para la integración del adulto mayor con demencia en los grupos tratan de generar de acuerdo con las posibilidades de cada paciente, la socialización con la intencionalidad de mantener las relaciones interpersonales, “la socialización, # ¿por qué? Porque somos seres, el ser humano es un ser sociable, porque así nacimos °, al estar con nuestro grupo de iguales nos hace sentirnos bien, y aunque el otro no le entienda absolutamente nada de lo que me está diciendo en la demencia, en mi cerebro asumo que si me está entendiendo, me siento bien con eso” (PM 1, 74-78), también se rescata que esa intencionalidad de mantener las relaciones interpersonales debe de ser trabajada más por parte del entorno del o la paciente con demencia, “entonces en la parte de relaciones

interpersonales, sobre todo en los estadios más avanzados, medios y avanzados hay que trabajar con el entorno, más que con la persona” (PM 4, 190- 192).

B. Estrategias para el apoyo psicológico(EAps)

Estas estrategias se utilizan principalmente en las fases tempranas de la demencia para ayudarles a mantener la autonomía, incluyen la estimulación, la rehabilitación y el entrenamiento cognitivo.

B. 1 Estimulación cognitiva (EsCog)

A partir de los datos obtenidos, cabe destacar que la estimulación cognitiva es fundamental en los primeros estadios de la demencia, “la parte de estimulación cognitiva que se le puede dar a estos pacientes especialmente en etapas tempranas” (PM 7, 44-45).

La estimulación cognitiva tiene como fin mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y social, requiere de la participación en actividades grupales, “que socialicen, y para que puedan hacer otros tipos de mmm de cosas, igual generalmente es de estimulación cognitiva y básicamente socialización” (PM 7, 55-56). “Es # estimulación cognitiva, les mantienen toda esa parte social activa, con otras personas de su edad, fomentan el auto, auto determinación y la *independencia hasta lo más posible*” (PH 10, 111-112).

B. 2 Rehabilitación cognitiva (RCog)

Las funciones cognitivas se deterioran gradualmente, durante ese proceso ocurre la disminución del funcionamiento del adulto mayor y el detrimento del autocontrol. La rehabilitación cognitiva comprende diferentes procedimientos que van desde el ejercicio

físico, actividades para la atención, la memoria y el lenguaje y se trabaja de la mano con fisioterapia y terapia ocupacional.

Si bien es cierto que el curso de la enfermedad, por definición, no se puede detener ni revertir, de acuerdo con las afirmaciones extraídas de las entrevistas, se pueden realizar actividades para retrasar la progresión de la enfermedad, según la funcionalidad de la persona, “sin embargo de la parte cognitiva, algunas estrategias como que, rehabilitación cognitiva, la gente efectivamente se relentece el proceso” (PH 10, 132-133), “entonces como cuando uno les pone música de charanga, y entonces aunque... ¡Vamos a bailar! Y uno le agarra la mano y aunque no se mueva uno les hace la manita así (moviendo las manos) y ya ellos todos felices” (PM 1, 232-234), “la rehabilitación cognitiva ° #, esa es una, donde a las personas les enseñan, # o les tratan de rehabilitar las funciones que están deteriorándose para que por lo menos aminoren la situación” (PH 10, 25-27).

B. 3 Entrenamiento cognitivo (RCog)

Comprende técnicas y actividades diseñadas para estimular y mantener la función cognitiva o maximizar el rendimiento cognitivo, actuando de manera consistente sobre aquellas capacidades y habilidades que aún se encuentran en niveles normales, “el bingo se usa mucho en el adulto mayor, porque es un movimiento repetitivo y además tiene que ver mucho con la atención, con el lenguaje” (PM 4, 112-113).

Se evidencia que, en relación con las frases segmentadas obtenidas de las entrevistas, las experiencias con el entrenamiento cognitivo se establecen tareas y simulan actividades diarias con diversos recursos. Estas tareas se realizan de acuerdo con la forma en que el paciente utiliza sus funciones cognitivas, “muchas de las cosas que uno trabaja con ellos son actividades, #

como sopa de letras, técnicas como, yo uso a veces rompecabezas, # para mantener atención y concentración y para mantenerlos enfocados” (PH 8, 41-43).

C. Estrategias para el proceso terapéutico familiar (PTFam)

Las estrategias para el proceso terapéutico de la familia o cuidadores del adulto mayor, comprende desde la terapia a la familia del paciente hasta la psicoeducación y el autocuidado con el fin de que entienda como afrontar la condición de su familiar.

C. 1 Terapia a la familia (Terfa)

La psicoterapia con la familia del adulto mayor con demencia puede ayudar a los miembros de la familia o cuidadores a mejorar la comunicación y a resolver conflictos, las afirmaciones obtenidas en las entrevistas se muestran experiencias donde se deben aprender a lidiar con las emociones, “la familia pasa por un duelo, y cuando están en negación es la parte más difícil, ° y pueden pasar por la negación y pueden pasar por la ira y se enojan con su familiar, piensan que todo lo hacen a propósito” (PM 4, 224-227), “las estrategias para manejar el manejo emocional en el ambiente familiar o en el ambiente contexto en el que están, eso es de las partes que uno tiene que manejar” (PH 8, 149-151).

C. 2 Psicoeducación cuidadores (PEduc)

El trabajo con el entorno del paciente, es decir su familia, cuidadores y grupo de pares requieren de psicoeducación y capacitación. A partir de los datos obtenidos, cabe destacar que “la educación hacia la familia, ° hacerles entender, que es normal, o que podemos esperar de una demencia, ° y con todas las estrategias que ya habíamos hablado °, que son directamente en adulto mayor, pero en familia, es muchísima educación” (PM 1, 264-267).

Capacitar a los familiares para el cuidado de estos pacientes puede ayudar a monitorear el tratamiento de la patología y mejorar la calidad de la atención en casa, “dar capacitación a las personas que continuamente están con ellos, para que les ayuden a desarrollar un poquito # esas, esas actividades, ser un poquito más, vamos a ver evaluadas o necesitan un poquito más de apoyo para ellos” (PM 3, 36-38).

C.2 Autocuidado (Aut)

El autocuidado es el conjunto de acciones que los profesionales tratantes y el o la cuidadora de un paciente con demencia debe realizar a diario para tomar control de su salud, cuidar de sí mismo (a).

A partir de los datos obtenidos durante las entrevistas se determina que se recomienda por parte de los profesionales consultados, trabajar la calidad de vida del cuidador “trabajo mucho con el cuidador, ¿por qué? Porque bueno si el cuidador tiene calidad de vida es más probable que el paciente tenga calidad de vida” (PM 4, 54-55). “Eso he visto yo que mejora muchísimo, no solamente el conocimiento de la condición, también de la prevención y también del autocuidado en el cuidador” (PM 4, 108-110), “en el hospital los lápices de colores nos dan miedo, digamos, por que como son cajitas nuevas ° las cajitas de lápices de colores la puntita del lápiz es como muy filosa, y ellos en su misma demencia, uno no sabe en qué momento hasta uno mismo le pueden hacer daño” (PM 5, 215-218).

D. Estrategias para el cuidado de la salud física (CSF)

La buena salud es esencial para mantener y prevenir enfermedades para todas las personas y en todas las edades. Las estrategias para el cuidado de la salud física incluyen la actividad física, las praxias, la prevención y el manejo de patologías.

D. 1 Actividad física (Afis)

La actividad física es uno de los hábitos más saludables para los adultos mayores, es posible identificar dentro de los datos obtenidos como es utilizada por los profesionales según la posibilidad y funcionalidad de cada paciente, “¿qué podemos hacer? Hacemos ejercicios pasivos, si el señor ya no camina y no lo vamos a hacer caminar, vamos a generar una lesión, eso está muy claro, pero podemos hacer, mira Fulanito, vamos a estirar los deditos, esos ejercicios vasculares pasivos van a hacer a que nos ayuden a que él no se atrofia más” (PM 1, 127-131).

Este tipo de actividad sea activa o pasiva les ayuda a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y de la familia o del o la cuidadora directa de este tipo de paciente “es diferente un señor que colabora a un señor que es totalmente rígido y no se mueve °+. Entonces el ejercicio activo o pasivo ° (PM 1, 133-134).

D. 2 Praxias (Prax)

Aprovechando los mismos intereses o actividades que son del agrado del o la adulta mayor se realizan actividades para trabajar las praxias en beneficio del paciente “con las señoras lo que funciona mucho y es que rezan el rosario, ° porque es una actividad para ellas mismas °, además

hay movimiento repetitivo, trabajamos praxias (PM 4, 73-74). “el trabajo de las praxias ° mucho el, el que puedan tener movimientos repetitivos, durante su cotidianidad” (PM 4, 71-72).

D.3 Prevención de patologías (Ppa)

La prevención de enfermedades es el tratamiento destinado a prevenir la aparición de nuevas patologías o la exacerbación de la misma demencia. De ahí el requerimiento de brindarles control y seguimiento según las afirmaciones obtenidas en las entrevistas “la parte médica del paciente con demencia, le hacemos mucho énfasis a la familia de que la demencia va a progresar más rápidamente, se va a descompensar más si médicamente está descompensado, entonces hacemos muchísimo énfasis en el manejo de sus patologías médicas, comorbilidades” (PM 7, 211-215).

La información obtenida sugiere que, según desde las experiencias de los profesionales entrevistados la prevención es vital y que en ocasiones suele ser algo simple de lograr “Algo tan sencillo como una infección de orina exagera las demencias, entonces ° a futuro eso va a generar un problema muchísimo mayor °, si esa infección no se trata a tiempo, estamos deteriorando al señor muchísimo más rápido, entonces # tener un manejo adecuado de sus patologías” (PM 1, 67-70). “entonces ¿cómo una infección de orina me va a generar una demencia, pues sí y ¿cómo evitamos eso? Pues aumentando el consumo de agua” (PM 1, 118-120).

D.4 Manejo de patologías (Mpa)

Para el manejo de las patologías se requiere un abordaje individualizado de la demencia y sus comorbilidades, esto incluye el uso de diferentes tratamientos sean farmacológicos, y

psicoterapéuticos y psicosociales, un abordaje complejo para tratar de relentecer los síntomas propios de la demencia. Dentro de la información obtenida, se afirma que “Creo que es importantísimo de verdad el manejo de las patologías, por que como le dije, no se puede detener, pero si se puede enlentecer °, entonces si logramos, enlentecer ese proceso, la demencia # muy probable ° # sus funciones de la vida diaria van a mejorar” (PM 1, 107-109).

