



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autor: Torres Muñoz, Carla Camila

Tutor: Psc. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián.

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS” de Carla Camila Torres Muñoz estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2015

EL TUTOR

.....
Psc. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián.

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Trabajo de Investigación “**DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto 2015

LA AUTORA

.....
Torres Muñoz, Carla Camila

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Agosto 2015

LA AUTORA

.....

Torres Muñoz, Carla Camila

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”** de Carla Camila Torres Muñoz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Diciembre 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo a mis Padres Carlos Augusto Torres y Aida Lucy Muñoz quienes supieron brindarme todos los valores, enseñanzas y elementos para lograr mis sueños, y metas e hicieron de mí la persona de bien que soy hoy. A mis hermanos personas importantes en mi vida, de quien soy el espejo en el que se pueden reflejar día a día y sobre todas las cosas confiar y por último, pero no menos importante a Patricio Pérez compañero y apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi carrera y de mi vida.

Siendo quienes dieron fuerza, apoyo y significado para lograr mis metas y avance en todo sentido.

Gracias Infinitas

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios por darme las fuerzas necesarias y la fe para luchar cada día por mis objetivos, a mis padres por brindarme todo su apoyo en todos los aspectos de mi vida y en todas las etapas, a mi familia por acompañarme y darme animo necesario para culminar mi carrera profesional.

De igual manera al Ecuador tierra llena de bendiciones, que supo acogerme a mí y a mi familia para poder avanzar, dejando atrás barreras y dificultades, además de permitirme crecer profesional, espiritual y personalmente. Y tener la oportunidad de conocer personas maravillosas, solidarias, llenas de valores valiosas y dispuestas a brindar su apoyo incondicional y desinteresado. Como es el caso de la Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, a todos los profesores de la Carrera de Psicología Clínica que con sus conocimientos aportaron a mi formación profesional, mediante su excelente gestión.

Igualmente al Centro de Cultura e Imagen Institucional por abrirme sus puertas y ser ente importante para el desarrollo de mis cualidades y habilidades artísticas que han intervenido de manera directa en mis funciones profesionales.

Al Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, quien me supo brindar todas las facilidades para cumplir a cabalidad con los objetivos planteados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xiv
RESUMEN EJECUTIVO.....	xvi
EXECUTIVE SUMMARY	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Análisis Crítico	6
1.2.3 Prognosis	7
1.2.4 Formulación Del Problema.....	7
1.2.5 Preguntas Directrices.....	8
1.2.6 Delimitación Temporal.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
1.4 FACTIBILIDAD	9
1.5 OBJETIVOS.....	10
1.5.1 Objetivo General	10
1.5.2 Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	15
2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	18
2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	20
2.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES.....	21
2.6.1 Variable Independiente.....	21
2.6.2 Variable Dependiente	35

2.7 HIPÓTESIS	42
2.7.1 Nula	42
2.7.2 Alterna	42
2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	42
2.8.1 Unidades de Observación	42
2.8.2 Variable Independiente.....	42
2.8.3 Variable Dependiente	42
2.8.4 Término de Relación	42
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA	43
3.1. ENFOQUE	43
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.2.1. Investigación de Campo	43
3.2.2. Investigación documental – bibliográfica.....	43
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45
3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTOS	53
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	55
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	56
CAPÍTULO IV.....	57
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	57
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	57
4.1.1. Datos Sociodemográficos	57
4.1.2 Mini Examen Cognoscitivo (Mec) Dirigido A Pacientes Geriatricos Que Residen En El Asilo De Ancianos Corazon De Jesus, Con Respecto A Funciones Cognositivas.	58
4.1.3. Escala De Barthel.....	72
4.2 Resumen De Procesamiento De Casos.....	83
4.2.1 Tabla Grado Daño Cognitivo.....	83
4.2.2 Gráfico de resultados grado de deterioro.....	84
4.2.3 Tabla de grado de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria	85

4.2.4 Grafico De Resultados Niveles De Dependencia De Las Actividades Básicas De La Vida Diaria	86
4.2.5 Interpretación De Relación De Variables	87
4.2.6 Tablas Cruzadas, Resultados Deterioro Cognitivo Y Su Incidencia En Las Actividades Básicas De La Vida Diaria.	87
4.2.7 Gráfico De Incidencia Entre El Deterioro Cognitivo Y Las Actividades Básicas De La Vida Diaria.....	88
4.2.8 Pruebas De Chi-Cuadrado	89
4.2.9 Verificación De La Hipótesis.....	89
CAPÍTULO V	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
5.1. CONCLUSIONES:.....	91
5.2. RECOMENDACIONES:.....	91
CAPÍTULO VI.....	93
PROPUESTA	93
6.1. DATOS INFORMATIVOS:	93
6.1.1 Tema:	93
6.1.2 Institución Ejecutora:	93
6.1.3 Beneficiarios:	93
6.1.4 Ubicación:	93
6.1.5 Tiempo Estimado:	93
6.1.6 Equipo Responsable:	93
6.1.7 Costo:.....	94
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA:	94
6.3. JUSTIFICACIÓN:	94
6.4. OBJETIVOS.....	95
6.4.1. Objetivo General:	95
6.4.2 Objetivos Específicos:	95
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:.....	95
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA- TÉCNICA.....	95
6.7 METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO:	103
6.8 PLAN DE MONITOREO	113
ANEXOS	114

ANEXO I	114
ANEXO II	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
LINKOGRAFÍA	122

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Actividades de la Vida Diaria.....	38
TABLA N° 2 Variable Independiente Deterioro Cognitivo	46
TABLA N° 3 Variable Dependiente Actividades Básicas de la Vida Diaria	52
TABLA N° 4 Plan de Recolección de información	55
TABLA N° 5 Edad de los pacientes Geriátricos	57
TABLA N° 6: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Temporal	59
TABLA N° 7 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Espacial.....	60
TABLA N° 8 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Fijación.....	61
TABLA N° 9 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Concentración y Calculo.....	63
TABLA N° 10 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Memoria.	64
TABLA N° 11 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominación.....	65
TABLA N° 12 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Repetición.....	66
TABLA N° 13 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Recibir y Realizar órdenes.....	67
TABLA N° 14 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Lectura.	69
TABLA N° 15 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Escritura.....	70
TABLA N° 16 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Copia.	71
TABLA N° 17: Escala de Barthel, Comer.....	72
TABLA N° 18: Escala de Barthel, Bañarse.....	73
TABLA N° 19: Escala de Barthel, Vestirse.	75
TABLA N° 20: Escala de Barthel, Arreglarse.	75
TABLA N° 21: Escala de Barthel, Deposición.	77
TABLA N° 22: Escala de Barthel, Micción.....	78
TABLA N° 23: Escala de Barthel, Usar el Retrete.	79
TABLA N° 24: Escala de Barthel, Traslado al Sillón, Cama.	80
TABLA N° 25: Escala de Barthel, Deambulaci3n.	81
TABLA N° 26: Escala de Barthel, Subir, Bajar Escaleras.	82
TABLA N° 27: Grado de Deterioro.....	84
TABLA N° 28: Grado de Dependencia de las Actividades Básicas de la vida Diaria.	85
TABLA N° 29: Resultados Deterioro cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.	87

TABLA N° 30 Pruebas de Chi-cuadrado.....	89
TABLA N° 31: Programa de Estimulación cognitiva para adultos mayores basada en la terapia ocupacional.	113
TABLA N° 32: plan de Monitoreo.....	113

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO N° 1 Categorías Fundamentales.	20
GRAFICO N° 2: Edad de los pacientes Geriátricos	58
GRÁFICO N° 3 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Temporal.	59
GRÁFICO N° 4 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Espacial.....	61
GRÁFICO N° 5 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Fijación.....	62
GRÁFICO N° 6 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Concentración y Calculo.....	63
GRÁFICO N° 7 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Memoria.	64
GRÁFICO N° 8 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominar el Reloj.	65
GRÁFICO N° 9: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominar Bolígrafo.	66
GRÁFICO N° 10: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Repetición.....	67
GRÁFICO N° 11: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Coger el Papel.	68
GRÁFICO N° 12: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Doblar el Papel.....	68
GRÁFICO N° 13: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Ponerlo en la Mesa.	69
GRÁFICO N° 14: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Lectura.	70
GRÁFICO N° 15: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Escritura	71
GRÁFICO N° 16: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Copia.	72
GRÁFICO N° 17: Escala de Barthel, Comer.	73
GRÁFICO N° 18: Escala de Barthel, Lavarse, Bañarse.....	74
GRÁFICO N° 19: Escala de Barthel, Vestirse.	75
GRÁFICO N° 20: Escala de Barthel, Arreglarse.	76
GRÁFICO N° 21: Escala de Barthel, Deposición.	77
GRÁFICO N° 22: Escala de Barthel, Micción.....	78
GRÁFICO N° 23: Escala de Barthel, Usar el Retrete.	79
GRÁFICO N° 24: Escala de Barthel, Traslado al Sillón, Cama.	81
GRÁFICO N° 25: Escala de Barthel, Deambulaci3n.	82
GRÁFICO N° 26: Escala de Barthel, Subir Bajar escaleras.	83
GRÁFICO N° 27: Resultado Grado de Deterioro.	84
GRÁFICO N° 28: Escala de Barthel, Grado de Dependencia de las actividades B3sicas de la Vida Diaria.	86

GRÁFICO N° 29: Deterioro cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.88

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”

Autora: Torres Muñoz, Carla Camila.

Tutor: Psc. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián.

Fecha: Septiembre, 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo principal determinar si el deterioro cognitivo incide en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Fue contextualizado a nivel de Ecuador en la Provincia de Tungurahua Cantón Ambato.

Metodológicamente la información se obtuvo mediante la aplicación del test estandarizado Mini Mental State Examination MMSE y de la Escala de Barthel, teniendo como población a 70 pacientes geriátricos, posterior a un análisis de los resultados obtenidos con el cálculo de “Chi-cuadrado” donde, en conclusión se comprueba que el deterioro cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

Por lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un Programa de Intervención cognitiva en los adultos mayores, basada en terapia ocupacional, donde se Estructuran fases de estimulación cognitiva enfocada en la conservación de habilidades intelectuales y motrices, mantenedoras de las funciones cognoscitivas además de fomentar

en lo posible, la independencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y por ultimo conservar las habilidades sociales, con asistencia de terceras personas.

PALABRAS CLAVES: DETERIORO_COGNITIVO, ACTIVIDADES _DIARIAS, INTERVENCIÓN_ COGNITIVA, TERAPIA_ OCUPACIONAL, INDEPENDENCIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"COGNITIVE IMPAIRMENT AND TECHNICAL IMPACT ON ITS BASIC
ACTIVITIES OF DAILY LIVING WITH GERIATRIC PATIENTS LIVING IN THE
ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS "**

Author: Torres Muñoz, Carla Camila.

Tutor: Psc. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián.

Date: September, 2015

SUMMARY

This research work had as main objective to determine whether the cognitive impairment affects the basic activities of daily living of elderly patients residing in nursing Sacred Heart of Jesus. It was contextualized level in the Province of Ecuador Tungurahua Ambato Canton.

Methodologically the information was obtained by applying the standardized test Mini Mental State Examination MMSE and the Barthel scale, with the population to 70 geriatric patients following an analysis of the results as demonstrated with the calculation of "Chi-square "to verify the hypothesis, where it concludes that in accordance with the provisions of Rule Decision, the exact significance score below 0.05 against the alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, ie, it is found that cognitive decline does not affect the basic activities of daily living of elderly patients residing in nursing Asylum Sacred Heart of Jesus.

Therefore proposal was raised as the development and implementation of a program of cognitive intervention in older adults, based on occupational therapy, cognitive stimulation phases where focused on the conservation of intellectual and motor skills, cognitive functions maintainers well structured to promote where possible independence in performing basic activities of daily life and finally retain social skills, with the assistance of third parties.

KEYWORDS: COGNITIVE _IMPAIRMENT, DAILY_ACTIVITIES, INTERVENTION_ COGNITIVE THERAPPY_ OCCUPATIONAL, INDEPENDENCE.

INTRODUCCIÓN

La tercera edad y el envejecimiento en psicología empiezan en el momento en el que la capacidad física y psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declive se produce en cada individuo de forma distinta, sólo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí. Es un término que hace referencia a personas ancianas, etapa evolutiva que marca a la persona puesto que se evidencian cambios notorios a nivel biológico, psicológico y social. Al hablar de adultos mayores se hace alusión a una vejez cronológica en la cual se da declive de funciones en diferentes ámbitos (Barahona, 2008).

Uno de los ámbitos más notorios en esta investigación es el cognitivo puesto que se evidencian alteraciones en la memoria, dificultad para orientarse temporo espacialmente, dificultades en la fluidez del lenguaje, además de concentrarse. Así mismo en los adultos mayores una de las áreas más afectadas es el de independencia, autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, (ABVD), donde se ven alteradas las de traslado, alimentación, vestido, bañarse y de acudir al retrete.

La falta de conocimiento sobre el deterioro cognitivo conlleva a un mal manejo en cuanto a la aceptación de esta etapa, además que no existen soluciones alternativas a la problemática expuesta es por esto que el objetivo de ésta investigación es diagnosticar cuál es el grado de deterioro cognitivo más frecuente e identificar cuál es el grado de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria, mismos que fueron evaluados a través de baterías psicológicas. Con la finalidad de proponer un programa de intervención cognitiva basado en terapia ocupacional, en donde una de las primeras etapas es la Terapia Racional explicativa donde pondremos como base importante la etiología del deterioro cognitivo además de los beneficios que se van a lograr con la estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

“DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”.

1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

Cada vez se ven más afectadas las actividades básicas de la vida diaria, cuando las funciones cognitivas están en declive, en relación a esto el deterioro cognitivo es evidente en los adultos mayores, Según la Organización Mundial de la Salud, se ha calculado que para el año 2050 habrá 115 millones de personas viviendo con demencia senil en el mundo. Actualmente 35,6 millones de personas viven con demencia senil en el mundo, y en dos décadas la cifra se duplicará con 65,7 millones de casos (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2013).

La incidencia anual de demencia en un estudio realizado en España se estimó entre 10-15 casos de 1.000 personas por año en la población mayor de 65 años. En la población europea se estima una prevalencia de demencia entre el 5,9 y el 9,4% en mayores de 65 años, según datos del consorcio Eurodem. Los estudios en España han mostrado cifras que oscilan entre el 5 y el 14,9% para mayores de 65 años, 6,7 y entre el 6,6 y el 17,2% para mayores de 70

años según una revisión reciente del Centro Nacional de Epidemiología de los estudios poblacionales realizados en España (Molinuevo, 2010).

La demencia afecta en Latinoamérica a unos 35,6 millones de personas, de las cuales un poco más de la mitad (58%) viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, dato que han sido recopilados del informe en el año 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento afectando su estilo de vida y dependencia, existiendo así la necesidad de tener a un cuidador o a su vez mayor atención y cuidados por parte de sus familiares (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012).

Las funciones cognoscitivas sin duda se relacionan a aquellas capacidades mentales que sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, para realizar sus tareas cotidianas y adaptarse al medio; porque su deterioro ya sea leve, moderado o severo, llevará inevitablemente a la dependencia.

Se prevé que el número total de personas con demencia incremente, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. Buena parte de ese incremento se puede decir que se da por el hecho de que en los países de ingresos bajos y medios, el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más. La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410.938 nuevos casos de demencia por año (Rodríguez, 2014).

Es evidente que las cifras incrementan cada vez más, uno de los países más afectados en Latinoamérica es Perú, las personas de alrededor de ochenta años de edad superan la cifra de 350 mil y la mayoría pertenecen al sexo femenino (58,4%). En base a que la cantidad de adultos mayores de 60 años que padecen demencia senil oscila entre el 5 % y 8% de dicho sector de la población, se estima que un cuarto de millón de peruanos lo padecen.

En cuanto al nivel meso refiriéndose al Ecuador Según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en INEC (2010), existen 1229.089 adultos mayores, su mayoría vive en la sierra del país (596.429), en la costa viven (589.431). Menciona que la mayoría de personas mayores de 60 años son mujeres con el 53,4%. El director del INEC, Byron Villacís explicó que el promedio de esperanza de vida de los ecuatorianos es de 78 años para las mujeres y de 72 años para los hombres.

Específicamente en estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la población de adultos mayores, está entre 500 a 560 desde 65 años en adelante, correspondiendo al 8% del total de la población. Lo que evidencia que hay cambios en relación a investigaciones anteriores donde el porcentaje de adultos mayores en relación a la población total era de un 6% aproximadamente. Los datos evidencian que la población de adultos mayores crece gradualmente. Esto quiere decir que actualmente existen más adultos mayores que antes y seguirá incrementándose la población con el paso de los años (INEC, 2010).

Dichos adultos mayores están enfrentados a cambios que se presentan durante la etapa de la vejez en relación a sí mismos, al contexto social en el que se desenvuelven. Entre las nuevas condiciones a las que se enfrentan a través de un proceso de adaptación están: la marginalidad, exclusión, abandono, jubilación, exclusión social, empobrecimiento de las relaciones sociales, pérdidas de capacidades físicas, psicológicas entre otras (Ecuador, 2008).

Es por esto que es importante la intervención psicológica para fortalecer la calidad de vida en las personas que se pretende investigar.

El deterioro cognitivo y por ende las demencias son la primera causa de discapacidad en adultos mayores y una de las razones más influyentes de sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador, y en el adulto mayor ya que las actividades básicas de la vida diaria se convierten indudablemente en un aspecto de dependencia continua sin embargo, aún no recibe la misma prioridad que otras enfermedades crónicas no transmisibles.

A pesar del interés creciente en brindar una mayor prioridad a las enfermedades crónicas en las agendas y estrategias de salud nacional y global, las enfermedades mentales en general y las demencias en particular, no constituyen una prioridad para los sistemas de salud y los gobiernos en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, las demencias, son el mayor contribuyente de discapacidad, dependencia y mortalidad, en los ancianos.

Es así el caso a nivel de la provincia de **Tungurahua**, según en INEC (2010), menciona que existen aproximadamente 40 mil adultos mayores, siendo Mocha el cantón que tiene el promedio más alto con respecto a personas de más edad, en esta provincia son escasos los estudios con referencia a la salud mental de los pacientes geriátricos, sin embargo existen varios programas que los incluyen de manera significativa dentro de una sociedad activa, siendo el Ministerio del Deporte de Tungurahua a través de sus programas de rumba terapia en cada Centro de reposo de la ciudad de Ambato uno de los promotores más importantes para el cantón en beneficio de la salud tanto física como mental debido que está comprobado que la práctica de ejercicio físico es un factor muy influyente en la disminución del riesgo de padecer demencia de cualquier tipo, porque con el ejercicio físico se oxigena y fortalece el sistema inmune y así genera el cerebro a través de la plasticidad cerebral nuevas neuronas.

En la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua existen programas aplicados para evitar el deterioro cognitivo, tal es el caso de la casa de reposo vida a los años, un lugar en el cual se realizan actividades que ejercitan la memoria, pensamientos, motricidad fina y gruesa, realizan gimnasia de mantenimiento y equilibrio las mismas que son dadas por psicólogos y personal de ayuda. Así mismo en Patate existe el centro de Atención Integral para el Adulto Mayor, denominado “El Buen Vivir”, donde existe uso adecuado de los espacios referenciales, médicos y de terapia, a fin de interactuar, recrear y estimular a los adultos mayores con actividades deportivas, artesanales, de baile, música y canto.

En la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua existe la casa de reposo vida a los años, existen aproximadamente 28 adultos mayores de los cuales 24 son mujeres y 4 varones, referente a deterioro cognitivo el 30% posee un daño cognitivo leve, el 60% deterioro cognitivo moderado y el 10% un deterioro cognitivo grave en su mayoría son independientes en la mayoría de actividades básicas ya que este es un lugar en el cual se realizan actividades

que ejercitan la memoria, pensamientos, motricidad fina y gruesa, realizan gimnasia de mantenimiento y equilibrio las mismas que son dadas por psicólogos y personal de ayuda. Así mismo en Patate existe el centro de Atención Integral para el Adulto Mayor, denominado “El Buen Vivir”, donde existe uso adecuado de los espacios referenciales, médicos y de terapia, a fin de interactuar, recrear y estimular a los adultos mayores con actividades deportivas, artesanales, de baile, música y canto.

En la ciudad de Ambato se encuentra el Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, lugar donde se realizara esta investigación, existen aproximadamente 78 adultos mayores, en la actualidad ingresan a este centro de 2 a 3 personas cada dos meses. La rutina de las personas de la tercera edad es organizada de acuerdo a las facilidades que ellos poseen, no siempre se cumple a cabalidad en todos los casos, en este lugar no existe un médico de planta, a su vez acuden algunos en ocasiones para realizarles chequeos ocasionales, las visitas de sus familiares en la mayoría de casos son escasas, existen adultos mayores que ostentan algunas ventajas tanto en el plano de salud física como en sus actividades básicas diarias, por ejemplo terapias físicas específicas y mayor ayuda para realizar sus tareas de aseo o alimentación.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

En la actualidad la población de pacientes geriátricos ha aumentado debido a la mejora en cuanto a condiciones alimenticias y salud; por lo que ha elevado la esperanza de vida generando cambios en la sociedad.

El deterioro cognitivo es evidente en las demencias las cuales son causadas por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia ya sea leve, moderada o grave, se puede observar entre las personas mayores en todo el mundo.

Es por esto que estudiar dicho deterioro, tomando en cuenta el grado que este estima y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria es importante debido que existen grados de deterioro severo a nivel de funciones cognitivas las cuales influyen significativamente en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes, en algunos casos la orientación se ve tan afectada que los pacientes se pierden dentro del mismo centro de reposo y esto produce ya un caos en las actividades cotidianas de los pacientes.

A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. Por ende la importancia de este trabajo investigativo, y su finalidad buscar una propuesta de intervención y prevención donde surgirán cambios positivos.

Los familiares constituyen la piedra angular del sistema de cuidados y soporte en todas las regiones del mundo. Cuando no existe el cuidador, o este no puede asumir el cuidado por estrés o enfermedad física, las probabilidades de ingreso del paciente en una institución, se incrementan exponencialmente.

Detectar cuál es el tipo de deterioro es relevante para así poder dar una mejor rehabilitación.

El bienestar del adulto mayor involucra las vivencias de cada persona, las condiciones en las que se desenvuelven y las formas en las que enfrentan las particulares circunstancias de la vida.

1.2.3 PROGNOSIS

La atención psicológica a los pacientes geriátricos es fundamental para evitar cualquier tipo de trastorno que afecte al ser humano en sus esferas personales, laborales y familiares.

Por esta razón al proponer esta investigación se pretende hacer un estudio exploratorio para conocer el grado de deterioro cognitivo que compete también un estudio de las funciones cognoscitivas como de las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes, para así establecer un modelo de intervención y prevención acorde a las necesidades de las personas investigadas.

Al no proponer esta investigación los resultados se verán reflejados en la sintomatología como demencias, depresión, entre otras, que a su vez provocarán inestabilidad en la salud mental y la calidad de vida.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el Deterioro Cognitivo en las Actividades Básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo más frecuente en los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús?
- ¿Cuál es el nivel de desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús?
- ¿Es posible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica con los pacientes investigados?

1.2.6 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Delimitación De Contenido

Campo: Salud

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Deterioro Cognitivo y actividades básicas de la vida diaria.

Delimitación Espacial

Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Delimitación Temporal

Este problema será investigado en el periodo de marzo - Agosto 2015.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Ante la necesidad se torna interesante realizar este tema de investigación debido a su importancia teórico práctica, no obstante es novedoso ya que no existen suficientes estudios referentes a deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria. En consecuencia los beneficios y la utilidad serán significativos para los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Así mismo a sus familiares y entorno relacionado en general.

Ser adulto mayor no implica ser un estorbo, ser abandonado o no ser merecedor de derechos, con frecuencia a las personas que padecen demencia se les deniegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema, es por eso que nace la importancia de estudiar su problemática para su respectiva intervención.

Cada adulto mayor, como todo ser humano, por cierto, es distinto, tiene su historia particular es por esto que analizar este problema, evaluar cada estado cognoscitivo será de suma importancia debido que el deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria del Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús permitirá conocer y comprender la situación real, además de la afectación en dicho grupo de investigación de tal manera que se pueda proponer una alternativa de solución a esta problemática.

Es auténtico y original porque es producto de la creatividad de la investigadora basado en una problemática real y actual que ha podido presenciar durante las entrevistas a autoridades y observaciones del lugar.

Los beneficiarios directos serían los pacientes geriátricos y sus respectivos cuidadores, debido que se pretende mejorar la calidad de atención a los pacientes dentro de la rehabilitación de salud mental. Los beneficiarios indirectos serán las demás personas que tengan relación con las personas investigadas como doctores, enfermeras, entre otros.

