

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DEL CANTÓN AMBATO."

Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica

Autora: Vargas Maisa Liz Ivonne

Tutora: Psc. Cl. Flores Hernández Verónica Fernanda Mg.

Ambato-Ecuador

Febrero, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Trabajo de Investigación sobre el tema:

"DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DEL CANTÓN AMBATO" de Vargas Maisa Liz Ivonne, 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, Febrero del 2017

LA TUTORA

……

Psc. Cl. Flores Hernández Verónica Fernanda Mg.

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Informe de Investigación **"DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DEL CANTÓN AMBATO**" como también los contenidos, ideas, análisis, resultados, son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2017

LA AUTORA

……..

Vargas Maisa Liz Ivonne

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que esta tesis o parte de ella sea un documento disponible para su lectura, consulta o 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, Febrero del 2017

LA AUTORA

……

Vargas Maisa Liz Ivonne

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DEL CANTÓN AMBATO"** de **Vargas Maisa Liz Ivonne**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero del 2017

Para constancia firman

……..……...	**…..…..……**	**……..……..**
PRESIDENTE/A	**1ER VOCAL**	**2DO VOCAL**

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de Investigación primero a Dios por guiarme en su camino y permitirme cumplir una de mis metas que fue es ser una profesional, también a mi madre, quien ha sido el pilar fundamental para llegar a crecer principalmente como ser humano, a mi hermano por inspirarme a ser mejor cada día y alcanzar mis sueños, y finalmente a mi hijo quien ha sido la avalancha de progreso para mi vida, orientación en cada paso y lucha constante a pesar de mis caídas, es un honor enorgullecerlos por todo el apoyo alentador que me han brindado.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos hacia mis mentores que me ayudaron a guiar y forzar mi camino en mi Carrera, en todo el trayecto de mis estudios estuvieron grandes profesores que gracias a sus conocimientos trasmitidos he llegado a culminar esta etapa tan maravillosa en mi vida, agradezco a toda mi familia por el apoyo constante y a mi pequeño por ser el motivo de seguir adelante.

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 x
ÍNDICE DE GRÁFICOS xi
RESUMEN xii
TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO xiii
FACULTY OF HEALTH SCIENCES xiii
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER xiii
ABSTRACT xiii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
1.1. Tema 3
1.2. Planteamiento del problema 8
1.3. Justificación 8
1.4. Objetivos 9
CAPÍTULO II 11
MARCO TEORICO 11
2.1 Estado del Arte 11
2.2 Fundamento Teórico 15
MARCO METODOLÓGICO 24
3.1 Nivel y Tipo de investigación 24

3.2 Selección y área o ámbito de estudio 24
3.3 Población 25
3.3.1 Población: 25
3.3.2 Muestra 25
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión 25
3.5 Operacionalización de variable validez y confiabilidad de los reactivos 27
3.6 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información 29
3.7 Aspectos éticos 32
CAPÍTULO IV 34
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS 34
4.1.1 Datos Sociodemográficas 34
Tabla 1. Datos sociodemográficas 34
4.1.2 Variable Independiente: Deterioro Cognitivo 35
4.1.3 Variable dependiente: Actividades de la Vida Diaria 44
INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES 55
4.1.4 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS 55
CAPÍTULO V 59
5.1 CONCLUSIONES 59
5.2 RECOMENDACIONES 60
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS 62

ÍNDICE DE TABLAS

Pg.

Tabla 1. Datos sociodemográficas 34
Tabla 2. Test Mini Mental Examination State – Orientación. 35
Tabla 3. Test Mini Mental Examination State – Repetición Inmediata. 37
Tabla 2. Test Mini Mental Examination State – Atención y Cálculo 38
Tabla 5. Test Mini Mental Examination State – Memoria 39
Tabla 6. Test Mini Mental Examination State – Lenguaje y Construcción. 41
Tabla 7. Test Mini Mental Examination State – Grado de Deterioro Cognitivo 42
Tabla 8. Test de Barthel - Alimentación 44
Tabla 9. Test de Barthel - Baño. 45
Tabla 10. Test de Barthel - Vestimenta. 46
Tabla 11. Test de Barthel – Aseo. 47
Tabla 12. Test de Barthel - Uso del Retrete. 48
Tabla 13. Test de Barthel – Defecación 49
Tabla 14. Test de Barthel - Micción 50
Tabla 15. Test de Barthel – Ambulación 51
Tabla 16. Test de Barthel - Subir y bajar escaleras. 52
Tabla 17. Test de Barthel – Transferencia. 53
Tabla 18. Test de Barthel - Grado de Dependencia Global. 54
Tabla 19. Tabla de contingencia Deterioro * Autonomía 56
Tabla 20. Pruebas del Chi- Cuadrado. 58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pg.

Gráfico 1. Sexo. 34
Gráfico 2. Orientación. 36
Gráfico 3. Repetición inmediata 37
Gráfico 4. Atención y Cálculo 38
Gráfico 5. Memoria. 40
Gráfico 6. Lenguaje y Construcción. 41
Gráfico 7. Deterioro Cognitivo. 43
Gráfico 8. Alimentación. 44
Gráfico 9. Baño resumen. 45
Gráfico 10. Vestimenta. 46
Gráfico 11. Aseo. 47
Gráfico 12. Uso del retrete. 48
Gráfico 13. Defecación. 49
Gráfico 14. Micción. 50
Gráfico 15. Ambulación resumen. 51
Gráfico 16. Subir y Bajar escaleras. 52
Gráfico 17. Transferencia resumen 53
Gráfico 18. Grado de dependencia 54
Gráfico 19. Grafico de barras 57

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

"DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DEL CANTÓN AMBATO."

AUTORA: Vargas Maisa Liz Ivonne

TUTORA: Psc. Cl. Flores Hernández Verónica Fernanda Mg.

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objeto determinar como el deterioro cognitivo se relaciona con las actividades de la vida diaria en pacientes adultos mayores, el estudio fue realizado a nivel descriptivo en base a un diseño documental bibliográfico y cuantitativo permitiendo el análisis estadístico, dirigido a 46 pacientes adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la provincia de Tungurahua, del cantón Ambato, las técnicas e instrumentos que se utilizaron son el test Mini Mental Status Examination de (Folstein), mismo que mide el deterior cognitivo y áreas afectadas, y test de Barthel que mide las capacidades de funcionalidad de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor, y a través de la prueba chi cuadrado encontrando que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la autonomía de la vida diaria por lo tanto se rechaza la hipótesis de que estas dos variables están relacionadas ($X^2(2) = 4{,}704$, N= 46 $p > 0{,}05$).

PALABRAS CLAVES: DETERIORO_COGNITIVO, AUTONOMÍA, DEPENDENCIA, ADULTO_MAYOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

"COGNITIVE IMPAIRMENT AND AUTONOMY OF DAILY LIVING IN ELDERLY OF COMPREHENSIVE CARE CENTER FOR THE ENDERLY IN THE PROVINCE OF TUNGURAGUA, CANTON AMBATO"

Author: Vargas Maisa Liz Ivonne

Tutor: Psc. Cl. Flores Hernández Verónica Fernanda Mg.

ABSTRACT

This study aims to determine how the cognitive impairment is associated with the activities of daily living in elderly patients, the study was conducted at the descriptive level based on a literature review and quantitative documentary design allowing statistical analysis led to 46 patients elderly Comprehensive Care Center for older adults in the province of Tungurahua, Ambato canton, techniques and instruments used are the Mini Mental Status Examination test of (Folstein), which measures cognitive same Deterior and affected areas, Barthel test that measures the functional capabilities of the activities of daily living in the elderly, and through the chi-square test found no relationship between cognitive impairment and autonomy of daily life therefore reject the hypothesis that these two variables are related ($X2 (2) = 4.704$, $N = 46$ $p > 0.05$)

KEYWORDS: cognitive impairment, autonomy, dependence, elderly.

INTRODUCCIÓN

Hablamos de envejecimiento al proceso natural del ser humano que se produce a través de todo el ciclo de vida, las personas no envejecen de igual manera depende de la calidad de vida que han llevado y la funcionalidad durante la vejez, están relacionadas con las ventajas y desventajas que se han tenido durante la niñez, infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo, vulnerabilidad y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud.

De acuerdo a estudios científicos, investigaciones y teorías, acerca del proceso evolutivo de la etapa de la vejez e incremento de la población anciana a nivel mundial podemos definir que en el transcurso de la vida se produce varios cambios en varios sistema del cuerpo humano, en el sistema nervioso se disminuye el peso cerebral y el flujo sanguíneo, aparecen dificultades en los órganos de los sentidos y funcionamiento físico, el adulto mayor al ingreso en esta etapa se mantiene desconcertado e intervienen aspectos que no lo premeditaban como es el desempleo, jubilación, fallecimiento de su pareja marital o seres queridos, lo que produce impactos acelerados y aparecen las enfermedades normales y patológicas, es importante conocer acerca del proceso de envejecimiento y reconocer las modificaciones a los cuales se enfrentan y deben afrontar, el paso de los años en esta etapa produce deterioro progresivo de las capacidades físicas, psíquicas y sociales, o de relación, mismo que se asocia al envejecimiento y conlleva la pérdida de autonomía personal, y la dependencia del ser humano, ya que su convivencia empieza a tener complicaciones en medio de su entorno, menos estimulante y carente de oportunidades, situación en la que se encuentran actualmente la mayor parte de las personas a edades avanzadas.