El manejo adecuado de las patologías permite tomar en consideración otros factores que llegarían a afectar la salud del paciente “muchas veces vemos descompensado a esta persona con demencia o con cualquier otro tipo de... pero puntuando digamos que sea demencia, y de pronto no es nada relacionado con la demencia, sino que a veces es medicamentoso y entonces es muy importante saberlo ° y por eso le digo de manera integral” (PM 6, 72-26).

E. Estrategias para la Atención Individualizada (EAInd)

La atención individualizada en los pacientes con demencia se compone de diferentes estrategias como lo es la intervención interdisciplinaria, la comunicación asertiva con el paciente.

Intervención Interdisciplinaria (II)

Los pacientes con demencia requieren del abordaje desde diferentes disciplinas, desde trabajo social “recurrimos a trabajo social, es lo primero que hacemos, dependiendo del caso” (PM 5, 52). “requiere de estudio por el equipo de neuro trauma, que es un equipo interdisciplinario, que va con psicólogo y psiquiatra” (PM 5, 54-55). Gerontología, geriatría, terapeutas físicos y ocupacionales entre otros, ya que según las comorbilidades presentadas va a requerir de otras necesidades médicas. “una evaluación de la condición del paciente y ya luego cada profesional aporta desde su área” (PM 5, 79-80).

Comunicación con paciente (CP)

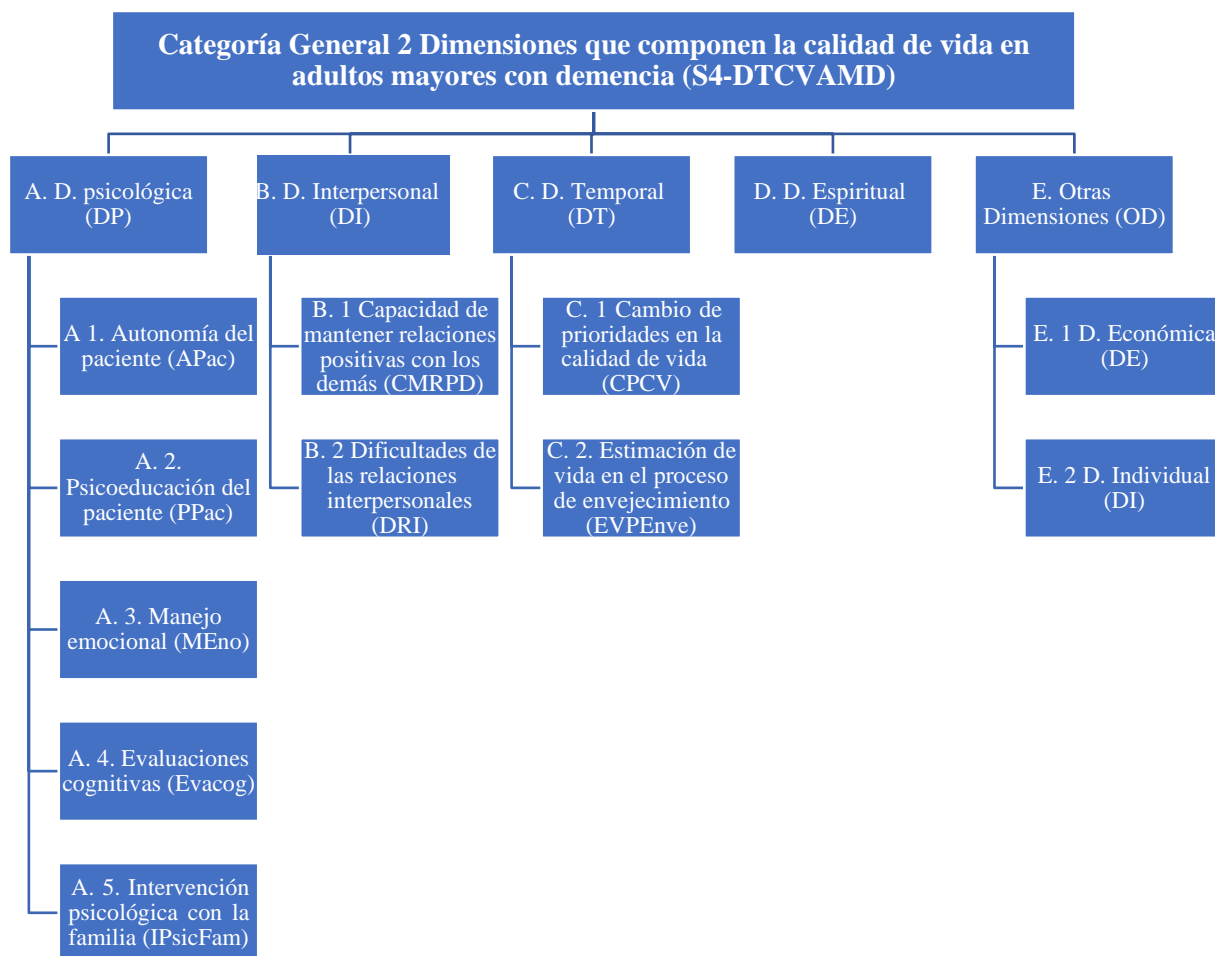
La comunicación asertiva con el paciente fomenta las interacciones interpersonales positivas, mediante las cuales el paciente logra mayor funcionalidad “en la atención individualizada, aunque sean 10 minutitos que usted logre sacar y conocer del paciente, preguntarle ¿qué es lo que necesita?, ¿qué siente?, ¿Por qué esta triste? ¿Por qué te veo diferente esta semana? ¿Por qué...qué es lo que pasa? ” (PM 2, 50-53), “muchas veces ellos son muy insistentes, pero si usted logra una comunicación asertiva, ellos van a confiar en usted, entonces tienes que lograr que esa confianza no se pierda” (PM 2, 148-149), “esto va de la mano con que entiendan como comunicarse con la persona, pero también como estructurar, bueno a parte de la comunicación, como ponerles atención, como escucharlos y no minimizar las opiniones o los aportes o las actitudes de la persona, y todo esto en la parte del marco familiar” (PH 8, 35-39).

4.1.2 Categoría General 2 -Dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores con demencia (CG 2-DTCVAMD)

Se hace referencia a las dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores con demencia, dimensión psicológica, dimensión interpersonal, dimensión temporal, dimensión espiritual y otras dimensiones.

Conceptos generados: dimensión psicológica, dimensión interpersonal, dimensión temporal, dimensión espiritual y otras dimensiones.

Figura 4 Dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Dimensión psicológica (DP)

El trato con personas adultas mayores con demencia debe ser extremadamente cuidadoso con las actitudes y los valores. Los cuidadores de personas con demencia deben tener en cuenta varios aspectos del paciente como persona: “el no perder su autonomía, como le decía ahora, algo tan sencillo como, hacerlos partes o recordarles como lavarse los dientes, o como lavarse las manos, algo tan sencillo como decir o r recordarle ir al baño” (PM1, 313-315), “la

autopercepción es una de las áreas de cara a la CV que uno mantiene # que uno refuerza” (PH 8, 108-109), “importancia a la percepción que tiene la persona sobre sí mismo, sobre la información de lo que estoy viviendo y la percepción de lo que puede venir, anticipar información en ese proceso, y esto va de la mano con el trabajo que la persona tiene sobre su propia independencia” (PH 8, 290-293).

A. 2. Psicoeducación del paciente (PPac)

En etapas tempranas de la demencia es vital la psicoeducación del paciente, el acceder a información sobre las características y la progresión de la enfermedad, según las frases extraídas de las entrevistas el conocimiento y la sensibilización le ayuda tomar decisiones que le genere calidad de vida del paciente a largo plazo. “creo que la educación es sumamente importante en cualquier grupo etario, pero en adulto mayor explicarles, que está sucediendo es sumamente importante” (PM 1, 164-165), “el poder psico educarlos con respecto a las demencias, y las implicaciones que hay detrás de estas, creo que sensibilizaríamos mucho” (PM 6, 126-128).

A. 3. Manejo emocional (MEmo)

En los primeros estados de la demencia, los adultos mayores son plenamente conscientes de su pérdida permanente de memoria o capacidad para funcionar en las actividades cotidianas, esto puede causar sentimientos persistentes de frustración, depresión, impotencia, o ansiedad, “a nivel de emociones, la parte que, vamos a ver + es, ellos lo que ocupan es ser escuchados” (PM 3, 45-46), “la parte emocional es muy importante, en este proceso, uno de los miedos de la persona, que son indicadores, es a convertirse en una carga, y sentir que son un obstáculo para los demás” (PH 8, 293-295), “esa relación de cara al manejo emocional, percepción y la

forma en que se relacionan, es sumamente importante de cara a la CV” (PH 8, 121-122). A través de estas afirmaciones se expone la importancia del manejo de las emociones del adulto mayor de cara a la demencia.

A. 4. Evaluaciones cognitivas (Evacog)

Las evaluaciones cognitivas ayudan a identificar patrones de pérdida de capacidad y función y determinar lo que la persona adulta mayor aún puede hacer, también son herramientas útiles para poder ver el deterioro que ha tenido entre periodos de citas, “me gusta utilizar el MoCA, # o el Mini mental ° dependiendo del tiempo que tenga, pero sobre todo el MoCA le va dando a uno, como una perspectiva del deterioro” (PM 4, 145-147), “descarto lo que son trastornos cognitivos, y otro tipo de cosas °, a veces hay delirios con la demencia, a veces hay trastornos afectivos asociados, ansiedad” (PH 10, 54-55). De esta manera se muestran experiencias las experiencias de los especialistas con las evaluaciones cognitivas y los aportes de los resultados para conocer con mayor precisión el grado y extensión de una posible afectación cognitiva.

A. 5. Intervención psicológica con la familia (IPsicFam)

La aparición de el diagnostico de demencia en un adulto mayor provoca gran angustia para las familias y cuidadores, conlleva mucha psicoeducación, aprendiendo solamente sobre la enfermedad, sino el cómo gestionarla, cómo ayudar al paciente. Los datos también confirman que, “con los familiares es mucho de psico educar + ° es mucho de ese acompañamiento de psico educar, de explicarles, digamos los cambios, # y toda la implicación que hay detrás de esto” (PM 6, 141-143). “sí hay un mal manejo a nivel familiar, y hay un mal manejo a nivel de la persona, lo que se vive en la familia es un conflicto constante, un agotamiento constante y un deterioro de la CV, por eso es muy importante que la persona entienda cual va a ser su condición,

que entienda su funcionalidad y que comprenda que los demás también tienen una vida” (PH 8, 111-115).