1.4 FACTIBILIDAD

La realización de esta investigación es factible gracias a la apertura y autorización de la institución el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús, a más de contar con la colaboración de los pacientes geriátricos los cuales serán beneficiados directamente, también se cuenta con material bibliográfico suficiente, por último el profundo interés y gastos asumidos por la investigadora, elementos fundamentales que permitirán que el desarrollo de la investigación alcance la viabilidad requerida.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar cómo incide el Deterioro Cognitivo en las Actividades Básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar cuál es el grado de deterioro cognitivo más frecuente en los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
- Identificar cuál es el nivel de desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
- Proponer una solución alternativa a la problemática de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Respectivo al deterioro cognitivo se ha investigado lo siguiente:

La investigación realizada en Toledo en el año 2001 con el tema “Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación”, donde se logró determinar la prevalencia de demencia, grados de afectación cognitivo y sus subtipos en una población de bajo nivel educativo, y evaluar si existe

asociación entre la ocupación, la educación y la demencia. El estudio transversal poblacional en una muestra de 3.214 personas representativa de la población de Toledo, de 65 o más años. Donde en la primera fase se utilizó el Mini-Mental State Examination (MMSE) para detectar a las personas con deterioro cognitivo. La segunda fase consistió en la realización de una entrevista clínica semiestructurada y de una evaluación neuropsicológica. La demencia y sus subtipos se determinaron utilizando criterios diagnósticos bien establecidos. El proceso se realizó mediante un algoritmo que optimizó el acuerdo diagnóstico. En cuanto a los resultados: se obtuvo que la prevalencia de demencia global, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular alcanzó el 7,6, el 4,6% y el 1,8%, respectivamente. Se observó una relación directa entre estas tres entidades y la edad. La prevalencia de demencia fue mayor en mujeres, analfabetos y quienes tenían ocupaciones que requerían un menor nivel de instrucción. Tras el ajuste por otras variables sociodemográficas, sólo la edad se asoció con la presencia de demencia. Se concluyó que la prevalencia de la demencia global, demencia tipo Alzheimer y demencia vascular aumenta con la edad. No se ha encontrado una asociación clara entre la educación, la ocupación y la demencia (García, Sánchez, & Pérez, Medes, 2010).

Con respecto al deterioro de las actividades cotidianas de los pacientes geriátricos se ha investigado:

En la Universidad Nacional a Distancia (UNED) España Sánchez (2008), con el tema: “Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de belencito a través de la escala de valoración índice de Barthel” donde se manifiesta que la valoración gerontológica, consiste en el “proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales” que puede presentar una persona mayor y a su vez crearle dependencia en la actividades cotidianas como alimentarse, trasladarse, higiene, uso del retrete entre otras, donde se obtuvo que cada uno de los hábitats valorados muestran necesidad de acompañamiento continuo por un equipo interdisciplinario amplio y el personal de enfermería los cuales tienen como objetivos de intervención la rehabilitación, la inclusión familiar y el brindar a los usuarios las necesidades básicas, (Sánchez, 2008).

Paucar (2014), en el estudio con el tema: “Deterioro cognitivo y su correlación en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús - Ambato” concluye que:

“Mediante la interpretación de resultados arrojados del Test Mini Mental de Folstein, se evidencia un alto porcentaje en deterioro cognitivo, puesto que las personas evaluadas denotan una confusión en cuanto a orientación temporo-espacial confundiendo su lugar de vivienda o fecha actual con el de la infancia en especial, presentan baja concentración, torpeza motriz, acompañada de sintomatología ansiosa en la construcción de palabras o cálculos matemáticos”.

Así mismo en la Universidad Técnica de Ambato se realizó la investigación por parte del médico, Robalino (2015), titulada como: “Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en los asilos de ancianos sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el asilo de ancianos de Patate.” Donde se realiza un estudio crítico propositivo manifestando lo siguiente: “Se planteó realizar una evaluación y seguimiento de las funciones mental y emocional usando el Mini Mental Test (MMSE) y el Test de Yesavaje, posteriormente se divide a la población en dos subgrupos el primero aquellos que son visitados frecuentemente por sus familiares y un segundo grupo aquellos que se encuentran en total abandono, en una primera evaluación se determinó que hay un evidente deterioro de la función mental y emocional de los adultos mayores institucionalizados.”

En sus conclusiones expuso que:

“De acuerdo al análisis e interpretación de la evidencia clínica durante el periodo agosto – octubre 2014 se pudo establecer que hay una evidente disminución de la función mental de los adultos mayores institucionalizados en los centros geriátricos Sagrado Corazón de Jesús y asilo de Ancianos de Patate” (Robalino, 2015).

Igualmente en la Universidad Técnica de Ambato Ballesteros (2014), manifiesta en su investigación: “Independencia funcional y su influencia en la calidad de vida de los pacientes que acuden a los clubes del adulto mayor de la dirección distrital de salud 18d01 del cantón Ambato en el período febrero - marzo 2014” donde se realizó un estudio descriptivo, cuyo

objetivo fue determinar la influencia de la independencia funcional en la calidad de vida del adulto mayor.

Llego a las siguientes conclusiones: “La mayor independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor. De toda la población que participó en el estudio se encontró que la mayoría son dependientes leves para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (79 individuos) seguidos de 39 individuos que se manifestaron como independientes y no se encontraron individuos que presenten dependencia moderada, grave y total. La mayor parte de individuos, en total 21 adultos mayores (18%) se manifestaron muy activos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 85 adultos mayores (73%) se manifestaron activos, 11 (9%) presentaron limitación en un 50% o más de estas actividades y no se encontraron adultos mayores inactivos” (Ballesteros, 2014).

De la misma manera en la Universidad Técnica de Ambato Cantón Tungurahua, Ramírez (2012), en su Investigación titulada: “la actividad física en la calidad de vida del adulto mayor del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua”.

Donde se puede observar una recopilación para establecer la importancia de la actividad física y su beneficio frente a las actividades del adulto mayor y su calidad de vida además de su estado anímico el autor concluye:

“Esta investigación se basó en promocionar los beneficios que la práctica de la actividad física produce siendo el principal el de elevar la autoestima logrando una estabilidad psicológica, un mejoramiento físico y una opción para una reagrupación social”. “El sedentarismo es el principal problema de la mayoría de los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, ya que de los 10326 jubilados que existen en la ciudad de Ambato solo alrededor de 400 asisten a los diferentes talleres que oferta el IESS Ambato siendo un aproximado de 3.8 % y de esto porcentaje es el 16 % de varones por lo se denota el altísimo índice del sedentarismo, lo cual conlleva a que sean vulnerables a un sinnúmero de enfermedades degenerativas y que son propias de la edad y que agudizan su

permanente mal estado de salud lo cual desemboca en una depresión constante hasta el punto de considerarse personas inservibles y que solo esperan la muerte” (Ramírez E. , 2012).

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Crítico, porque en este estudio se cuestionará el deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos, con la finalidad de indagar sobre la influencia del mismo, así como de intervenir psicoterapéuticamente como promotor de salud mental para mejorar la calidad de vida de los pacientes investigados.

Propositiva, porque conjuntamente con los pacientes geriátricos y sus cuidadores se crearán alternativas de solución para lograr un ambiente sano en el diario vivir.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Tomado de:

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (2012)

DERECHOS DE LAS PERSONA O GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera: Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y

protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

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

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.

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

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

El deterioro cognitivo es la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden relacionarse con alteraciones sensoriales y motrices, debido a distintas causas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social, y su grado avanzado le hace perder su independencia, en esta presente investigación lograremos explorar sobre el deterioro cognitivo y si incide en las actividades de la vida diaria (Menéndez & Calatayud, 2015).

Para la investigación que se realizó, donde los principales beneficiarios son los adultos mayores, el interés máximo no se dirige a capacidades cognoscitivas o intelectuales de tipo académico. Es de vital importancia sobre todo la llamada inteligencia práctica, o capacidades cognoscitivas prácticas, aquellas capacidades mentales que sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, para realizar sus tareas cotidianas y adaptarse al medio; porque su deterioro llevará inevitablemente a la dependencia.

Para realizar estas actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores en la mayoría de casos se necesita de una indispensable ayuda, sus cuidadores son los encargados de cubrir las necesidades según el caso de cada paciente geriátrico, es por esto que esta investigación se ve orientada a diagnosticar cuál es el grado de deterioro cognitivo más frecuente y a identificar cuál es el nivel de desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, lo cual ayudara en gran medida a conocer en primer plano la población con mayor afectación para realizar una posible intervención además de una intervención mediante psicoeducación y psicohigiene adecuadas.

El tema de investigación “Deterioro Cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que residen en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús”. Tiene sus fundamentos en la corriente cognitivo conductual, asociando a esta como la teoría que consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo. El psicólogo es un entrenador y la terapia es un proceso de entrenamiento o reaprendizaje donde se elimina el resultado de malas experiencias.

Desde un punto de vista metodológico, la terapia Cognitivo-Conductual es una disciplina científica. La eficacia de las técnicas o la veracidad de los modelos, no se basan en escritos u opiniones más o menos brillantes o creativas, sino en datos experimentales. Tomando así como referencia la estimulación cognitiva, y la terapia ocupacional con el fin de estructurar fases de estimulación cognitiva enfocada en la conservación de habilidades intelectuales y motrices, mantenedoras de las funciones cognoscitivas y fomentar en lo posible, la independencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Además de conservar las habilidades sociales, con asistencia de terceras personas.

Además de esto el presente modelo de intervención grupal, se basa en la utilización de técnicas psicoeducativas, utilizando la terapia racional explicativa siendo estas informativa, preventiva para los adultos mayores como también a los familiares y personas encargadas de su cuidado, sobre la contextualización del adulto mayor, cambios físicos, mentales, sociales y emocionales, que presentan actualmente las personas de la tercera edad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

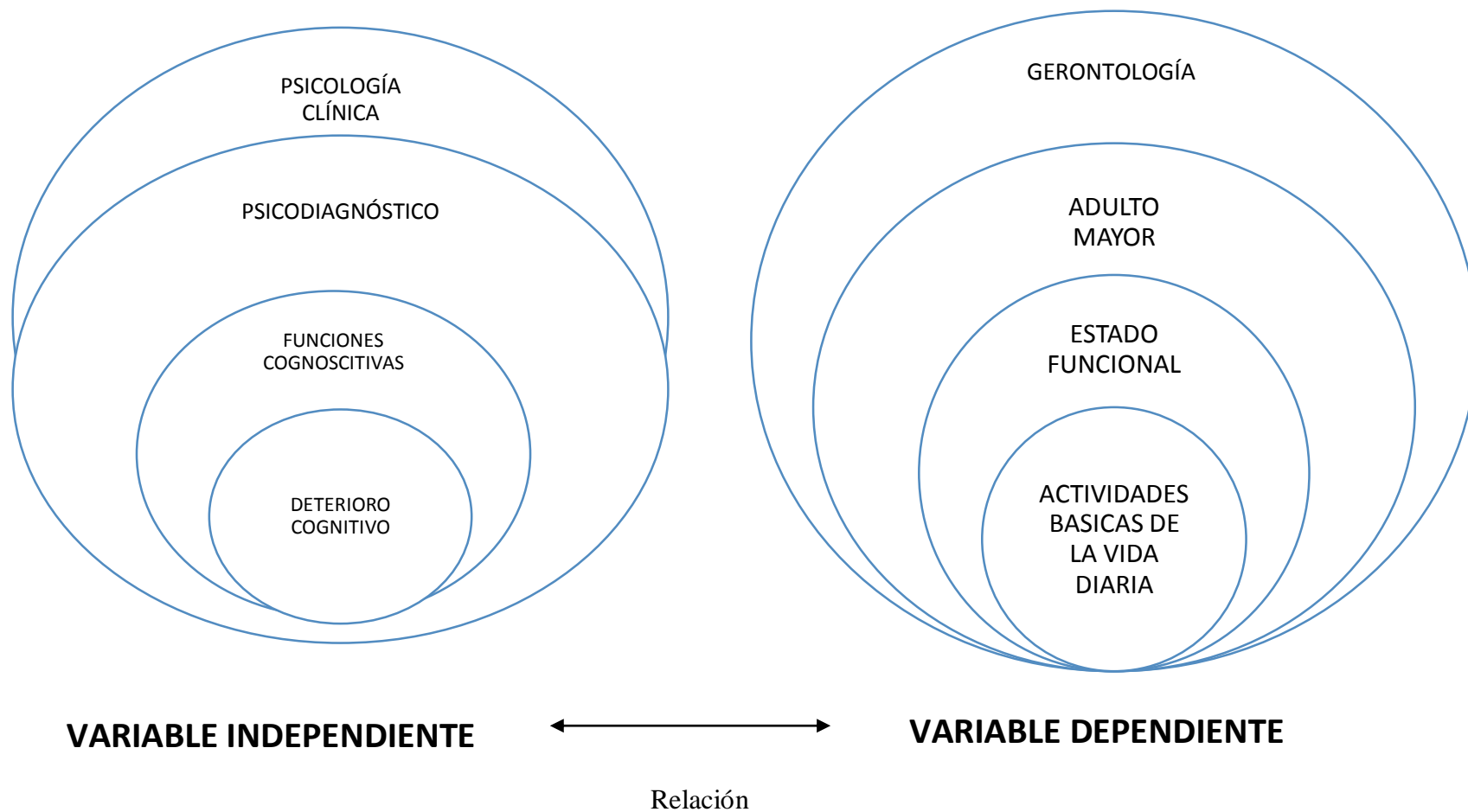


GRÁFICO N° 1 Categorías Fundamentales.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

2.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

2.6.1.1 Psicología Clínica

Cadena, García & Montalvo, (2008), la psicología clínica, como indica el sustantivo, pertenece a la ciencia de la psicología, siendo una de sus especializaciones. Como ciencia pretende aplicar principios, técnicas y conocimientos, validados empíricamente, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenirlas anomalías o los trastornos mentales. El adjetivo clínica hace referencia al campo de la enfermedad mental.

los autores sustentan que la psicología tuvo una emancipación de la filosofía, la cual coincidió con la fecha de la fundación del primer laboratorio de psicología experimental en la Universidad de Leipzig por Wilhelm Wundt en marzo de 1879. La primera clínica psicológica fue creada por Lighner Witmer en 1896 en la Universidad de Pensilvania. Fecha en la que Sigmund Freud utilizó por primera vez el nombre de psicoanálisis en su libro sobre la ciencia y la etiología de la histeria (Cadena, García, & Montalvo, 2008)

Como se cita en Timothy J y Trull, (2003), para los años anteriores a 1890 hay muy poco en la historia de la psicología clínica como para separarla de la historia de la psicología anormal, es más útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos de reforma del siglo XIX, que al final llevaron a una mejora en el cuidado del enfermo mental. tales mejoras, junto con los impulsos humanitarios de quienes las fomentaron, alentaron los frágiles inicios de las profesiones de salud mental como las conocemos en la actualidad (Hothersall, 1984), (Timothy & Trull, 2003).

En la investigación de Palacios (2010), la Normalidad y Anormalidad esquemas Dicotómicos de la Representación Social en un grupo de profesionales de la Salud Mental, se establecen que Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para el comportamiento normal y anormal, para la salud y para la enfermedad.

Además que los conceptos de normalidad, anormalidad son relativos, variantes de sociedad a sociedad, pues siempre se vinculan al contexto y si bien se consideran generales en el

sentido de estar presentes en todo colectivo, son conceptos no universales, ya que se moldean en función de los valores de cada cultura en particular (Palacios, 2010).

El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto o a largo plazo. Por ejemplo, en el caso del alcoholismo, ingerir bebidas alcohólicas en determinadas situaciones, es reforzante para el sujeto y adaptativo en un amplio número de casos. Sin embargo la ingestión frecuente y continuada puede resultar desadaptativa. Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su ayuda a través de los conocimientos psicológicos. El resultado cuando es positivo, muestra que el cliente presenta un comportamiento más adaptado al ecosistema personal y que también ha modificado su sistema general de adaptación, su visión del mundo. En general no se plantean el cambio del ecosistema, entre otras cosas porque no está a su alcance, excepto si se trata de niños o de adultos con actividad restringida (Quinteros, 2015).

Vamos a abandonar la perspectiva histórica, obviando las aportaciones de las distintas disciplinas, escuelas y grupos para intentar plasmar el conjunto de supuestos teóricos con los que opera el modelo. Se trata de un conjunto de supuestos básicos de la Psicología, que intenta explicar el comportamiento humano de un individuo en un momento temporal dado y en su evolución a lo largo del tiempo.

El modelo, que en parte es una superación del modelo clínico conductual al intentar integrar otras posiciones para explicar los datos, se amplía enormemente, hasta el punto de considerarse tan general que, al decir de muchos autores, no explique nada, más allá de dar cabida a todas las posiciones y tendencias.

Diagnóstico y evaluación

En el libro de los autores Timothy J. Trull (2003), se puede observar el desarrollo de la palabra diagnóstico y el hecho de que para muchos, la esencia de la psicología clínica ha sido su insistencia en evaluar las diferencias entre la gente. Si se sigue el rastro a gran parte de ese énfasis, daremos con el inglés Francis Galton, quien dedico gran cantidad de esfuerzo a la aplicación de métodos cuantitativos para comprender las diferencias entre las personas.

Esta tradición fue fomentada por la obra del estadounidense James McKeen Cattell. A pesar de la desaprobación de Wilhem Wundt, en cuyo laboratorio trabajaba como asistente, Cattell volcó su atención hacia las diferencias en el tiempo de reacción entre las personas. Al igual que Galton, creía que era una manera de acercarse al estudio de la inteligencia. De hecho él acuñó el término pruebas mentales para describir sus mediciones. Mediante el uso de una batería de diez pruebas, Cattell esperaba descubrir la constancia de los procesos mentales e incluso predijo que tales pruebas podrían utilizarse para la selección y la capacitación de la gente, así como en la detección de enfermedades (Timothy & Trull, 2003).

2.6.1.2 Psicodiagnóstico

En el módulo “teoría y técnicas de exploración y psicodiagnóstico II” Constante (2010), el catedrático interviene manifestando que el psicodiagnóstico está caracterizado por configurar una situación de roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (paciente) pide que lo ayuden y otra acepta el pedido, (psicólogo) y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades, por consiguiente es una situación bipersonal, de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente. Abarca aspectos pretéritos, presentes y futuros, e incluye datos adaptativos y patológicos. Abarca todos estos aspectos presentes y futuros pronósticos de esta personalidad, utilizando para lograr esos objetivos ciertas técnicas (entrevistas semidirigidas, técnicas proyectivas, entrevistas devolutivas).

Debe diferenciarse de la psicoterapia ya que el psicodiagnóstico tiene un principio y fin limitado además de esto no acepta silencios muy largos y se hacen señalamientos, lo que se contraría en la psicoterapia donde se propicia el timing y se hacen interpretaciones (Constante, 2010).

Fines del psicodiagnóstico

La principal función es establecer un diagnóstico, explicar lo que sucede más allá de lo que el sujeto puede describir conscientemente, ni la entrevista ni los test son infalibles, requiriéndose ambos instrumentos en forma complementaria para llegar a un diagnóstico más certero. Para la descripción y comprensión de la personalidad del paciente o del grupo

familiar; con mencionar sus elementos no basta, hay que explicar la dinámica del caso tal como aparece en el material, integrándolo en el plano total (Constante, 2010).

Además del diagnóstico oportuno Constante (2010), en su módulo nos expresa que mediante los re-tests o administración de la misma batería en periodos subsiguientes se pueden apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad y para planificar un alta, o para indagar el motivo de un impase en el tratamiento y para que paciente y terapeuta puedan hablar de eso, con los pacientes es también importante la comunicación y el favorecimiento de esta instaurando el insight y perdiendo ciertas inhibiciones para mostrarse más natural, el buen rapport es imprescindible para conocerlo lo más a fondo posible.

En la guía para el diagnóstico psicológico clínico, Balarezo & Chiriboga (2004), los profesionales de la salud establecen que el psicólogo clínico, en su actividad diaria requiere de instrumentos auxiliares para cumplir tanto tareas diagnosticas como terapéuticas. Enfatizan sobre las técnicas e instrumentos generales que emplea el psicólogo en su quehacer que son la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, los cuales a más de proporcionar datos relevantes sobre el sujeto, permiten formularse hipótesis predictivas acerca de su comportamiento. Seguido de esto difiere que la propuesta de diagnóstico para el psicólogo tiene dos componentes: el primero referente al diagnóstico formal, que en la definición psiquiátrica correspondería la diagnóstico de la entidad clínica; el segundo concerniente al denominado diagnóstico informal, que compete al diagnóstico de personalidad.

De aquí surgen algunas inquietudes sobre el tema, al cumplir con el primer propósito el psicólogo se desenvuelve en un rol interdisciplinario que coadyuva al discernimiento y aclaramiento del criterio psiquiátrico. Esto resulta útil hasta cierta medida, incluso al mismo psicólogo no le satisface este enfoque porque todo un trabajo altamente analítico y de gran esfuerzo, se sintetiza en una o dos palabras- surge entonces el cuestionamiento. Merece la pena dedicar tan esforzado trabajo para llegar a una etiquetación del paciente, o mejor del trastorno (Balarezo & Chiriboga, Guia Para el Diagnóstico Psicológico Clínico, 2004).

De igual forma Cabrera, Macías & Gonzales, (2007), en su artículo psicodiagnóstico, una mirada a su historia formulan que el psicodiagnóstico es una rama de la Psicología, de gran

valor para los diversos fines de la evaluación psicológica, clínica, laboral, educacional y social. Desde los textos de la antigüedad aparecen citas en que se diferenciaban unos hombres de otros, pero es en 1978 con el surgimiento de la Psicología experimental, creada por Wilhem Wundt en Alemania, que se le da un mayor impulso al uso de los test psicológicos.

En 1921 aparece por primera vez el término psicodiagnóstico, en una monografía publicada por Hermann Rorschach, acerca del test de las Manchas, que ha trascendido con creces hasta nuestros días. A través de una revisión bibliográfica, se plantean en este trabajo, los test considerados de mayor importancia para el desarrollo de la Psicología en Cuba y en el mundo; además, se reconoce el valor de grandes personalidades que han contribuido al desarrollo de los métodos y técnicas de evaluación psicológica (Cabrera, Macías, & Gonzales, 2007).

Respecto a los tipos de psicodiagnóstico Cabrera, Macías y Gonzales, (2007), menciona que existen 3 tipos: el clínico, el laboral y el educativo se los puede definir como:

- A. Clínico:** Dirigido a todas las personas que requieran conocer más a fondo sus habilidades o limitantes. La mayoría de estos estudios se realizan por la petición de algún especialista relacionado con la salud.
- B. Educativo:** Dirigido a niños y a adolescentes principalmente. Regularmente lo solicita el colegio o se utiliza como herramienta fundamental para conocer la Orientación Vocacional del estudiante.
- C. Laboral:** Dirigido a las personas que van a ocupar un puesto, con el objetivo de conocer las competencias de la persona, habilidades y limitantes relacionadas al nuevo puesto a ocupar.

2.6.1.3 Funciones Cognoscitivas

En el módulo de neuropsicología de Poveda (2011), realiza un compendio completo y didáctico de cada una de las funciones cognoscitivas o superiores, además de manifestar que las funciones cognoscitivas son aquellas que hacen al hombre diferente de las otras especies. En el sentido de novedad de función en el proceso evolutivo, son capacidades exclusivamente humanas, adquiridas en el curso de la vida individual, mediante el

aprendizaje natural o fisiológico. Otra definición de estas es que las funciones cognoscitivas son aquellas que han permitido un desarrollo extraordinario de los logros de la especie. Este desarrollo se da por modificación del entorno y control de los mecanismos de selección natural a través de la implementación de técnicas (Poveda, 2011).

Estas funciones corresponden a: Conocimiento (Gnosias), Psicomotricidad (Praxias) y Lenguaje. Gnosia es saber reconocer, lo que requiere de canales sensitivos magníficos, centros de procesamiento de las señales, para darles diferentes valores en diferentes circunstancias, un gran almacén de memoria, y una enorme capacidad de mensajes. Praxia es saber hacer, tan bien como peinarse, manejar un coche o tocar un violín con virtuosismo. Las dos son funciones adquiridas que requieren aprendizaje, y son soportes mayores de la creación artística y del juego

Poveda (2011), hace referencia a distintas funciones desde las motoras, cinestésicas y visuales hasta el lenguaje memoria y otros respectivamente.

Funciones Motoras

Su estudio implica el análisis de las praxis, es decir, de las formas complejas de la construcción de los movimientos voluntarios. La ejecución normal del acto motor complejo exige la presencia de una potencia y tono muscular adecuado como condición básica. La Praxia se entiende por tal la capacidad de ejecutar movimientos aprendidos, simples o complejos, en respuestas a estímulos apropiados, visuales o verbales. La apraxia por el contrario es la incapacidad de realizar estas actividades en ausencia de parálisis motora, trastornos de tono o postura, cuando la familia consulta por apraxia, en general, son casos avanzados y lo que más llama la atención son las dificultades en el diario vivir: manejar los cubiertos en la mesa, cepillarse los dientes, o vestirse adecuadamente.

Funciones Cutáneas y Funciones Cinestésicas

El reconocimiento táctil es una de las funciones que suele presentar alteraciones cuando se producen daños cerebrales a nivel del sistema nervioso, por eso, es de suma importancia su evaluación clínica en un paciente. La cinestésia hace referencia a la percepción de la posición de los miembros del cuerpo o cambio en el movimiento, el analizador mide el

reconocimiento de los ángulos de la posición de las articulaciones. La Gnosia es el conocimiento obtenido por medio de la elaboración de experiencias sensoriales y a su vez la Agnosia es la incapacidad de reconocer un estímulo a pesar de mantener un adecuado funcionamiento de las sensaciones. El sujeto es incapaz de reconocer los objetos familiares percibidos sin que existan daños sensoriales, deterioro intelectual u otras.