Todas las personas que empiezan esta nueva etapa tienen derecho a convivir y disfrutar de unas condiciones de vida donde se les permita interactuar y participar tanto en medio de diversos entornos sean familiares, sociales y de apoyo como también vivir en un contexto que refuercen y faciliten la autonomía personal, permitiendo desarrollar su vida de acuerdo a sus potencialidades, habilidades y destrezas conjunto a las propias

decisiones, la persona mayor entra en una dinámica de deterioro progresivo rápido y su vida comienza a situarse dentro de una problemática de dependencia creciente.

Esta investigación pretende ofrecer un análisis de la realidad en la que se encuentran las personas mayores con el objetivo de trabajar con las mismas en el desarrollo de su autonomía personal permitiendo una buena calidad de vida el mayor tiempo posible. Para ello, realizaremos un análisis demográfico, político y económico de los países latinoamericanos, un estudio del proceso de envejecimiento asociado a la edad y por último, unas orientaciones prácticas dirigidas al fomento de la autonomía en las personas mayores.

CAPÍTULO I

1.1. Tema

"Deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato."

Contexto

Según la Organización Mundial de Salud (2013) existe un incremento de adultos mayores a nivel general ya que entre el año 2000 y 2050 la proporción pasara del 11% al 22% de población anciana, es decir de 605 millones de individuos a 2000 millones. Entre cifras existe el 20% de personas aproximadamente sobre los 60 años de edad que padecen algún tipo de trastorno mental o neural, el 6,6% de este conjunto de individuos se debe a alteraciones mentales y del sistema nervioso, los desórdenes neuropsiquiátricos comunes son la demencia, la evolución a Alzheimer y la depresión, aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial padezcan de algún tipo de deterioro cognitivo, este último conjuntamente con el Alzheimer son causas prioritarias de morbilidad y mortalidad.

Según el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (2011) en México un estudio acerca del Deterioro Cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México analizaron en 4.183 sujetos adultos mayores de 65 a 105 años, del total de la población analizada, el 7% tuvo deterioro cognoscitivo y 3.3% deterioro cognoscitivo con dependencia funcional, con más probabilidad en mujeres, no existió asociación entre las variables sociodemográficas, salud y deterioro cognoscitivo, en las personas casadas

con menor prevalencia de deterioro pero asociadas con la aparición de enfermedades crónicas como diabetes, ataques cardiacos, depresión y enfermedades cerebrales.

El Instituto Nacional de Estadística de Honduras (2011) menciona que en Honduras existe una población de 7.8 millones de personas, de los cuales 586,468 son adultos mayores de 60 años, aproximadamente el 54.8% son adultos mayores que asistieron a una escuela, 85% fueron adultos mayores de 6 o menos años de estudio, el 7% son resguardados por el sistema de Seguridad Social, y en un estudio dirigido a varias enfermedades neurológicas en la población general reveló prevalencia de deterioro cognitivo de 5.7% casos por 1000 habitantes y una prevalencia de demencia de 0.6% casos por cada 1000 habitantes.

En el Centro Centroamericano de Población (2013) de Costa Rica refiere que el estado de salud ha evolucionado desde la implementación de la Clínica de la Memoria del Hospital Geriátrico, se ha evaluado a más de 3.000 pacientes adultos mayores por año, el 70% tiene algún tipo de demencia, y entre un 18% presenta deterioro cognitivo leve.

El Ministerio de la Protección Social (2010) en Colombia menciona que existen 45´509.584 habitantes, de los cuales aproximadamente 4´459.784 son mayores de 65 años, en la ciudad de Sucre, se realizó un estudio con la Universidad Sucre en dos comunas de Sincelejo, conformada por 2.551 adultos mayores de 65 años, la comuna 6 con 1.345 adultos mayores y comuna 9 con 1.206 adultos mayores, con una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, 134 de la comuna 9 y 141 de la comuna 6, entre mujeres fueron el 61% y hombres el 49% de adultos mayores, mediante la recolección de información a través de encuestas se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud, por medio de instrumentos como la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón que determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, el Índice de Katz reflejo que existe mayor porcentaje en adultos mayores independientes, 73.9% para realizar sus actividades básicas de la vida diaria sin depender de alguien y el 26.1% son dependientes en actividades como la micción y la ambulación, y un grupo importante en todas las funciones, en la valoración de la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria a través de la Escala de Lawton y Brody presentaron limitaciones para realizar trabajo pesado en un

62.8%, para salir de casa en 48.9% y para desplazarse por los espacios de la vivienda en un 47.7% , la condición de salud mental valorada a través de Mini Mental State Examination, deterioro cognitivo leve en un 52.6%, moderado en el 39.6% y el 7.8% presenta un deterioro severo.

En el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010) en Chile mediante estudios con representatividad nacional y regional por zona geográfica urbano y rural a nivel nacional, realizaron observaciones en 4766 sujetos de 60 años para adelante, donde existe una prevalencia de deterioro cognitivo según el sexo y nivel de escolaridad de 8,5%, en adultos mayores de 60 años, con una frecuencia en mujeres de 9,1% y en hombres de 7,4% afectando en lo posterior del 10 a 20% de un deterioro cognitivo leve a una evolución de síndromes demenciales.

La Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo de Evaluación Integral de salud de Áreas de Riesgos (2010) en Argentina refiere que existe 40.117.096 habitantes, representando el 14,2% de la población total del país, dividido por medio de los procesos de envejecimiento en local y su relación con el deterioro cognitivo con un 23% en adultos mayores de 60 años y demencias estimadas en un 12.18% en adultos mayores de 65 años.

En el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011) en Venezuela realizaron un estudio con 187 pacientes de tipo descriptivo, retrospectivo para determinar la presencia de deterioro cognitivo según la edad, el sexo y el nivel de escolaridad de los pacientes del consultorio 14 del Policlínico Antonio Guiteras Holmes del municipio Habana Vieja, aplicaron instrumentos como Mini Mental State de Folstein y McHugh, cuyos resultados que observaron fueron, 54 adultos mayores, es decir el 28.8% presentaron algún grado de deterioro cognitivo, el sexo femenino fue el más deteriorado con 34 pacientes lo que significó un 33.3% y 20 pacientes en el sexo masculino para un 23.53%.

Adultos Mayores Institucionalizados del Occidente (2013) en México en un estudio trasversal descriptivo, multicéntrico realizado en 373 adultos mayores, realizado en 3 poblaciones del Adulto Mayor Internalizado, residentes de diferentes asilos, casas-hogar

y casas de retiro de los estados de Colima con 151 adultos mayores, en Nayarit 111 y Jalisco 111 en los que mediante la aplicación de instrumentos como la escala de Barthel para identificar su nivel de capacidad funcional en Colima presento 10.6% son personas adultas mayores independiente, 52.3% dependencia leve, 15.9% dependencia moderada, 7.3% dependencia severa y 13.9% dependencia total, en el estado de Nayarit 13.5% independiente, 41.4% dependencia leve, 19.8% dependencia moderada, 9.90% dependencia severa y 15.3% dependencia total, finalmente estado de Jalisco 27.9% independiente, 28.8% dependencia leve, 14.4% dependencia moderada, 18.0% dependencia severa y 10.8% total, se observo que en los 3 estados explorados el ítem de trasladarse de la silla a la cama fue el que más Adultos Mayores independientes totales presentó, seguido de la capacidad de ambulación, mientras que en los Estados de Nayarit y Jalisco superaron a la población de Colima con mayor porcentaje de sujetos dependientes totales para subir y bajar escaleras.

Según estudios en el Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (2010) en Chile existen 664 establecimientos en el país y constatan un total de 13.187 personas mayores internalizadas de adultos mayores, existe personas mayores con dependencia de tipo física 30.3%, de aquellos con dependencia de tipo psíquica 19.1%, también existe la presencia relevante de personas mayores con autonomía, las cuales ascienden a un 32.5% del total, quienes tienen una menor presencia, son aquellas personas mayores con un reducido nivel de autonomía, es decir, personas mayores postradas con 18.1% del total de personas mayores, y corresponden a quienes requieren un tipo de atención más especializada y continua.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012) en Argentina realizaron la Encuesta Anual de Hogares Urbanos, junto con las "Encuestas Permanentes de Hogares, existen 31 grupos urbanos, desde el 2010 tienen cobertura para adultos mayores cada uno de los grupos urbanos más grandes del país, en los que habita el 70% de la población urbana, según las localidades existe aproximadamente 100.000 habitantes de adultos mayores según la población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, el nivel de dependencia se evalúa en la capacidad de las personas para desarrollar y realizar actividades de la vida diaria, el 10% de los adultos mayores presenta dependencia

básica, paulatinamente en la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades se cuadruplica con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más. La ayudar hacia las personas con alguna dependencia básica recae principalmente en el medio familiar con el 77,4%.

INDEC (2012) hace referencia a la dependencia instrumental en realizar actividades de la vida diaria, gracias a la aplicación a mas de 100.000 habitantes de la población adulto mayor, con resultados de un 22% de la misma presentó al menos una de estas limitaciones, se encontró dependencia en un 13% al realizar la actividad de hacer compras, un 12% para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi o auto particular, este porcentaje de personas necesitan de un cuidador para realizar dichas actividades, en las estadísticas un 16% de las personas de 75 años en adelante permanece en su hogar y son principalmente las mujeres las que tienden a aislarse en su entorno doméstico, un 91% de los adultos mayores sale regularmente de su casa, a medida que aumenta la edad, las salidas disminuyen.

Encuesta de Salud Bienestar del Adulto Mayor (2010) en Ecuador existe deterioro cognitivo por sexo y subregiones, en mujeres 25.7% y hombres 16.3% con un total de 21.3%, es decir que tres de cada adulto mayor de 75 años reporta un deterioro en capacidad cognitiva, y uno de cada ocho adultos mayores en general menciona haber experimentado un trastorno mental o síndromes demenciales, y por sexo e índice de condiciones sociales en mujeres 25.8% y hombres 16.2% deterioro cognitivo, arrojando resultados de uno de cada cuatro adultos mayores dice que vive en condiciones buenas o muy buenas, más de cuatro de cada diez viven en condiciones regulares, y más de tres de cada diez en condiciones malas o de indigencia.