B. Dimensión Interpersonal (DI)

B. 1 Capacidad de mantener relaciones positivas con los demás (CMRPD)

Las relaciones positivas y orientadas a objetivos mejoran el bienestar al reducir el aislamiento y el estrés familiar y personal. La información obtenida de las entrevistas se puede resumir en empatía ya que “a veces en las demencias °, ay no me acuerdo si comí, entonces eso genera frustración, entonces que un compañero te diga # Fulanito si ya comiste, ° # (ver anexo 5, código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes) diay mira si es cierto, comimos tal cosa, entonces ya se genera una conversación acerca de la comida, # mejora °, hay una socialización” (PM1, 201-205).

B. 2 Dificultades de las relaciones interpersonales (DRI)

Los problemas de las relaciones interpersonales afloran cuando se carece de las habilidades sociales, hay problemas de autocontrol, inseguridad o se tiene el sentimiento de que se es infravalorado, en cuanto a los adultos mayores con demencia, “ellos no buscan la relación, sino que cuando llega alguien y les conversa, les habla, ellos vuelven a ver, pero pierden esa intencionalidad de relacionarse con otros” (PM 4, 166-168), “la persona con demencia puede que un día quiera hablar o ese día no quiera hablar, puede que ese día le pregunte muchas cosas a alguien y se molesten los demás” (PM 6, 133-134) y es el entorno quien debe manejarlo, “la dificultad en las relaciones interpersonales (suspira) es el grado de demencia que tenga la persona” (PM 4, 162-163).

C. Dimensión Temporal (DT)

C. 1 Cambio de prioridades en la calidad de vida (CPCV)

La dimensión temporal de calidad de vida se refiere a los cambios de prioridades de los adultos mayores, a las relaciones y a la estimación de vida en el proceso de envejecimiento lo largo de la vida las prioridades se transforman, pero en el caso de las personas con demencia hay una serie de factores que entran en juego, como lo evidencia la extracción de frases de las entrevistas, “en un paciente demenciado ¿qué pasa? Mucha, mucha de la frustración, que lo tenemos acá con un AM, mucha de su ansiedad es que él dice yo tengo que salir a trabajar, yo tengo que salir a trabajar, yo tengo que salir a trabajar, pero él tiene una demencia” (PM1, 340-343), “Si, va a ir a trabajar, está bien. Pero ¿qué es salir a trabajar?, entonces, yo necesito que usted me ayude a contar esos frijoles, porque ese es su trabajo, entonces que generamos un trabajo para el señor, entonces el señor está tranquilo porque salió a trabajar” (PM1, 344-346).

De los datos obtenidos, se puede destacar que en la dimensión temporal se trabaja la aceptación del duelo de la pérdida de capacidades, en aquellos individuos que están en las etapas iniciales de la demencia y que su funcionalidad cognitiva aún se lo permite, “cuando es posible, el trabajo en autonomía ° y la aceptación, en duelo ° en la aceptación de la pérdida de *capacidades*” (PM 4, 261-262).

C. 2. Estimación de vida en el proceso de envejecimiento (EVPEnve)

La dimensión temporal de calidad de vida, de acuerdo con la extracción de datos de las entrevistas a los profesionales, pretende que la persona comprenda la estimación de vida en el

proceso de envejecimiento desde las diferentes perspectivas, “cuando la persona pierde habilidades, sobre todo en personas que han sido muy activas en su vida y de repente tienen que, muchas veces la demencia viene asociada sobre todo cuando es vascular, con problemas de movilidad” (PM 4, 263-265), “es todavía más complicado, porque no solamente está la pérdida de memoria, la desorientación, ° de la que ellos se dan cuenta y muchas personas piensan que no” (PM 4, 265-267).

La dimensión espiritual emerge a raíz de que sale a relucir en la mayoría de las entrevistas, de acuerdo a la extracción de frases “en la parte de espiritualidad °, somos un país donde crecimos, # independientemente de la religión, pero bajo una religión, ° entonces # están acostumbrados a... las señoras a rezar sus rosarios y eso las llenas de paz, o si son evangélicos °, de congregarse en un culto o hacer parte del culto” (PM 1, 178-181) “definitivamente la espiritualidad si es un factor, creo que esta entre primero y el segundo, ¿por qué? Por una cuestión # igual los seres humanos necesitamos el creer en algo ° algo superior, en algo que no vemos, pero nos ayuda en eso independientemente de la religión que sea” (PM 6, 166-169).

Por otra parte, se encontraron ciertas similitudes a partir de las entrevistas, ya que tratan de evitar el hablar de espiritualidad, ya sea por respeto a las creencias del paciente y familia, o por creencias propias y ética profesional, sin embargo la espiritualidad se convierte en un pilar, “se les habla del diagnóstico, se les habla de la progresión y entonces a pesar de que a uno éticamente le enseñan en la escuela de medicina de que uno no debe meterse con la parte religiosa, cuando ellos están un poquito ansiosos, deprimidos o asustados con el diagnóstico y el pronóstico” (PM 7, 108-111).

D. Dimensión Espiritual (DE)

La dimensión espiritual emerge a raíz de que sale a relucir en la mayoría de las entrevistas, de acuerdo a la extracción de frases “en la parte de espiritualidad °, somos un país donde crecimos, # independientemente de la religión, pero bajo una religión, ° entonces # están acostumbrados a... las señoras a rezar sus rosarios y eso las llenas de paz, o si son evangélicos °, de congregarse en un culto o hacer parte del culto” (PM 1, 178-181) “definitivamente la espiritualidad si es un factor, creo que esta entre primero y el segundo, ¿por qué? Por una cuestión # igual los seres humanos necesitamos el creer en algo ° algo superior, en algo que no vemos, pero nos ayuda en eso independientemente de la religión que sea” (PM 6, 166-169).

Por otra parte, se encontraron ciertas similitudes a partir de las entrevistas, ya que tratan de evitar el hablar de espiritualidad, ya sea por respeto a las creencias del paciente y familia, o por creencias propias y ética profesional, sin embargo la espiritualidad se convierte en un pilar, “se les habla del diagnóstico, se les habla de la progresión y entonces a pesar de que a uno éticamente le enseñan en la escuela de medicina de que uno no debe meterse con la parte religiosa, cuando ellos están un poquito ansiosos, deprimidos o asustados con el diagnóstico y el pronóstico” (PM 7, 108-111).

E. Otras Dimensiones (OD)

E. 1 Dimensión Económica

Entre las dimensiones emergentes se encuentra la dimensión económica, la situación económica de las personas mayores se basan en sus circunstancias personales, la solvencia económica de cada involucrado, de sus redes familiares y sociales, ya que los recursos monetarios pueden ofrecer diferentes estrategias que son limitadas en el sistema de salud público, “en la Caja

(refiriéndose a la CCSS) están bastante limitados, pero a nivel privado existe otro montón de, bueno un montón no, varias # estrategias farmacológicas para disminuir la progresión o la velocidad de progresión de la enfermedad del paciente y con esto mejorar su CV y funcionalidad” (PM 7, 49-52)

E. 2 Dimensión Individual

La dimensión individual o de crecimiento personal, emerge en la calidad de vida de los adultos mayores como las creencias, ideas o formas de pensar y expresar alegría, felicidad, la autosuperación humana, el crecimiento personal, el cambio o desarrollo personal es un proceso de transformación en el que una persona acepta nuevas ideas o formas de pensar, creencias, lo que da como resultado nuevos comportamientos y actitudes. Expresa alegría, felicidad por estudiar, por desarrollarse y por la oportunidad de aprender, “recuerdo que uno de los pacientes que tuvimos en cuidados intermedios, ese pacientito le encantaba pintar, pero le fascinaba pintar, entonces # se le consiguió un cuaderno de dibujo y unos crayones” (PM 5, 212-215).

4.1.3 Categoría General 3 - Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia(CG 3-EECVAMD)

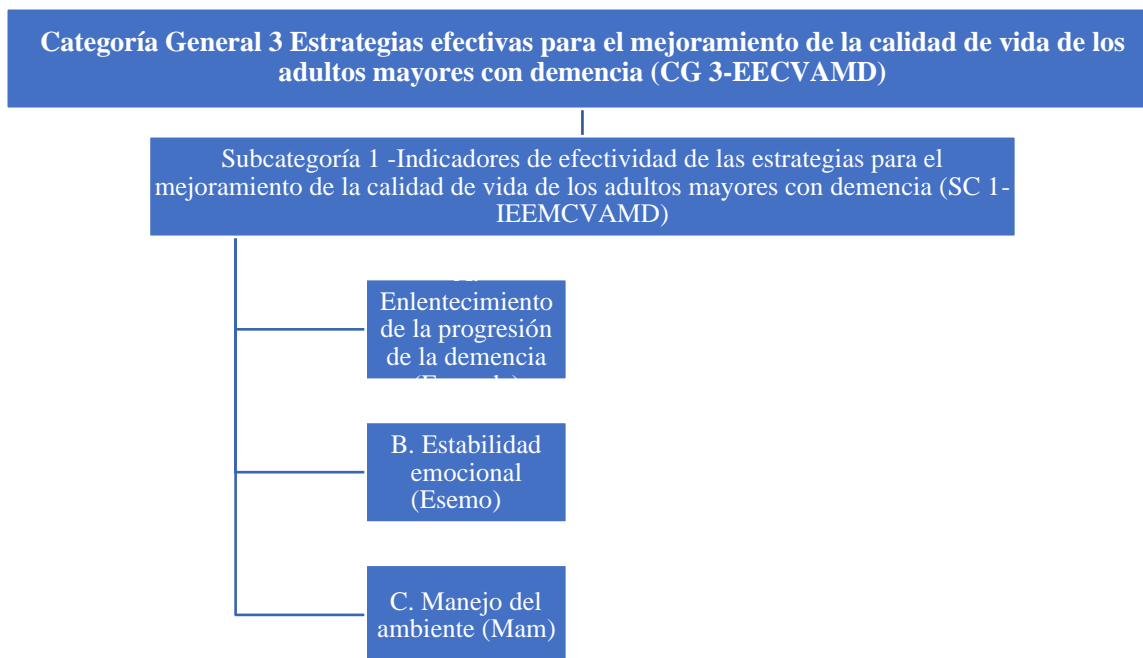
Esta categoría sugiere las experiencias de los profesionales consultados con las estrategias que consideran efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, de acuerdo con los resultados obtenidos se divide en dos subcategorías; en la primera se encuentran los conceptos de efectividad de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia y en la segunda categoría están las estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de dicha población.