Funciones Visuales

La estructuración espacial, la función viso perceptiva y la función viso constructiva son parte fundamental y cada una cumple aspectos como orientación, nociones, incapacidades de decisión motora y desorientación espacial y capacidad de copiar figuras por ejemplo, y proceso de planeación y ejecución de la reproducción (Poveda, 2011).

Atención

Ruiloba (2005), manifiesta que la atención es un concepto teórico que engloba, a su vez, tres conceptos derivados de las investigaciones psicofisiológicas:

- A.** la alerta, respuesta comportamental fisiológica a la entrada de estímulos o bien receptividad incrementada a éstos.
- B.** La atención como efecto selectivo, subsidiado del primero, respecto de la categorización de los estímulos.
- C.** La activación (o intención) como una preparación o disposición psicológica (o cognitiva) para la acción.

Teniendo en cuenta esta conceptualización, el autor nos manifiesta que existe una atención de tipo selectiva, consciente e incidental que consiste en orientar diversos sentidos hacia un foco de información selectivo. Esta atención puede ser consciente y voluntaria o bien incidental, cuando el foco de información se cruza casualmente por nuestro campo de conciencia (Ruiloba, 2005).

Por consiguiente para sintetizar la investigación, la atención es la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la

información, a su vez esta atención según Vera (2010), existen tipos específicos de atención los cuales son:

- A. Atención sostenida:** capacidad de mantener de manera fluida el foco de atención en una tarea o evento durante un periodo de tiempo prolongado.
- B. Atención selectiva:** capacidad para dirigir la atención y centrarse en algo sin permitir que otros estímulos, bien externos o internos, interrumpen la tarea.
- C. Atención alternante:** capacidad de cambiar nuestro foco de atención de una tarea o norma interna a otra de manera fluida.

Velocidad de procesamiento: ritmo al que el cerebro realiza una tarea (evidentemente, varía según la tarea, dependiendo del resto de funciones cognitivas implicadas en la misma (Vera, 2010).

Orientación

Asimismo en el libro de Ruiloba (2005), la orientación queda claramente identificada como un reconocimiento espaciotemporal, dado que el entorno proporciona más información de la que pueda ser procesada. La percepción del espacio-tiempo no es uniforme en todos los humanos ni en todas las culturas, no obstante, parecen darse en los humanos ciertos elementos invariables respecto a la percepción del espacio. El hipocampo es la estructura encargada de consolidar las imágenes topográficas del exterior, en esta función intervienen otras tales como la memoria y la percepción. Los pacientes con un síndrome amnésico frecuentemente están desorientados en tiempo y espacio, e inversamente el sujeto desorientado suele presentar amnesia.

Para resumir la orientación es la capacidad que nos permite ser conscientes de la situación en la que estamos en cada momento. Seguido de esto Vera (2010), la divide principalmente en tres tipos:

- A. Orientación personal:** capacidad de integrar información relativa a la historia e identidad personal.

- B. Orientación temporal:** capacidad de manejar información relativa al día, hora, mes, año, momento de realizar conductas, festividades, estaciones, etc.
- C. Orientación espacial:** capacidad de manejar información relativa a de dónde viene, dónde se encuentra en un momento específico, a dónde va.

Memoria

Ruiloba (2005), define la memoria como la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia, por tanto es un proceso psicofisiológico localizado en el sistema nervioso central, que permite la capacidad de adquirir, de forma consciente o inconsciente, retener y utilizar, con esfuerzo o de forma automática, una experiencia. Los procesos mnésicos forman parte nuclear o participan en el desarrollo de distintos fenómenos esenciales en este ámbito.

Una de las principales características de la memoria es su dimensión temporal. Esta característica la distingue de los sentimientos, las emociones o los pensamientos, los cuales se caracterizan por la transitoriedad, por el aquí y el ahora. La memoria no es un fenómeno transitorio, sino que nos permite reutilizar experiencias pasadas o prolongar temporalmente los hechos, de distinta naturaleza, que estemos viviendo o hayamos experimentado. La distinción fundamental, en esta dimensión temporal, sería entre la memoria a corta y a largo plazo.

Podemos hablar de una memoria a corto plazo, memoria inmediata o memoria primaria como una memoria de capacidad limitada, que se corresponde con el análisis de la información sensorial en áreas cerebrales específicas y su reproducción inmediata durante un tiempo muy breve. Se refiere al material que se recuerda inmediatamente después de ser presentado o bien durante un ensayo ininterrumpido del material expuesto. No debemos considerar que la memoria a corto plazo se limite a un sistema de almacenamiento temporal y pasivo de la información, sino que interviene de forma activa en la realización de importantes tareas. Esta utilización de la memoria a corto plazo queda reflejada en un modelo teórico denominado memoria de trabajo o memoria operativa, que es un sistema de capacidad limitada por medio del cual el sujeto puede retener, pero también manipular, la información lo que también le

permitirá realiza una serie de tareas cognoscitivas entre las que incluimos la comprensión, el razonamiento y la resolución de problemas. La memoria de trabajo está constituida por un sistema de control de la atención, denominado ejecutivo central. Mediante el cual es posible realizar distintas tareas cognoscitivas que permiten operaciones de selección y control. (Ruiloba, 2005)

Por consiguiente tenemos también la memoria a largo plazo que se refiere al recuerdo de la información después de un periodo de memoria durante el cual el sujeto ha localizado su atención lejos del estímulo presentado. Se denomina también memoria secundaria y permite la conservación duradera de la información gracias a la codificación, seguida del almacenamiento de esta información en distintas localizaciones anatómicas. Esta memoria permite el aprendizaje duradero de la información y una consolidación variable en función de su importancia emocional y de la repetición. La memoria a largo plazo permite, por tanto, el almacenamiento de la información durante periodos que se extienden desde minutos a décadas.

Vera (2010), expresa que existen los siguientes tipos de memoria:

- A. Memoria episódica:** hace referencia a información sobre hechos y experiencias vividas, todos ubicados en el espacio y en el tiempo.
- B. Memoria semántica:** hace referencia a conocimientos de carácter general.
- C. Memoria procedimental:** hace referencia a acciones o secuencia de actos aprendidos, la mayoría de los cuales hacemos de manera automática sin necesidad de pensar en cada gesto o movimiento que hacemos (suele resultar difícil verbalizarlos).

Lenguaje

Según Álvares (2010), en la revista de lingüística teórica y aplicada, menciona que a diferencia de otros psicólogos tanto anteriores como contemporáneos, Vigotsky afirmaba que el pensamiento y el lenguaje, como funciones mentales superiores, tenían raíces genéticas diferentes, tanto filogenética como ontogenéticamente. Eso sí, se desarrollan en

una continua influencia recíproca. En este sentido, se diferenciaba claramente de las posturas que estaban defendiendo un continuismo entre el intelecto general y los procesos psicolingüísticos. Por ejemplo, para Jean Piaget, de cuya teoría Vigotsky (1934) hizo un excelente análisis y crítica, ambas capacidades mentales estaban relacionadas, como veremos más adelante. Tampoco para el Conductismo tenía sentido establecer una diferenciación entre conductas inteligentes y conductas verbales: ambos tipos de comportamientos eran aprendidos mediante los mismos mecanismos de condicionamiento. Para Vigotsky, sin embargo, las dos funciones se desarrollan de forma independiente, y según el autor, esto es evidente tanto en la adquisición y desarrollo de ambas en el niño como desde una perspectiva comparada y evolucionista (Álvares, 2010).

Según Beltrán (1995), el lenguaje posee un básico y doble sentido en la existencia humana: es el medio de comunicación por excelencia entre los hombres y es su vehículo de pensamiento. Como fenómeno social, el habla encierra un sentido funcional consistente en trasladar del emisor al receptor ideas, deseos, expectativas. Cuando se habla de comunicación, se da un paso importante, detrás hay todo un proceso transformativo, biológico y social. Es claro que la función comunicativa supone fijar ciertos mecanismos lingüísticos y extralingüísticos entre interlocutores que pretenden una actividad común. Tales mecanismos son adquiridos por el niño antes de adquirir el lenguaje adulto.

El lenguaje es la habilidad para elaborar, comunicar y entender ideas mediante sonidos, símbolos y/o sistema de gestos. Piaget analiza dos tipos de observaciones que, de alguna manera pretende poner de manifiesto como el lenguaje infantil, en un cierto periodo de tiempo, no pretende la comunicación sino que es egocéntrico, estas observaciones demuestran que el lenguaje pasa por estadios diferentes durante la infancia para llegar a un lenguaje adulto (Beltran, 1995).

Por su parte en el libro psiquiatría tomo I, de Castro y Barrientos, (2000), expresan que el lenguaje es la capacidad exclusiva del hombre de reflejar por medio de signos convencionales los hechos y fenómenos de la realidad objetiva, abstraídos y generalizados por el pensamiento, y entre sus funciones fundamentales están la comunicativa, nominativa, reguladora y cognoscitiva, en el pueden existir trastornos de articulación, de ritmo y

afluencia verbal, trastornos de aparición y desarrollo, de simbolización, trastornos en la fonación, y trastornos del lenguaje secundarios a alteraciones psiquiátricas (Castro & Barrientos, 2000).

En la misma línea Poveda (manifiesta que el lenguaje es un código de sonidos o gráficos que sirven para la comunicación social entre los seres humanos. Surge de un proceso evolutivo que descansa en un conjunto de modificaciones morfológicas y funcionales de la especie. Sirva como un ejemplo en el aparato fonatorio y respiratorio del ser humano. Si bien la gramática estudia el lenguaje, la semántica el significación de las palabras y la sintaxis su combinación; en la práctica diaria, el clínico puede encontrarse ante situaciones de alteraciones del lenguaje y habla.

El lenguaje entonces se define como la capacidad de usar y ordenar adecuadamente las palabras para expresar pensamientos e ideas. El término “afasia” se refiere al trastorno adquirido del lenguaje verbal, escritura y lectura, producto del daño en estructuras cerebrales especializadas para estas funciones. Se excluye las alteraciones de la fonación, articulación, o defectos del lenguaje debido a enfermedades congénitas o del desarrollo. Inicialmente, el lenguaje se evalúa en la conversación con el paciente. Si en esta, constatamos que comprende bien y se expresa adecuadamente, podría omitirse una evaluación más específica. Si, por el contrario, detectamos problemas de la fluidez, comprensión, estructura gramatical, palabras anormales o dificultad para encontrar palabras, esto nos obliga a objetivar y especificar el trastorno mediante una evaluación más formal (Poveda, 2011).

El concepto del lenguaje ha sido y es en la actualidad un foco de atención prioritario, porque la incorporación de nuevas tecnologías y abordajes, neurofisiología, imagen cerebral y neuropsicología han contribuido en un constante devenir entre alteración y localización cerebral, esto es claramente citado en el libro del Catedrático Ruiloba (2005), quien además menciona que en 1861, Broca se refería a una íntima relación entre alteraciones del lenguaje y lesiones en el lóbulo frontal izquierdo.

Retornando a las características del lenguaje Poveda (2011), establece que para realizar una evaluación más profunda debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- A. Fluidez:** Capacidad de producir un lenguaje espontáneo, sin pausas desmesuradas o dificultad para encontrar palabras.
- B. Comprensión:** La comprensión se evalúa pidiendo al paciente que ejecute ordenes, inicialmente simples. Una persona normal debe ser capaz de comprender el sentido de una oración.
- C. Repetición:** Debe explorarse dirigidamente pidiendo al evaluado que repita palabras o sentencias de diferente grado de complejidad y familiaridad por parte del paciente.
- D. Nominación:** Se pide al paciente que nombre objetos de diferentes categorías y frecuencia de uso ej. Colores, partes del cuerpo, objetos.
- E. Presencia de parafasias:** las parafasias son palabras anormales, propias de las afasias, ej. Usar “amiso” en lugar de “amigo”, o decir palabras inexistentes (neologismos).

2.6.1.4 Deterioro Cognitivo

Goldman (2001), en su libro *Psiquiatría General* recopila los signos y síntomas más frecuentes de los trastornos cognitivos donde establece que la alteración de la memoria, desorientación, la alteración cognitiva las alucinaciones o ilusiones visuales o táctiles, la intranquilidad motora, el juicio deteriorado y poco control de impulsos, la falta de reacción al tratamiento, la enfermedad física previa o actuales, son los síntomas más comunes que existen en las personas con un posible trastorno cognitivo y que se debe tomar en cuenta para un adecuado psicodiagnóstico y tratamiento. Además de esto mantiene la consideración importante sobre el posible cumplimiento de estos síntomas en cualquier trastorno pero cuando sean evidentes en los pacientes, siempre se deberán tomar en cuenta primero los trastornos cognitivos.

Con relación a esto podemos encontrar en la tesis de Cimadevila (2008), sobre el deterioro cognitivo y su definición como una disminución del funcionamiento intelectual, con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo, sin embargo dicha alteración del funcionamiento cognitivo del sujeto tiene mayor importancia en aquellos trastornos que se definen, sobre todo por la aparición del mismo, como es el caso de las demencias y el deterioro cognitivo leve. Estas enfermedades tienen

como criterio diagnóstico fundamental la objetivación de un deterioro cognitivo significativo, en el que la afectación de la memoria tiene un papel predominante. El concepto de deterioro cognitivo es más amplio, por lo tanto, no tiene un carácter categorial, sino dimensional. Actualmente se cree que el funcionamiento cognitivo sigue un continuum desde la normalidad hasta la demencia avanzada, de manera que entre ambos extremos existirían toda una serie de estadios intermedios, cada uno de los cuales se asociara a un nivel de funcionalidad (Cimadevila, 2008).

Asimismo en la obra de Menéndez & Calatayud (2015), los autores nos resumen una serie de características de deterioro cognitivo que se deben tomar en cuenta, en la existencia de deterioro cognitivo desde el grado leve existen claramente afectaciones en la memoria, en los primeros estadios para cumplir con el criterio. Esta pérdida mnésica no debe ser progresiva, así mismo en los otros estadios del deterioro cognitivo las funciones cognoscitivas van deteriorándose visiblemente con una característica progresiva y en el caso de llegar a una demencia se perderán completamente (Menéndez & Calatayud, 2015).

En esta misma línea referente a las funciones cognoscitivas Sellek (2014), mantiene que las personas adultas mayores sanas o que no presentan enfermedad evidente clínicamente presentan con frecuencia alteraciones neurológicas, entre las cuales se puede destacar: alteraciones de la memoria, alteraciones de las capacidades ejecutivas, alteraciones de la rapidez del pensamiento y el razonamiento. Por ende el autor se cuestiona sobre la actualidad y que todavía nos planteamos si estas alteraciones son propias de la edad avanzada o constituyen manifestaciones de una enfermedad de la vejez, o bien un proceso degenerativo relacionado exclusivamente con el envejecimiento.

Lo cual podría entenderse como un fenómeno relacionado con el paso del tiempo. Parece demostrado que las capacidades cognitivas se mantienen invariables y estables hasta la edad de 60-70 años y que solo a partir de esas edades se pueden apreciar cambios relevantes. Los cuales pueden pasar inadvertidos de manera lenta y a penas mesurables, a no ser que se sumen trastornos metabólicos cerebrales u otras enfermedades (Sellek, 2014).

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

2.6.2.1 Gerontología

Respecto a la definición en el Temario específico, Vol. I Extremadura (2006), un grupo de profesionales de la salud que conforman una junta de programas oficiales manifiestan que la gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y del hombre desde los aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos, y culturales. Por esta razón, la gerontología es de interés para muchas disciplinas y es el estudio conjunto de todas ellas lo que intenta dar solución a la variedad de problemas que se derivan del proceso de envejecimiento. Además divide a la gerontología en dos grandes parcelas:

- A. Gerontología biológica:** que estudia las alteraciones y los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y funcionales que acontecen con el envejecimiento.
- B. Gerontología social:** que estudia a la persona como ser integral, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica, y familiar donde vive, etc.

Además, como se cita en Extremadura (2006), autores establecen una parte de la historia del concepto gerontología, que es introducido a principios del siglo XX (1903) por Metchinikoff y cuyo significado sería: Estudio científico de la vejez y de todos los fenómenos del envejecimiento en general. Etimológicamente deriva del griego “geron” que significa anciano y de “logia” que significa “tratado de”. Aunque existen distintas definiciones de gerontología, todas ellas confluyen en un contenido común que es la vejez y todos los cuidados que requiere este periodo de la vida.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua la define como “ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan” lo que hace referencia tanto a la investigación biológica del envejecimiento como a la problemática socioeconómica del mismo.

Por otro lado, en el libro realizado por Ramírez (2003), el autor se refiere a la gerontología que nace de la palabra griega “guérontes”, que hace referencia a los ancianos o a los jefes que conformaban el senado de la polis; del adjetivo guerarios que significa “venerable”; y del verbo guerairen, que quiere decir “honrar”. Mientras que la palabra lógos se traduce como “palabra o razón” y significa palabras o discurso que estudia algo. La gerontología es

una ciencia compuesta por varias disciplinas, en esto coincide con el conjunto de profesionales de Extremadura, se piensa por lo general, que es una especialidad de la medicina, la biología y la psicología, pero la suma de las tres ciencias no logra completar el sentido total del término. Antes que nada es la ciencia de la vejez, un quehacer o una rama científica interdisciplinaria, es decir, es una ciencia que tiene que ver no solo con las disciplinas biomédicas, sino también con la sociología, la economía y la filosofía. Así mismo divide a la gerontología pero en 4 ramas, las dos anteriores que eran la gerontología biológica y la social se le suman las siguientes:

- **Psicogerontología:** da cuenta de las variables conductuales que se presentan debido al proceso de envejecimiento y demanda una atención integral del anciano, con fines de prevención y terapia (Ramírez J. , 2003).

2.6.2.2 Adulto Mayor

En el libro “clínica gerontológica la profesional de la salud” Burke (2008), nos expone la siguiente definición: los adultos mayores son personas de 65 años o más. Incluye una población con un amplio espectro de edades, estados de salud, y capacidades generales. El termino adulto mayor no solo se aplica al individuo casado de 68 años; se aplica también al soltero de 92 años, que vive en una residencia. Aunque los deterioros físico, mental y cognitivo y sensorial aumentan con la edad, las limitaciones graves e incapacitantes son todavía relativamente raras entre las personas mayores el temor a la discapacidad es mayor que su incidencia, y si no se controla, este temor puede perjudicar el estilo de vida de una persona.

La ansiedad y el temor por los problemas de salud aumentan a medida que las personas envejecen. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad (Burke, 2008).

En el artículo científico de la revista scielo. Zavala (2007), afirma que los adultos mayores no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma como son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre

ellos. Si bien es cierto el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo tradicional las que restan oportunidades para que el adulto mayor se mantenga activo y autovalente.

Los pacientes geriátricos son el grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad.

La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades (Zavala, 2007).

2.6.2.3 Estado Funcional

En el libro de Perlado (1995), el autor manifiesta que el estado funcional del adulto mayor es un factor de evolución y de pronóstico más importante que el diagnóstico de la enfermedad. Se llega a una situación de incapacidad funcional y dependencia por múltiples caminos o, lo que es lo mismo, por muy distintos diagnósticos médicos, se asocian también factores extramédicos, de tal forma que las capacidades e incapacidades del paciente geriátrico deben ser evaluadas en un contexto físico, interpersonal y ambiental. De esto surge la pregunta ¿Qué áreas de la incapacidad deben valorarse, especialmente en personas que se quejan de distintos problemas funcionales?

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones (Millares, 2008)de incapacidad severa inmovilidad,

inestabilidad, deterioro intelectual. Una valoración integral se plantea en términos de contexto físico, interpersonal y ambiental (Perlado, 1995).

Según Millares (2008), El estado funcional se define por medio de tres componentes:

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA
Bañarse	Uso de transporte	Capacidad para cumplir con la sociedad
Vestirse	Ir de compras	Participar en la tarea de recreo u ocupacional
Usar el inodoro	Uso del teléfono	Cumplimiento de Roles.
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos	
Continencia	Capacidad para realizar tareas domésticas	
Alimentarse	Reparaciones en el hogar	
Marcha y Equilibrio	Manejar las finanzas	

TABLA N° 1 Actividades de la Vida Diaria.

Fuente: Evaluación Funcional del Adulto Mayor. (Millares, 2008)

Elaborado por: Torres, 2015.

La capacidad de autonomía, ser capaz de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, en el contexto interpersonal respecto a cómo son las relaciones sociales del adulto mayor, la calidad de estas así mismo se puede tomar en cuenta la relación con los familiares si existe negligencia, comunicación etc. Y la accesibilidad a los servicios de apoyo. Y para finalizar el contexto ambiental en cuanto se refiere a condiciones de seguridad de vivienda, accesibilidad a diversos servicios básicos médicos. Es esencial conocer además de la capacidad de autonomía la red social e interpersonal en la que se desenvuelve el adulto

mayor, puede que este paciente no sea competente en una cuestión determinada, pero puede serlo funcionalmente si recibe la suficiente ayuda de su familia o del exterior (Perlado, 1995).

Núñez (2005), menciona que el estado funcional es la capacidad del individuo de desenvolverse en múltiples áreas como la esfera física, mental y social. La calidad de vida de los adultos mayores está determinada más por su capacidad funcional que por el número o tipo de enfermedades específicas que padecen. Por otro lado, el deterioro en el estado funcional suele ser la forma de presentación inicial de muchas enfermedades en estos pacientes, por lo que la evaluación funcional representa un componente esencial del cuidado clínico de los pacientes geriátricos.

Evaluación funcional

En el mismo libro Núñez (2005), el autor nos define que esta es una herramienta que valora los diferentes componentes que pueden afectar al estado funcional del paciente geriátrico (esfera física, cognitiva, emocional y social) este abordaje permite asistir al paciente de una manera integral, intentando mantenerlo en el nivel más alto de su funcionalidad, formulando recomendaciones y diseñando estrategias para su cuidado.

El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización. La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para el cuidado (Núñez, 2005).

Según Lazcano (2008), la clasificación habitual para la función es la siguiente:

- A. Funcional o independiente:** tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.

- B. Inicialmente dependiente:** requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.
- C. Parcialmente dependiente:** necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
- D. Dependiente funcional:** requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

Actualmente la evaluación del anciano debe de ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado (Lazcano, 2008).

2.6.2.4 Actividades Básicas de la Vida Diaria

Las actividades que los seres humanos hacemos diariamente, como asearnos, vestirnos, alimentarnos o desplazarnos de un lugar a otro, ha sido, desde los mismos orígenes de la terapia ocupacional y evaluación del estado funcional, objeto de su interés y su atención constante, según Millares (2008), en su libro “Actividades de la vida diaria” en el año 1971 se acuñaron los primeros rasgos del concepto de AVD que se consideraban en ese momento, se afirma que: “ Originalmente se destacó la importancia de los cuidados propios, pero en la actualidad se incluyen todas las actividades necesarias o deseables para cada individuo”.

No será hasta 1978 cuando la Asociación Americana de terapia ocupacional elabore la primera definición en ella se definen como los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego. En esta definición las AVD son partes que constituyen o dan forma a las actividades de autocuidado, trabajo, juego, como por ejemplo, abrir una puerta para incorporarse al puesto de trabajo o peinarse como parte del arreglo personal. Hasta este momento, las ideas asociadas al concepto de AVD que podemos identificar en las descripciones y definiciones encontradas se conciben como tareas

o componentes que forman parte de otras actividades; tienen un valor auxiliar, en la medida en que posibilitan o sirven para la participación social del sujeto; además, se consideran vinculadas con el cuidado personal de forma independiente.

Una vez establecidas las definiciones podemos encontrar la clasificación en la que se encuentran las Actividades Básicas de la Vida Diaria, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, básicas, íntimas, personales. La idea del cuidado del cuerpo, autocuidado, automantenimiento y cuidado personal están fuertemente asociadas a la satisfacción de las necesidades básicas y al mantenimiento de las funciones vitales asimismo al mantenimiento del yo y al sentimiento de pertenencia del individuo (Millares, 2008).

También Moruno (2008), incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorio – motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Son las primeras capacidades que desarrolla el ser humano. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño.

Spackman (2007), Mantiene que las actividades de la vida diaria son muy importantes para la salud y el bienestar del adulto mayor, permiten a estas personas mantenerse, contribuir con la vida de su familia y participar en la sociedad. La salud se mide por la capacidad de adaptación y de participación en sus actividades básicas de la vida diaria. Dentro de las ABVD expresa que se encuentran:

- A. Higiene personal:** incluye el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- B. Ducha:** implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- C. Vestido:** incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.

- D. Alimentación:** implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- E. Control de esfínteres:** incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- F. Uso del inodoro:** incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.
- G. Movilidad funcional:** incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación (Spackman, 2007).

2.7 HIPÓTESIS

2.7.1 Nula

- El deterioro cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

2.7.2 Alterna

- El deterioro cognitivo incide en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.8.1 Unidades de Observación

Pacientes geriátricos

2.8.2 Variable Independiente

Deterioro Cognitivo

2.8.3 Variable Dependiente

Actividades básicas de la vida diaria

2.8.4 Término de Relación

Incidencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La investigación será de índole cualitativo como cuantitativo, esto quiere decir cualitativo porque para alcanzar los resultados se necesitan a personas implicadas con el problema de investigación como son los pacientes geriátricos del Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús, a través de entrevistas y una respectiva batería de tests psicológicos, como parte primordial de la investigación.