INEC (2010) mediante las encuestas en el Ecuador hay 14’483.499 habitantes, de los cuales, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores, con prevalencia por sexo en mujeres con el 53% y hombres el 47%, la autonomía en los adultos mayores es de 30% tanto hombres como mujeres mayores de 80 años necesitan la asistencia para el cuidado, es decir un 36.5% de la población nacional.

INEC (2010) la prevalencia de dependencia en realizar actividades diarias es en mujeres adultas mayores del área urbana y mayores de 80 años, quienes presentan los mayores requerimientos de un cuidador, según los organismos de salud internacional es necesaria de una persona cuidador que brinde el servicio al adulto mayor que posea un grado de dependencia en realizar las actividades cotidianas ya que mencionan que 9 de cada 10 fracturas de cadera son producto de caídas con el 75% de las muertes accidentales en mayores de 75 años en adelante.

1.2. Planteamiento del problema

¿El deterioro cognitivo influye en la autonomía de la vida diaria?

1.3. Justificación

En la sociedad latinoamericana las investigaciones en adultos mayores han aportado al conocimiento en relación a la calidad de vida y cuidado personal del anciano, mediante resultados de estudios de las afecciones en el mismo, sabiendo que las personas al envejecer pasan por cambios evolutivos tanto orgánicos, físicos, mentales y sociales, los cuales causan consecuencias como deterioro de la memoria que causa los olvidos, pérdida de habilidades físicas, enlentecimiento motor, pérdida de fuerzas y energías, cansancio, disminución de la visión entre otros, los mismos que van alteran el cuadro en los pacientes, quienes deben sentirse útiles para sí mismos para que desarrollen otras capacidades que les permiten enfrentar la nueva etapa de vida.

El proceso de envejecimiento se acompaña normalmente de la disminución de funciones generales del organismo, en lo pertinente de los cambios de varios sistemas neurológicos y motores, estos pueden ser de origen fisiológico o patológico, en que dichas modificaciones se aceleran después de los 60 años, llevando a un declive evolutivo con pérdida de la fuerza muscular, la acumulación de grasa que puede comprometer la movilidad del individuo.

El envejecimiento del organismo humano, además de constituir una etapa normal e irreversible de la vida, es un complejo y variado proceso que depende no sólo de causas

biológicas, sino también de condiciones socioeconómicas y familiares en las cuales se desarrolla el individuo como ser social.

La presente modalidad de investigación se basa en analizar el deterioro cognitivo en los adultos mayores y como el mismo afecta en la autonomía de la vida diaria para realizar las actividades básicas e imprescindibles como alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse de un lugar a otro, o el desplazamiento con silla de ruedas, subir y bajar escaleras, moverse, entre otras, es importante conocer el impacto social de la problemática principalmente que vive el adulto mayor y los cuidados que se deben exigir por el declive de sus funciones mentales y físicas, en los cuales existe un deterioro vital en las actividades que realiza diariamente, este proyecto se fundamenta en la investigación directa en adultos mayores que presentan cambios y declive de varias funciones como es la memoria, orientación, lenguaje, constructos, y actividades de la vida diaria, mismas donde presentan nuevas crisis, es importante destacar que las enfermedades de carácter crónico a menudo se asocian pueden generar discapacidades y ser notorias en la vejez y afectar a la funcionalidad y a la calidad de vida, la capacidad funcional constituye un componente del estudio sobre el estado de salud de los ancianos, para evaluar el estado funcional es necesario determinar el nivel de independencia para llevar a cabo las actividades de la vida diaria

Los resultados obtenidos beneficiaran tanto a la Universidad Técnica de Ambato para futuros progresos y avances en el desarrollo de investigaciones sobre el adulto mayor y al Centro de Atención del Adulto Mayor en la parroquia de Techo Propio, conociendo la problemática y ventajas de los resultados obtenidos en los tests Mini Mental State y Barthel para desempeñar nuevos programas de actividades que disminuyan el deterioro acelerado y la dependencia en actividades de la vida diaria, y permitan ayudar a entender el ciclo de declive de la vejez.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Establecer la incidencia del deterioro cognitivo en la autonomía de las actividades diarias del Adulto Mayor en el Centro integral de Atención del Adulto Mayor en la provincia de Tungurahua en la ciudad de Ambato

1.4.2 Objetivo Específico:

- Establecer el grado de deterioro cognitivo predominante en el adulto mayor del Centro Asistencial del Adulto Mayor en la parroquia de Techo Propio
- Identificar el grado de dependencia de la autonomía de las actividades diarias en el Adulto Mayor.
- Identificar la relación que existe entre el deterioro cognitivo con las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el Centro Asistencial del Adulto Mayor de Techo Propio.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

El siguiente proyecto investigativo, se basa en conceptualizar, analizar con bases teóricas y estudios realizados en varios países de Latinoamérica, según autores del desarrollo evolutivo del Adulto Mayor, desde una perspectiva integral como influye el deterioro cognitivo en la autonomía de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor.

2.1 Estado del Arte

Varela (2015) en Perú una investigación sobre el Perfil Clínico, Funcional y Sociofamiliar del Adulto Mayor de la Comunidad del distrito San Martín de Porres de Lima, de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 501 personas mayores de 60 años a las cuales aplicaron un cuestionario estructurado en el que se registraron variables clínicas, funcionales y sociofamiliares, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social, finalmente encontraron problemas de dependencia funcional, riesgo o problema social, enfermedades crónicas y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos.

Alvarado (2014) en Colombia en un estudio poblacional de Deterioro Cognitivo en población colombiana con una muestra de 803 ancianos de varias regiones del país que habitaban en comunidad durante los meses de noviembre de 2011 a agosto de 2012, aplicaron formatos de registro y se procesaron en forma descriptiva en detección de deterioro cognitivo, identificando, el 40% de la población de ancianos presentaron deterioro cognitivo, afectación más grave en edades de 70 a 79 años, de 60 a 69 años prevalencia de deterioro cognitivo en menor porcentaje, más de la mitad con resultados

sugestivos de deterioro cognitivo presentaban antecedentes de enfermedades crónicas, finalmente el 17.4% del total de la población tuvieron deterioro cognitivo, el antecedente de accidente cerebrovascular observaron en el 4.9%.

Badillo (2013) México en un estudio de Depresión y Función Cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal de tipo descriptivo, transversal, correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos, aplicaron los Test de Yesavage, Mini Mental State Examination, observaron resultados en la función cognitiva el 58.3% íntegra y 41.7% deterioro cognitivo, con un bajo grado de depresión.

Espinoza (2013) en México un estudio de las Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México de tipo descriptivo con una muestra de 8.874 adultos mayores de 60 años, según condiciones de salud y del estado funcional, mediante estudios indicaron que existe 7.3% deterioro cognitivo y 7.9% demencia, en el estado funcional un 26.9% presentó dificultad para realizar actividades básicas y 24.6% dificultad en realizar actividades instrumentales, con un aumento de prevalencia de enfermedades crónico degenerativas mismas de la etapa del adulto mayor, creciente discapacidad y consecuente dependencia.

Tirado (2011) Perú un estudio referente a la Caracterización Clínica, Epidemiológica y Social de una Población Geriátrica Hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar de tipo descriptivo, observacional y transversal realizado en el Centro Geriátrico Naval Callao con una población de 711 pacientes de 60 años en adelante, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011, mediante base de datos de los pacientes, registraron por grupos según el estado demográfico existe prevalencia del sexo masculino, con riesgo de deterioro cognitivo 34.3%, alta prevalencia de distintas condiciones clínicas como el estreñimiento, la hipertensión arterial, la depresión.

Arboleda (2008) en Colombia un estudio acerca de la Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana con un grupo de personas mayores de 50 años del Valle de Aburrá, la muestra de 848 participantes hombres y mujeres, residentes en el área metropolitana de Medellín, con diferentes niveles educativos y

socioeconómicos, presentaron prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve amnésico un 9,7%, con predominio en hombres.

Oliva (2007) Cuba un estudio sobre el Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor de tipo observacional con 129 pacientes del policlínico Alcides Pino, utilizaron los tests para evaluar esfera cognitiva y encuestas, los cuales arrojaron que entre 75 a 79 años presentan el 57.4% deterioro cognitivo con prevalencia grave en el género femenino, cuales funciones afectadas fueron la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, con escolaridad primaria terminada fue el nivel de escolaridad, influyendo los malos hábitos y enfermedades crónicas como factores de riesgo asociados a los pacientes con deterioro cognitivo.

Díaz (2012) Cuba en un estudio de Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad Física en adultos mayores de tipo descriptivo, transversal por medio de variables sociodemográficas, un conjunto de factores biológicos, psicosociales del ambiente de los pacientes en el área urbana del Policlínico Bayamo, con una población de 208 pacientes mayores de 60 años, con test de Examen Mínimo del Estado Mental, Índice de Lawton, encuesta de factores de riesgo de discapacidad, Índice de Barthel, los resultados arrojaron alto grado de discapacidades físicas, entre 60 a 69 años el 59.6% deterioro cognitivo, dependencia grave 31,2%, dependencia moderada 34.6%, factores de riesgo biológicos, pérdida del rol social, predominio alto en la mayor parte de enfermedades el género femenino.