4.1.3.1 Subcategoría 1 - Indicadores de efectividad de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia (SC 1-IEEMCVAMD)

En esta subcategoría se hace referencia a los indicadores que los profesionales consultados consideran como efectivo en las estrategias utilizadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, dependiendo de la necesidad de cada persona y el estadio de la demencia.

Conceptos generados: enlentecimiento de la enfermedad, estabilidad emocional y manejo del ambiente.

Figura 5 Indicadores de efectividad de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Enlentecimiento de la progresión de la demencia (Enprode)

De acuerdo a las frases extraídas de las entrevistas, se considera que una estrategia es verdaderamente efectiva cuando se logra enlentecer el avance de la demencia a sabiendas que no se puede detener la progresión de la enfermedad, “más o menos en los estudios dicen que un paciente demenciado independiente de la demencia que padezca puede pasar de 5 a 10 años y muy probablemente ya va a fallecer, nosotros tenemos pacientes demenciados que ya tienen 15 años con su demencia y aún realizan actividades por si solos” (PM 1, 406-409), “Entonces son esas cosas que nos evidencia a nosotros # que estas estrategias o esto que nosotros implementamos, definitivamente mejora su CV, mejora su proceso ° de demencia, lo relentecemos, hasta cierto punto” (PM 1, 411-414).

B. Estabilidad emocional (Esemo)

Lograr estabilidad emocional en el adulto mayor demuestra efectividad en las estrategias según la información obtenida, mientras la persona con demencia pueda seguir experimentando y desarrollando sentimientos positivos puede aumentar su deseo de mantener una mejor vida social con quienes lo rodean.

De acuerdo a las frases extraídas de las entrevistas, los participantes afirman lograr la estabilidad emocional cuando “podemos bajar ese nivel de ansiedad, o ese nivel de angustia que la persona tiene, a través de estos estímulos, entonces siempre, siempre lo más importante es darles estímulos auditivos, estímulos visuales, lo que podamos hacer con ellos” (PM 3, 165-168). “Es efectiva, bueno, cuando calmamos los niveles de ansiedad, cuando calmamos esas crisis, cuando la persona está estable, no solamente por la medicación” (PM 3, 172-173).

C. Manejo del ambiente (Mam)

Los ambientes físicos y sociales determinan la calidad de vida cualquier persona, en adultos mayores con demencia, esos ambientes deben de ser controlados según el contexto.

De acuerdo con las experiencias respecto a manejo del ambiente, es posible observar que este depende del compromiso familiar o del cuidador ya que de lo contrario conlleva a lo opuesto de calidad de vida, “el manejo ambiental según el contexto, ¿Por qué? Las personas, según lo que me ha tocado ver, cuando sienten que nadie los quiere, que nadie les pone atención y se siente aislados, tienden a deteriorarse un poco más rápidamente, o al menos tienen factores depresivos, cuando la familia se compromete y uno trabaja esa parte del recurso familiar, se cambian, se intercambian los roles de cuidado y se le presta más atención, la persona tiene más posibilidades de sentirse útil” (PH8, 237-242)

Se puede determinar que la efectividad de las estrategias para la calidad de vida de la población anteriormente mencionada, va a depender del trabajo con los cuidadores y la familia, “me ha dado más resultado en cuanto a CV, que no es tanto con el trabajo con la persona con demencia, sino con el contexto familiar y la forma en la que conviven con la persona” (PH8, 255-257).

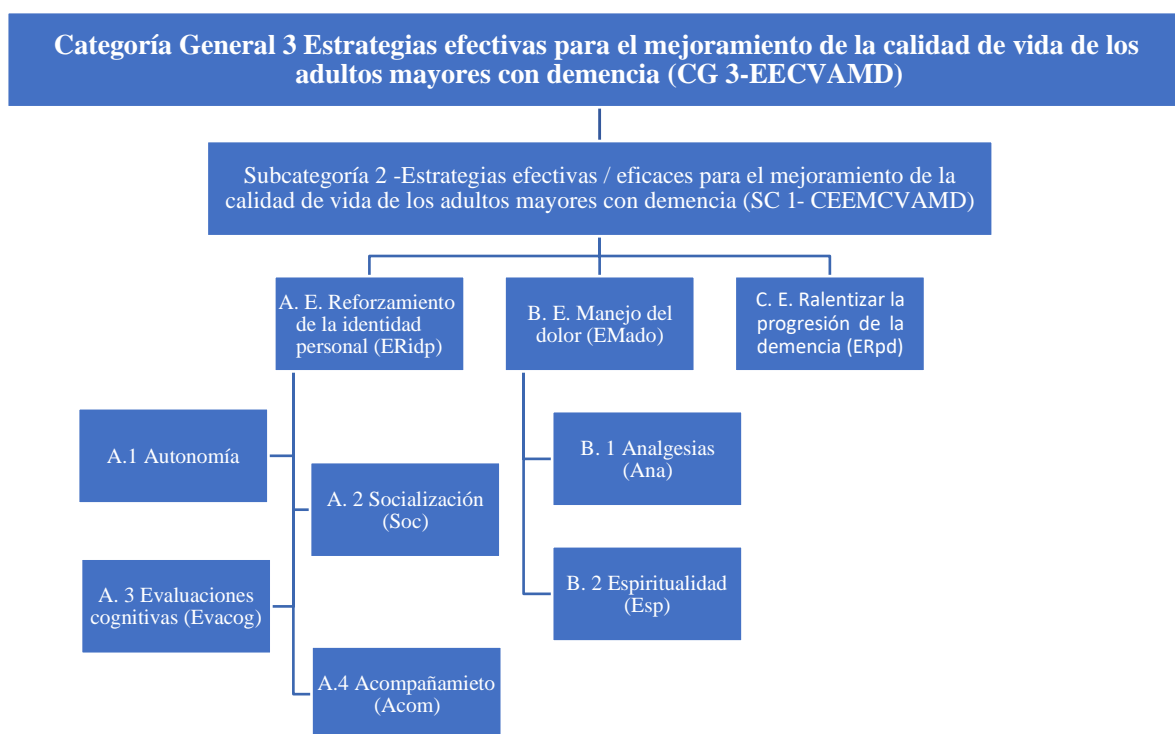
4.1.3.2 Subcategoría 2 -Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia (SC 1- CEEMCVAMD)

En esta subcategoría se hace referencia al tipo de estrategias que los profesionales consideran como efectivas para ser utilizadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, las estrategias se aplican de forma generalizada, pero se

individualizan según el tipo de demencia y el estadio en el que se encuentre.

Conceptos generados: reforzamiento de la identidad personal, manejo del dolor y ralentizar la progresión de la demencia.

Figura 6 Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia, 2022.

A. Reforzamiento de la identidad personal

A.1 Autonomía

Reforzar la imagen de las personas con demencia para que se puedan sentir vigentes, útiles, parte de la sociedad y no marginados, se logra trabajando diferentes áreas que determinan la construcción de la identidad de una persona mayor, tomando en consideración las experiencias de los entrevistados se puede afirmar que las áreas a trabajar son “¿áreas de CV podemos trabajar nosotros? (refiriéndose al personal profesional en psicología) La autonomía, lo cognitivo, lo interpersonal y lo afectivo ° (ver anexo 5, código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes), esas son las que nosotros podemos abarcar” (PM 4, 402-404).

A. 2 Socialización (Soc)

En el reforzamiento de la identidad personal también se trabaja desde la socialización, ya que también es parte de la construcción de la identidad de las personas, de los datos obtenidos, cabe señalar que la socialización se debe realizar desde diferentes escenarios cotidianos, no únicamente con sus cuidadores o familia cercana, sino que también con sus pares. “ Con la socialización de sus iguales, definitivamente el ver una persona que es igual que yo mejora definitivamente la CV del AMD” (PM 1, 374-375).

A. 3 Evaluaciones cognitivas (Evacog)

En los primeros estadios de la demencia, cuando aún se posibilita el entendimiento de la enfermedad por parte del paciente, se utilizan diferentes escalas de control, para conocer el avance de la enfermedad y poder medir si las demás estrategias utilizadas están retardando el avance de la demencia “primero está la evaluación constante °, # porque necesitamos saber, o sea, una evaluación no para ponerle una etiqueta al paciente, sino para poder ver, el deterioro que ha tenido entre una cita y la otra” (PM 4, 143-145), “hay escalas de control de manejo

emocional, que a uno le dicen si la persona va manejando, va resolviendo, incluso yo a veces hago una escala sobre niveles de conflicto, y la frecuencia de conflicto” (PH 8, 262-264)

A. 4 Acompañamiento

Las personas con demencia que reciban acompañamiento y apoyo durante las primeras etapas de la demencia podrán entender mejor cómo les afecta la enfermedad y que esperar de ella, también podrá tomar decisiones sobre su futuro junto con sus cuidadores, incluidos los planes de atención financiera, legal, o el mismo cuidado a largo plazo, a partir de frases extraídas de las entrevistas se puede afirmar que el acompañamiento genera la sensación de seguridad “que prácticamente ellos, este tipo de población, lo que necesitan es ese acompañamiento, ese sentir que están con ellos” (PM 3, 153-154).

B. Manejo del dolor (Mando)

B. 1 Analgesias (Ana)

En el paciente con demencia el dolor se puede manifestar de diferentes maneras como la agitación, la movilidad limitada o confusión, esto conlleva dificultad para los cuidadores y el personal profesional ya que notan la presencia del dolor pero es difícil interpretar la intensidad o frecuencias.

Por lo que concierne a las frases segmentadas obtenidas de las entrevistas, “es una parte complicada en las demencias las escalas del dolor, porque uno como profesional entiende que existe el dolor, pero evaluarlo cuán fuerte es sumamente complicado ° (ver anexo 5, código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes), entonces siempre es importante” (PM 1, 381-383), “las analgesias en demencias, solo ¿por qué? Porque a nadie

le gusta estar con dolor, entonces si manejamos el dolor, y va a llegar un punto donde es inevitable manejar ese dolor, pero si es controlable, mejora la CV (ver anexo 5, código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes)” (PM 1, 383-385).

B. 2 Espiritualidad (Esp)

El dolor suele estar asociado con cambios físicos o procesos psicológicos, la espiritualidad sin importar el credo, funge como mediadora para gestionar ese dolor “ la espiritualidad °, como le decía muchas veces ellos entienden que van a fallecer °, pero tenga la paz para poder irme de este mundo tranquilo entonces la espiritualidad es un factor sumamente importante porque # pasa eso, si me voy a morir pero estoy bien en este plano terrenal para decirlo de alguna forma y para donde me tenga que ir estoy bien, porque tengo a Dios en el corazón” (PM 1, 375-379). “Sin hablar de una religión en específico ellos son muy espirituales, entonces es muy importante si reconocemos que ellos creen en Dios o algo así, empezar tocando por ahí, porque cuando les movemos a ellos la parte espiritual, cuando tenemos fe nada es imposible, cuando tenemos fe hay esperanza, trabajamos con más ganas y con más motivación (PM 9, 162-166).