Además será cuantitativa ya que admite la tabulación a través del empleo del chi cuadrado, mejorará la factibilidad y validez asignada a los resultados cualitativos, para su subsiguiente estudio, análisis e interpretación de datos.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Investigación de Campo

Es investigación de campo por que la información conseguida es directa de la población investigada es decir con los pacientes geriátricos del Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús; se trabajará en el establecimiento, donde se realizarán las entrevistas, historias clínicas, batería de test con el objetivo de recaudar las indagaciones e información sociodemográfica, para la obtención de datos, síntomas o posibles trastornos psicológicos, además de la estimación verdadera de lo que está aconteciendo.

3.2.2. Investigación documental – bibliográfica

Este método de investigación posee el objetivo de incrementar, ahondar los distintos enfoques, teorías, conceptos, conjeturas y criterios de algunos autores sobre el tema de investigación que apoyaran a armar teóricamente el marco teórico, las investigaciones o antecedentes investigativos previos; por otro lado es considerable sustentarnos en fuentes

válidas y concisas para aclarar de manera teórica- científica el desarrollo de la investigación propuesta.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación se desenvolverá a nivel explorativo ya que posibilitara conseguir una información verdadera a través de las entrevistas realizadas por la psicóloga clínica y encargada de la investigación junto a la composición de la anamnesis en las historias clínicas de cada adulto mayor, de igual manera a nivel descriptivo porque a través del resumen y análisis se conocerá las posibles causas y efectos de entre dos o más fenómenos con el fin de aclarar el deterioro cognitivo de los pacientes geriátricos según ciertos criterios, al final a nivel explicativo porque se obtendrá la comprobación de la hipótesis por medio de la aplicación de la batería psicológica y con esto descubrir los factores causales que determinen ciertos comportamientos.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Esta investigación está orientada a los pacientes geriátricos del Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús con el objetivo de investigar el deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo a la información facilitada por la Institución la población es de 70 pacientes geriátricos.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Deterioro Cognitivo

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>El deterioro cognitivo es la disminución del funcionamiento intelectual con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo, los grados de deterioro son: deficiencia leve, deterioro leve, deterioro moderado y deterioro grave (Cimadevila, 2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Daño Cognitivo Leve: • Daño Cognitivo Moderado: 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación leve funcional principalmente en la orientación en tiempo y espacio además se evidencia dificultades son la memoria reciente. • Dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo espacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las 	<ul style="list-style-type: none"> • Dígame el día, fecha, Mes, Estación, Año • Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) • Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? 	<p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: Mini Examen Cognoscitivo MEC</p>

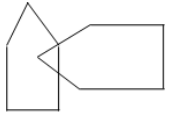
	<ul style="list-style-type: none"> • Daño Cognitivo Severo: 	<p>actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y progresivamente afectada.</p> <p>Afectación en el lenguaje la mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con el paciente, incapacidad para comprender órdenes. Hay pérdida significativa de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recuerda las tres palabras de antes? • Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj • Repita esta frase: En un trigal había cinco perros • Copie este dibujo 	
--	--	--	--	--

TABLA N° 2 Variable Independiente Deterioro Cognitivo

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria con los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Variable Dependiente: Actividades Básicas De La Vida Diaria

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Son actividades de autocuidado y supervivencia, conductas sensorio – motrices, es decir son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, lavarse, deambular, caminar, trasladarse, control de deposiciones y micción, vestirse, asearse y usar el baño (Millares, 2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comer • Lavarse • Control de Micción y Deposición • Vestirse • Arreglarse 	<p>Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para cortar o untar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye factores Socioculturales como en el caso del uso de cubiertos. Requiere poco proceso perceptual y cognoscitivo. • Se refiere al control de esfínteres y requiere integridad del Sistema Nervioso Central. • Movilidad, Traslados y Locomoción. Constituyen el eje central de relación con el mundo, puesto que 	<p>Comer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. • Necesita ayuda Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo. • Dependiente Necesita ser alimentado por otra persona. <p>Lavarse o bañarse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Índice de BARTHEL</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Subir y bajar escalones • Trasladarse • Deambular • Uso del retrete 	<p>posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Requieren más individualización del movimiento y mayor participación de las esferas mental y social.</p> <p>• Ir al baño o usar el sanitario. Además de la movilidad exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente.</p>	<p>realizarlo todo sin estar una persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente Necesita alguna ayuda o supervisión. <p>Vestirse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse y colocarse otros complementos que precisa sin ayuda. • Necesita ayuda Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable. • Dependiente Necesita ayuda total para vestirse. <p>Arreglarse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos etc. • Dependiente Necesita alguna ayuda. 	
--	--	--	--	--

			<p>Deposición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continente Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo. • Accidente ocasional Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios. • Incontinente Incluye administración de enemas o supositorios por otro. <p>Micción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continente Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. • Accidente ocasional Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios. • Incontinente Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. <p>Ir al retrete</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Independiente Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda. • Necesita ayuda Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. • Dependiente Incapaz de manejarse sin asistencia mayor. <p>Trasladarse sillón /cama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza, y puede volver a la silla sin ayuda. • Mínima ayuda Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física. • Gran ayuda Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha 	
--	--	--	---	--

			<p>asistencia para salir / entrar de la cama o desplazarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado. <p>Deambulaci3n</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. Puede usar cualquier ayuda. • Necesita ayuda Supervisi3n, pequea ayuda f3sica, incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador) • Dependiente Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro. <p>Subir y bajar escaleras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. • Necesita ayuda 	
--	--	--	---	--

			Supervisión física o verbal <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (asensor)	
--	--	--	---	--

TABLA N° 3 Variable Dependiente Actividades Básicas de la Vida Diaria

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria con los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Para la recolección de información se utilizará diferentes técnicas e instrumentos como son:

- Se aplicará el Mini examen cognoscitivo MEC (ANEXO 2), mismo que ayudara a evaluar el estado cognoscitivo de los pacientes. (LOBO, 1975)

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE)), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en adultos mayores. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

Es un cuestionario de 30 agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio temporal
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

El baremo con el cual se ha evaluado a los pacientes es:

Normal: 27-30 ptos.

Daño Cognitivo Leve: 21-26 ptos.

Daño Cognitivo Moderado: 11-20 ptos.

Daño Cognitivo Severo: 0-10 ptos.

Se aplicará el Índice de Barthel (ANEXO 3), para evaluar las actividades de la vida cotidiana de los pacientes geriátricos con el fin de identificar cuáles son las actividades que tienen mayor deterioro.

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

1. 0-20 dependencia total
2. 21-60 dependencia severa
3. 61-90 dependencia moderada
4. 91-99 dependencia escasa
5. 100 independencia

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Arreglarse
- Control de deposiciones
- Control de micción
- Uso del retrete
- Trasladarse

Fiabilidad: “Capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones”

- Índice de Kappa entre 0,47 y 1,00 interobservador: Moderado a Sustancial.
- Índice de Kappa entre 0,84 y 0,97 interobservador: Sustancial.

Validez: “Capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir “

- Buen predictor de mortalidad.
- Buen predictor de respuesta a rehabilitación.
- Buen predictor de riesgo de caídas (Ramos, 2012).

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
2. ¿De qué personas u objetos?	Paciente geriátricos
3. ¿Sobre qué aspectos?	Deterioro Cognitivo y Actividades de la vida cotidiana.
4. ¿Quién – Quienes?	Investigadora activa
5. ¿Cuándo?	Periodo Enero – Febrero 2015.
6. ¿Dónde?	Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús
7. ¿Cuántas veces?	De acuerdo a la aplicación de los test.
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas y encuestas
9. ¿Con qué?	Batería de Test Psicológicos
10. ¿En qué situación?	De acuerdo a la facilidad

TABLA N° 4 Plan de Recolección de información

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria con los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recogidos se transformaran siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa.
- Repetición de la recolección en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Elaboración de cuadros estadísticos.
- Presentación gráfica de datos.
- Análisis e Interpretación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1.1. Datos Sociodemográficos

1.- Datos de Filiación

Edad de los Pacientes Geriátricos

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
79	18	26%
83	27	38%
90	25	36%
Total	70	100%

TABLA N° 5 Edad de los pacientes Geriátricos

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

En cuanto a los datos de identificación, específicamente a la edad, punto relevante para el diagnóstico y evolución de los pacientes geriátricos, se observó que la edad con mayor preeminencia es de 83 años con un 38%, seguido de 90 años con un 36% y por último 79 años con un 26%.

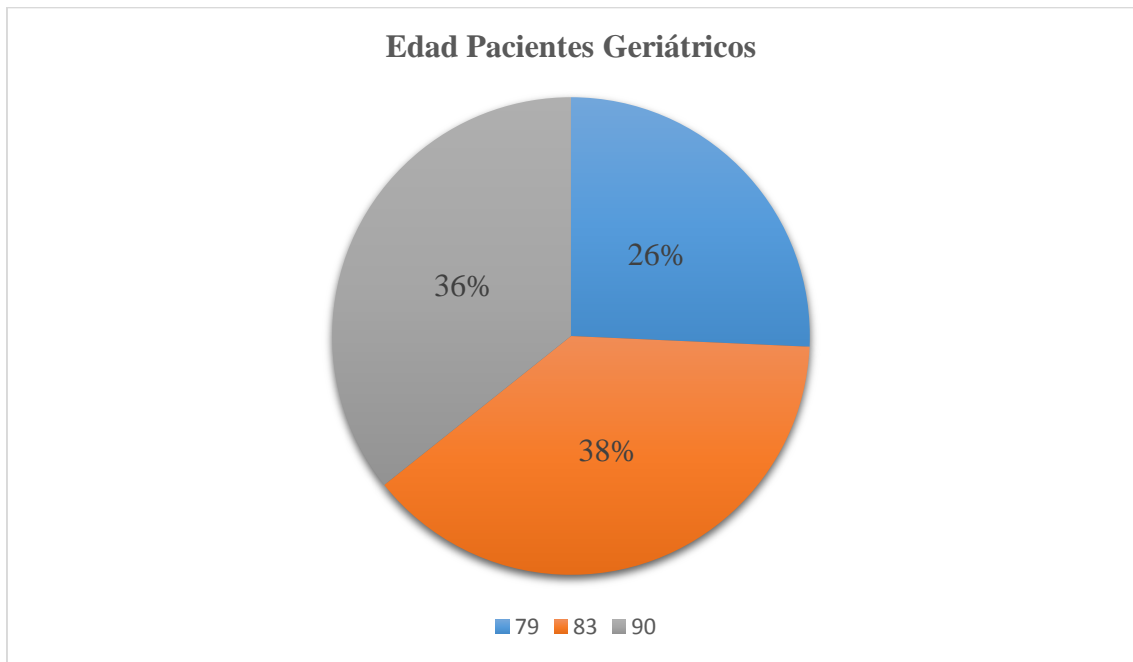


GRAFICO N° 2: Edad de los pacientes Geriátricos

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

4.1.2 MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DIRIGIDO A PACIENTES GERIATRICOS QUE RESIDEN EN EL ASILO DE ANCIANOS CORAZON DE JESUS, CON RESPECTO A FUNCIONES COGNOSITIVAS.

ITEM # 1

Orientación Temporal

Dígame el día, fecha, mes, estación y año.

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Puntaje 1	22	31%
Puntaje 2	25	36%
Puntaje 3	12	17%
Puntaje 4	4	6%
Puntaje 5	7	10%
Total	70	100%

TABLA N° 6: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Temporal

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #1 orientación temporal realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se evidencio que el 31% de ellos no poseen un estado de orientación óptimo referente a el tiempo solo el básicamente relacionado al día en el que están ubicados además del mes, resultando el 36% de los pacientes los cuales obtuvieron dos puntos, no obstante son aproximadamente el 17% las personas que reconocen también la fecha y el 6% y 10% la estación y el año exacto.

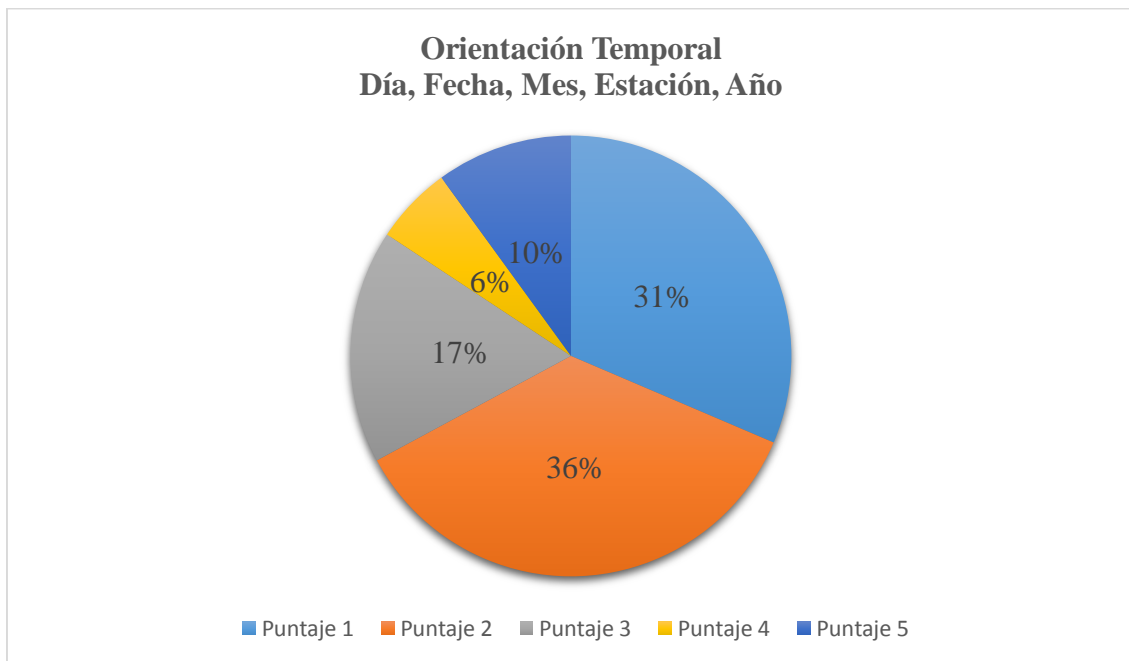


GRÁFICO N° 3 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Temporal.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM # 2

Orientación Espacial

Dígame el Hospital o Lugar, Planta, Ciudad, Provincia, Nación.

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Puntaje 1	45	63%
Puntaje 2	16	24%
Puntaje 3	7	10%
Puntaje 4	2	3%
Puntaje 5	0	0%
Total	70	100%

TABLA N° 7 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Espacial.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #2 Orientación espacial con respecto al lugar y espacio realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se evidencio que el 63% de ellos no poseen un estado de orientación adecuado referente a el espacio y lugar, sobre este ítem la mayoría de pacientes responden el lugar y la ciudad siendo así el 24% el resultado de pacientes que obtienen puntuación de 2 elementos correctos. La planta y provincia son los ítems que más se dificultan y se observa un 10% y 3% de pacientes que alcanzan una puntuación de 3 y 4 ítems contestados adecuadamente.

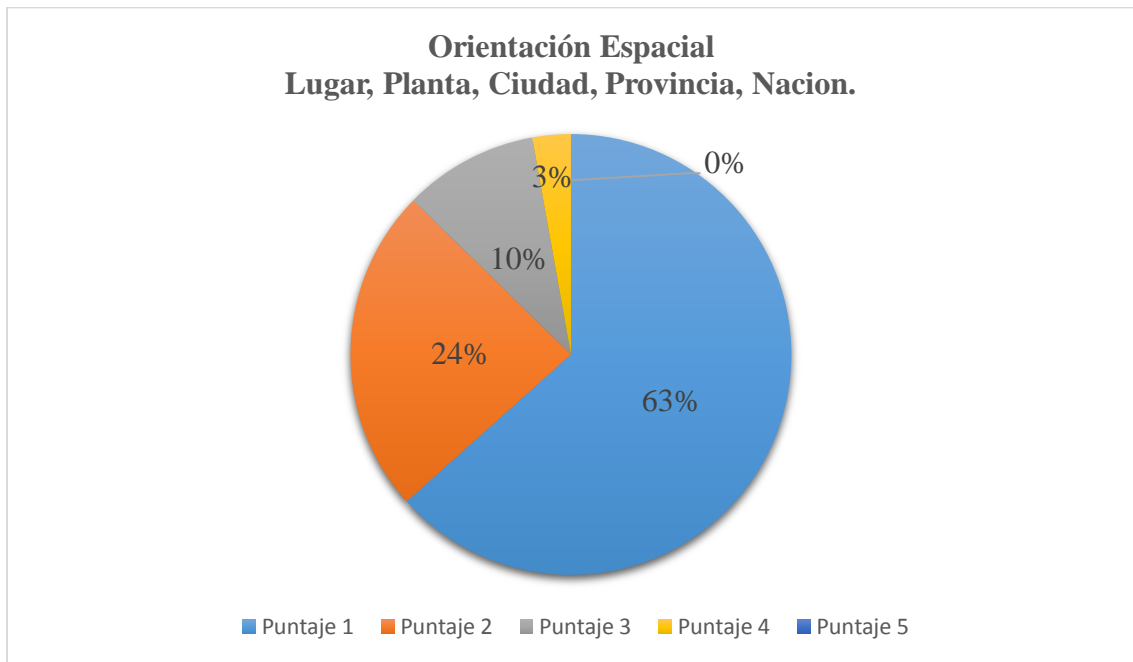


GRÁFICO N° 4 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Orientación Espacial.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM # 3

Fijación

Repita estas tres palabras: manzana, peseta, caballo. (Hasta que pueda conseguir aprenderlas).

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Puntuación 1	23	33%
Puntuación 2	38	54%
Puntuación 3	9	13%
Total	70	100

TABLA N° 8 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Fijación.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #3 realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se evidenció que el 54% de los pacientes pudieron conservar en su fijación 2 palabras y repetirlas consecutivamente el 13% de ellos no pudo repetir las tres palabras completas y el 33% solamente una de las palabras, obteniendo la puntuación inferior a la deseada en el test.

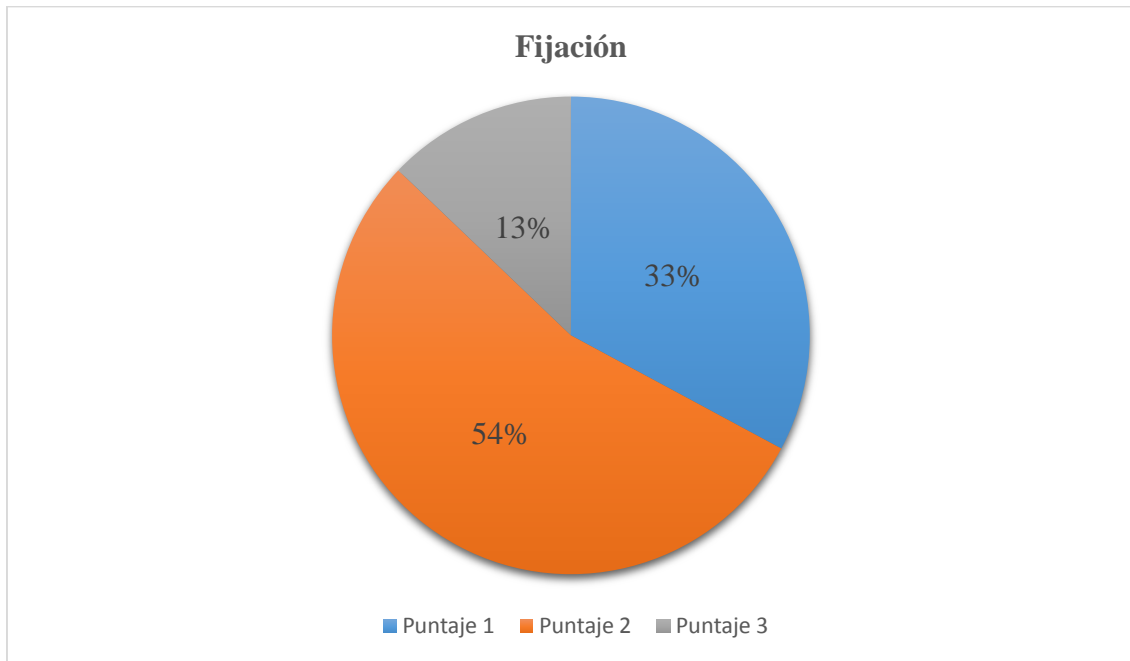


GRÁFICO N° 5 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Fijación.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM # 4

Concentración Y Cálculo

Si tiene 30 monedas y me va dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando?

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Puntaje 1	40	57%
Puntaje 2	21	30%
Puntaje 3	7	10%
Puntaje 4	2	3%
Puntaje 5	0	0%

Total	70	100%
--------------	----	------

TABLA N° 9 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Concentración y Calculo.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #4 donde tomamos en cuenta el cálculo y la concentración, se puede ver evidentemente afectada esta función cognoscitiva ya que el 57% de la población obtuvo el puntaje más bajo en la petición que se realizaba. El 30% de los pacientes pudo realizar hasta la segunda fase el ejercicio y el 10% y 4% las más altas calificaciones.

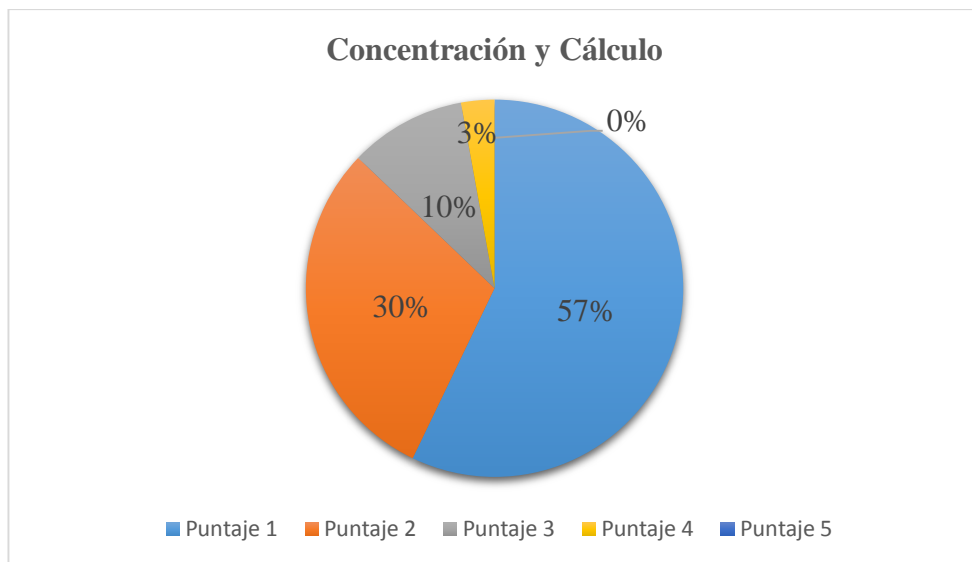


GRÁFICO N° 6 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Concentración y Calculo.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM # 5

Memoria

¿Recuerda las tres palabras de antes?

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Puntuación 1	43	61%
Puntuación 2	21	30%
Puntuación 3	6	9%

Total	70	100
--------------	----	-----

TABLA N° 10 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Memoria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #5, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se evidencio que el 61% de los pacientes geriátricos obtuvieron la puntuación más baja al momento de retener la información que se les dio antes, demostrando así que en su mayoría que una de las funciones más afectadas es la memoria, el 30% restante pudo retener una palabra más de las que se le pidió en la aplicación y un 9% logro sin dificultad recordar las tres palabras expuestas.

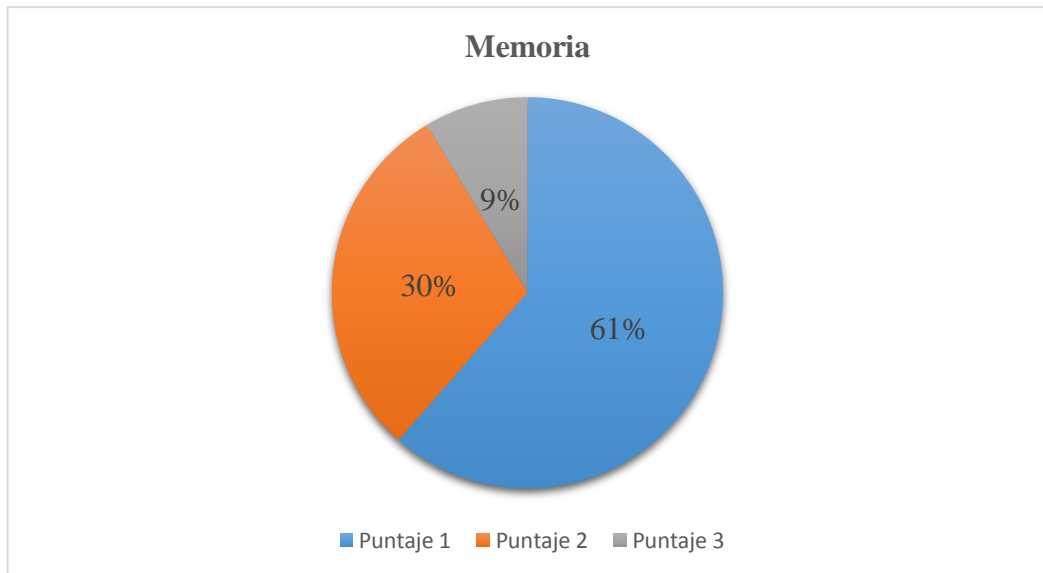


GRÁFICO N° 7 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Memoria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM # 6

Lenguaje y Construcción

Denominación

- Mostrar un esfero. ¿me podrías decir qué es esto?, reiterarlo con un reloj.