Leite (2012) en su investigación realizada en Brasil sobre la Capacidad Funcional y nivel Cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal en adultos mayores residentes en el área urbana de la ciudad de Rio Grande del Sur de Brasil, con una muestra de 368 adultos mayores, implementaron instrumentos como el Índice de Katz, Escala de Lawton y Mini Mental State Examination, mismos test que proyectaron que la mayor dependencia de los ancianos se encontraba en la realización de pequeños trabajos domésticos manuales, la mayor parte de los adultos mayores eran independientes, seguido por aquellos con dependencia parcial, bajo índice total de dependencia, resultados de la

Escala de Katz, 344 adultos mayores independientes para todas las funciones, 10 fueron dependientes y 1 fue dependiente para todas las funciones

Pinillos (2012) Colombia realizó un estudio en la Universidad Simón Bolívar acerca de la Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, de tipo descriptivo transversal, en 469 ancianos, 214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club o grupo geriátrico, prevalencia por sexo mujeres, la cuarta parte de los participantes en edades entre 70 y mayores de 80 años, valoraron la funcionalidad física utilizando el Índice de Barthel y Lawton, arrojando el menor porcentaje de adultos mayores son dependientes en sus actividades básicas de la vida diaria y un alto índice en actividades instrumentales, concluyeron que es imprescindible que a la persona mayor se le brinden condiciones y oportunidades que le permitan mantener y recuperar la funcionalidad, encontrando un equilibrio entre el autocuidado, el apoyo de la familia, amigos y cuidados profesionales.

Estrada (2011) en Medellín un estudio referente a la Calidad de vida de los adultos mayores, de tipo transversal con una muestra de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín, evaluaron la calidad de vida mediante varios instrumentos donde arrojaron resultados que la mayor parte de población eran mujeres, la edad promedio fue de 70 a 80 años, alto grado de independencia para realizar actividades de la vida diaria junto a un bajo por ciento de deterioro cognitivo, finalmente observaron que existió prevalencia en mujeres y deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, empeora el cuadro clínico cuando existe sintomatología depresiva, ansiedad, o sentirse maltratado por sus familiares.

Tabares (2009) en México mediante una investigación sobre la Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado con un diseño de estudio de tipo descriptivo, correlacional, con una muestra de 159 adultos mayores que ingresaron al área de hospitalización de un hospital privado de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, utilizaron escalas de Valoración de actividades de la vida diaria, valoración visual, auditiva, funcional cognitiva (test del reloj) y depresión de Yesavage, finalmente los resultados arrojaron entre 70 años a mas, predominio por sexo en

mujeres, bajo índice por escolaridad, actividades de la vida diaria prevalencia en hombres dependencia leve para vestirse y en mujeres para trasladarse, funcionalidad visual mayor déficit en mujeres y en valoración auditiva en hombres, encontraron mayor déficit cognitivo en el sexo femenino, concluyendo que no se hallaron diferencia en el nivel de dependencia para realizar actividades de la vida diaria de acuerdo al género, finalmente la depresión se asocia con la presencia de dependencia funcional en actividades de la vida diaria y con la presencia de alteración auditiva, no existió asociación entre la depresión, déficit visual y deficiencia cognitiva.

Costa (2006) en una investigación en Brasil acerca de la Capacidad de los ancianos de una comunidad en desenvolver Actividades de Vida Diaria y Actividades Instrumentales, de tipo trasversal con una muestra de 95 adultos mayores de la comunidad de un área de competencia del Programa Salud de la Familia, en Gioania, a través de entrevistas y evaluaciones con instrumentos como tests de Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, correspondieron de 60 a 69 años prevalencia en mujeres, de estado civil casado con religión católica, ingresos salario mínimo, y casa propia presentaron predominancia de independencia para las actividades instrumentales y de la vida diaria con menos dificultad dentro del domicilio.

Díaz (2002) en su investigación realizada en Cuba sobre un estudio de Evaluación Funcional del anciano de tipo evaluación estratégica funcional en el Hogar de Anciano "Mella", del municipio "Mella" en la provincia Santiago de Cuba, con una muestra de 26 ancianos del hogar, los resultados fueron la mayor número de adultos mayores se encuentran en un nivel funcional e independencia a las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentadas con mayor grado de dependencia uso de teléfono, las labores de artesanía, ir de compras y el manejo de la casa, se debe trabajar en conjunto a los adultos mayores que ayuden a mantener la independencia y autonomía.

2.2 Fundamento Teórico

La presente investigación toma como punto de partida la propuesta teórica de la Teoría Neuropsicológica, de manera independiente de los principales representantes de dichas teorías, se tomarán los principales conceptos que comparten en mayor o menor medida, las distintas orientaciones terapéuticas tanto neuropsicológica como conductual

existentes, puesto que el presente proyecto investigativo se basa en la exploración del adulto mayor en sus funciones mentales y actividades básicas de la vida diaria y la afectación de estos parámetros.

Teoría Neuropsicológica

Fraser, Singh, y Bennett (1996) mencionan que el proceso de envejecimiento en el desarrollo evolutivo en la etapa de la vejez implica vario tipos de modificaciones como es la disminución en una o más capacidades cognitivas, esta etapa significa que según las características y sistemas del ser humano que enfrentan nuevos cambios y apariciones junto con las interacciones entre las condiciones biológicas y ambientales, factores como la educación, alimentación, ritmo de vida otorgan aspectos positivos como negativos en dicha etapa..

Gallagher y Rapp (1997) el estudio del envejecimiento desde un punto de vista neuropsicológico implica necesariamente afrontar el reto de conocer qué cambios cerebrales pueden estar causando cambios en el funcionamiento cognitivo, en primera instancia en esta etapa deben ser capaces de poder establecer los límites entre el envejecimiento normal y síntomas patológicos que afectan al sistema nervioso en etapas avanzadas de la vida, no se debe confundir lo que son cambios cognitivos específicos asociados a la edad con las primeras manifestaciones de condiciones patológicas, como en las alteraciones relacionadas con la memoria suelen ser los primeros signos y síntomas cognitivos frecuentes tanto en el envejecimiento normal como en las primeras etapas de desarrollo de demencia o enfermedad de Alzheimer.

Gallagher y Rapp (1997) mencionan un posible efecto demasiado rápido y progresivo entre el proceso de envejecimiento normal y la presencia de un estado neuropatológico asociado a la edad como la enfermedad de Alzheimer, mencionan el hecho de que por las características específicas de la evolución de esta enfermedad de manera en que es de curso lento, progresivo y sin manifestaciones clínicamente significativas de inicio, es probable que los estudios sobre envejecimiento normal puedan incluir algunos sujetos con enfermedad neurológica no reconocida.

Waite, Broe, Creasey, Grayson, Edelbrock y O'Toole (1996) consideran la posibilidad de que los signos neurológicos podrían ser comórbidos a enfermedades sistémicas, accidentes cerebrovasculares y síndromes neurodegenerativos que se presentan con mayor frecuencia en la vejez y no estar causados por la edad.

Zarranz (1997) menciona que si los límites entre el envejecimiento normal y patológico se diluyen al aceptar como normales en los cerebros viejos existen presencia de lesiones usuales pero que en realidad son propias de estados patológicos.

La Rue (1992) menciona que los marcadores neurodegenerativos, indican que es posible encontrar en personas mayores de edad por lo general alteraciones neuropatológicas a pesar de que éstas presentan un funcionamiento cognitivo normal.

Eustache y Cols (1995) afirman que las consecuencias del paso del tiempo no son iguales para todas las personas, si bien parece ser que el rendimiento cognitivo tiende a disminuir durante el envejecimiento normal, existe una amplia variabilidad interindividual, apareciendo como una posible explicación a este hecho la involución de sujetos con enfermedades sistémicas o neurodegenerativas, de igual manera no todas las funciones cognitivas disminuyen por igual, como el rendimiento en pruebas verbales, como fluencia o denominación, son de deterioro más lento que algunos aspectos de la memoria.

La Rue (1992) refiere que el conocimiento de los procesos neuropsicológicos relacionados con el envejecimiento resultan difíciles de conocer a partir de los estudios de lesiones cerebrales focalizadas, ya que muchos de los cambios cerebrales que tienen lugar en el envejecimiento son generalizados o implican a diferentes regiones, también es difícil separar los efectos acumulativos, por ejemplo de lesiones cerebrales focalizadas en un momento determinado, sobre diferentes condiciones patológicas sistémicas, como la diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas, hipertensión, alteraciones coronarias, menciona que al abordar el envejecimiento conlleva necesariamente el intentar conocer una gran cantidad variables relacionadas con aspectos tales como la variabilidad interindividual, limitaciones de los diseños de investigación, efecto del envejecimiento sobre las diferentes estructuras biológicas,

estilos de vida y alimentación a lo largo del proceso ontogenético, interrelación entre envejecimiento y alteraciones clínicas, componente social como nivel económico, trabajo, grado de satisfacción de la vida y marital, satisfacción familiar, tipo de personalidad, estrés acumulado, entre otras.

Kral (1962) uno de los autores en la historia evolutiva sobre el deterioro cognitivo propuso el concepto acerca del mismo definiendo como la pérdida de memoria benigna o maligna relacionada con el envejecimiento, para diferenciar las quejas de memoria estables y asociadas al envejecimiento, frente a aquellos problemas de memoria que podrían indicar la aparición temprana de una enfermedad.

Rodríguez (2009) refiere que las personas con deterioro cognitivo leve presentan mayor riesgo de evolución a demencia, principalmente la enfermedad de Alzheimer, con una tasa anual media del 10 a 15%, es necesario el desarrollo de estrategias terapéuticas que retrasen o prevengan el inicio de demencia, siendo importante también conocer el pronóstico o diagnóstico a tiempo y exacto.