C. Manejo de la progresión de la demencia (EEpd)

Para el manejo de la progresión de la demencia se trata de ralentizar el deterioro de las células nerviosas de las personas que ya han sido diagnosticadas, especialmente en sus primeros estadios, se trabaja por medio del estímulo intelectual, con el objetivo de mantener a la persona el mayor tiempo posible funcional.

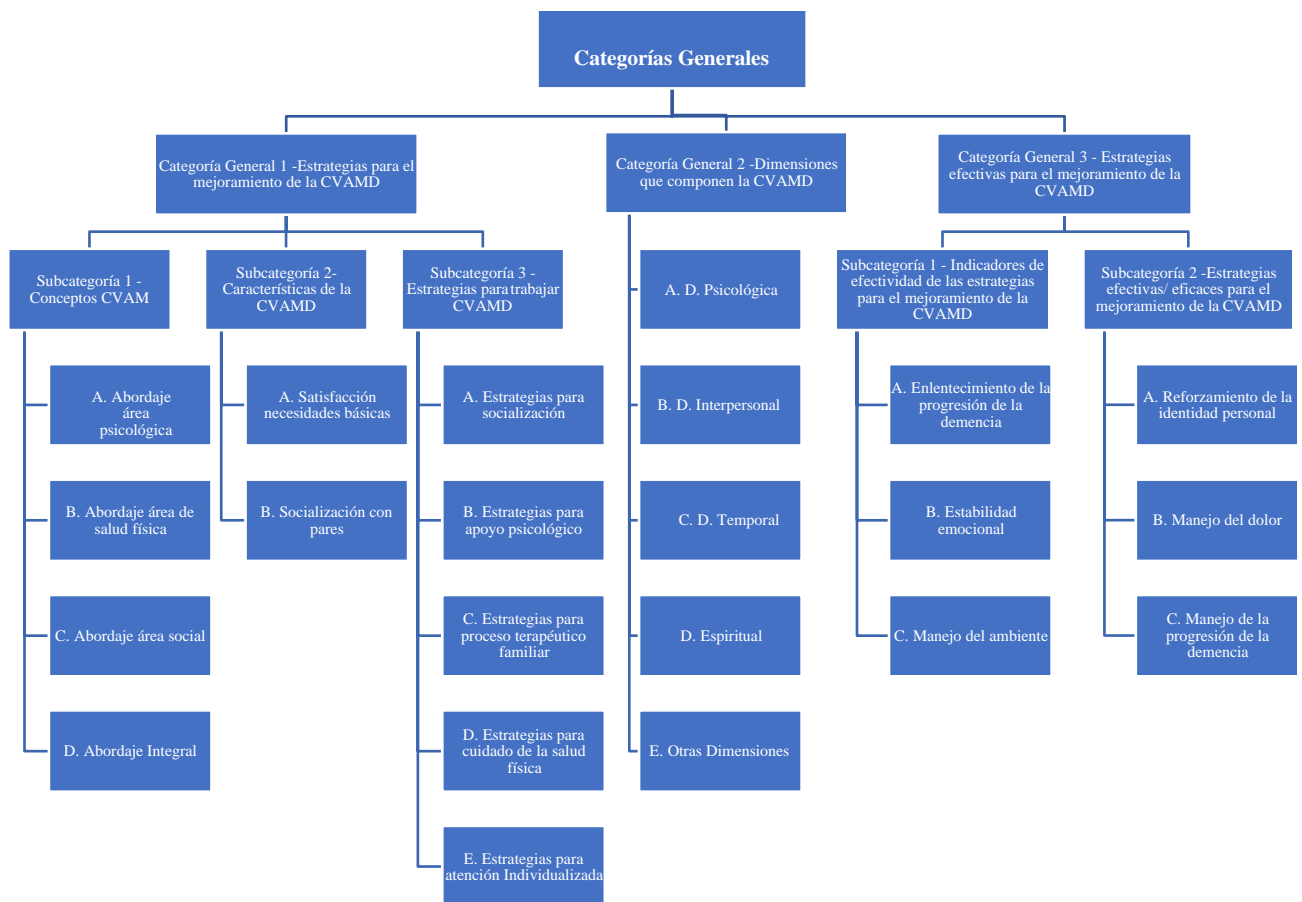
Se realizan actividades como jugar juegos, leer y otras actividades intelectuales pueden ayudar a mantener la función y prevenir el deterioro cognitivo, “una vez que aparece es imposible que no evolucione, y no, bueno tener actividades que puedan retardarlo” (PH 8, 94-95), “hacer tareas que son importantes, ° entonces de forma inconsciente ponemos ° ponemos a trabajar ese cerebritito del paciente con demencia, entonces atrasamos o enlentecemos el proceso demencial” (PM 1, 366-368).

V. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Debido a la abundancia de datos obtenidos por medio de transcripciones de las entrevistas realizadas, estos fueron organizados en categorías, generando subcategorías, conceptos e indicadores para respectivo análisis. La figura que se presenta posteriormente corresponde al esquema general del análisis de los datos para comprender correctamente lo que se explicará a continuación. Las categorías ya se fueron mencionadas anteriormente en la presentación de resultados.

Figura 7 Análisis de relación entre categorías, subcategorías, conceptos e indicadores



Fuente: Elaboración propia, 2022.

5.1.1. Análisis entre las categorías generales y subcategorías

En el caso de la Categoría General 1 -Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, Subcategoría 1: Conceptos de calidad de vida de los adultos mayores con demencia se encontraron elementos asociados a los conceptos que se dirigen a rescatar un abordaje integral del concepto de calidad de vida, en donde se va a dar énfasis en rescatar el abordaje psicológico, físico y social del adulto mayor con demencia.

En el abordaje psicológico se encuentra conformado por la identidad personal comprende la autopercepción, autoestima y autonomía, en el afectivo se evidencia todas aquellas muestras de cariño que vienen a reforzar el nivel de identidad personal, mientras que en el nivel conductual se denotan todas aquellas acciones como respuesta a los diferentes estadios de la demencia.

Respecto al acercamiento en el área de la salud física , el nivel de salud física de enfoca en la valoración de esta y el manejo del dolor. Ahora bien, en el abordaje en el área social se enfatiza el nivel familiar, en donde el individuo socializa con sus cuidadores y familiares, el cuidado y acompañamiento que recibe por parte de estos.

El concepto de calidad de vida no fue tan claramente expuesto dentro de los datos obtenidos en el estudio ya que calidad de vida es el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales referentes al bienestar psicológico, al nivel de competencia (social, físico y cognitivo) y a la interacción con el medio (Salas y Martínez, 2010, como se citó en Ribot Reyes et al., 2016, p. 82)

En la segunda subcategoría, Características de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia se reflejan aquellas particularidades que siempre deben estar presentes, según los datos obtenidos por el estudio, en la calidad de vida de la población anteriormente mencionada. Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas de cualquier ser humano sin distinguir su grupo etario, entendidas como subsistencia, protección, entendimiento, identidad, participación y libertad.

Se hace énfasis en la participación, apuntando a la importancia de la socialización con los pares y a la integración que requiere una persona con demencia, “la falta de interacción con otras personas podría ser un desencadenante y aumentar gradualmente su desarrollo”. (Hsiao et al., 2018, como se citó en Alvarado et al., 2019, p. 11)

En la tercera Subcategoría están Estrategias para trabajar calidad de vida en adultos mayores con demencia implica una serie de actividades y herramientas dirigidas a trabajar la socialización, apoyo psicológico, cuidado de la salud física al igual que la atención individualizada del paciente, además las estrategias para el proceso terapéutico familiar en aras de la mejora de la calidad de vida estos al igual que el paciente, esto en concordancia con Oblitas Guadalupe (2010), afirma que las estrategias para mejorar la calidad de vida apuntan a modificar múltiples componentes de los procesos adaptativos-integrativos: biológicos, psíquicos o psicológicos y socioambientales (p.299).

En cuanto al abordaje de la Categoría General 2 -Dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores con demencia, de acuerdo con el estudio realizado, dichas dimensiones se trabajan con el objetivo de mejorar la calidad de vida en los diferentes ámbitos, sin embargo cabe mencionar que las dos dimensiones que más trabajan los

profesionales consultados, son la dimensión psicológica y la dimensión interpersonal.

En la dimensión psicológica son más robustas las intervenciones de frente a la demencia, en donde se refuerza la autonomía y psicoeducación del paciente, el manejo de las emociones, las evaluaciones cognitivas y nuevamente surge el tema de la intervención en/con la familia, muy acorde al planteamiento de Pérez et al., (2003) quien considera que la dimensión psicológica es la capacidad de la persona para afrontar la situación de demencia (p.118).

La dimensión interpersonal de calidad de vida se refiere a la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, desarrollar una fuerte empatía y afecto por otros seres, lograr intimidad (Ryff y Singer, 1996, como se citó en Oblitas Guadalupe, 2010, p.311). En el estudio realizado se mantiene este concepto, ya que la dimensión interpersonal, dirigida a fortalecer la capacidad de mantener las relaciones positivas con los demás y también como trabajar las dificultades de las relaciones interpersonales

En cuanto a la dimensión temporal, el concepto de calidad de vida no estaba claro en la mayoría de los participantes, al menos con los resultados obtenidos del estudio, ya que en el marco de calidad de vida y sus dimensiones se hace uso de esta dimensión cuando se trabaja con los adultos mayores los cambios de prioridades, las relaciones y estimación de vida de las personas adultas mayores en su proceso de envejecimiento (Calman, como se citó en Dapuetto, 2012, p.31-32).

Como contra partida, según los datos obtenidos en el estudio, en algunos casos se confundía con el tiempo para realizar las actividades o la priorización de estas, por ejemplo “hay una señora que de pronto yo le puedo decir, hoy es tal y tal fecha y ya... hay otra señora que puede utilizar una estrategia como tener un calendario, ir marcando los días que han pasado,

el día que es hoy” (PM 6, 179-182).