Indicadores	Pacientes Puntaje 1	Pacientes Puntaje 2	Porcentaje 1	Porcentaje 0
Puntaje Reloj	45	25	64%	36%
Puntaje Bolígrafo	63	7	90%	10%

TABLA N° 11 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominación.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6, primera parte en donde nos enfocamos en la denominación, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se evidencio que de los pacientes geriátricos el 64% pudo reconocer el reloj sin dificultad y el 36% el otro objeto, no existió mayor dificultad al reconocer, denominar y nombrar los dos objetos expuestos ante el paciente.

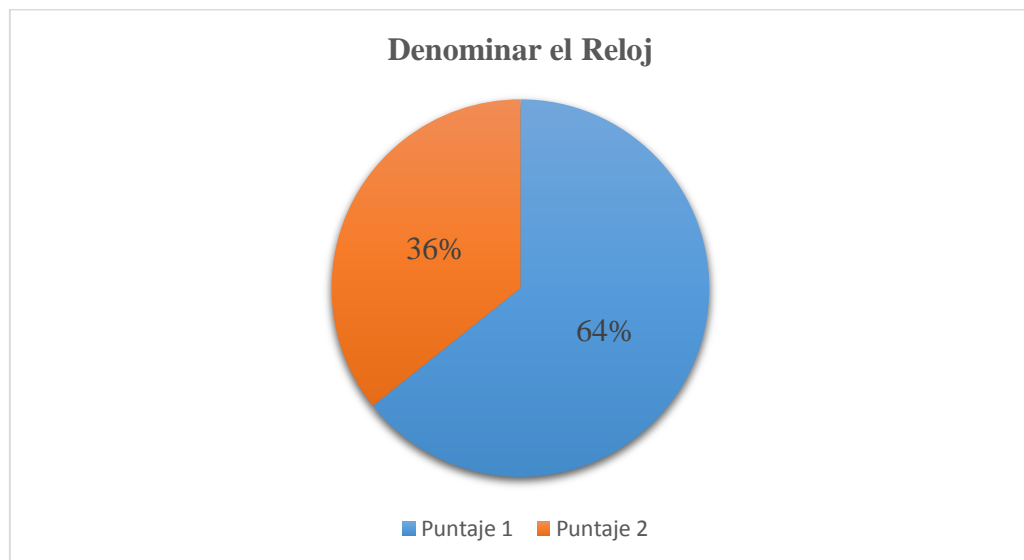


GRÁFICO N° 8 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominar el Reloj.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

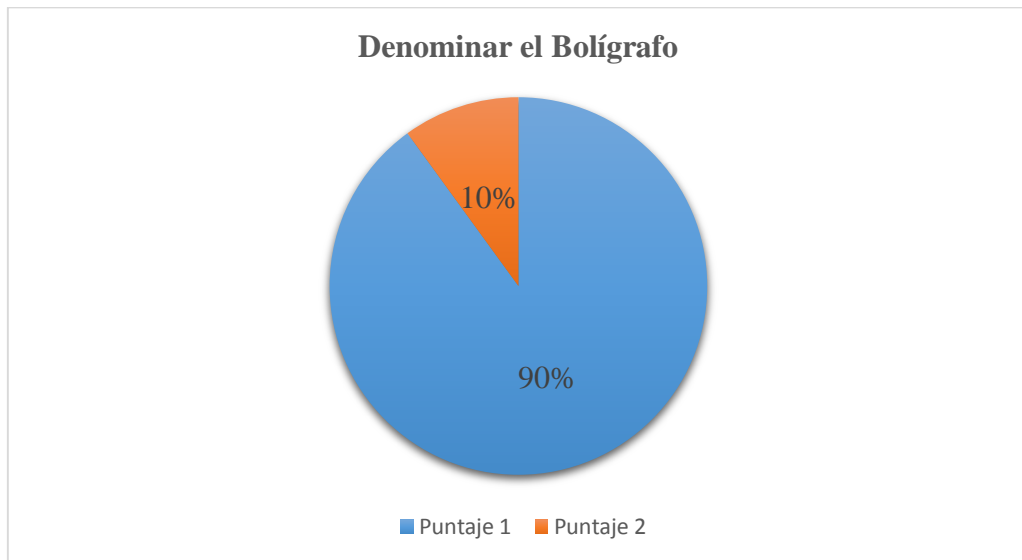


GRÁFICO N° 9: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Denominar Bolígrafo.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Repetición

- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
1	22	69%
0	48	31%
Total	70	100

TABLA N° 12 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Repetición.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6, segunda parte donde nos enfocamos en la repetición, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo los resultados arrojaron que el 69% de la población no repitió la frase señalada en la aplicación, más sin embargo el 31% de la misma lo logro sin dificultad.

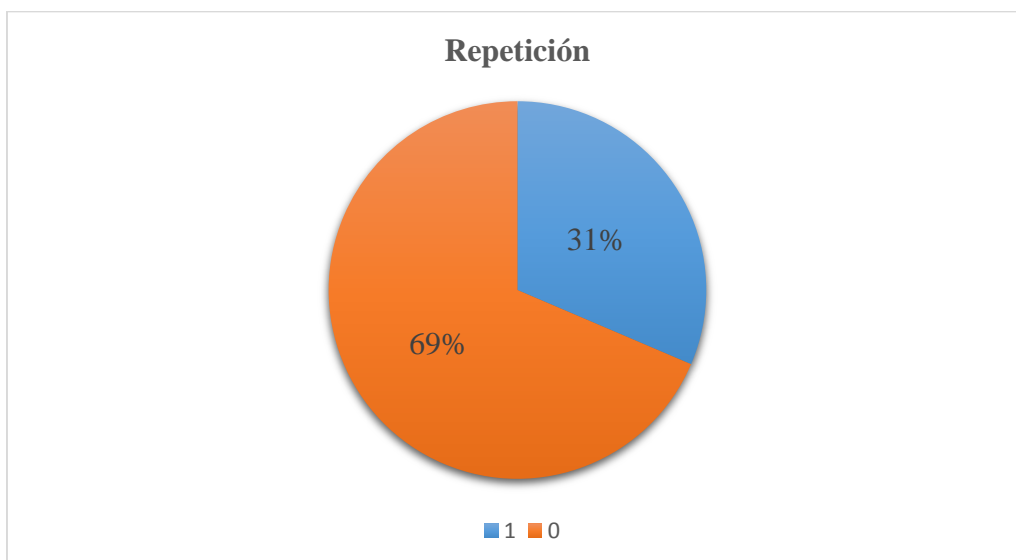


GRÁFICO N° 10: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Repetición.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Recibir y Realizar Órdenes

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa.

Indicadores	Pacientes Puntaje 1	Pacientes Puntaje 0	Porcentaje 1	Porcentaje 0
1 Coger el Papel	54	16	77%	23%
1 Doblar el Papel	48	22	69%	31%
1 Ponerlo en la Mesa	65	5	93%	7%

TABLA N° 13 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Recibir y Realizar órdenes.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6 tercera parte donde está expuesta la parte de recibir y ejecutar ordenes, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se observó que el 77% de la población logro realizar la actividad que se le pidió en cuanto

a coger el papel el 69% logro la actividad de doblarlo y el 93% de colocarlo en la mesa no obstante se puede notar que no existe dificultad en cuanto a recibir una orden.

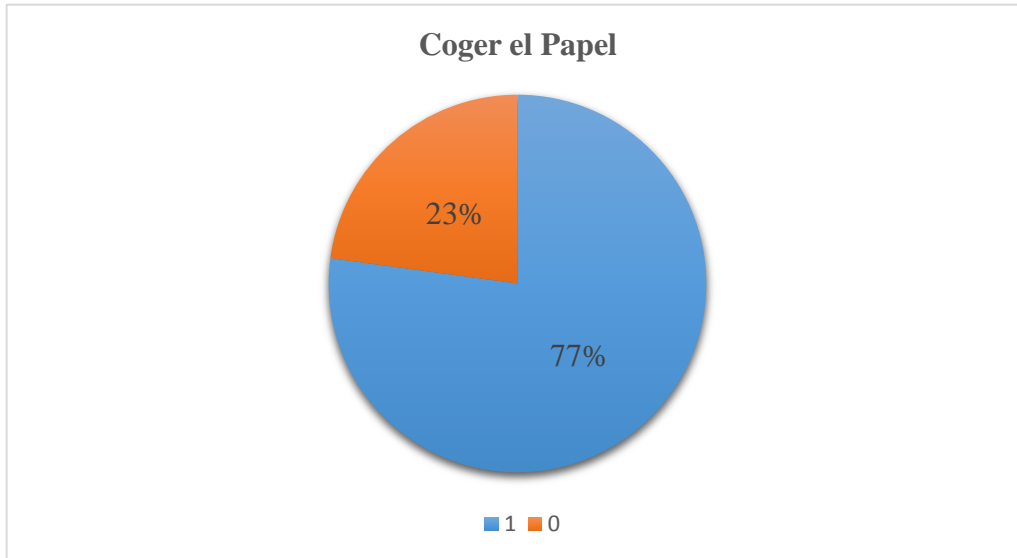


GRÁFICO N° 11: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Coger el Papel.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

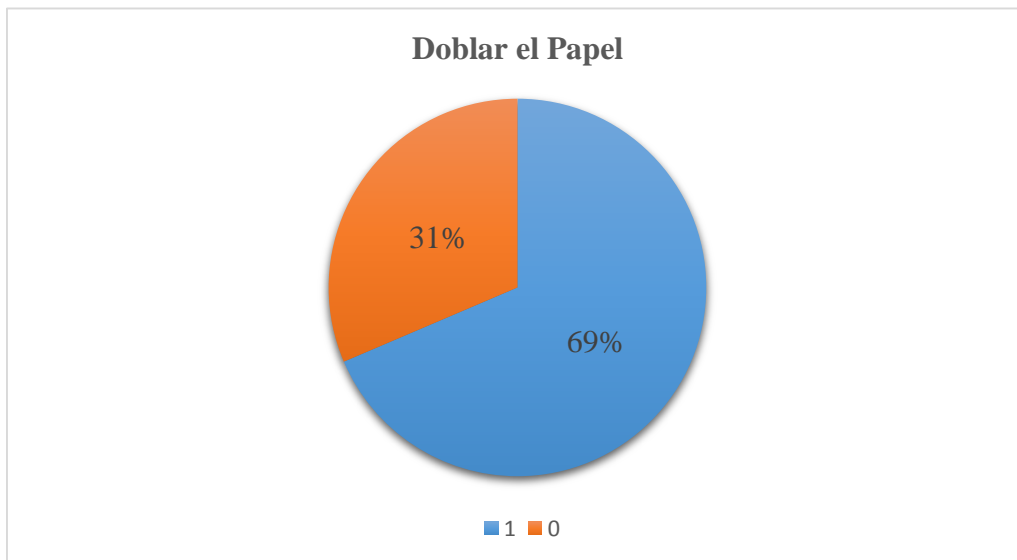


GRÁFICO N° 12: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Doblar el Papel.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

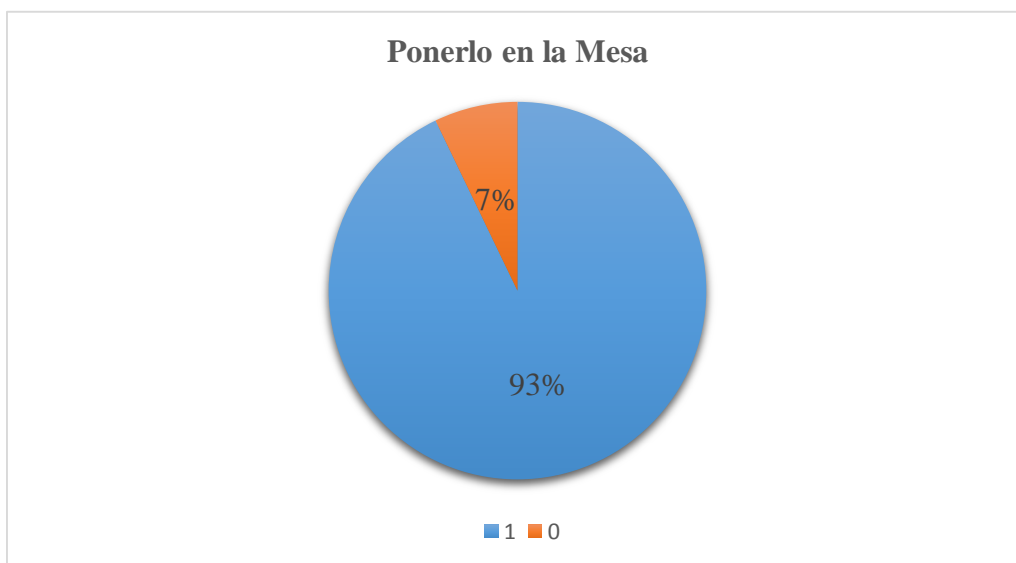


GRÁFICO N° 13: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Ponerlo en la Mesa.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Lectura

- Por favor, Lea esto y proceda a hacer lo que dice en el papel: **Cierre Los Ojos**

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
1	58	83%
0	12	17%
Total	70	100

TABLA N° 14 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Lectura.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6, cuarta parte dedicada a la lectura, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se pudo evidenciar que el 83% de los pacientes geriátricos pudieron realizar la actividad de relación después de la lectura sin ninguna dificultad, tomando en cuenta que 3 de ellos no poseían la capacidad de lectura, razón por la cual se les dijo directamente la orden, posteriormente el 17% no pudo realizar la orden que se le solicitó.

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6, cuarta parte dedicada a la lectura, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo se pudo evidenciar que el 83% de los pacientes geriátricos pudieron realizar la actividad de relación después de la lectura sin ninguna dificultad, tomando en cuenta que 3 de ellos no poseían la capacidad de lectura, razón por la cual se les dijo directamente la orden, posteriormente el 17% no pudo realizar la orden que se le pidió.

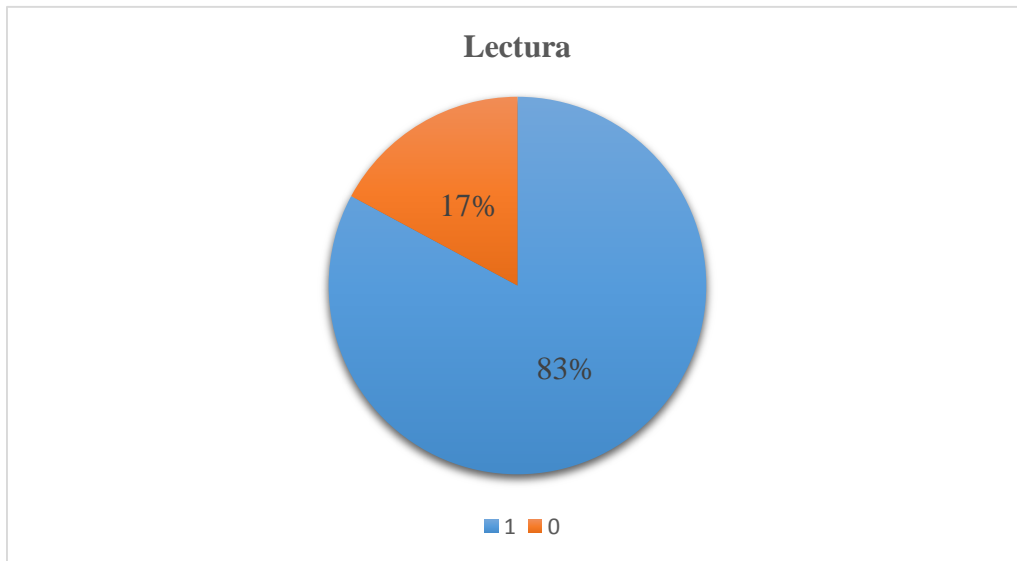


GRÁFICO N° 14: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Lectura.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

Escritura

- Escriba un frase

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
1	16	23%
0	54	77%
Total	70	100

TABLA N° 15 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Escritura

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, en el ítem #6, quinta parte enfocada a la escritura, realizado a través del Mini Examen Cognoscitivo los resultados fueron que el 77% de los pacientes no pudieron realizar la escritura de la frase que se les pidió, algunos adultos mayores se justificaron por dolores en las extremidades superiores, otros no quisieron realizar la orden que se les pidió, se justificaron diciendo que se sentían cansados o que no podían, evidenciándose gran dificultad en este ítem.

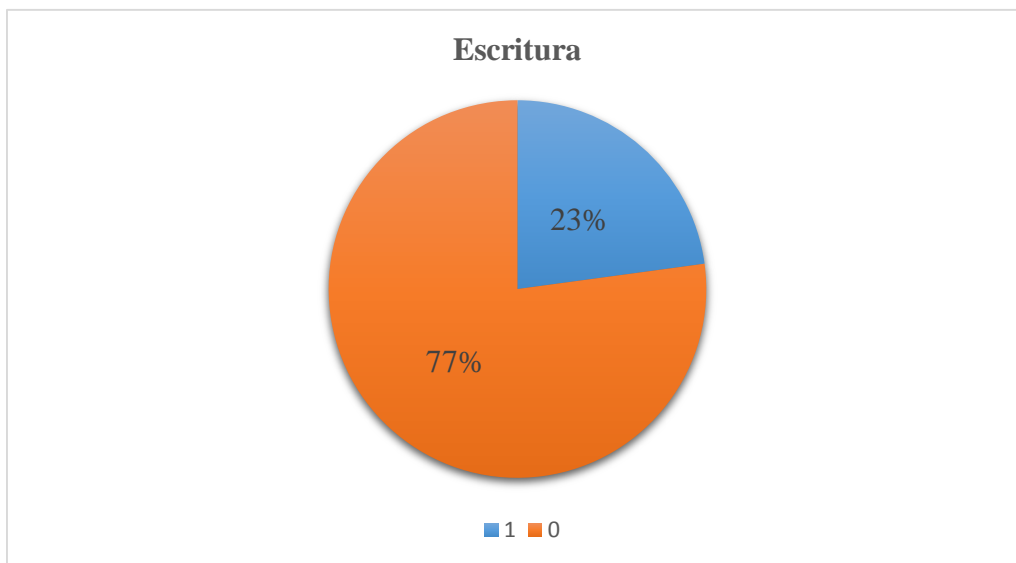


GRÁFICO N° 15: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Escritura

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

Copia

- Copie el dibujo expuesto

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
1	8	11%
0	62	89%
Total	70	100

TABLA N° 16 Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Copia.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, ítem # 6 en la sexta parte de copia realizada a través del Mini Examen Cognoscitivo los resultados fueron que el 89% de los pacientes no quisieron o pudieron realizar la orden que se les pidió, algunos de los adultos mayores copiaron con gran dificultad y otros lo realizaron no con exactitud, resultando una clara afectación en la función cognoscitiva de construcción.

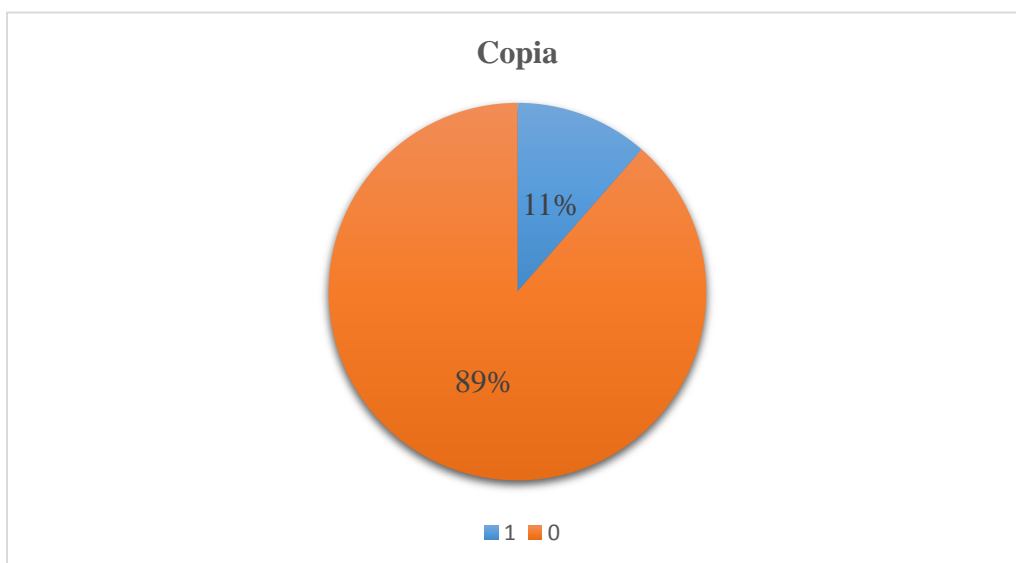


GRÁFICO N° 16: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Copia.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

4.1.3. ESCALA DE BARTHEL

ITEM 1

Comer

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 10	27	39%
Necesita Ayuda 5	33	47%
Dependiente 0	10	14%
Total	70	100

TABLA N° 17: Escala de Barthel, Comer.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, aproximadamente el 47% en el ítem# 1 necesita algún tipo de ayuda para alimentarse, estos adultos mayores no son capaces de comer solos siempre se necesita supervisión de personal de cuidado en el asilo, por otro lado el 14% son totalmente dependientes ya sea por imposibilidad física, es necesario que otra persona los alimente. El 39% es independiente y capaz de comer solo y en un tiempo razonable.

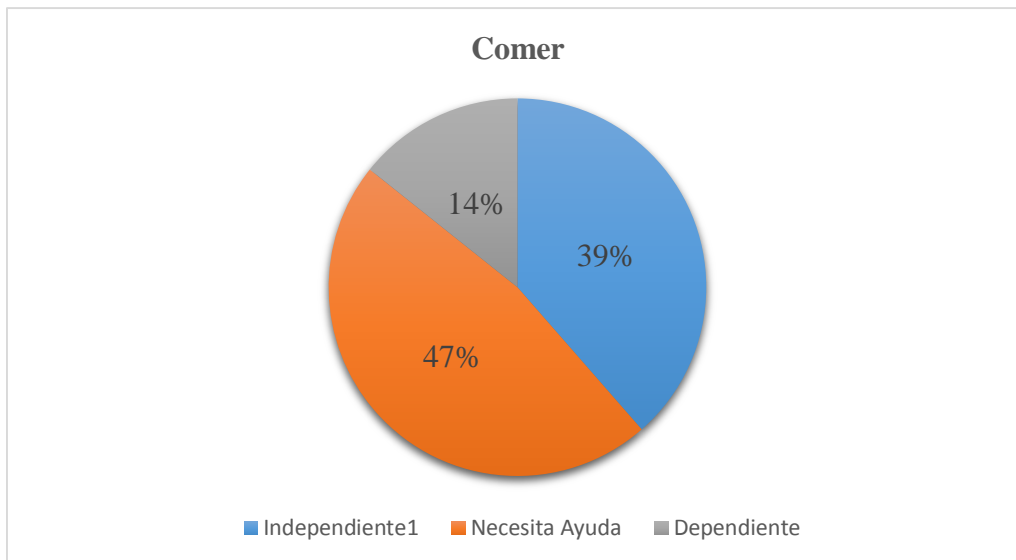


GRÁFICO N° 17: Escala de Barthel, Comer.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015

ITEM 2

Lavarse (Bañarse)

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 10	22	31%
Dependiente 0	48	69%
Total	70	100

TABLA N° 18: Escala de Barthel, Bañarse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, aproximadamente el 69% en el ítem # 2 necesita ayuda y supervisión para realizar su actividad con referente al aseo personal, la mayoría de pacientes manifiestan no poder entrar y salir del baño por temor a caídas repentinas o no poder realizar adecuadamente esta actividad. Por otro lado el 31% de los pacientes es capaz de realizar esta tarea sin dificultad e independientemente.

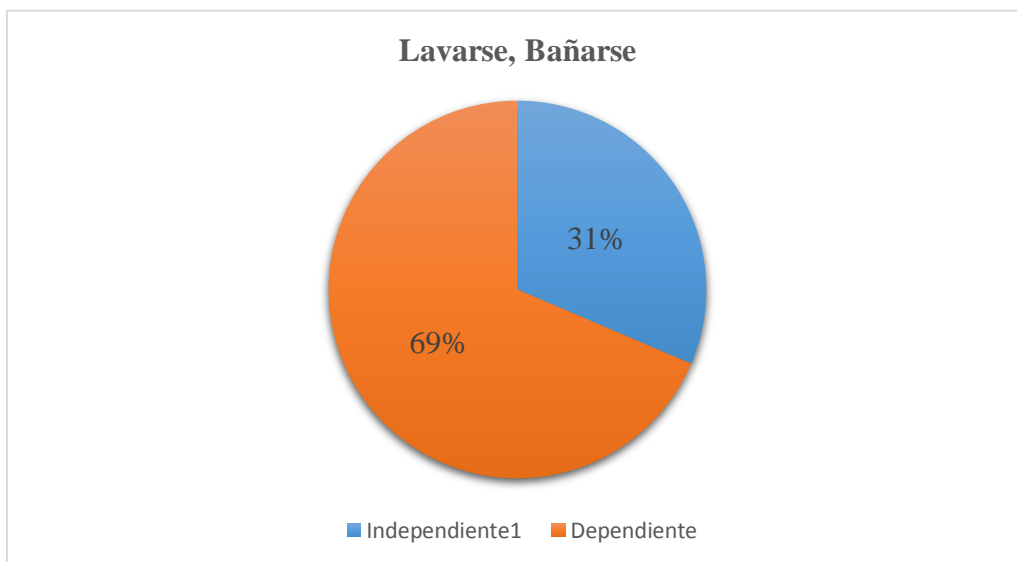


GRÁFICO N° 18: Escala de Barthel, Lavarse, Bañarse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 3

Vestirse

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 10	19	27%
Necesita Ayuda 5	29	42%
Dependiente 0	22	31%
Total	70	100

TABLA N° 19: Escala de Barthel, Vestirse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, aproximadamente el 42% en el ítem # 3 necesitan algún tipo de ayuda al momento de colocarse sus prendas de vestir sin embargo realizan solos al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable, el 31% necesita total ayuda en esta actividad y el 27% la realiza sin ninguna dificultad.