Feldman (2005) señala que la participación en actividades cognitivas en edad adulta disminuye el riesgo de progresión a demencia, las intervenciones cognitivas son efectivas y duraderas, mejoran las habilidades cognitivas y la función cognitiva global, reducen el riesgo de padecer deterioro, el entrenamiento cognitivo es un conjunto de tareas que reflejan las funciones cognitivas particulares en la memoria, atención, solución de problemas, esta terapia se basa en que la práctica mejora o mantiene estable el funcionamiento cognitivo.

Rosenberg (2006) refiere que la rehabilitación cognitiva junto al uso de técnicas permite convivir y aceptar los déficits del paciente, tanto al propio paciente como a la familia, abordando directamente las dificultades que presenta la persona con demencia.

Teoría Cognitiva

Yanguas, Sancho, y Leturia (2004) mencionan que el proceso de envejecimiento contrae un declive de las funciones cognitivas como orientación, atención, percepción, fijación, memoria, mismas que están en contante modificación recibiendo, almacenando y

utilizando la información que retienen a nivel interno y en el ambiente, esta etapa produce cambios que se relacionan con las funciones cognitivas donde afectarán las capacidades psicológicas fundamentales para la vida diaria del adulto mayor, los cambios nuevos en las funciones cognitivas se encontraban asociados con el proceso de declive irreversible, pero varios estudios, instrumentos como son los tests, tecnologías de detección temprana, los grandes avances en el conocimiento y teorías proponen la facilidad de tratamiento y control de posibles procesos degenerativos acelerados o patológicos en el adulto mayor.

Belsky (1996) señala que frecuentemente en las personas adultas mayores el funcionamiento intelectual se muestra deteriorado en varias funciones relacionadas aproximadamente a los 60 años comienza el declive generalizado con algunos signos y síntomas, otros individuos que no han mostrado síntomas pero que varios factores influyen en el afrontamiento de esta etapa como es el nivel socioeconómico, relaciones intrafamiliares, educación, salud y calidad de vida que ha llevado cada adulto mayor, la educación es un factor importante que permite mantener reservas cognitivas y facilita el afrontamiento hasta esta etapa.

Wilson, Finkel, Pedersen, Bunce, Macready y Sternäng (2004-2008) indican que la velocidad de procesamiento según la funciones cognitivas, el enlentecimiento cognitivo o motor que se observa en la vejez es un hallazgo aceptado de forma generalizada, todavía permanece abierta la posible influencia que tiene dicho enlentecimiento sobre el deterioro del resto de funciones cognitivas observado en el envejecimiento normal.

Keys y White (2000) defienden su propuesta del importante papel que desempeña la velocidad de procesamiento en los déficit cognitivos asociados a la edad, éste factor no puede dar cuenta por sí solo de los cambios cognitivos que acontecen en el envejecimiento normal.

Wilson (2004) aporta que el enlentecimiento observado en el envejecimiento normal afecta a otros dominios cognitivos de manera diferencial, de modo que el porcentaje de varianza explicado por el enlentecimiento cognitivo puede variar no sólo entre unos individuos y otros, sino también entre unas funciones y otras en un mismo individuo.

Kral (1962) menciona que se ha entendido que la memoria es uno de los dominios cognitivos que más afectado se ve por el propio proceso de envejecimiento ya sea normal o patológico, es por este motivo que el autor representa con el terminos Benign Senescent Forgetfulness en contraposición al Malignant Senescent Forgetfulness, donde menciona que existen tipos de afectación a la memoria los cuales se asocian con la etapa de la vejez donde menciona que estos son procesos normales, y afectaciones donde aparecen las quejas en la memoria que son el principios de los olvidos y equivocación al mencionar la información u objeto.

Duarte y Pedro (2004) se refieren a la función de la memoria donde existen dos tipos de memoria la primaria que es donde se almacena transitoriamente la información con una capacidad limitada, misma que es el centro de la atención consciente y la memoria secundaria aquella que almacena la información definitiva de manera ilimitada, transfiriendo la información procedente de la primaria.

Yanguas, Sancho, y Leturia (2004) aportan un concepto acerca de las dificultades de la memoria en las personas adultas mayores mencionando que aparecen síntomas y signos perturbantes en la mente y actividades que realizan las personas de edad como es el sentimientos de pérdida de control sobre ellos mismo y el medio en el que se desenvuelve cotidianamente, dando como resultado manifestaciones negativas en la salud y ejecución de tareas de acuerdo a su edad, presentando dificultades relacionadas con la memoria, atención, orientación y otras funciones, que producen malestar psicológico y físico e influye la voluntad y la energía que tienen para adaptarse en las nuevas tareas de la vida diaria.

Duarte y Pedro (2004) mencionan que en la vejez aparecen trastornos cognitivos de tipo determinantes y progresivos que afectan a los adultos mayores a estos los llama en primera instancia los olvidos benignos cuales fallos de memoria de una persona normal que no exactamente son considerados patológico, olvidos momentáneos cuando la información que se obtuvo se la recuerda en un tiempo determinado, la demencia que ya es un trastorno de los procesos cognitivos, memoria, procesamiento de la información, atención, aprendizaje, pensamiento, razonamiento, atribuciones, el declive se da con la pérdida de memoria, dificultades en la capacidad de juicio, aprendizaje, deterioro en el

sistema nervioso en funciones corticales donde produce dificultades para hablar, escribir, en los movimientos como en la marcha, entre otros.

Duarte y Pedro (2004) mediante las investigación determinan que existen tipos de demencia, la enfermedad del Alzheimer por sobreentendido que es la más conocida y evolucionada, el delirio-confusión que es un trastorno del comportamiento caracterizado por la excesiva angustia e incapacidad de responder una situación de crisis, requiere de asesoramiento y tratamiento psicoterapéutico, acerca del deterioro cognitivo leve un debe ser estudiado y diferenciarse cuando es un cuadro clínico irreversible y progresivo y un deterioro fisiológico normal acorde a la edad.

Lobo, Saz, y Roy (2000) según los autores mencionados el deterioro es un declive cognoscitivo con la pérdida de las funciones intelectuales, el cuadro clínico muestra que varias personas adultas mayores no cumplen con los criterios de demencia, sin embargo existen la quejas constantes de olvidos donde a través de instrumentos como test se puede determinar el progreso de deterioro cognitivo y en qué etapa se encuentra de una posible demencia.

Bäckman y Iachini (2004-2009) refieren que la ejecución en tareas visoperceptivas más simples y pasivas, que solo requieren la comparación de determinadas características visuales de acuerdo a la forma, color, luminosidad no parece verse muy afectada por la edad.

Wingfield, (2000) indica que las funciones lingüísticas parecen ser las que menos se deterioran con el paso de los años.

Burke y Shafto, (2008) mencionan que en el estudio de los efectos de la edad sobre las capacidades lingüísticas más ligadas a la comprensión del lenguaje, el análisis y control de las capacidades sensoriales está cobrando especial relevancia en los últimos años, la influencia ejercida por las funciones sensoriales, audición y visión, en el funcionamiento cognitivo de las personas mayores ha sido resaltada en diversos trabajos, estudios de revisión concluyen que existen importantes evidencias de que el deterioro en la agudeza y procesamiento perceptivo asociados a la edad afectan el

rendimiento lingüístico de los adultos mayores, de manera que, cuando se iguala la inteligibilidad de los estímulos para los distintos grupos de edad, desaparece gran parte de las diferencias de rendimiento entre ellos.

Posner, Petersen, Fan, y Stuss (1990-2006) refieren que la atención comprende distintos tipos de procesos y sistemas, entre ellos se puede destacar los procesos destinados a crear y mantener un estado de alerta adecuado, los sistemas de orientación destinados a la selección de la información relevante del input sensorial y aquellos procesos atencionales más relacionados con el control y monitorización de los recursos asociados al funcionamiento ejecutivo, las funciones atencionales más simples, también denominadas posteriores por la implicación de estructuras parieto-temporales, presentan un mayor nivel de especificidad asociado a las distintas modalidades sensoriales, las funciones atencionales más relacionadas con el lóbulo frontal tienen un carácter más general, no están ligadas a una capacidad cognitiva específica, sino que pueden ser utilizadas junto a cualquier otro dominio cognitivo cuando las demandas de la tarea así lo requieren.

Dekler y Jonghe (2007) mencionan que en esta etapa de la vejez se sufren varios cambios positivos y negativos todos ellos relacionados con la capacidad cognitiva, económica y el nivel educativo del adulto mayor, por lo que existen cambios intelectuales como es la pérdida significativa de funciones intelectuales que no pueden ser revertidas, declinación que produce cambios intelectuales en los cuales pueden ser empleados mecanismos compensatorios para mantener el adecuado funcionamiento, pérdidas por desuso de ciertas destrezas y de obligaciones, pequeños incrementos en algunas capacidades ganadas por la edad, de acuerdo a nuevas actividades y obligaciones adquiridas, la inteligencia, algunos tipos de inteligencia aumentan mientras que otros disminuyen, la sabiduría la cual se asocia con el paso de los años, la experiencia que son los conocimientos adquiridos en la vejez, la memoria y por consiguiente la pérdida de memoria que son factores importantes en el ser humano.