Se encontraron otras dimensiones emergentes, las cuales también son trabajadas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, entre ellas la dimensión espiritual, sin importar el tipo de religión, se refuerzan las creencias y valores que han sido parte de la persona y una fortaleza a lo largo de su vida, esto es consistente con las dimensiones relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales planteados por Calman, como se citó en Dapuetto, (2012) en donde se describe como una fuerte presencia de un sistema de creencias en el individuo constituye una fuente de fortaleza y apoyo, una filosofía central, una percepción de sentido y de paz consigo mismo. No tiene que ver necesariamente con las creencias religiosas (p.31).

También emergen otras dimensiones; la dimensión económica que forma parte de un gran grupo de dimensiones llamadas sociales y la dimensión individual que se encuentra en las dimensiones más amplias (Calman, como se citó en Dapuetto, 2012, p. 31-32)

En dimensión económica, se encuentra que, por la falta de solvencia económica, del paciente, su familia y hasta el sistema de salud público, hay limitantes en cuanto a mejora de la calidad de vida, pues a nivel privado es posible ofrecer un poco más de variedad en cuanto a estrategias, esto es consistente con la afirmación de Calman como se citó en Dapuetto, (2012) incluye costos de tratamiento, costos de transporte, pérdida de ingresos debido a enfermedades, alimentos y costos de cuidados especiales, preocupaciones sobre las finanzas a largo plazo y la seguridad familiar, todo lo cual afecta la calidad de vida (p.31).

En la dimensión individual, la mayoría de las opiniones coinciden en que la calidad de vida es una cuestión individual y específica del paciente. Los factores personales incluyen

expectativas y prioridades, trabajos, aficiones y logros. (Calman como se citó en Dapuetto, 2012, p.32).

Finalizando con las categorías generales, en la tercera; Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, únicamente se rescatan dos subcategorías ya que según los datos recopiladores, existe confusión entre los significados efectividad y eficacia de las estrategias.

La efectividad de una estrategia se define como la capacidad de lograr un resultado o un efecto esperado en la calidad de vida de los adultos mayores en condiciones clínicas normales a través de una actividad o intervención. (Burches y Burches, 2020).

No obstante entre las subcategorías rescatadas están los indicadores de efectividad de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, en donde la efectividad de las estrategias se valora cuando hay un enlentecimiento de la progresión de la demencia mediante entrenamiento cognitivo. “El entrenamiento cognitivo también puede asociarse a un enlentecimiento importante de la progresión clínica de la demencia y una disminución, más discreta, de la carga del cuidador inmediatamente después del tratamiento” (Martín-López et al., 2020, p. 14)

Aparte del enlentecimiento de la demencia hay otros indicadores de efectividad, son la estabilidad emocional por parte del paciente y tanto el personal de salud como la familia y cuidadores logran el buen manejo del ambiente del adulto mayor con demencia.

En la segunda subcategoría Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia se refleja nuevamente la importancia del reforzamiento

de la identidad personal, en donde las estrategias que consideran efectivas están enfocadas al rescate de la autonomía, la socialización, las evaluaciones cognitivas y el acompañamiento que da el personal de salud y la familia al adulto mayor durante el desarrollo de la demencia.

El manejo del dolor también se considera que es una estrategia efectiva aplicada a los adultos mayores con demencia, y se enfoca tanto en las analgesias del dolor orgánico como en la espiritualidad, ya que la fe o la espiritualidad de cada persona puede actuar como un analgésico, es una fuente de alivio frente al dolor, esto concuerda con la afirmación de Ortega et al., (2016) “El bienestar espiritual conlleva una sensación de plenitud y paz que permite disfrutar la vida a pesar del dolor y la fatiga; asimismo, disminuye la depresión, el vacío existencial y la desesperanza” (p.10).

En esta subcategoría se repite como tema constante el manejo de la progresión de la demencia, en donde el objetivo es tratar de enlentecer el avance del deterioro generado por la demencia, a través de diversas actividades, tareas y estímulos de carácter cognitivo en aquellas personas que presenta demencia inicial o moderada. Garrido (2017), afirma que la demencia afecta la función cognitiva y afecta directamente la capacidad para realizar las actividades diarias. Por lo tanto, las intervenciones para frenar el deterioro cognitivo y funcional característico de esta enfermedad se vuelven urgentes (p.1).

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Como conclusión del primer objetivo específico; identificar las estrategias disponibles para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de demencia, mediante la percepción de un grupo de profesionales en salud, en virtud de los hallazgos de la categoría general, en la primera subcategoría, cabe destacar que se obtienen una serie de conceptos asociados a la descripción de calidad de vida desde diferentes abordajes.

En el objetivo anteriormente mencionado, también se obtiene una subcategoría que comprende las características que debe tener la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, dicha caracterización consiste en suplir las necesidades básicas y la socialización del paciente. Finalmente en la tercera subcategoría, se identifican una serie de estrategias utilizadas para trabajar el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Es importante rescatar el siguiente hallazgo, la socialización y el apoyo a la familia, son elementos repetitivos, están presentes en todas las categorías generales y no se puede desligar del mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

En cuanto al segundo objetivo; categorizar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, según las dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores, se logró categorizar las dimensiones, psicológica, interpersonal y temporal.

La dimensión psicológica es una de las más trabajadas ya que se enfoca en la importancia de mantener la autonomía del paciente, el manejo de las emociones y la psicoeducación del paciente en etapas tempranas de la demencia y se realizan evaluaciones cognitivas para estar al tanto del progreso de la enfermedad.

La dimensión temporal mostró dificultad al explorarla, ya que no estaba claro el concepto temporal dentro de calidad de vida para algunos de los participantes, sin embargo se rescata que se trabaja la capacidad de mantener relaciones positivas con las demás personas y también se valoran las dificultades que surgen en las relaciones interpersonales con las personas con demencia.

Por consiguiente, esta categoría también permitió rescatar las dimensiones emergentes, las cuales resultan importantes para la mejora de la calidad de vida, entre estas dimensiones se encuentran la dimensión espiritual, la económica y la individual, atendiendo a estas consideraciones se concluye que se da por realizado la categorización de las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, según las dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores, correspondiente al segundo objetivo específico.

Ahora bien, respecto al tercer objetivo específico; determinar las estrategias más efectivas para trabajar la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, no se logra determinar las estrategias ya que de los datos obtenidos no se puede diferenciar si se refiere a estrategias efectivas o eficaces, sin embargo dentro de las estrategias mencionadas están el reforzamiento de la identidad personal, el manejo del dolor y el manejo de la progresión de la demencia.

Al tratar de determinar las estrategias más efectivas surgieron dos subcategorías, una de ellas se compone por una serie de indicadores que según los datos obtenidos, son indicadores de efectividad de las estrategias cuando se logra el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad, la estabilidad emocional y el manejo del ambiente.

También se puede rescatar que las estrategias van enfocadas en el reforzamiento de la identidad personal, el manejo del dolor y el manejo de la progresión de la enfermedad.

Para finalizar con el objetivo general de la investigación; analizar las estrategias más efectivas para el de mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia, no fue posible analizar las estrategias más efectivas para la población de interés, debido a que no se encontró concordancia entre los datos aportados por los profesionales, ya que hubo confusión en lo que respecta a la efectividad de una intervención, esto generó que no fuera posible el análisis para determinar las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con ese diagnóstico.

6.2 RECOMENDACIONES

Debido a lo anterior con relación a las conclusiones, surgen las siguientes recomendaciones

- Desarrollar investigaciones orientadas a conocer las estrategias efectivas que mejoran la calidad de vida de los adultos mayores mediante entrevistas a un grupo de expertos que pertenezcan la misma especialidad, que permita que todos los profesionales cuenten con el mismo nivel del conocimiento respecto al tema en investigación. Incluso resulta necesario realizar estudios sobre la percepción y actitudes de los profesionales en salud hacia la variable de calidad de vida.
- Realizar estudios cuantitativos sobre el manejo de la eficacia, eficiencia y efectividad de las estrategias a utilizar en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.
- Abordar dentro de las sublíneas de Psicología de la salud la evaluación de calidad de los servicios de salud y la elaboración de indicadores para valorar la efectividad de las intervenciones. Es necesario pensar en valoraciones de impacto no solo cualitativas, se sugiere métodos mixtos.
- Desarrollar instrumentos en el contexto costarricense que permitan conocer las necesidades que tiene los especialistas involucrados en la atención de pacientes con diagnóstico de demencia, las estrategias efectivas y las dimensiones de calidad de vida en cuanto al mejoramiento de esta.
- Realizar procesos de divulgación y difusión desde un enfoque basado en evidencia, que le permita a los profesionales que brindan atención a las personas con demencia conocer los alcances, eficiencia, eficacia y efectividad de las estrategias utilizadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con ese padecimiento.

REFERENCIAS

- Aguilar, B. (2017). Efectos del Programa “Yo Creo en Mí” sobre la percepción de autoeficacia general en madres de niños diagnosticados con trastorno de la actividad y de la atención en una clínica de Lima Metropolitana en el año 2016 [Tesis de Título, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/815/Efectos_Salcedo_Brigitte.pdf?sequence=3&is
- Alzheimer’s Disease International (2020). *World Alzheimer Report 2020 Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment*. Volume I.
<https://www.alzint.org/u/Guide-for-using-World-Alzheimer-Report-2020-in-national-dementia-plans-revised-format.pdf>
- Arévalo, M. (2019). *Demencia y su relación con el estado de dependencia funcional en adultos mayores institucionalizados: Estudio de casos del Hogar de Adultos Mayores "Emilia Moutier de Pirán" de General Pirán* [Informe final del trabajo final de integración, Universidad Nacional de Mar del Plata].
<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/866>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Burches, F. & Burches, M. (2020). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *International Archives of Public Health and Community Medicine* 4(1). DOI: 10.23937/2643-4512/1710035

- Calman K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124–127. <https://doi.org/10.1136/jme.10.3.124>
- Cañas Lucendo, M. C., Perea Bartolomé, M. V., Ladera Fernández, V., García García, R., y Pérez Sáez, E. (2018). Calidad de vida en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *INNOVA Research Journal*, 3(2.1), 14-21. <https://doi.org/10.33890/innova.v3.n2.1.2018.704>
- Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2014). *Plan nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, esfuerzos compartidos 2014 – 2024*. <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Plan%20Nacional%20Alzheimer.pdf>
- Contreras, C., Condor, I., Atencio, J., y Atencio, M. (2019). Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 51-55. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15583>
- Custodio, N., Montesinos, R., y Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
- Dapuetto, J. (2013). *Calidad de vida. Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas*. <https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/publicacion5b896f0f2166d4.61586795.pdf>
- De-Juanas Oliva, Á. (Coord.) y Ortega Navas, M. D. C. (Coord.). (2021). *Calidad de vida en personas adultas y mayores: intervención educativa en contextos sociales*. <https://elibro.net.uh.remotexs.xyz/es/ereader/bibliouh/179252?page=150>