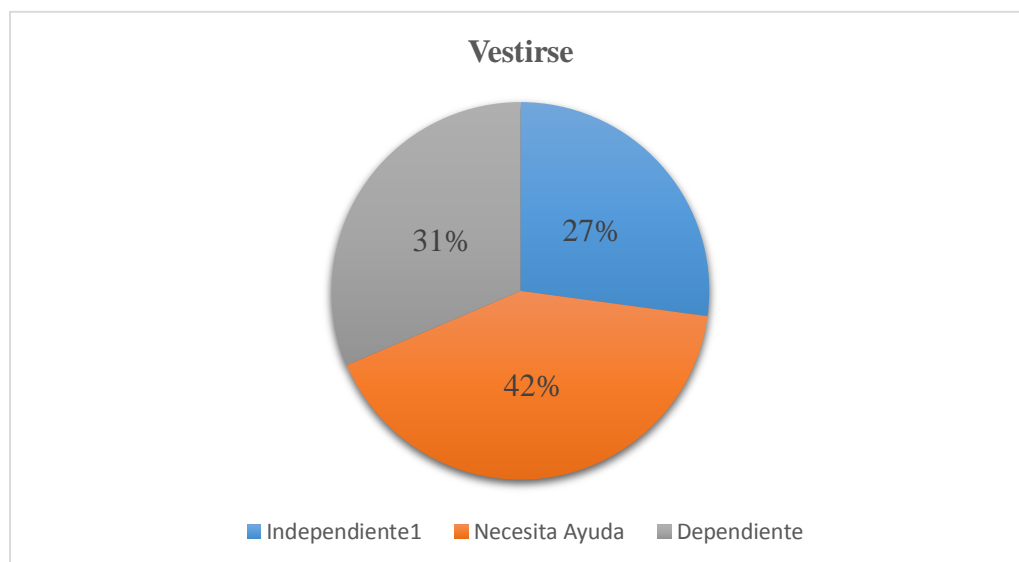


GRÁFICO N° 19: Escala de Barthel, Vestirse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 4

Arreglarse

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 10	21	30%
Dependiente 0	49	70%
Total	70	100

TABLA N° 20: Escala de Barthel, Arreglarse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, se obtuvieron los resultados del 70% en el ítem # 4 es totalmente o en parte dependiente cuando se dispone a realizar las actividades personales para su arreglo externo, o necesita algún tipo de ayuda o supervisión, por el contrario el 30% logra hacerlo sin ninguna dificultad y sin ayuda aunque los implementos puedan ser provistos por otra persona.

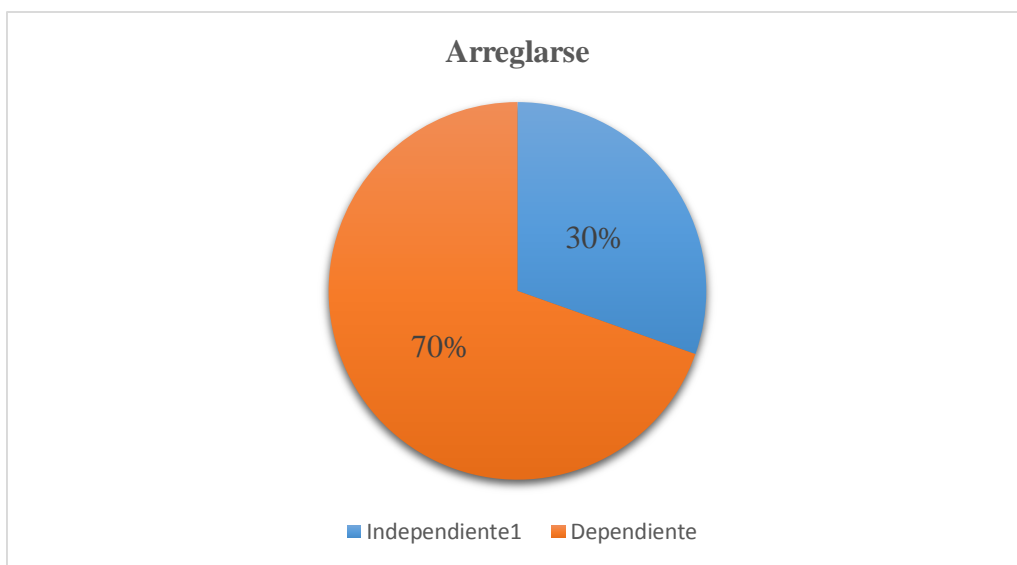


GRÁFICO N° 20: Escala de Barthel, Arreglarse.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 5

Deposición

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Continente 10	23	33%
Accidente Ocasional 5	40	57%
Incontinente 0	7	10%
Total	70	100

TABLA N° 21: Escala de Barthel, Deposición.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, el 57% de la población ha tenido o tiene accidentes ocasionales, menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios. El 7% tiene problemas de incontinencia y el 33% no atenido ningún episodio de incontinencia. La mayoría ha tenido accidentes ocasionales.

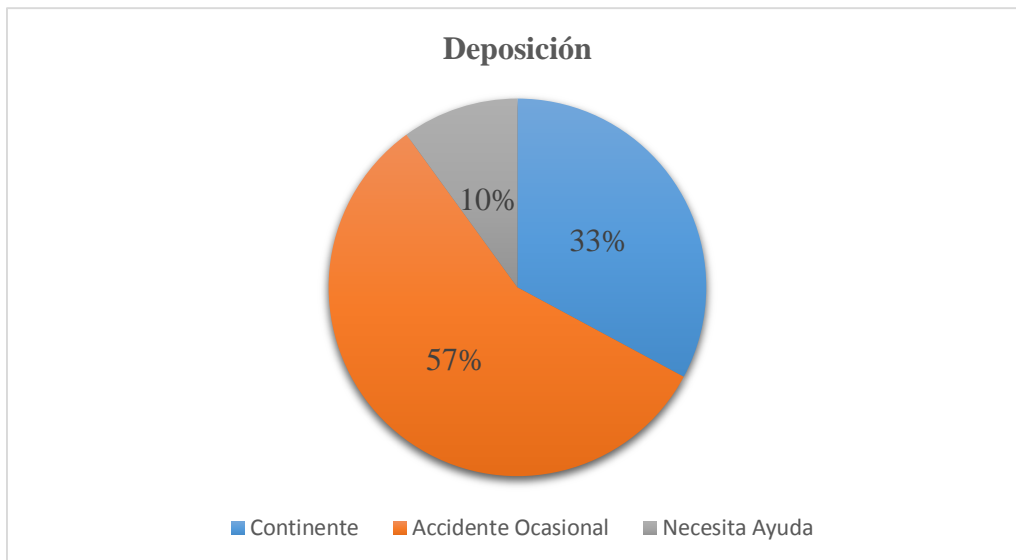


GRÁFICO N° 21: Escala de Barthel, Deposición.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 6

Micción

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Continente 10	13	19%
Accidente Ocasional 5	43	61%
Incontinente 0	14	20%
Total	70	100

TABLA N° 22: Escala de Barthel, Micción.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, el 61% de ellos ha tenido algún accidente ocasional, en 24 horas por lo menos algún episodio, incluido manipulación de sondas en algunos casos u otras maneras para combatir el problema, con respecto a los pacientes incontinentes los resultados fueron aproximadamente el 20% y el 19% no tienen ni han tenido ningún episodio de incontinencia y son capaces de usar cualquier dispositivo por si solos.

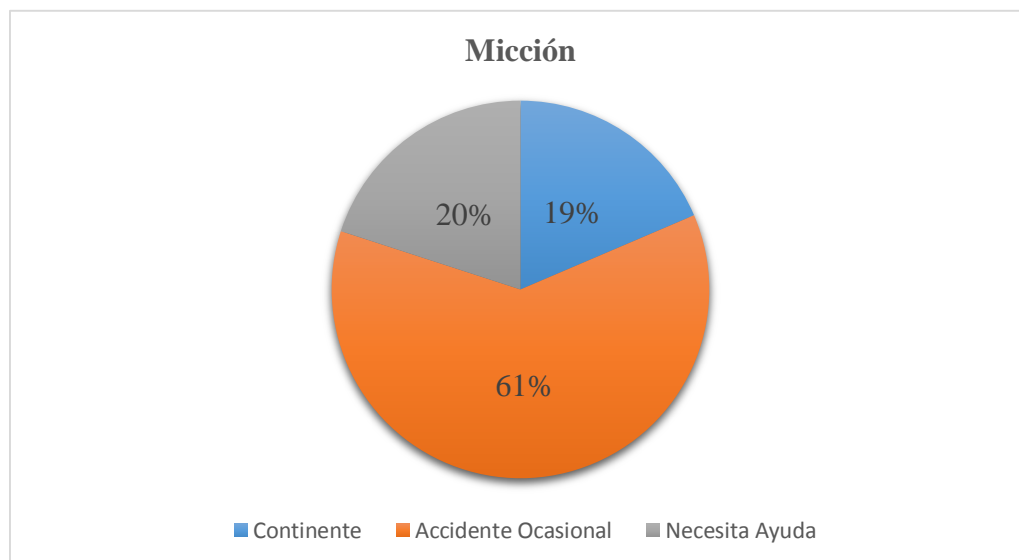


GRÁFICO N° 22: Escala de Barthel, Micción.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 7

Usar El Retrete

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 10	12	17%
Necesita Ayuda 5	44	63%

Dependiente 0	14	20%
Total	70	100

TABLA N° 23: Escala de Barthel, Usar el Retrete.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos, durante la aplicación de la Escala de Barthel, los resultados se relacionaron con el ítem #6 aproximadamente el 63% necesita algún tipo de ayuda o dispositivo, ya que por lo general los pacientes han tenido o tienen accidentes ocasionales de micción y deposición además de esto el 20% de ellos es dependiente al momento de utilizar el retrete, incapaz de manejar esta situación sin ayuda. Consiguientemente el 17% es independiente entra y sale solo del baño, es autosuficiente en esta actividad.

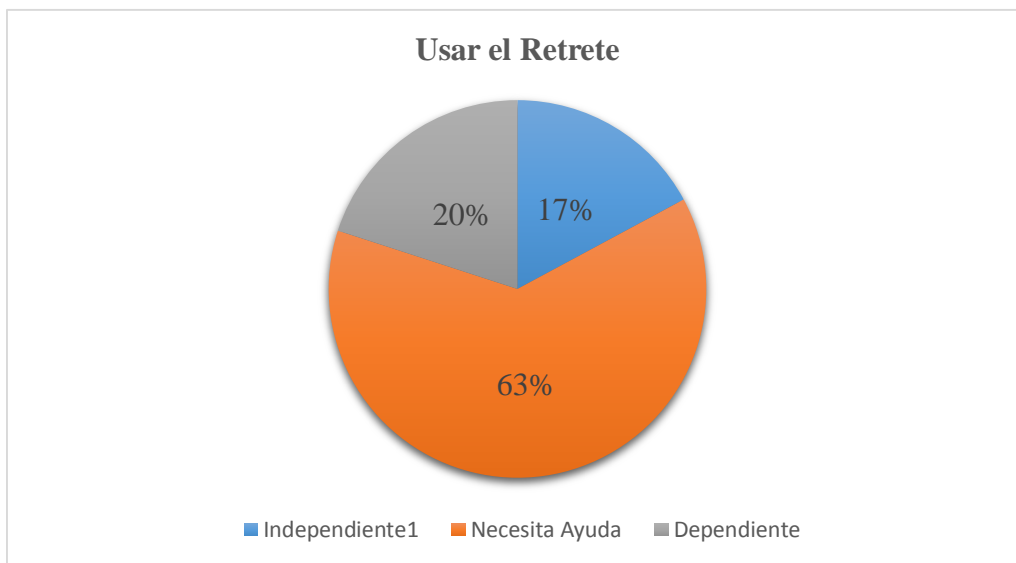


GRÁFICO N° 23: Escala de Barthel, Usar el Retrete.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 8

Traslado Al Sillón/Cama

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 15	15	22%
Mínima Ayuda 10	19	27%
Gran Ayuda 5	24	34%
Dependiente 0	12	17%
Total	70	100

TABLA N° 24: Escala de Barthel, Traslado al Sillón, Cama.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos del asilo Sagrado Corazón de Jesús, donde aplicamos la Escala de Barthel, en el ítem # 8 el 34% de la población necesitan gran ayuda para trasladarse al sillón o la cama a la hora de dirigirse a descansar, ayuda profesional que en algunos casos no existe, así mismo el 27% precisa una mínima ayuda como una supervisión verbal o una pequeña ayuda física para ponerse en pie o alcanzar los dispositivos de movimiento que algunos adultos mayores portan, el 17% necesitan un alzamiento o ayuda de máximo 2 personas, o de algún dispositivo para poder movilizarse, por último el 22% de los pacientes es independiente y realiza esta tarea sin ninguna dificultad.

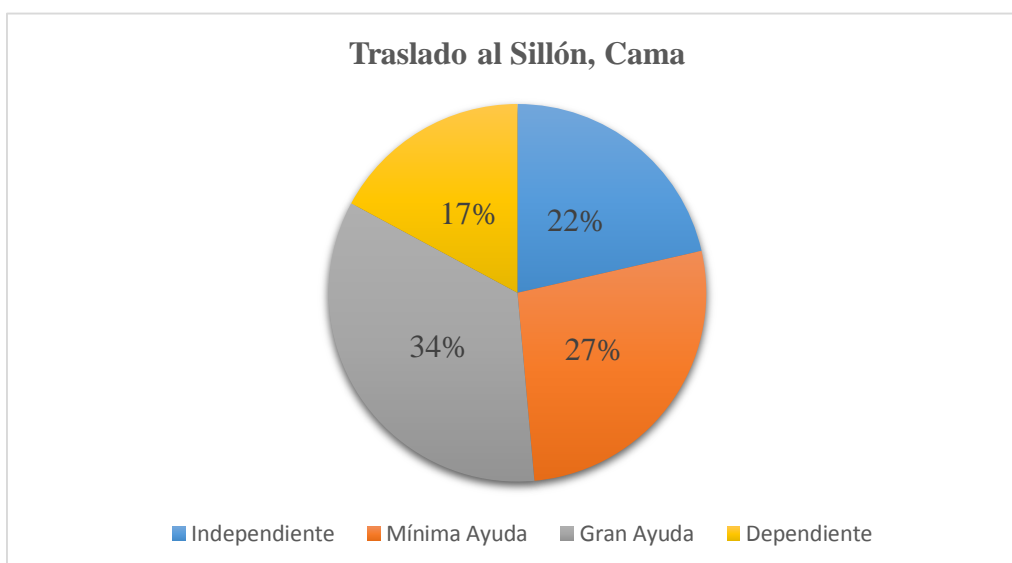


GRÁFICO N° 24: Escala de Barthel, Traslado al Sillón, Cama.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 9

Deambulación

Indicadores	Pacientes Geriátricos	Porcentaje
Independiente 15	15	21%
Necesita Ayuda 10	34	49%
Independiente (En silla de Ruedas) 5	9	13%
Dependiente 0	12	17%
Total	70	100

TABLA N° 25: Escala de Barthel, Deambulación.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos del asilo Sagrado Corazón de Jesús, donde aplicamos la Escala de Barthel, en el ítem # 9 el 49% de la población necesita algún tipo de ayuda física o supervisión por parte de otra persona, y requieren utilizar andador, además de

esto el 13% de ellos utiliza silla de ruedas sin embargo son independientes en 50m, no requieren ayuda más que la suficiente para trasladarse de un lugar a otro, el 21% es dependiente y esta actividad es cumplida sin ningún tipo de problema.

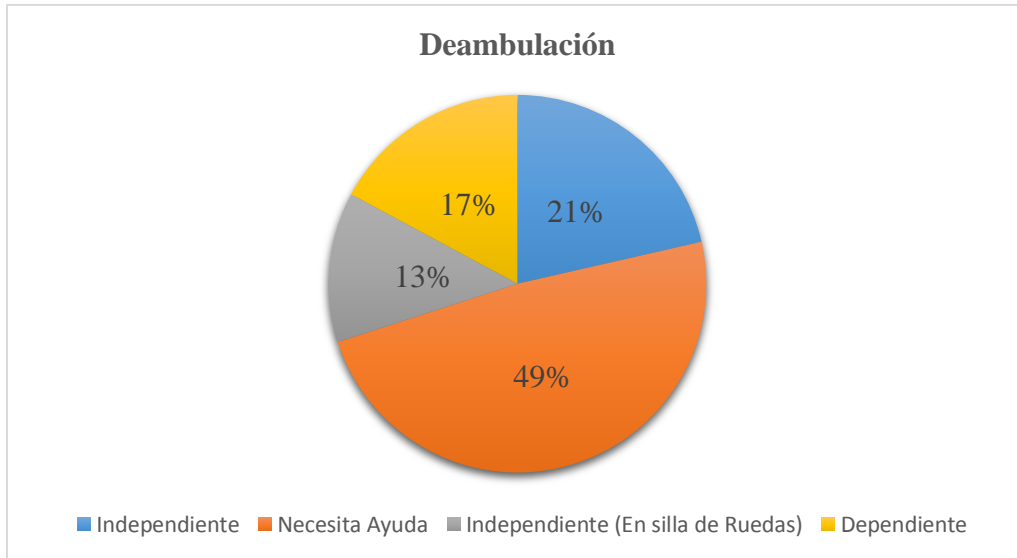


GRÁFICO N° 25: Escala de Barthel, Deambulaci3n.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades B3sicas de la Vida Diaria de los pacientes geriatr3cos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Coraz3n de Jes3s.

Elaborado por: Torres, 2015.

ITEM 10

Subir/Bajar Escaleras

Indicadores	Pacientes Geriatr3cos	Porcentaje
Independiente 10	13	19%
Necesita Ayuda 5	41	58%
Dependiente 0	16	23%
Total	70	100

TABLA N° 26: Escala de Barthel, Subir, Bajar Escaleras.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades B3sicas de la Vida Diaria de los pacientes geriatr3cos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Coraz3n de Jes3s.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos del asilo Sagrado Corazón de Jesús, donde aplicamos la Escala de Barthel, en el ítem # 10 el 58% de la población necesita algún tipo de ayuda o supervisión para subir escalones es por esto que se ha visto la manera de adaptar el lugar, acorde a sus necesidades. El 23% es incapaz de realizar esta actividad, y por último el 19% realiza esta actividad sin dificultad, capaces de subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda.

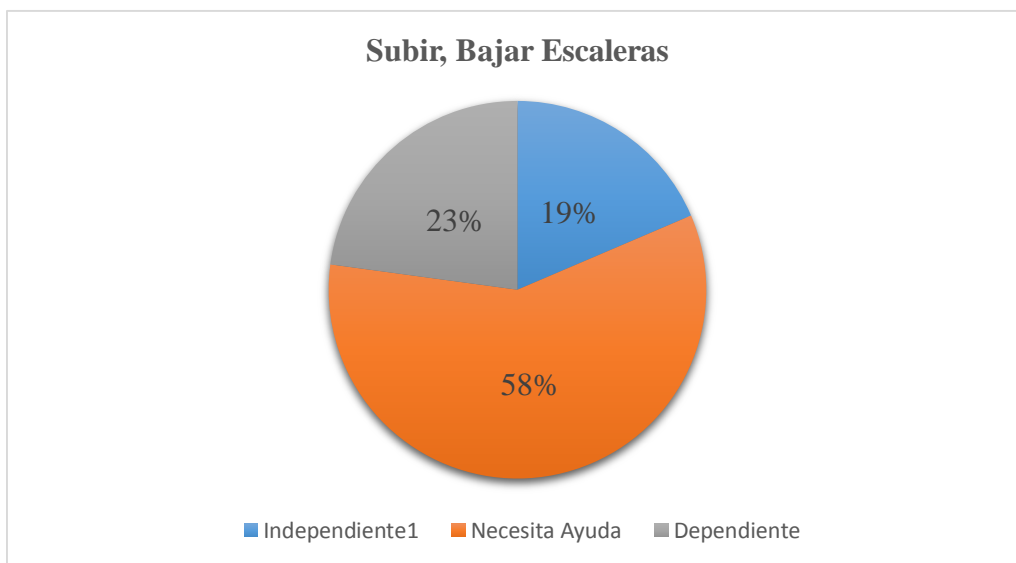


GRÁFICO N° 26: Escala de Barthel, Subir Bajar escaleras.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

4.2 RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS

4.2.1 Tabla Grado Daño Cognitivo

		Frecuencia Minimental			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	1	1,4	1,4	1,4
	Daño Cognitivo Leve	5	7,1	7,1	8,6
	Daño Cognitivo Moderado	52	74,3	74,3	82,9
	Daño Cognitivo Severo	12	17,1	17,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

TABLA N° 27: Grado de Deterioro.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e interpretación

Se pudo evidenciar mediante el test Mini Mental, que el 1,4% de la población, fue evaluada con el nivel normal, el 7,1% de los pacientes geriátricos poseen daño cognitivo leve el 74,3% posee deterioro cognitivo moderado y aproximadamente el 17,1% posee deterioro cognitivo severo concluyendo así que el daño cognitivo moderado es el más frecuente en los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Las áreas más afectadas en la mayoría de adultos mayores fueron la memoria, la orientación ya sea temporal o espacial además de las dificultades con la función viso perspectiva y viso constructiva en el momento de copiar o realizar la imagen seleccionada, y los evidentes inconvenientes en el área de cálculo matemático.

4.2.2 Gráfico de resultados grado de deterioro

Frecuencia Minimental

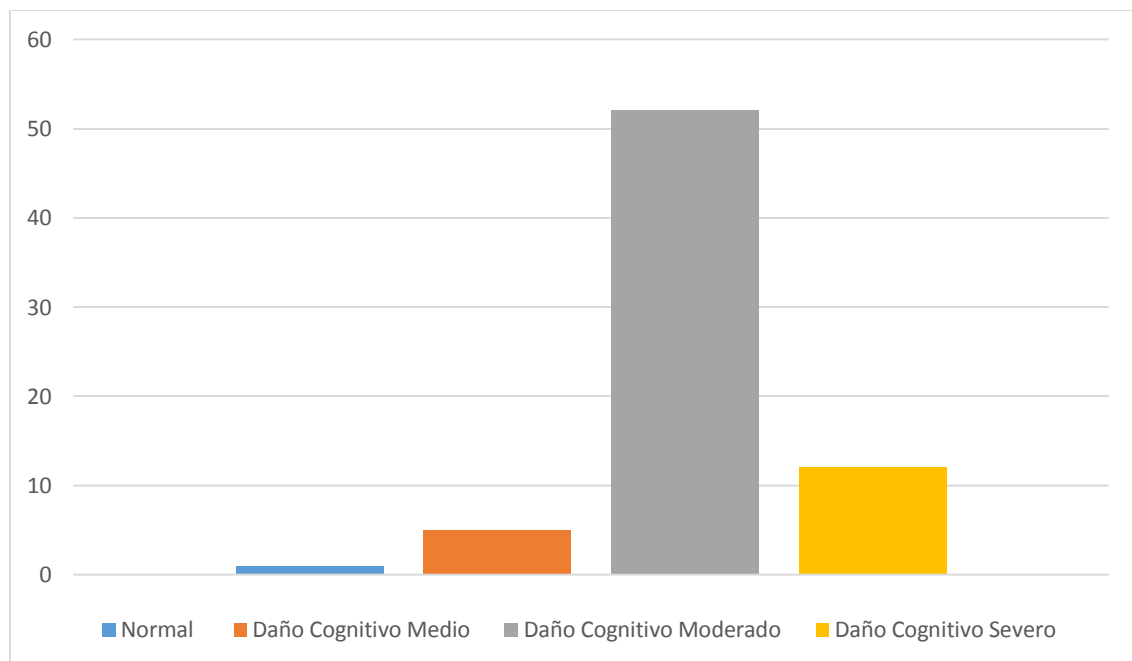


GRÁFICO N° 27: Resultado Grado de Deterioro.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

4.2.3 Tabla de grado de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria

Frecuencia Barthel

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Dependencia Total	7	10,0	10,0	10,0
Dependencia Severa	43	61,4	61,0	71,4
Dependencia Moderada	20	25,7	29,0	98,6
Dependencia Escasa	0	,0	,0	98,6
Independencia	0	,0	,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

TABLA N° 28: Grado de Dependencia de las Actividades Básicas de la vida Diaria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

Durante la aplicación de la escala de Barthel los resultados obtenidos consisten en 10,0% de la población poseen dependencia total, 61,0% dependencia severa y el 29,0% dependencia moderada por consiguiente ningún paciente geriátrico posee dependencia escasa ni tampoco es independiente, logrando concluir que existe gran índice de pacientes que poseen dificultades notorias al momento de realizar sus actividades básicas en su vida diaria, siendo estas las más frecuentes: deambular, subir escaleras usar el retrete, en esta situación la gran mayoría ha tenido algún tipo de accidente en la micción y deposición.