Rodríguez (2006) hace referencia en el adulto mayor a la pérdida de la capacidad intelectual como senilidad o demencia senil al Alzheimer, el factor de la edad deteriora gravemente el raciocinio y la memoria, la edad constituye uno de los factores que

aumenta el riesgo de padecerla, algunas demencias son reversibles, pero todas ellas son crónicas y, la mayoría, degenerativas, lo que implica que empeoran a un ritmo constante y regular a medida que pasan los años.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

El estudio que se realizó es de tipo documental- bibliográfica ya que se efectuó a través consultas de documentos en libros, anuarios, registros, revistas, periódicos, memorias, códigos, constituciones, siendo fundamental en la construcción del marco teórico, los recursos bibliográficos corresponden en su mayoría a textos y tesis en relación a niveles de deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores, de campo ya que se direcciona en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio, la obtención de información directa de la muestra a través de la aplicación de test, como es el Mini Mental Examination State y el Test de Barthel el estudio de campo se realizó con personas de la tercera edad que se encuentran en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la parroquia de Techo Propio en la provincia de Tungurahua, de tipo descriptivo porque llegamos a conocer la situación actual y actitudes predominantes de cada fenómeno, no se limita solo a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre el Deterioro Cognitivo y la funcionalidad en los adultos mayores.

3.2 Selección y área o ámbito de estudio

El ámbito de estudio es en el Centro Integral del Adulto Mayor donde se brinda la apertura y ayuda caritativa a las personas de edad avanzada, realizando una rutina diaria de ejercicios con motivación a implementar una mejor calidad de vida, junto con

profesionales y equipo multidisciplinario que facilitan la integración y reinserción del Adulto Mayor hacia las actividades cotidianas de la vida diaria.

3.3 Población

3.3.1 Población:

Para la realización de este proyecto de investigación se tomará como universo de estudio a investigar a 46 adultos mayores del "Centro de Atención Integral del Adulto Mayor" de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato. Tomando en cuenta que esta población es finita, por lo tanto se trabajara con todos los integrantes y no se aplica fórmula.

N = 46 Adultos Mayores.

3.3.2 Muestra

Por ser una población finita la que se tomara en cuenta para la investigación no ameritara el cálculo mediante fórmula y se trabajará con todos los integrantes por ende se conforma de 46 adultos mayores del "Centro de Atención Integral del Adulto Mayor" de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato.

N= 46 Adultos Mayores.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

Se incluyó a:

- Adultos mayores de 60 años en adelante.
- Adultos mayores que puedan leer y escribir.
- Ambos sexos hombres y mujeres.
- Adultos mayores que permanezcan y acudan al programa de servicio social del Centro Integral Asistencial, previo conocimiento y firma del consentimiento informado para participar en este estudio.

Exclusión:

Se excluyó a:

- Adultos mayores que no se encuentren en el Centro Integral Asistencial.
- Que no estén acorde a la edad.
- Adultos mayores analfabetos.
- Tengan enfermedades psiquiátricas como: depresión, ansiedad, esquizofrenia, parálisis, problemas de lenguaje, alzheimer, alcoholismo, deformación física, epilepsia, aberraciones sexuales.

3.5 Operacionalización de variable validez y confiabilidad de los reactivos

MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
Deterioro cognitivo se refiere al declive de las funciones cognitivas y cognoscitivas, aprendidas en el transcurso del ciclo vital. La pérdida de este aprendizaje parcial o global conlleva al adulto mayor a presentar alteraciones en áreas como memoria, orientación, fijación, pensamiento, lenguaje y otras, este tipo de alteración cognitiva conlleva al aparecimiento de una posible patología, un deterioro o demencia. Heckhausen, J. y Schulz, R. (1993)	Previo al deterioro Deterioro leve Deterioro Moderado Grave o Demencia	Orientación: ▪ No recuerda sucesos en tiempo presente. Repetición inmediata: ▪ Evocar eficazmente una sucesión de palabras. Atención y Calculo: ▪ Resolución de operaciones propuestas con agilidad Menciona varios actos y conductas sin centrarse en una. Memoria: ▪ No recuerda sucesos pasados/presentes o los mezcla Lenguaje: ▪ Coherencia y asimilación al estructurar una frase, oración u actos.	¿Dígame qué día es hoy, fecha, año, mes, estación del año, año, donde nos encontramos, piso, cuidad, región, país? Repita estas 3 palabras, Árbol, mesa, cabeza Si tiene 100 y me va dando de 7 en 7 ¿cuánto queda? ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?. Mostrar un objeto y preguntar ¿Qué es esto?, ¿Qué son un perro y un gato?, Pedir que escriba una frase, Pedir que copie el dibujo.	Técnicas: ▪ Psicométrico Instrumentos: Cuestionario ▪ Test de Mini Mental Status Examination (MMSE) FOLSTEIN (1975).

MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
Autonomía de la vida diaria se refiere a la realización de las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria del adulto mayor tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, mismas que miden capacidades de funcionalidad en el adulto mayor. Mahoney y Barthel (1995)	Dependencia total Dependencia grave Dependencia moderada Dependencia leve Independiente	Comida Aseo Vestimenta Arreglo Personal Deposición Micción Ir al retrete Traslado cama/sillón Deambulación Subir y bajar escaleras	¿Come solo, con ayuda? ¿Se asea solo, con ayuda? ¿Se viste sólo, con ayuda? ¿Se arregla sólo, con ayuda? ¿Es continente, es incontinente, presenta accidente ocasional? ¿Va sólo al retrete, necesita ayuda o usa pañal? ¿Se traslada solo, con ayuda, vive postrado? ¿Deambula si ayuda, con ayuda, utiliza silla de ruedas, vive postrado? ¿Utiliza las escaleras solo, con ayuda, no las usa?	Técnicas: ▪ Psicometría ▪ Psicodiagnóstico Instrumentos: ▪ Test de Barthel (1995).

3.6 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información

Validez y confiabilidad de los reactivos

- Mini-Mental State Examination (MMSE) Folstein

Autores: Marshall Folstein, Folstein y Mchugh

Referencia: Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Researches. 1975; 12:189-198.

Evalúa: Detección de trastornos cognitivos

Nº de ítems: 30

Administración:

- Heteroaplicable y aplicable.
- 5-10 minutos.
- Individual.

Descripción

- El test sirve para evaluar el estado mental y permite observar que etapa de deterioro cognitivo presenta en cada función específica.
- Evalúa las siguientes funciones cognitivas como es la orientación propia y del ambiente, retención de memoria, codificación, concentración y atención, lenguaje y construcción.

Correlación e interpretación:

El mini Mental se puntúa en función del número de aciertos de las pruebas, de tal forma que puntuaciones altas indican un mejor funcionamiento cognitivo.

Normal: 27-30

Daño cognitivo leve: 21-26

Daño cognitivo moderado: 11-20

Daño cognitivo grave: 0-10

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad

- La consistencia interna oscila entre 0.82-0.84.

Validez

- Han observado correlación con varios instrumentos de inteligencia, memoria y de funcionamiento cognitivo en un amplia variedad de poblaciones con muestras y resultados de estudios e investigaciones.

- **Índice de Barthel**

Autores: Mahoney y Barthel 1995.

Referencia: Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

Evalúa: evalúa la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria como alimentarse, bañarse y lavarse la cara, manos, aseo personal, vestirse, tener la habilidad de abrochar y desabrochar los botones, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, entre otras.

Nº de ítems: 10

Administración:

- Heteroadministrada.
- 5 minutos.
- Individual.

Descripción:

- Instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las ABVD en el anciano.
- Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional. Su aplicación es fundamental en: unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia.
- Recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Correlación e interpretación:

- El puntaje de la escala es valorado de 0 a 100, mismo que representa dependencia total o adulto mayor independiente.

< 20 Dependencia total

20-35 Dependencia grave

40-55 Dependencia moderada

60-95 Dependencia leve

100 Independiente

- El valor que se puntúa según las respuestas a las preguntas se ve reflejado en el potencial de asimilación habilidades y destrezas donde el adulto mayor tiene la capacidad para recuperar la independencia propia.
- De acuerdo a las actividades y funcionalidad del paciente, se determina que tratamiento o terapias se debe realizar para el seguimiento y evolución de los grados de dependencia o independencia en el adulto mayor.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad

- Con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Validez

- Ha mostrado tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

3.7 Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del coordinador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, junto con el oficio respectivo del permiso correspondiente para que nos brinden la apertura a realizarse el proyecto de investigación en el Centro Integral Asistencial del Adulto Mayor.

Se informo a la coordinadora del Centro Integral Asistencial del Adulto Mayor acerca del proyecto de investigación que se realizara en la institución junto con el consentimiento informado que detallamos a los participantes del estudio.

Expuesto el consentimiento informado a cada uno de los pacientes, sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se aplicaran los formulario, se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, tampoco serán expuestos de ninguna forma, respetando su integridad personal.

Los adultos Mayores que autorizaron el consentimiento informado firman y posterior empieza la evaluación personal, dicha información que al final se dará a conocer los resultados que se obtengan a la institución pública.

De acuerdo al Código de Ética de la Universidad Técnica de Ambato certificado el 23 de octubre de 2015, se menciona en el artículo 13, numeral 1 y 2, promover la

realización de investigaciones que lleven a aumentar el bienestar de la población, y se debe cumplir las normas gubernamentales e institucionales que regulan la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, el confort y tratamiento de los seres humanos, animales y del medio ambiente.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

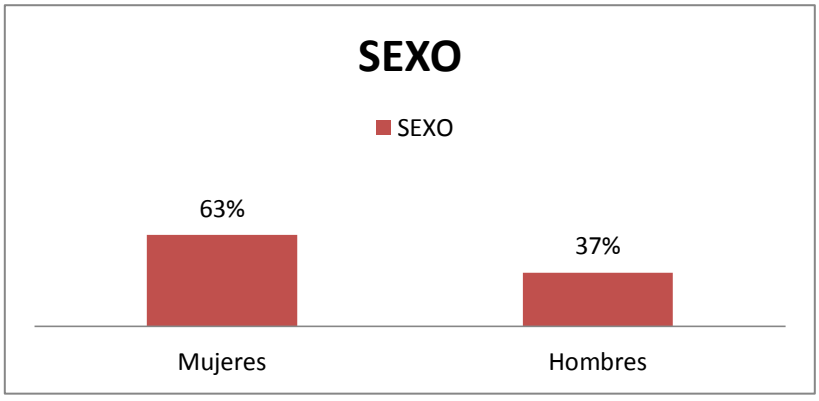
4.1.1 Datos Sociodemográficas

Tabla 1. ***Datos sociodemográficas***

SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
MUJERES	29	63%
HOMBRES	17	37%
TOTAL	46	100%

Nota. Información acerca de Datos Sociodemográficos del Centro de Atención del Adulto Mayor de la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Techo Propio, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 1. Sexo.