- Fages-Masmiquel, E., Ponjoan, A., Blanch, J., Alves-Cabratos, L., Martí-Lluch, R., Comas-Cufí, M., García, G., y Ramos, R. (2021). Efecto de la edad y el sexo en los factores asociados a la demencia. *Rev Neurol*, 73, 409-15. doi: 10.33588/rn.7312.2021301.
- Fernández Núñez, L. (2006, 7 octubre). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí La Recerca*. Fichas para investigadores. Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació Secció de Recerca.
- García Pérez, B. (2017). Las demencias: Enfermedad de Alzheimer. [Tesis para obtener el grado de enfermería, Universidad de Cantabria].
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14102/GarciaPerezBM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, A. M., Hueso, P. V., Méndez, L. T. & Tao, P. A. (2019). Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 10(3), e813. Epub December 20, 2019.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813>
- Garrido, J. (2017). *Eficacia de las intervenciones cognitivas basadas en la ocupación en personas con demencia en fase moderada* [Tesis Doctoral, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya].
- González-Celis, A., y Lima Ortiz, L. (2017, 18 diciembre). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Revistas UNAM*. 5(15), 3-18.
<http://dx.doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022). *Estadísticas demográficas. 2011 – 2050. Proyecciones nacionales. Población por años calendario, según sexo y grupos especiales de edades*. <https://www.inec.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de->

poblacion

- La Gaceta. (2017, 30 de junio). N° DM-JG-1021-2017. *Oficializar y declarar de interés público y nacional la “Norma nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia”*. Gaceta No. 124. Alcance Digital No.160.
https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/normativas/DGASS/DGASS_decla_int_p%C3%BAb_nacio_norm_nac_aten_pers_adul_det_cogn_demen.pdf
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K., Campo Torregroza, E., y Martín Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&tlng=es.
- Lluesma Vidal, Marta., Ruiz Zaldibar, Cayetana., García Garcés, Laura., Izquierdo Gonzalvo, Jorge., y Sánchez López, María Inmaculada. (2021). Autopercepción del estado de salud como indicador de la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo en función de su lugar de residencia: domicilio versus centro sociosanitario. *Gerokomos*, 32(1), 2-7. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100002>
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. En: Lopezosa, C.; Di“az-Noci, J., Codina, L. (ed.). *Anuario de Métodos de investigación en comunicación social*, 1. 88-97. Barcelona: DipiDoc-Universitat Pompeu Fabra DOI: 10.31009/methodos.2020.i01.08

- Magaña Terrón, L.A. (2019). *Perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día*. [Tesis doctoral, UDC]. RUC.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24573/Maga%C3%B1aTerron_LuzA_TD2019.pdf
- Martín-López, J., Molina-Linde, J., Isabel-Gómez, R., Castro-Campos, J., y Blasco-Amaro, J. (2020). Efectividad del entrenamiento cognitivo en pacientes con demencia leve a moderada. Sevilla: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
<https://www.aetsa.org/publicacion/efectividad-del-entrenamiento-cognitivo-en-pacientes-con-demencia-moderada-y-grave/>
- Maya Pérez, E., Hernández Silva, J., Vargas, Hernández, X., y Guzmán Olea, E. (2018). Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CDMX a través de la escala FUMAT. *Eureka*, 15(1),65–77.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885117/eureka-15-1-12.pdf>
- Naranjo Hernández, Y., Ávila Sánchez, M., & Concepción Pacheco, J. (2018). Strategies as a tool in the scientific development of nursing. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(4), 564-580.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400564&lng=es&tlng=en.
- Oblitas Guadalupe, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. CENGAGE LEEARNING. <https://wiac.info/docview>

Olvera Porcel, M. (2015). *Coeficiente Kappa promedio: un nuevo parámetro para evaluar y comparar el rendimiento de test diagnósticos binarios*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. DIGIBUG. URI: <http://hdl.handle.net/10481/40533>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 21 de setiembre). *Demencia*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20es%20causada%20por,mayores%20en%20todo%20el%20mundo>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021, 2 de setiembre). *El mundo no está*

abordando el reto de la demencia. <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

Ortega Jiménez, M., Ojeda Vargas, M. G., Ortiz Domínguez, A., & Guerrero Castañeda, R. F.

(2016). Espiritualidad y cuidado de enfermería / Spirituality and nursing care. *RICSH Revista Iberoamericana De Las Ciencias Sociales Y Humanísticas*, 5(10), 231 - 247. www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86

Ortega-Díaz D., Orozco-Barajas M., y Sánchez-González VJ. (2020, enero-abril).

Entrenamiento cognitivo: efectos en la cognición, depresión y actividades de la vida diaria en sujetos institucionalizados. *Sal Jal*, 7(1), 26-31.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj201f.pdf>

Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., y Amigo, I. (2003) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. https://www.academia.edu/43420431/Guia_de_tratamientos_psicologicos_eficaces. https://www.academia.edu/43420431/Guia_de_tratamientos_psicologicos_eficaces_I_Adultos_Marino_Perez_Alvarez20200623_124092_ut1m33

- Picado Ovarés, J., y Sandí Jirón, A. (2020). Perfil del paciente con demencia del programa de atención domiciliaria geriátrica del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes – San José, Costa Rica. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e608. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.608>
- Reyna Salazar, L. (2019). *Arreglos familiares y calidad de vida en pacientes con demencia*. [Tesis doctoral para obtener el grado de especialista en medicina familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León]. EPRINTS. <http://eprints.uanl.mx/21700/1/21700.pdf>
- Ribot Reyes, V., Leyva Villafañá, Y., Moncada Menéndez, C., Alfonso Sánchez, R. (2016). Calidad de vida y demencia. *Revista Arch Med Camagiüey*. 20(1), 77-86. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63964>
- Román-Garita, N., y Boza-Calvo, C. (2019). Estudio de prevalencia de demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica. *Revista Terapéutica*, 13(1), 32–47, <https://doi.org/10.33967/rt.v13i1.17>
- Sánchez Flores, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <https://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Suárez Jiménez, A., Moreno Ramírez, M., y Montoya Rome, S. (2021). Terapia de rehabilitación cognitiva, calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson y cuidadores. *Alerta*, 4(3), 143-150, <https://doi.org/10.5377/alerta.v4i3.10291>
- Toribio-Guzmán, J. M., Parra Vidales, E., Viñas Rodríguez, M. J., Bueno Aguado, Y., Cid Bartolomé, M. T., & Franco-Martín, M. A. (2018). Rehabilitación cognitiva por ordenador en personas mayores: Programa Grador. *Aula*, 24, 61–75. <https://doi.org/10.14201/aula2018246175>

Troncoso-Pantoja, C. y Amaya-Placencia, A. (2017, Abril-Junio), Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de Facultad de Medicina* 65(2),329-32, <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

World Health Organization (WHO). (2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide. [Hacia un plan de demencia: una guía de la Organización Mundial de la Salud]*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1. Modelo del consentimiento

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA DE COSTA RICA

Escuela de Psicología

Tel (506) 2211-3000 E-mail: info@uh.ac.cr

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(para ser participante de una investigación)

Estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de expertos.

Sustentante: María Elena Aguilar Meza. Ced 1 1085 0586

A. QUÉ BUSCA EL ESTUDIO

El estudio se realiza por parte de la estudiante de Psicología María Elena Aguilar Meza de la Universidad Hispanoamericana de Costa Rica, como requisito de graduación para alcanzar el título de Licenciatura en Psicología, mediante la realización del estudio sobre las estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de expertos.

B. EN QUE CONSISTE SU PARTICIPACIÓN

Su participación consiste en realizar una entrevista semiestructurada, que será grabada en

audio, para poder analizar las estrategias más efectivas para el de mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores con diagnóstico de demencia.

La realización de la entrevista individual, sus respuestas se registran de manera confidencial y luego se transcriben para su análisis en una base de datos. No se le solicita ningún otro dato personal más que una ficha general de identificación, la información recolectada se maneja con confidencialidad y responde únicamente a fines académicos. Su nombre nunca será divulgado en los resultados.

C. RIESGOS

La participación en este estudio no plantea un riesgo para su integridad física, psicológica, o condiciones laborales. Puede experimentar una sensación de incomodidad al responder las preguntas o al saber que la información será leída por la sustentante. Por lo que se recuerda que es libre de retirarse en cualquier momento.

D. BENEFICIOS

No existe un beneficio directo para la persona que participa o su institución. Sin embargo, estará colaborando con un estudio que permita comprender estrategias más efectivas para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, siendo un aporte para la psicología y beneficiando a otras personas estudiantes con su participación.

E. PARA ACLARACIONES

Para participar en este estudio usted debe contar con un espacio para aclarar dudas, la sustentante María Elena Aguilar Meza debe contestar de forma satisfactoria sus preguntas. Puede localizarlo si necesitara más información al teléfono 8315 4732 de lunes a viernes de 4:00 p.m. a 9:00 p.m. Puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana con la tutora

supervisora del estudio Wendy Aguilar Freyan al teléfono 8420 7167, con el horario de atención los jueves de 2:00 p.m. a 6:00 p.m. para aclarar sus derechos como participante.

F. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Formar parte de este estudio es un acto voluntario, puede retirarse en cuando así lo desee, la información de su participación es confidencial los resultados pueden divulgarse en la presentación de la tesis, un artículo o aparecer en una publicación, pero siempre de forma anónima. No perderá ningún derecho legal por firmar este consentimiento y se le entregará copia como respaldo.