4.2.4 Grafico de resultados niveles de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria

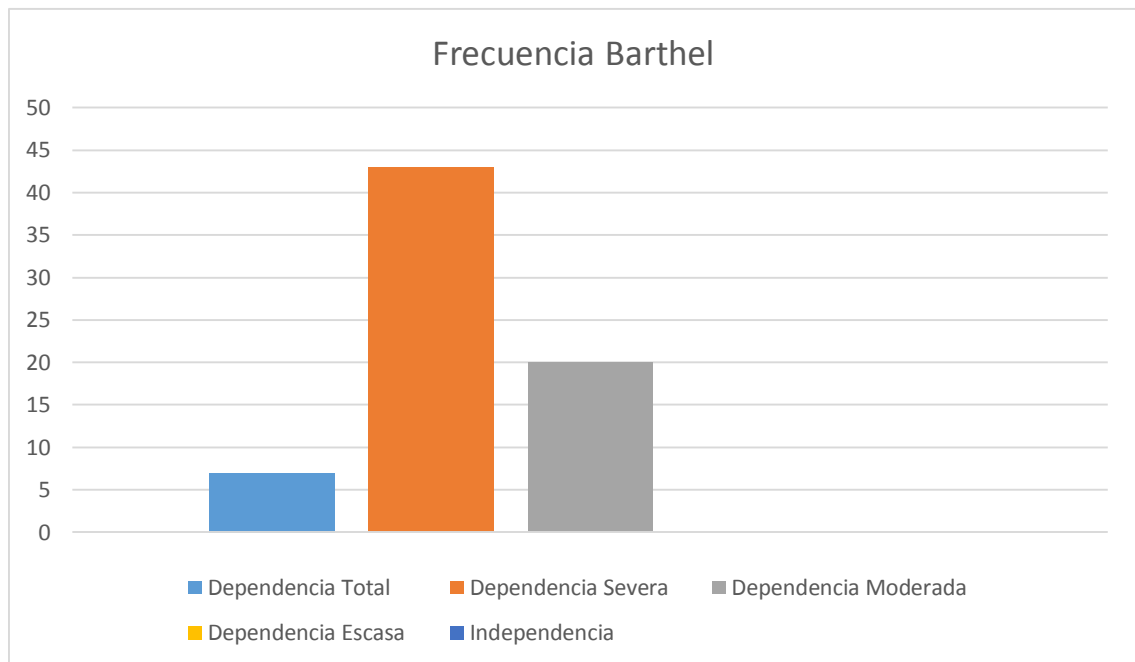


GRÁFICO N° 28: Escala de Barthel, Grado de Dependencia de las actividades Básicas de la Vida Diaria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

4.2.5 INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES

4.2.6 Tablas Cruzadas, Resultados deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Escala minimal Resultado Barthel tabulación cruzada

Recuento

	Resultado Barthel					Total
	Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Escasa	Independencia	
Escala minimal Normal	0	1	0	0	0	1
Daño Cognitivo Leve	0	4	1	0	0	5
Daño Cognitivo Moderado	6	32	14	0	0	52
Daño Cognitivo Severo	1	6	5	0	0	12
Total	7	43	20	0	0	70

TABLA N° 29: Resultados Deterioro cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

Análisis e Interpretación

De los 70 pacientes geriátricos del asilo Sagrado Corazón de Jesús, donde aplicamos el Mini Examen Cognoscitivo y la Escala de Barthel, se puede observar que existe 1 persona que fue evaluada con el nivel normal y posee un grado de dependencia severa, esto se debe a que esta persona padece una hemiplejía donde la paciente se ve impedida para realizar la mayoría de sus actividades básicas de la vida diaria, más ha tenido excelentes resultados ya que es una persona que acude a diferentes terapias en distintos centros y tiene apoyo de su familia. Así mismo 5 personas poseen daño cognitivo leve de las cuales 1 de ellas evidencia una dependencia moderada, y las 4 restantes dependencia severa, siendo evidente que el daño cognitivo moderado y severo es el más frecuente en los pacientes geriátricos, existiendo aproximadamente 12 personas con deterioro cognitivo severo y 52 con daño cognitivo moderado, así mismo el grado de dependencia más frecuente es moderada y severa obteniendo como resultados que 43 personas poseen dependencia severa y 20 dependencia moderada.

4.2.7 Gráfico de incidencia entre el deterioro cognitivo y las Actividades Básicas de la Vida Diaria

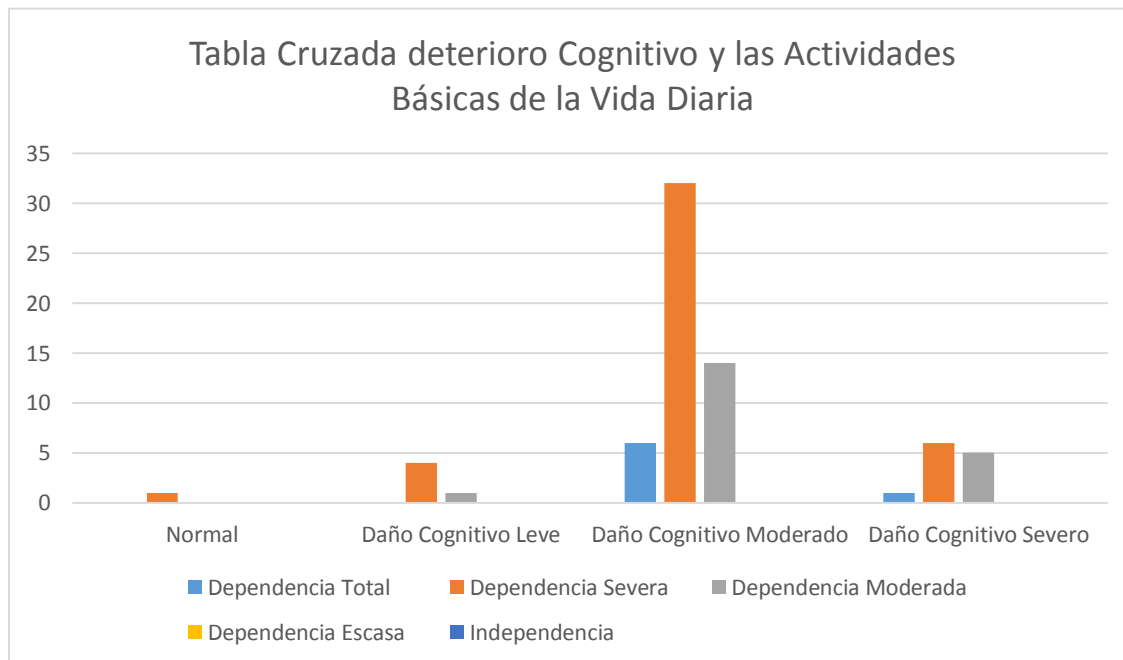


GRÁFICO N° 29: Deterioro cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015.

4.2.8 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,876 ^a	12	,986	,877		
Razón de verosimilitud	5,000	12	,958	,884		
Prueba exacta de Fisher	11,730			,921		
Asociación lineal por lineal	,336 ^b	1	,562	,638	,337	,106
N de casos válidos	70					

a. 16 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

b. El estadístico estandarizado es ,579.

TABLA N° 30 Pruebas de Chi-cuadrado.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

4.2.9 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

HIPOTESIS

NULA

- El deterioro cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

ALTERNA

- El deterioro cognitivo incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

Verificación

No existe una asociación estadísticamente significativa entre el Deterioro Cognitivo y las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) es decir: $X^2(12) = 9,21, p > 0,05$.

Se observa que el índice no es significativo por esta razón se rechaza la Hipótesis afirmativa y se acepta la Hipótesis nula, por lo tanto se comprueba que el deterioro

cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- Mediante el análisis realizado en esta investigación el resultado obtenido referente a la hipótesis es que no se comprueba, es decir, el deterioro cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús, más existen índices altos de deterioro cognitivo moderado, así como también se ve afectada la autonomía en el adulto mayor.
- Mediante la interpretación de resultados arrojados del Test Mini Mental de Folstein, se evidencia que la mayoría de pacientes geriátricos poseen un deterioro cognitivo moderado es decir el 74,3% y severo el 17,1% afectando diversas áreas de la vida del paciente, existiendo dificultad para comprender ordenes, de aprender nueva información, desorientación ya sea temporal y espacial, errores e incapacidad para resolver problemas de cálculo.
- Según los resultados obtenidos en la escala de Barthel la mayoría de pacientes geriátricos poseen un grado de dependencia severa con el 61,0% y moderada con el 29,0%.

Las actividades básicas de la vida diaria que más se observaron con dificultad para realizar fueron las de bañarse, y usar el retrete. Si bien es cierto los adultos mayores siempre necesitan de un cuidado y observación constante la gran mayoría necesita una ayuda ya sea mínima para realizar sus tareas diarias de aseo personal y comunes de supervivencia.

5.2. RECOMENDACIONES:

- En relación a los resultados conseguidos se evidencia que la hipótesis no se comprueba, sin embargo existen índices notables de deterioro cognitivo moderado y severo, como consecuencia se ve afectada la autonomía del adulto mayor por lo que es necesario aplicar un programa de Estimulación cognitiva en los adultos mayores, basada en terapia ocupacional.

- Realizar estimulación cognitiva enfocada en la conservación de las funciones cognoscitivas además, mediante la Terapia Racional Explicativa (TRE) disminuir los síntomas ansiógenos que surjan de las dudas sobre la etiología del deterioro cognitivo.
- Aplicar técnicas ocupacionales que como objetivo en los adultos mayores impulsen la independencia en el desempeño de actividades básicas de la vida diaria, debido a los efectos del envejecimiento y al entorno en el cual se encuentran los adultos mayores, y con esto habiliten y rehabiliten las actividades de la vida diaria más comunes en las que poseen mayor dificultad.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS:

6.1.1 Tema:

Programa de Estimulación cognitiva en los adultos mayores, basada en terapia ocupacional.

6.1.2 Institución Ejecutora:

ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Adultos mayores, personal encargado del cuidado del adulto mayor que se encuentran el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

Indirectos: Familiares de pacientes, Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús Ambato.

6.1.4 Ubicación:

Instalaciones del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

6.1.5 Tiempo Estimado:

8 semanas

6.1.6 Equipo Responsable:

Equipo Multidisciplinario conformado por:

Psicólogo Clínico

Personal encargado del cuidado de los adultos mayores.

Medico encargado.

6.1.7 Costo:

1200 dólares.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA:

Mediante los resultados obtenidos en la presente investigación, se denota que la hipótesis no se comprueba, es decir, el deterioro cognitivo no incide en las actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico que reside en el Asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús, por ende es importante plantear una propuesta de solución acorde a las necesidades del centro.

En la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua existen programas aplicados para evitar el deterioro cognitivo, tal es el caso de la casa de reposo vida a los años, un lugar en el cual se realizan actividades que ejercitan la memoria, pensamientos, motricidad fina y gruesa, realizan gimnasia de mantenimiento y equilibrio las mismas que son dadas por psicólogos y personal de ayuda. Así mismo en Patate existe el centro de Atención Integral para el Adulto Mayor, denominado “El Buen Vivir”, donde existe uso adecuado de los espacios referenciales, médicos y de terapia, a fin de interactuar, recrear y estimular a los adultos mayores con actividades deportivas, artesanales, de baile, música y canto.

6.3. JUSTIFICACIÓN:

El diseño y desarrollo de la presente propuesta está basada en las necesidades encontradas en las personas de la tercera edad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato, siendo de vital importancia prevenir el desgaste progresivo de las funciones cognitivas por ende enfrentar el deterioro cognitivo que existe en los pacientes geriátricos, además de la visible afectación en la dependencia de las actividades de la vida diaria y su prevención continua. Los beneficiarios directos son los adultos mayores que son pacientes en el establecimiento, además del personal de cuidado que a diario se encarga de la ayuda en las actividades básica de la vida diaria.

Esta propuesta es factible debido a la acogida y aceptación del Centro Sagrado Corazón de Jesús, así como también a la colaboración de los pacientes geriátricos que residen en dicho centro de reposo. Los resultados que se pretenden obtener con la aplicación de esta propuesta, además de lo concerniente al deterioro cognitivo con la ejecución de diferentes

técnicas ocupacionales, es promover la independencia en el desempeño de las actividades o tareas básicas de la vida diaria, ya que los adultos geriátricos poseen grados altos de dependencia debido a los efectos del envejecimiento, deterioro cognitivo y al entorno en el cual se desempeñan.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General:

Diseñar un programa de Estimulación Cognitiva en los adultos mayores basado en la terapia ocupacional dirigida a los adultos geriátricos que residen en el Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

6.4.2 Objetivos Específicos:

- Estructurar fases de estimulación cognitiva enfocada en la conservación de habilidades intelectuales y motrices, mantenedoras de las funciones cognoscitivas
- Fomentar la independencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, respetando la individualidad de cada adulto mayor.
- Conservar las habilidades sociales, con asistencia de terceras personas.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

Esta propuesta es factible debido a que existe el apoyo del Asilo de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, ya que está presto a brindar recursos materiales y de personal necesarios para la ejecución de la propuesta con ayuda de familiares, para realizar el programa de estimulación y en si las actividades encaminadas a la prevención, y conservación de las funciones cognoscitivas además de las relaciones interpersonales, para evitar la afectación en los grados de dependencia con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos de dicha institución.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA- TÉCNICA

Estimulación Cognitiva

A continuación en el artículo científico “Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico”, Jiménez (2010), expresa que intervenciones cognitivas, se han reportado diferentes estudios que se han propuesto reducir los olvidos cotidianos y las quejas de memoria de

sujetos con DCL-A, fortaleciendo aspectos como la memoria prospectiva, el aprendizaje sin errores, e integrando a los programas módulos de estrategias internas y externas de memoria. Estos PECM, mediante la valoración del impacto funcional y de los cambios producidos en la cognición, han hallado importantes mejoras de las quejas de memoria, el funcionamiento cotidiano y el desempeño en pruebas cognitivas objetivas de los sujetos sometidos a programas de estimulación cognitiva (Jimenez, 2010).

Es importante intervenir en el adulto mayor desde un plano biopsicosocial es por esto que técnicas cognitivas son de importancia a la hora de tratar a los adultos mayores. Madrigal (2007), establece que es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

Por ende explica que la psico-estimulación Cognitiva sirve como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial (Madrigal, 2007).

Dentro de esta misma línea García, Sánchez & Pérez, (2010), señala que es necesario no sólo conocer los grandes síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir la mayor independencia.

Para acotar en el artículo "Rehabilitación neuropsicológica y estimulación cognitiva" Boglar (2015), manifiesta que la estimulación cognitiva es un término que se refiere a todas aquellas actividades que están encaminadas a que el rendimiento cognitivo general de la persona mejore. También aquellas que buscan mejorar el rendimiento de alguno de los procesos y componentes de la cognición, como la atención, el lenguaje, la memoria, el cálculo, las funciones ejecutivas, etc. Como hemos dicho al principio del artículo, la estimulación cognitiva no solo está indicada para aquellas personas que sufren alguna lesión en el sistema nervioso central: también puede utilizarse en pacientes sanos como niños, personas con trastornos del lenguaje.

La estimulación cognitiva consiste, según López & Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva. La definición de lo qué es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral (Lopez & Ariño, 2002).

Actualmente se intenta descifrar qué procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida, la psicología del envejecimiento y del desarrollo puedan ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana. Estos resultados permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas, si utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas, entre otras (Madrigal, 2007).

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits cognitivos, físicos u otros que presenten. Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales como se cita en Madrigal (2007), (Calero, 2003), concluye que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona. En las personas de la tercera edad los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal, ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciabile, este hecho abre

una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo (Madrigal, 2007).

Terapia Ocupacional

En el artículo científico: “la investigación en terapia ocupacional: historia, actualidad y perspectivas”, Peñas (2014), formula que la Terapia ocupacional centra su estudio en el desempeño ocupacional humano, con relación a la misma persona, su grupo social y contexto local, regional y mundial. Para ello, se vale de los aportes de otras áreas científicas como Sociología, Antropología, Medicina, Ciencias biológicas, Ciencias del Comportamiento, que hacen más sólida su fundamentación. El dominio de investigación propio de Terapia ocupacional es el estudio de las aplicaciones terapéuticas de la ocupación, por los Terapeutas ocupacionales y el estudio de la influencia de la ocupación en la persona.

López & Ariño (2002), mantienen que el 45% de las personas mayores de 65 años tiene cierta limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD), por lo que exista o no una patología específica, es necesario una actuación interdisciplinar en las personas de edad avanzada, enfatizando la prevención a través del entrenamiento para conservar las funciones no alteradas y restablecer las funciones que se han afectado, ya que gran parte del decremento en la función puede relacionarse con desacondicionamiento o desuso.

Intervención en Terapia Ocupacional

Spackman (2007), manifiesta que el tipo de intervención de terapia ocupacional depende de la evolución de la psicopatología y del estado clínico del paciente en el momento de la derivación. En la terapia ocupacional se debe alentar al paciente ayudándolo a completar con éxito actividades que sean importantes para ellos.

Técnicas De Recreación y Ocupacionales

Paucar (2014), expresa que las técnicas ocupacionales y de recreación son un conjunto de recursos que están enfocados a la asistencia de personas con perturbaciones psíquicas, en situaciones de crisis o emergencias. Es una técnica terapéutica complementaria utilizada para la prevención, atención y resocialización.

Las técnicas ocupacionales tienen como objetivo en los adultos mayores promover la independencia en el desempeño de tareas cotidianas de la vida, ya que poseen dificultad para realizar tareas cotidianas debido a los efectos del envejecimiento y al entorno en el cual se encuentra, por lo cual mediante plantillas de dibujos para colorear conservan los adultos mayores su motricidad, capacidad de razonamiento, concatenación de situaciones, la exposición de las mismas llevarán a crear un vínculo con su entorno y familiares. Una vez logrado el vínculo entre adulto mayor y entorno se habla de resocialización, logrando se le colabore en la realización de tareas cotidianas como vestirse, ocuparse de su aseo y alimentación (Paucar, 2014).

Las actividades recreativas y ocupacionales que se pueden implementar en el adulto mayor son: actividades físicas, deportivas, de expresión corporal, manuales todo tipo de actividades que ayudan a reforzar la motricidad fina, actividades sensoriales de observar, escuchar, leer, artísticas culturales como el teatro, la pintura, el canto, la danza, y las netamente ocupacionales como los tejidos los bordados, elaboración de implementos, actividades ecológicas como paseos, caminatas, visitar parques museos, actividades psíquicas como los crucigramas, rompecabezas, juegos de mesa, lecturas, ajedrez. Entre otras todas estas actividades ayudan a fortalecer y prevenir el desgaste de las funciones cognoscitivas (Villacis, 2007).

Según las actividades de la vida diaria y la terapia ocupacional Bietz (2006), cita que la terapia ocupacional puede ayudar a los adultos mayores que tienen dificultad para realizar las tareas cotidianas debido a los efectos del envejecimiento. Vestirse, bañarse y comprar alimentos pueden presentar desafíos para los adultos mayores a medida que envejecen. El objetivo de la terapia ocupacional en la población geriátrica es promover la independencia en el desempeño de las tareas cotidianas de la vida.

Las actividades de la vida diaria, o AVD, suelen ser la piedra angular de un programa de terapia ocupacional para pacientes geriátricos. Las AVD básicas incluyen: vestirse, bañarse, comer y moverse de un lugar a otro, por ejemplo de una cama a una silla o caminar a la ducha o bañera. Estas AVD básicas se practican a menudo con la ayuda de un terapeuta ocupacional o auxiliar de enfermería en casa. Las actividades terapéuticas incluyen a menudo el rendimiento real de estas tareas de la vida diaria con la ayuda de un terapeuta o asistente. Tras la evaluación, el terapeuta puede proporcionar equipos de

adaptación o sugerir maneras de participar en las actividades de manera diferente para promover la independencia y la seguridad (Bietz, 2006).

Psicoeducación y Terapia Racional Explicativa

Mediante el artículo titulado “Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez” Triado (2001), refiere que el ser humano cambia y se desarrolla en diferentes contextos que influyen sobre las personas y sus relaciones, cada uno tiene la peculiaridad de cambiar a lo largo del tiempo o la historia del individuo (Triado, 2001)

Bulacio (2008), afirma que la psicoeducación es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. Además la psicoeducación como herramienta terapéutica es viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes como el grupal, individual, de pareja o familiar.

En el artículo “programa psicoeducativo para cuidadores informales” Andrade (2010) menciona que la intervención en educación y el consejo o instrucción a los cuidadores, familiares y pacientes para solucionar problemas específicos, mejoran y estabilizan más la función familiar que los programas habituales de seguimiento y tratamiento. Entre las modalidades de intervención se encuentran los programas psicoeducativos que tienen el propósito de ofrecer en primer lugar información acerca de la enfermedad y su manejo así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional.

Las intervenciones a través de las cuales se obtienen mejores resultados son las psicoeducativas y las psicoterapéuticas, exitosas ambas a la hora de aliviar la carga de los cuidadores, familiares y aceptación de los pacientes efectos que se mantienen durante un período considerable (Andrade, 2010).

El presente estudio se titula: “Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer”, donde Perdomo (2008), indica que Entre los diseños de estos tipos de intervenciones dirigidas a los cuidadores de ancianos con demencia, se puede mencionar intervenciones de respiro que facilitan que el cuidador disponga de algo de tiempo libre.

Se realizó un estudio que tuvo como propósito determinar la efectividad de diferentes tipos de intervenciones para familias de cuidadores de adultos mayores. En este estudio, las intervenciones educacionales y psicoterapéuticas mostraron mejores resultados que otros tipos de intervenciones. Las intervenciones educacionales deben incluir un programa que facilite información a los cuidadores sobre el proceso de la enfermedad y los servicios que brindan asistencia a estos pacientes. Además, estas intervenciones deben ofrecer las herramientas que permitan responder a los problemas relacionados con la enfermedad e incluir lecturas, discusiones grupales y materiales escritos (Perdomo, 2008).

Usos de la Psicoeducación

Referente a esto Bulacio (2007), De un modo más amplio agrega, que la psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de los distintos ámbitos de salud.

Y concluye que la Psicoeducación puede utilizarse como un potenciador de las distintas instancias del tratamiento de los trastornos mentales, particularmente de los trastornos por ansiedad. Puede implementarse en grupos específicos para tal fin. Es considerado por los pacientes de gran valor para su mejoría. A pesar de lo reconocido de su utilidad falta desarrollar una metodología específica para su aplicación. Nosotros pretendemos utilizarla como parte de un tratamiento integral con el objetivo general de mejorar la calidad de vida (Bulacio, 2007).

Terapia Racional Explicativa

Según Rubio (2013), la terapia racional adopta algunas denominaciones similares que reflejan de algún modo la intervención verbal con recursos persuasivos. Puede denominarse terapia explicativa, cuando en la intervención se destaca la actitud directiva del terapeuta para exponer libremente sus criterios o explicar e interpretar contenidos de la conducta del sujeto, Igualmente, se la denomina terapia persuasiva en el sentido de modificar elementos indeseables en el paciente empleando los recursos racionales de su intelecto, a efecto de lo cual, el terapeuta convence y modifica en su interlocutor

actitudes, pensamientos, sentimientos o conductas aprovechando su juicio y razonamiento.

Balarezo & Chiriboga, (2004), señalaron que la terapia explicativa involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica a l enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan.

La base de cuadros angustiosos radica, en innumerables ocasiones, en el desconocimiento completo de lo que ocurre en su vida psicológica o la que vendrá en el futuro. La angustia anticipada, la incertidumbre ante futuras decisiones, los temores ocultos, el conflicto ante dos o más alternativas, las expectativas de una enfermedad o una intervención quirúrgica, son algunos ejemplos de ansiedad de alarma. Los pacientes frecuentemente plantean como una de las metas de su asistencial al psicólogo la explicación de las causas a su trastorno, en tal virtud el terapeuta emplea a veces en la primera sesión, la explicación metódica de las causas que producen el trastorno. Puede hacerse mediante una interpretación panorámica del problema central que abarque los factores desencadenantes y predisponentes obtenidos mediante el interrogatorio previo. En otras ocasiones sirve para preparar el terreno en la introducción a otras técnicas (Balarezo & Chiriboga, Guía Para el Diagnóstico Psicológico Clínico, 2004).