Fuente: Porcentaje acerca de Datos Sociodemográficos del Centro de Atención del Adulto Mayor de la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Techo Propio, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Del total de 46 adultos mayores que representan el 100% se puede identificar por sexo 29 mujeres que corresponden al 63% y 17 hombres el 37%, total de la muestra que se obtendrá los resultados de la investigación.

Interpretación:

De acuerdo a los datos sociodemográficos del total de adultos mayores existe un porcentaje más alto en mujeres que hombres en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de acuerdo a los términos de exclusión e inclusión poseen todos los requerimientos necesarios para realizarles las evaluaciones.

4.1.2 **Variable Independiente: Deterioro Cognitivo**

Test Mini Mental Examination State – Orientación

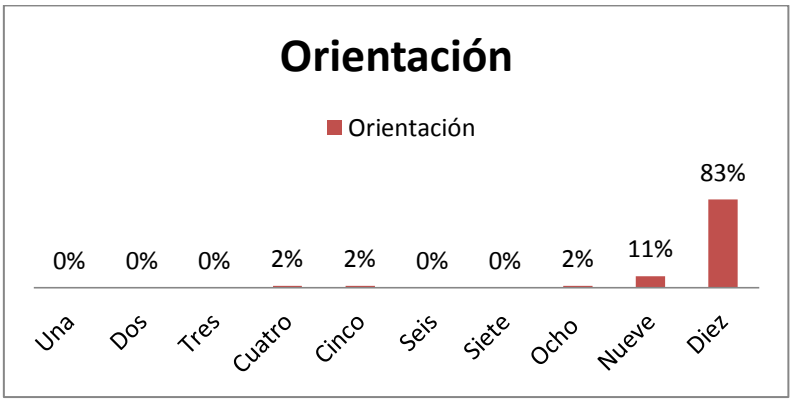
Dígame el día… fecha…… mes……. estación……..año……..en qué lugar estamos…….piso……..ciudad……región…..país….. (10 puntos).

Tabla 2. ***Test Mini Mental Examination State – Orientación.***

Ítems	Respuestas	Porcentaje
Una	0	0%
Dos	0	0%
Tres	0	0%
Cuatro	1	2%
Cinco	1	2%
Seis	0	0%
Siete	0	0%
Ocho	1	2%
Nueve	5	11%
Diez	38	83%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos de Test Mini Mental Examination State – Orientación**,** elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 2. Orientación.



Fuente: Porcentaje obtenido acerca del Test Mini Mental Examination State – Orientación**,** elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Mediante el análisis correspondiente a orientación presentamos del 100% de adultos mayores responden correctamente las diez preguntas, es decir 83% de adultos mayores, nueve preguntas el 11%, ocho preguntas 2%, siete y seis preguntas corresponden al 0%, cinco y cuatro 2%, tres, dos y uno 0%.

Interpretación:

En mayor porcentaje los adultos mayores se encuentran orientados en espacio, lugar y tiempo, respondiendo completamente las diez preguntas, con juicio y razonamiento.

Mientras que una mínima cantidad de adultos mayores se confunden dos preguntas como son en las fechas, o estación del año, ciudad por algunos cambios adaptativos como son traslado a otra ciudad, o domicilio.

Finalmente de dos a tres adultos mayores responden correctamente ocho, cinco y cuatro preguntas, los mismos se equivocan en más de dos respuestas, teniendo en cuenta que algunos de ellos viven solos, no existe ayuda de algún familiar que le ayude con la información necesaria del día a día, retención de memoria se vuelve frágil y aparecen los olvidos.

Test Mini Mental Examination State – Repetición Inmediata

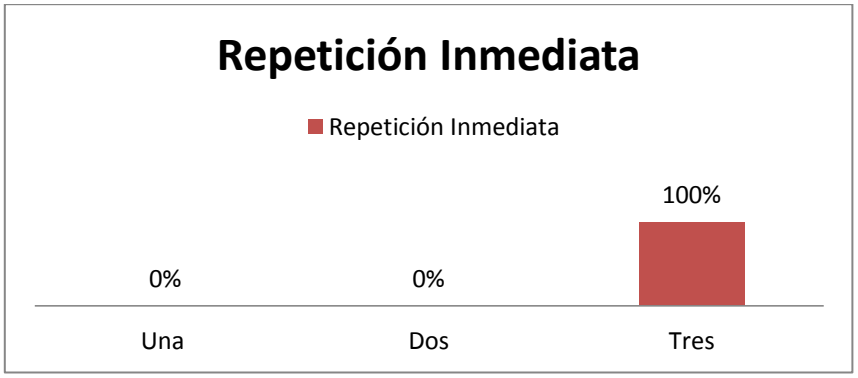
Repita tres palabras: Árbol, mesa, perro (3 puntos).

Tabla 3. ***Test Mini Mental Examination State – Repetición Inmediata.***

Repetición Inmediata	Respuestas	Porcentaje
Uno	0	0%
Dos	0	0%
Tres	46	100%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test Mini Mental Examination State – Repetición Inmediata, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 3. Repetición inmediata



Fuente: Resultados obtenidos de Test Mini Mental Examination State – Repetición Inmediata**,** elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Se observa que los 46 adultos mayores el 100%, responden correctamente la pregunta.

Interpretación:

Los adultos mayores tienen la capacidad de retención de memoria por varios segundos, no existe dificultad para retener lo que se les pide, ni para evocar las tres palabras.

Test Mini Mental Examination State – Atención y Cálculo

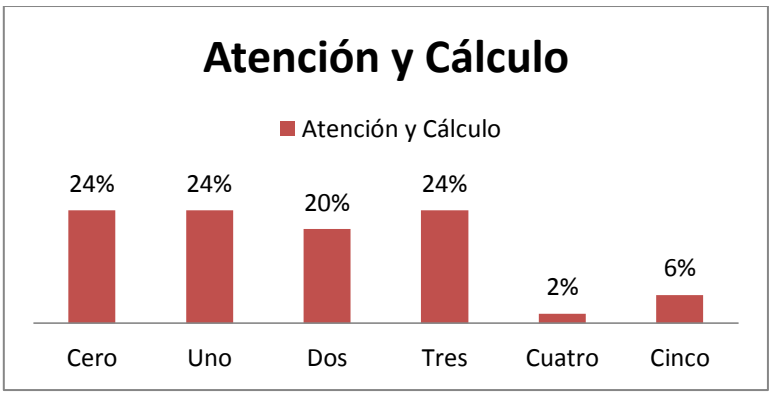
Si tengo 100 y resto 7 cuanto queda?……., Deletrear MUNDO al revés (5 puntos)

Tabla 4. ***Test Mini Mental Examination State – Atención y Cálculo.***

Atención y calculo	Adultos Mayores	Porcentaje
Cero	11	24%
Uno	11	24%
Dos	9	20%
Tres	11	24%
Cuatro	1	2%
Cinco	3	6%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test Mini Mental Examination State – Atención y Cálculo, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 4. Atención y Cálculo



.

Fuente: Resultados obtenidos de Test Mini Mental Examination State – Atención y Cálculo, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Mediante el porcentaje correspondiente al 100% de adultos mayores se establece que responden correctamente cinco preguntas el 6%, cuatro el 2%, tres el 24%, dos el 20%, una 24% y no acierta a ninguna el 24%.

Interpretación:

Se observa que solo tres adultos mayores responden correctamente todas las preguntas realizadas de las funciones de atención y cálculo, realizando las restas y nombrando la palabra MUNDO en reverso con aciertos sin ninguna dificultad, con concentración y poco esfuerzo mental.

Un adulto mayor respondió cuatro aciertos, con fallo en la palabra en reverso MUNDO al final se confunde con las primeas letras de la palabra, el cuarto de la población de adultos mayores tiende a responder correctamente el principio de la formulación de la resta que se pide analizar, pero a medida que se continúa, pierden el cálculo y la cuenta y se equivocan al dar los resultados, por lo que se pasa a la siguiente pregunta.

Un porcentaje menor de adultos mayores responden al cálculo de tres y cuatro restas correctamente, pero posterior se confunden en el cálculo, y responden una cifra diferente por lo que se pasa a la siguiente pregunta, pocos obtienen dos cálculos de resta correctamente, y en lo posterior existen las fallas.

Finalmente un cuarto de ancianos al realizar la pregunta tienen los fallos al principio de la resta en errores en el cálculo, ya que muchos de ellos no manejan tanto esta función y existe el olvido, por lo que no se les esfuerza a los adultos mayores pasando así a la siguiente sección de preguntas.