CONSENTIMIENTO

He leído, todo el consentimiento antes de firmarlo. Pude hacer las preguntas y que tenía y mis consultas fueron contestadas. Me queda claro que mi participación es voluntaria, confidencial y puedo retirarme cuando quiera, respetando mi derecho a seguir o no. Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre completo	Cédula	Firma
_____	_____	_____
Nombre investigadora	Cédula	Firma
María Elena Aguilar Meza	1 1085 0586	_____
Nombre testigo	Cédula	Firma
_____	_____	_____
Fecha		

Anexo 2. Matriz de categorías

Objetivos	Categorías	Preguntas asociadas
<p>1. Identificar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de demencia, mediante la percepción de un grupo de profesionales en salud.</p>	<p>Calidad de vida de los adultos mayores con demencia: Calidad de vida es el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales referentes al bienestar psicológico, al nivel de competencia (social, físico y cognitivo) y a la interacción con el medio (Salas y Martínez, 2010, como se citó en Ribot Reyes et al., 2016, p. 82).</p> <p>Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida: La estrategia es una herramienta de dirección que facilita los procedimientos y técnicas basadas en la ciencia, empleadas de manera literativa y transfuncional, permite la interacción proactiva con el entorno, para lograr la efectividad en la satisfacción de las necesidades del público a quien está dirigida la actividad (Báez, 2007, como se citó en Naranjo Hernández et al., 2018, p.567). Las estrategias para mejorar la calidad de vida apuntan a modificar múltiples componentes de los procesos adaptativos-integrativos: biológicos, psíquicos o psicológicos y socioambientales (Oblitas Guadalupe, 2010, p.299).</p>	<p>1. ¿Cómo define usted la calidad de vida en los adultos mayores?</p> <p>2. Desde su experiencia ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en personas adultas mayores con demencia?</p> <p>3. ¿Cuáles son las estrategias que usted utiliza para trabajar calidad de vida con esta población, por favor puede describir al menos dos de ellas?</p> <p>4. De las estrategias que usted utiliza ¿Cuáles considera que mejoran la calidad de vida de los adultos mayores con demencia y por qué lo considera?</p>
<p>2. Categorizar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, según las dimensiones que componen la calidad de vida en adultos mayores.</p>	<p>Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia: <i>La dimensión psicológica</i> se considera como la capacidad de la persona para afrontar la situación de demencia (Pérez et al., 2003, p.118). <i>La dimensión interpersonal</i> de calidad de vida se refiere a la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, desarrollar una fuerte empatía y afecto por otros seres, lograr intimidad y brindar dirección y guía a otras personas</p>	<p>5. ¿Cuáles son las dimensiones de calidad de vida que usted utiliza para desarrollar las estrategias a trabajar con sus pacientes?</p> <p>6. Desde su experiencia profesional ¿Cuáles estrategias recomendaría para trabajar las habilidades</p>

	<p>(Ryff y Singer, 1996, como se citó en Oblitas Guadalupe, 2010, p.311). <i>La dimensión temporal</i> de calidad de vida se refiere a los cambios de prioridades, las relaciones y estimación de vida de las personas adultas mayores en su proceso de envejecimiento (Dapueto, 2012, p.31-32).</p>	<p>interpersonales de adultos mayores con demencia?</p> <p>7. ¿Podría explicar cómo las estrategias que usted utiliza con adultos mayores y sus familiares contribuyen al afrontamiento de la demencia?</p> <p>8. Según su experiencia ¿Cuáles estrategias para la calidad de vida le permiten trabajar la dimensión temporal con las personas adultas mayores ?</p>
<p>3. Determinar las estrategias más efectivas para trabajar la calidad de vida de los adultos mayores con demencia</p>	<p>Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida: La efectividad de las estrategias se define como la capacidad de alcanzar mediante las actividades o intervenciones los resultados propuestos o efectos deseados en la calidad de vida de las personas adultas mayores en condiciones clínicas normales (Burches y Burches, 2020, p. 3).</p>	<p>9. ¿Cuáles son las estrategias que usted identifica con mayor efectividad para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores con demencia?</p> <p>10. ¿Cómo define la efectividad de las estrategias para el mejoramiento en la calidad de vida de las personas con demencia?</p> <p>11. ¿Existen estrategias para trabajar calidad de vida que son más efectivas dependiendo del área que se quiere trabajar con estos pacientes?</p>

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Anexo 3. Guía de la entrevista**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA DE COSTARICA****Escuela de Psicología**

Estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de expertos.

Sustentante: María Elena Aguilar Meza. Ced 1 1085 0586

Ficha de identificación

Nombre:

Profesión:

Experiencia:

Guía de entrevista

1. ¿Cómo define usted la calidad de vida en los adultos mayores?
2. Desde su experiencia ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en personas adultas mayores con demencia?
3. ¿Cuáles son las estrategias que usted utiliza para trabajar calidad de vida con esta población, por favor puede describir al menos dos de ellas?
4. De las estrategias que usted utiliza ¿Cuáles considera que mejoran la calidad de vida de los adultos mayores con demencia y por qué lo considera?
5. ¿Cuáles son las dimensiones de calidad de vida que usted utiliza para desarrollar las estrategias a trabajar con sus pacientes?

6. Desde su experiencia profesional ¿Cuáles estrategias recomendaría para trabajar las habilidades interpersonales de adultos mayores con demencia?
7. ¿Podría explicar cómo las estrategias que usted utiliza con adultos mayores y sus familiares contribuyen al afrontamiento de la demencia?
8. Según su experiencia ¿Cuáles estrategias para la calidad de vida le permiten trabajar la dimensión temporal con las personas adultas mayores ?
9. ¿Cuáles son las estrategias que usted identifica con mayor efectividad para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores con demencia?
10. ¿Cómo define la efectividad de las estrategias para el mejoramiento en la calidad de vida de las personas con demencia?
11. ¿Existen estrategias para trabajar calidad de vida que son más efectivas dependiendo del área que se quiere trabajar con estos pacientes?

Anexo 4. Resultados obtenidos del promedio índice de Kappa de Cohen.

Resumen

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Juez 1 × Original	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

Juez 1 × Original

			Original				Total
			Calidad de vida de los adultos mayores con demencia.	Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	
Juez 1	calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	2	0	0	0	2
		% Fila	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% Columna	66.7%	.0%	.0%	.0%	18.2%
		% Total	18.2%	.0%	.0%	.0%	18.2%
Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	1	1	0	0	2
		% Fila	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% Columna	33.3%	100.0%	.0%	.0%	18.2%
		% Total	9.1%	9.1%	.0%	.0%	18.2%
Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	0	0	3	0	3
		% Fila	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	75.0%	.0%	27.3%
		% Total	.0%	.0%	27.3%	.0%	27.3%
Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	0	0	1	3	4
		% Fila	.0%	.0%	25.0%	75.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	25.0%	100.0%	36.4%
		% Total	.0%	.0%	9.1%	27.3%	36.4%
Total	Total	Recuento	3	1	4	3	11
		% Fila	27.3%	9.1%	36.4%	27.3%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	27.3%	9.1%	36.4%	27.3%	100.0%

Medidas simétricas

	Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.
Medida de Acuerdo Kappa	.75	.15	4.32
N de casos válidos	11		

Resumen

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Juez 2 × Original	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

Juez 2 × Original

			Original				Total
			Calidad de vida de los adultos mayores con demencia.	Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	
Juez 2	calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	3	0	0	0	3
		% Fila	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% Columna	100.0%	.0%	.0%	.0%	27.3%
		% Total	27.3%	.0%	.0%	.0%	27.3%
	Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	0	1	0	0	1
		% Fila	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	100.0%	.0%	.0%	9.1%
		% Total	.0%	9.1%	.0%	.0%	9.1%
	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	0	0	3	0	3
		% Fila	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	75.0%	.0%	27.3%
		% Total	.0%	.0%	27.3%	.0%	27.3%
	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	0	0	1	3	4
		% Fila	.0%	.0%	25.0%	75.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	25.0%	100.0%	36.4%
		% Total	.0%	.0%	9.1%	27.3%	36.4%
Total	Recuento	3	1	4	3	11	
	% Fila	27.3%	9.1%	36.4%	27.3%	100.0%	
	% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% Total	27.3%	9.1%	36.4%	27.3%	100.0%	

Medidas simétricas

		Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.
Medida de Acuerdo	Kappa	.87	.12	4.76
N de casos válidos		11		

Resumen

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Juez 1 × Juez 2	11	100.0%	0	.0%	11	100.0%

Juez 1 × Juez 2

			Juez 2			Total
			Calidad de vida de los adultos mayores con demencia.	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	
Juez 1	calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	2	0	0	2
		% Fila	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% Columna	66.7%	.0%	.0%	18.2%
		% Total	18.2%	.0%	.0%	18.2%
Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	1	0	1	2
		% Fila	50.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% Columna	33.3%	.0%	20.0%	18.2%
		% Total	9.1%	.0%	9.1%	18.2%
Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Dimensiones que componen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia	Recuento	0	3	0	3
		% Fila	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	100.0%	.0%	27.3%
		% Total	.0%	27.3%	.0%	27.3%
Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	Estrategias efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida	Recuento	0	0	4	4
		% Fila	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	80.0%	36.4%
		% Total	.0%	.0%	36.4%	36.4%
Total	Total	Recuento	3	3	5	11
		% Fila	27.3%	27.3%	45.5%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	27.3%	27.3%	45.5%	100.0%

Medidas simétricas

		Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.
Ordinal según Ordinal	Tau-C de Kendall	.79	.19	4.22
N de casos válidos		11		

Anexo 5. Código utilizado en las transcripciones de las entrevistas a los participantes*Códigos:*

Adulto mayor (AD)

Adulto mayor con demencia (AMD)

Afectación emocional (%)

Calidad de vida (CV)

Duda (*)

Muletilla verdad (°)

Muletilla ehhs (#)

Muletilla este (|)

Risas (+)

Silencio (...)

Anexo 6. Carta de aprobación por la tutora

CARTA DE LA TUTORA

San José, 4 de noviembre del 2022

Dirección
Carrera Psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

La estudiante Aguilar Meza María Elena, cédula 1-1085-0586 ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: Estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de expertos. El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

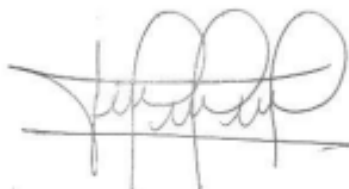
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL	100	90%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Wendy Aguilar-Freyan

Anexo 7. Carta de aprobación por la lectora**CARTA DE LA LECTORA**

23 de diciembre del 2022

Sres.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimado señores:

La estudiante Aguilar Meza María Elena, cédula de identidad número 1-1085-0586, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación: **Estrategias para el mejoramiento de calidad de vida en adultos mayores con demencia, mediante entrevistas a un grupo de expertos**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por lo tanto se avala el traslado al siguiente proceso.

Atentamente,



Licda. Beatriz Parra Parra
Cédula: 117000079117
Código: 11446

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 13 de febrero, 2020.

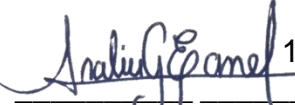
Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

La suscrita María Elena Aguilar Meza, con número de identificación 1 1085 0586 autora del trabajo de graduación titulado ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA, MEDIANTE ENTREVISTAS A UN GRUPO DE EXPERTOS presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Psicología; (SI) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 1 1085 0586

Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.