6.7 METODOLOGÍA-MODELO OPERATIVO:

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACION	RESPONSABLE
Psicoeducación y TRE	1 Sesión	Establecer el proceso terapéutico mediante el rapport y el encuadre	Aplicar una dinámica de presentación donde los pacientes mencionan su nombre y una fruta en particular.	60" Minutos	Recursos Humanos, Salón de descanso del asilo Sagrado Corazón de Jesús Materiales de Oficina y didácticos	Realizar una retroalimentación 10 minutos antes, respecto a cada uno de los nombres y las frutas que expusieron los adultos mayores.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores
	2 Sesión	Informar sobre las características del adulto mayor, referente a funciones cognitivas con el fin de prevenir.	Conferencia basada en material visual sobre cada función cognoscitiva y los cambios que surgen en la tercera edad.	60" Minutos	Recursos Humanos, Salón de descanso del asilo Sagrado Corazón de Jesús Materiales de Oficina y didácticos.	Ejecutar la pregunta dirigida a los adultos mayores, sobre el cambio mas relevante que han experimentado referente a sus funciones cognitivas.	Investigadora Pacientes Geriátricos Familiares Cuidadores
	3 sesión	Informar sobre las características del adulto mayor, referente a (ABVD) con el fin de prevenir.	Conferencia basada en material visual sobre cada (ABVD) y los cambios que surgen en la tercera edad.	60" Minutos	Recursos Humanos, Salón de descanso del asilo Sagrado Corazón de Jesús Materiales de Oficina y didácticos.	Ejecutar las siguientes preguntas dirigidas a los adultos mayores, en cuanto a las (ABVD). ¿Cuál es la ABVD que mas se le dificulta realizar? ¿Qué cambio a su edad es el que mas a afectado su vida diaria?	Investigadora Pacientes Geriátricos Familiares Cuidadores

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACION	RESPONSABLE
Psicoeducación y TRE	4 Sesión	Instruir respecto a los cuidados en la alimentación que se deben tener en el adulto mayor para evitar el declive de sus funciones.	Desarrollar un conversatorio y conferencia, referente a las cantidades y tipos de nutrientes que los adultos mayores deben consumir, además de la manera adecuada de consumirlos, las vitaminas y minerales que ayudan para mejorar las funciones tales como la memoria, psicomotricidad etc.	60" Minutos	Recursos Didácticos Recursos Humanos Recursos de oficina Computador Infocus Cartulinas con dibujos ampliados	Mediante una dinámica donde se colocan una serie de categorías en una caja, respecto a lo beneficioso y perjudicial para la salud, y conseguir que cada uno exponga los cuidados que deben existir.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores
	5 sesión	Indicar el autocuidado que se debe tener sobre la higiene y los controles en la salud en el adulto mayor.	Realizar una proyección de videos, donde se explique la importancia de la higiene y el control en salud. Los temas a tratar serán: Higiene bucal, Chequeos preventivos, el numero de visitas que deben tener, las enfermedades que pueden ocasionar la falta de higiene.	60" Minutos	Recursos Didácticos Videos Explicativos Recursos Humanos Recursos de oficina Computador Infocus	Mediante la exposición de imágenes pedirles a los adultos mayores que identifiquen los aspectos beneficiosos y nocivos para su salud.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Psicoeducación y TRE	6 Sesión	Informar referente a la etiología del deterioro cognitivo.	Realizar una exposición acerca de las causas del deterioro cognitivo basándonos en que la edad puede ser una causa para el declive de las funciones pero no la principal, y enfatizar que los malos hábitos alimenticios la falta de estimulación cognitiva, la falta de ejercitamiento físico y mental son causas principales de dicho	60" Minutos	Recursos Humanos Material de Oficina y Didáctico, Computador, Infocus.	Pedirles a los adultos mayores que realicen una retroalimentación de los temas expuestos, basándonos en las causas principales.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	7 Sesión	Enfatizar en las (ABVD), con el fin de instruir en las diferencias.	Preparar un psicodrama donde existan dos tramas que sean, el adulto mayor y las actividades Básicas e Instrumentales que están afectadas y otro adulto mayor que tiene cuidados adecuados y no tiene mayor dificultad y es independiente.	60" Minutos	Recursos Humanos Vestuarios Material de Oficina y Didáctico, Computador, Infocus.	Mediante un conversatorio realizado 15 minutos antes, preguntarles a los adultos mayores de que se trataba básicamente la trama y cuales fueron las diferencias que existieron en ambas.	Investigadora Pacientes Geriátricos Ayudantes de Psicodrama. Cuidadores
	8 Sesión	Alertar sobre la importancia que tiene la actividad física en el adulto mayor	Mediante una intervención visual, de imágenes de adultos mayores realizando actividades físicas, artísticas exponer cada una el beneficio que aporta a la salud de los pacientes geriátricos.	60" Minutos	Recursos Humanos Material de Oficina y Didáctico, Computador, Infocus.	Atreves de una dinámica, donde todos los adultos mayores tengan una serie de dibujos ampliados, cada uno explique el beneficio que aporta dicho ejercicio.	Investigadora Pacientes Geriátricos

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Psicoeducación y TRE	9 Sesión	Disminuir la ansiedad que trae consigo las dudas sobre la forma de intervención que se lograra mediante la estimulación cognitiva.	Explicar mediante una conferencia la forma en como se va a trabajar las actividades que vamos a realizar, y los beneficios que estas conllevan a nivel cognitivo.	60" Minutos	Recursos Humanos Material de oficina Material Didáctico Computador Infocus	Mediante preguntas evaluar la comprensión de ¿Qué es la estimulación cognitiva? y los beneficios que aprendieron a la hora de realizarla. mediante la	Investigadora Pacientes Geriátricos
	10 Sesión	Disminuir la ansiedad que trae consigo las dudas sobre la forma de intervención que se lograra mediante la terapia ocupacional.	Explicar mediante una conferencia la forma en como se va a trabajar las actividades que vamos a realizar, y los beneficios que estas conllevan a nivel de (ABVD).	60" Minutos	Recursos Humanos Material de oficina Material Didáctico Computador Infocus	dinámica "el baile de la silla", cada paciente geriátrico que pierda responderá una pregunta relacionada con la terapia ocupacional y sus objetivos.	Investigadora Pacientes Geriátricos
Estimulación Cognitiva	1 Sesión	Construir un ambiente óptimo para la facilitación de la estimulación.	Análisis de los resultados individuales de cada paciente geriátrico según puntuación de minimal. Formación de los grupos, según el resultado obtenido en el Mini examen Cognoscitivo, de 10 a 15 adultos mayores.	60" Minutos	Recursos Humanos Material de oficina Resultados del MiniMental Test Computador	Formación y Conocimiento de grupos, mediante una dinámica recordar los nombres y un aspecto personal de su vida.	Investigadora Pacientes Geriátricos

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Estimulación Cognitiva	2 Sesión	Conservar la función cognoscitiva de orientación.	Conformar un grupo de trabajo en orientación a la realidad, que consiste en estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismo y de su entorno. Siguiendo el siguiente esquema: -Saludo y presentación. Identificación: ¿Quiénes estamos? ¿Quiénes faltan? El nombre de cada uno de nosotros, los datos personales edad, lugar de nacimiento, etc. las actividades realizadas que más se les dificultaron, que les gustaron, las mas fáciles.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales de Oficina Materiales Didácticos	Preguntar acerca de las actividades que realizamos en ese momento, el lugar donde las vamos a realizar, que días, y la hora que en las que las vamos a desempeñar.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	3 Sesión	Estimular la Orientación espacial con el fin de conservarla.	Realizar la dinámica de pin pon, donde la persona que pierda responderá inmediatamente: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo, etc. Acontecimientos diarios, cotidianos, preguntas relacionando el lugar y la actividad por ejemplo donde descansamos, donde nos alimentamos.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales de Oficina Materiales Didácticos	Al día posterior preguntar que fecha era ayer. Los lugares que recordamos, relacionamos y también lugares actuales, llevarlos a dar paseos por el asilo y preguntarles donde nos	Investigadora Pacientes Geriátricos

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Estimulación Cognitiva	4 Sesión	Desarrollar la orientación y la memorización del espacio por medio de asociaciones entre lugares y objetos.	-Realizar memoramas, que son tarjetas con pares iguales para ordenar, las fichas deberán ser de diferentes formas cada sesión que se repita el ejercicio.	60" Minutos	Recursos Humanos Tarjetas Didácticas ampliadas Recursos de oficina.	Faltando 10 minutos interrogar acerca de las asaciones que se establecieron en las tarjetas los lugares que existían los objetos.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	5 Sesión	Conservar la orientación en el adulto mayor.	Recorrer laberintos realizados en papelografos mediante marcadores y encontrar la salida.	60" Minutos	Recursos Humanos Papelografos con laberintos ampliados Marcadores ampliados Recursos de oficina.	Realizar la dinámica de localizar mentalmente objetos asociados a distintos lugares del asilo.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	6 Sesión	Mantener la memoria mediante actividades que la estimulen.	Pedirles a los adultos mayores fotografías, de los presidentes y años posteriores y actuales, estas se mesclaran en una caja, luego cada uno identificara a su compañero. Posterior a esto iremos a dar un paseo por el parque mas cercano.	60" Minutos	Recursos Humanos Fotografías ampliadas Recursos de oficina.	Preguntar a los adultos mayores al regreso del paseo por el parque, todo lo que sintieron, vieron y oyeron.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Estimulación Cognitiva	7 Sesión	Desarrollar la atención a partir de estímulos visuales, a fin de construir referentes que faciliten la evocación.	Observar y registrar para luego evocar: Los colores de las vestimentas, elementos que hay en la habitación, elementos colocados en una bandeja, dibujos en láminas, fotografías de eventos realizados en el establecimiento, carteles de avisos.	60" Minutos	Recursos Humanos Recursos didácticos Dibujos Laminas Fotografías Carteles Computadora	Preguntarles a los adultos mayores al finalizar estas actividades que eventos fueron los que se vieron en las fotografías hace cuanto fueron.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	8 Sesión	Ejercitarse en distinguir formas y mediante los estímulos activar la memorización.	Registrar con el tacto y los ojos cerrados, distintos objetos dentro de una bolsa, con formas distintas lápiz vaso, etc. habiéndolos primero reconocido visualmente y nombrado, luego evocarlos.	60" Minutos	Recursos Humanos Recursos didácticos Objetos varios Computadora	Recordar los objetos y las cosas que hemos hecho la sesión anterior y la actual pensar en que se relacionan.	Investigadora Pacientes Geriátricos
	9 Sesión	Ejercitarse para observar detalles, y concentrarse en una tarea a fin de desarrollar la capacidad de retención y concentración.	Realizar tachado de letras en una lectura breve. Encontrar diferencias en dibujos iguales y elementos iguales en dibujos distintos.	60" Minutos	Recursos Humanos Recursos didácticos Objetos varios Computadora	En 30" minutos Realizar lo contrario a la actividad de tachar , rellenar un texto con letras faltantes.	Investigadora Pacientes Geriátricos

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Estimulación Cognitiva	10 sesión	Ejercitarse en buscar lazos de unión entre palabras que permitan recordar cada una de ellas, con el fin de mantener el lenguaje.	Realizar juegos de distribución de categorías, mediante filas o columnas con países, frutas, nombres, ciudades, cosas con tales letras.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales de Oficina Computador	Evocar la mayor cantidad posible de palabras a partir de categorías flores, animales, deportes, comidas, que comiencen con tales letras etc.	Investigadora Pacientes Geriátricos
Terapia Ocupacional	1 Sesión	Promover la ejercitación y favorecer la actividad del traslado del adulto mayor.	Realizar la dinámica "Escritura con el cuerpo", donde se les pedirán que escriban sus nombres con alguna parte de su cuerpo, ya sea un codo, la pierna etc. Realizar un paseo donde se ponga en practica el traslado y se evalué el mismo.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales Fotografías Revistas Cuadernos Computador	Interrogar a los adultos mayores sobre, como se sienten respecto a la actividad de traslado que han realizado en una escala del 1-10.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores Familiares
	2 Sesión	Conservar la capacidad para bañarse, vestirse.	Realizar un diario específico para y con los adultos mayores donde existan instrucciones para realizar estas actividades básicas, ejemplo: organizar del 1 al 5 los pasos para bañarse, primero entrar a la ducha, segundo, mojarse, tercero utilizar el jabón en el orden sucesivamente hasta finalizar cada una de las actividades.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales Revistas Cuadernos Computador	Faltando 20 minutos para finalizar la sesión, realizarles una evaluación escrita didáctica con imágenes donde ordenen como se realizan las actividades.	Investigadora Pacientes Geriátricos

Terapia Ocupacional	3 Sesión	Entrenar en la utilización de los instrumentos y en la realización de las actividades básicas: bañarse y arreglarse.	Realizar una lista de los implementos que se necesitan para bañarse, arreglarse además de realizar un simulacro de cómo se utiliza cada uno de ellos y en que orden.	60" Minutos	Recursos Humanos Elementos como los cubiertos, los platos los elementos para arreglarse.	Preguntar a los cuidadores el avance en estas actividades después de varios días del desarrollo de la actividad.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores
	4 Sesión	Reforzar el área de motricidad fina con el fin de que los adultos mayores ejerciten la manera como utilizan los elementos de aseo, y alimentación en su vida diaria.	Manualidades con plastilina, realizar plantillas de dibujos para colorear.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales de oficina dibujos, plastilina, computadora	Mediante la ejecución de una plantilla con el dibujo de una casa de plastilina, así mismo a la hora del almuerzo observar como los pacientes manejan los cubiertos.	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores
	5 Sesión	Mantener las actividades de movimiento como trasladarse, subir y bajar escaleras, ir al sillón o cama.	Realizarla dinámica "Párate, Siéntate", que consiste en dar a cada participante un número varios pueden tener el mismo, luego contar una historia que tenga dichos números para que se pongan de pie y hagan un ejercicio que todos tendrán que imitar.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales de oficina dibujos, plastilina, computadora	Preguntar a los adultos mayores como a mejorado su capacidad de autonomía en todas las (ABVD).	Investigadora Pacientes Geriátricos Cuidadores
	6 Sesión	Mantener un buen estado físico general el mayor tiempo posible propio de la edad, mejorando la capacidad de realizar las (ABVD).	Rutinas de ejercicios, De calentamiento inicial donde exista movilidad de las articulaciones de su cuerpo.	60" Minutos	Recursos Humanos Materiales Cd's de música de su preferencia computadora	Mediante una terapia de relajación muscular preguntarle si a experimentado cambios, en escala del 1-10.	Investigadora Pacientes Geriátricos

FASE	# DE SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACION	RESPONSABLE
Terapia Ocupacional	7 Sesión	Lograr mediante los ejercicios una reafirmación del tono muscular.	Rutina de ejercicios acorde a sus habilidades empleando elementos como pelotas anti stress, botellas cargadas de arena en cantidades pequeñas.	60" Minutos	Recursos Humanos Pelotas Botellas Cd's Grabadora	20 Minutos antes mediante ejercicios cortos de estiramiento observar el avance.	Investigadora Pacientes Gerítricos
	8 Sesión	Mediante la danzaterapia administrar refuerzo de motricidad gruesa.	Sesiones breves de baile terapia con música del agrado de los pacientes geriátricos, empleando movimientos que ayuden a ejercitar su tono muscular y el traslado de un lugar a otro.	60" Minutos	Recursos Humanos Cd's Grabadora	Observar y preguntar a los cuidadores el avance en el momento de trasladarse a el lugar de descanso y de trasladarse, en escala del 1-10.	Investigadora Pacientes Gerítricos
	9 Sesión	Prevenir caídas, favorecer la movilidad de las articulaciones, ayudar a mantener la independencia en el momento de realizar todas las (ABVD), en especial las de trasladarse.	Sesiones de gerontogimnasia mediante movimientos específicos repetitivos enfocados en áreas específicas del cuerpo.	60" Minutos	Recursos Humanos Cd's Grabadora	Realizar un interrogatorio con lo siguiente: ¿camina más cuadas, pies o vueltas? • ¿Aumentó la cantidad de tiempo que puede permanecer de pie? • ¿Pudo evitar tropezar con obstáculos? • ¿Mejóro su	Investigadora Pacientes Gerítricos
	10 Sesión	Favorecer el autoconocimiento del cuerpo y las relaciones con el entorno, y recuperar la máxima autonomía posible.	Entrenamiento de la higiene postural, enseñar técnicas que mejoren y fomenten hábitos posturales adecuados. Organizar una actividad recreacional y deportiva.	60" Minutos	Recursos Humanos	Ejecutar distintos métodos de relajación e interrogar sobre la conciencia de su propio cuerpo.	Investigadora Pacientes Gerítricos

TABLA N° 31: Programa de Estimulación cognitiva para adultos mayores basada en la terapia ocupacional.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

6.8 PLAN DE MONITOREO

¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACER?
¿Quién ejecuta?	Egda. Carla Camila Torres Muñoz
Lugar de ejecución	Salón de descanso del Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús
¿A quiénes?	Pacientes Geriátricos
¿Cuándo?	Período de Agosto- Septiembre 2015
¿Con que finalidad?	Prevenir el desgaste progresivo de las funciones cognoscitivas que se encuentran afectadas.

TABLA N° 32: plan de Monitoreo.

Fuente: Deterioro Cognitivo y su incidencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes geriátricos que residen en el asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Elaborado por: Torres, 2015

ANEXOS

ANEXO I

MINI EXAMEN

COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....Edad.....Ocupación.....
.....Escolaridad.....Examinado
por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año.....
_____5
- Dígame el hospital (o lugar).....
Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....
_____5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)
_____3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

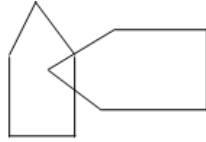
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?
_____5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás
_____3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?
_____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj
_____2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros
_____1
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde?
_____2
- ¿Que son un perro y un gato?
_____3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
_____1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
_____1
- Escriba una frase
_____1
- Copie este dibujo____1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

ANEXO II

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLÓN/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez, C. (2010). La Relación Entre Lenguaje Y Pensamiento De Vigotsky En El Desarrollo De La Psicolingüística Moderna. *Revista de lingüística teórica y aplicada*,.
2. Andrade, A. M. (2009). Programa Psicoeducativo para cuidadores informales. *SCIELO*.
3. Balarezo, L., & Chiriboga. (2004). *Guia Para el Diagnóstico Psicológico Clínico*. Quito.
4. Barahona, A. F. (2008). Caracterización Del Nivel De Funcionalidad Cotidiana En Un . Risaralda Pereira.
5. Beltran, B. (1995). *Psicología de la Educación*. Barcelona: Marcobo S.A.
6. Boglar. (2015). Rehabilitación neuropsicológica y estimulación cognitiva. España.
7. Bulacio, J. M. (2007). Uso De La Psicoeducación Como Estrategia Terapéutica. *Centro integral clinico, docente y de investigacion en salud mental*.
8. Burke, M. M. (2008). Clínica Gerontológica . Madrid: Harcourt Brace de España S.A .
9. Cabrera, Macías, & Gonzales. (2007). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Medisur*, 85,89.
10. Cadena, C., García, M., & Montalvo, J. (2008). Conceptos de Psicología. México: Trillas.
11. Castro, & Barrientos. (2000). *Psiquiatría Tomo I*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
12. Cimadevila. (2008). *Estudio de la relación entre el deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años*. Santiago de Compostella.

13. Constante, D. M. (2010). Teoría y Técnicas de Exploración y Psicodiagnóstico II. Ambato.
14. Ecuador, M. d. (2008). *Cambios En La Tercera Edad*. Obtenido de www.ministerio de salud publica&.view.com
15. Extremadura, P. L. (2006). ATS/DUE. Sevilla: MAD S.L.
16. Goldman, H. H. (2001). *Psiquiatría General*. México: El manual Moderno.
17. INEC. (2010). *Censos Estadísticas Demencias*. Obtenido de www.deliverystaus.com
18. Jimenez. (2010). Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve. España.
19. Lazcano. (2008). Funcionalidad en el adulto mayor y su vida diaria. *scielo*.
20. LOBO. (1975). Mini Examen Cognoscitivo. España: Actas Luso Españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines.
21. Lopez, & Ariño. (2002). *Rehabilitación estimulación cognitiva*. España.
22. Madrigal, M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4-14.
23. Menéndez, & Calatayud. (2015). Atención al Paciente con Deterioro Cognitivo de Origen Neurodegenerativo. España: Internet Medical Publishing.
24. Millares, P. M. (2008). *Actividades de la Vida Diaria*. España: MASON.
25. Molinuevo, J. (2010). Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona.
26. Moruno. (2008). *Actividades de la Vida Diaria*. España.
27. Núñez, J. M. (2005). *Geriatría desde el principio*. GLOSA.
28. OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.history.secureviev.datos.com

29. Palacios, F. F. (Marzo de 2010). *Normalidad y Anormalidad esquemas Dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental*.
30. Paucar, M. L. (2014). *Deterioro Balamajgdj*. Ambato.
31. Perlado, F. (1995). *Teoría y Práctica de la Geriátría*. España: Díaz de Santos S.A.
32. Poveda, P. C. (2011). *Módulo de Neuropsicología*. Ambato.
33. Ramírez, J. (2003). *La Vejez: El grito de los Olvidados*. México: México por Plaza y Valdéz. S.A de C.V.
34. Ruiloba, J. V. (2005). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: MASSON, S.A.
35. Sellek, A. F. (2014). *Deterioro Cognitivo y envejecimiento: Un encrucijada en el actual mundo*. Costa Rica: Copyright © 2014 Fundalzheimer Costa Rica - Todos los derechos reservados.
36. Spackman, W. Y. (2007). *Terapia Ocupacional*. Madrid : Medica Panamericana
37. Timothy, J., & Trull. (2003). *Psicología Clínica*. México: International Thomson Editores, S.A.
38. Vera, A. (Diciembre de 2010). *NEURON UP*. Obtenido de www.neuronup.com
39. Villacis. (2007). *Talleres Recreativos para adultos mayores*. SAN PABLO.
40. Zavala, M. (2007). *Funcionamiento Social Del Adulto Mayor*. *Scielo*.

LINKOGRAFÍA

1. Ballesteros, E. P. (Octubre de 2014). *Repositorio Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/8386>
2. Bayas, N. (2 de agosto de 2000). Obtenido de <http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>
3. Bietz, K. (2006). *Actividades de terapia ocupacional para la población geriátrica*. Obtenido de http://www.ehowenespanol.com/actividades-terapia-ocupacional-poblacion-geriatrica-info_186082/
4. García, Sánchez, & Pérez. (2010). *Medes*. Obtenido de <https://medes.com/publication/239>
5. OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
6. Peñas, O. L. (2014). *La Investigación En Terapia Ocupacional: Historia, Actualidad*. Obtenido de http://www.bdigital.unal.edu.co/2060/1/investigacion_terapia_ocupacionalL.pdf
7. Perdomo, M. P. (Septiembre de 2008). *Revista SCIELO*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009
8. Quinteros, R. (2015). *Reacciones psicologicas*. Obtenido de <http://definicion.de/cognitivo/#ixzz3c2aiCGrS>
9. Ramos, m. (junio de 2012). Obtenido de <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.aibarra.org%2Fapuntes%2Fcomunitaria%2Fescaladebarthel.doc&ei=HWmCVIGVGc77gwSEr4OADQ&usq=AFQjCNFGGUeyjIqB4nsNmn5fLN9TJ5U8NA&bvm=by.80642063,d.eXY>
10. Ramírez, E. (Mayo de 2012). *Repositorio UTA*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/4845>

11. Robalino, A. (Marzo de 2015). *Repositorio UTA*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9255>
12. Rodríguez, J. L. (febrero de 2014). *Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_3_14/spu08314.htm
13. Rubio, A. D. (Noviembre de 2013). *Repositorio PUCESA*. Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/905/1/80189.pdf>
14. Sánchez, S. (2008). *UNED*. Obtenido de <http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
15. Sanz, R. C. (2008). *Psicoterapias. Psicoanálisis. Aspectos Fundamentales*. Obtenido de <http://psicoletra.blogspot.com/2008/02/psicoterapias-psicoanlisis-aspectos.html>
16. Triado, C. (Abril de 2001). *Cambio evolutivo, Contextos e intervención psicoeducativa en la vejez*. Obtenido de <file:///C:/Users/ALKOSTO/Downloads/Dialnet-CambioEvolutivoContextosEIntervencionPsicoeducativ-209688.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

1. **EBRARY**: Requena, E. (2013). Deterioro Cognitivo. recuperado el 15 de Agosto del 2015. Obtenido de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=100406038&p00=depression%20embaro>
2. **EBRARY**: Goleman & Cherniss,(2014).Inteligencia Emocional en el Trabajo. recuperado el 15 de Agosto del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10316879&p00=inteligencia%20emocional%20trabajo>
3. **EBRARY**: Lindheimer, M., de Roberts, J.,& Gary. (2011). Adultos Mayores recuperado el 15 de Agosto del 2015.Obtenido de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docIC=10486038&p00>
4. **PROQUEST**: Molina, A. (2014). Deterioro Cognitivo y adultos mayores. Recuperado el 15 de Agosto del 2015. Obtenido de: <http://search.proquest.com/docview/315731298?accountid=36765>
5. **PROQUEST**: Vitela, N. (2014). La Salud y la Mente Humana. Recuperado el 15 de Agosto del 2015.Obtenido de: <http://search.proquest.com/docview/307849504?accountid=36765>
6. **SCIENCEDIRECT**: Bogeles S. and Melick M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. recuperado el 15 de Agosto del 2015. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886904000558>.
7. **INFORMAWORLD**: Maat, S., Dekler, J. S., & De Jonghe, F. (2007). Quejas de la Memoria y Deterioro Cognitivo Leve. Recuperado el 15 de Agosto del 2015. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600756402>