Test Mini Mental Examination State – Memoria

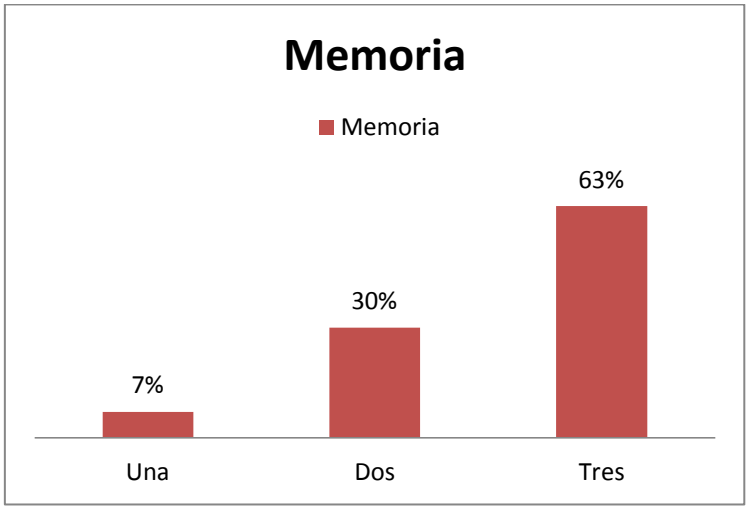
Memoria recuerda las tres palabras (3 puntos)

Tabla 5. ***Test Mini Mental Examination State – Memoria***

Palabras	Respuestas	Porcentaje
Una	3	7%
Dos	14	30%
Tres	29	63%
Total	46	100%

Nota. Resultado obtenido del Test Mini Mental Examination State – Memoria, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 5. Memoria.



Fuente: Resultados obtenidos de Test Mini Mental Examination State – Memoria**,** elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Se puede observar que del 100% de pacientes según corresponde el análisis, responden a la pregunta las 3 palabras correctamente sin dificultades el 63% de adultos mayores, el 30% responde 2 preguntas y el 7% 1.

Interpretación:

La mayor cantidad de adultos mayores aciertan en retención de memoria, recordando las palabras que se les pidió que memorizaran al principio sin ninguna dificultad, es decir los pacientes tienden a tener un contacto permanente con los conceptos o palabras retenidas por lo que al evocar las palabras lo hacen con facilidad.

Aproximadamente la mitad fallan en la evocación de las palabras juntas, por olvidos en la memoria y poca concentración, dispersa la asociación de conceptos e información.
Pocos adultos mayores recuerdan una palabra, significativamente estos adultos mayores tiende a arrojar un deterioro leve al final del test.

Test Mini Mental Examination State – Lenguaje y Construcción

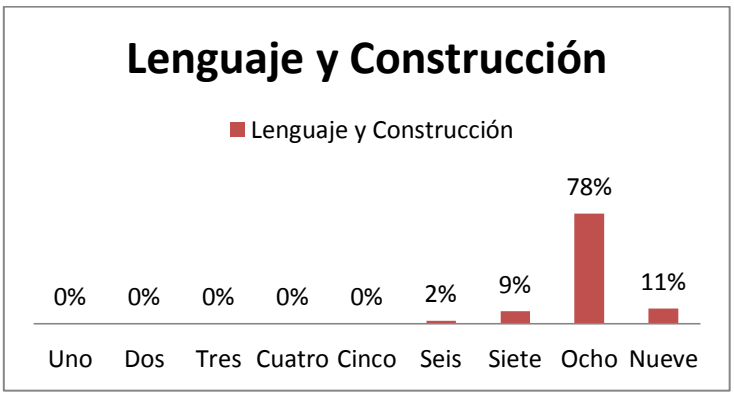
Mostrar un lápiz, mostrar un reloj, nómbralos….., repita una frase……., ordenes……., escribir una frase,,, copiar un dibujo….. (9 puntos)

Tabla 6. ***Test Mini Mental Examination State – Lenguaje y Construcción.***

Ítems	Respuestas	Porcentaje
Uno	0	0%
Dos	0	0%
Tres	0	0%
Cuatro	0	0%
Cinco	0	0%
Seis	1	2%
Siete	4	9%
Ocho	36	78%
Nueve	5	11%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test Mini Mental Examination State – Lenguaje y Construcción, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 6. Lenguaje y Construcción.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test Mini Mental Examination State – Lenguaje y Construcción, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Mediante la estadística del 100% de adultos mayores responden las 9 preguntas de manera correcta el 11%, 8 aciertos el 78%, 7 aciertos el 9%, 6 aciertos el 2% y menos de seis aciertos no se encontró porcentaje.

Interpretación:

Del 100% de adultos mayores pocos aciertan en toda la sección de lenguaje y construcción, evocando los objetos presentados con lógica y coherencia como fue el reloj y el lápiz con su respectivo significado, cumpliendo con las órdenes establecida junto con el papel, construyendo una frase y copiando el dibujo con mayor precisión.

Se observo que existe prevalencia alta de ancianos que obtuvieron una falla, en la copia del dibujo ya que por su edad la precisión en el movimiento de la mano es temblorosa, o poco practica, pero la intención y las ganas, esfuerzo por realizarlo indican una vitalidad de alegría en los pacientes.

Una cifra menor de adultos mayores se equivoco en dos preguntas las mismas fueron la construcción de una frase y la copia del dibujo por lo que se menciono anteriormente existe dificultad en la precisión de la escritura y copia del dibujo.

No existe porcentaje de adultos mayores que hayan fallado en menos de seis preguntas de atención y calculo.

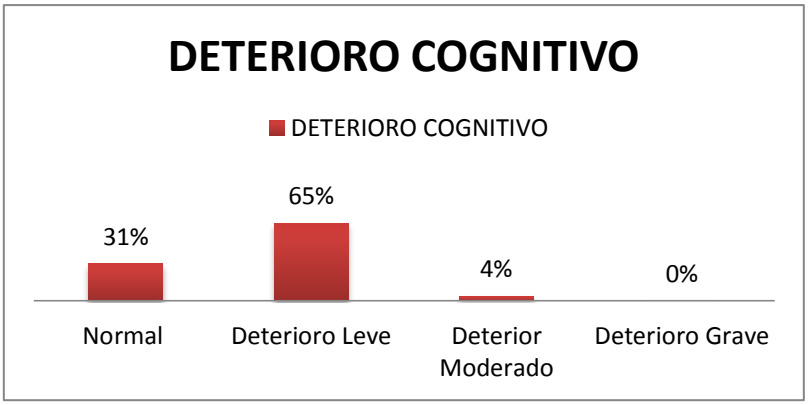
Test Mini Mental Examination State – Grado de Deterioro Cognitivo

Tabla 7. ***Test Mini Mental Examination State – Grado de Deterioro Cognitivo***

GRADO DE DETERIORO COGNITIVO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
NORMAL	8	6	14	31%
DETERIORO LEVE	9	21	30	65%
DETERIORO MODERADO	0	2	2	4%
DETERIORO GRAVE	0	0	0	0%
TOTAL	17	29	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test Mini Mental Examination State – Grado de Deterioro Cognitivo, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 7. Deterioro Cognitivo.



Fuente: Porcentaje obtenido del Test Mini Mental Examination State – Grado de Deterioro Cognitivo, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Del total de 46 adultos mayores evaluados se puede identificar los grados de deterioro cognitivo en los mismos con 65% de prevalencia de deterioro cognitivo leve, ausencia de deterioro el 31%, seguido de deterioro moderado con una pequeña cifra de 4% y finalmente ausencia de deterioro grave.

Interpretación:

Del total de la población de acuerdo al análisis de los resultados globales presentados una cuarta parte los adultos mayores mantienen intactas las funciones, se encuentran orientados en tiempo lugar espacio ya que con facilidad respondieron las siguientes preguntas correctamente fecha, día, mes, estación, año, lugar donde nos encontramos, piso, región, país, en repetición inmediata logran retener la información para luego evocarla como fueron las tres palabras, en atención y cálculo no existieron errores ni fallos tanto en la resta ni al mencionar la palabra al revés, lenguaje y construcción, no se evidencio fallos en mencionar los objetos y su significado y en realizar las ordenes pedidas, y según el nivel de educación y alfabetización tienen la habilidad para construcción de una frase y copiar el dibujo.

Se evidencio que más de la mitad entre hombres y mujeres posee un grado de deterioro leve, que se evidencia en la evaluación con un declive de una a dos de las funciones como es la memoria, orientación, repetición inmediata, atención y calculo, lenguaje y construcción, por lo general observando olvidos.

Seguidamente en cifras inferiores de adultos mayores con deterioro cognitivo moderado, donde se evidencia fallos en más de dos funciones, un declive alto progresivo pero en pocos adultos mayores.

Finalmente no se evidencio deterioro cognitivo grave, del mismo que se desarrolla una demencia.

4.1.3 Variable dependiente: Actividades de la Vida Diaria

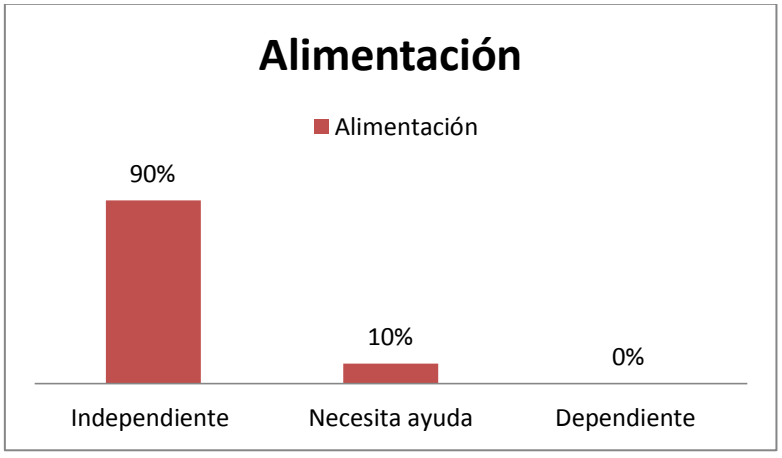
Test de Barthel – Alimentación

Tabla 8. ***Test de Barthel - Alimentación.***

Alimentación	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	45	90%
Necesita ayuda	5	10%
Dependiente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Alimentación, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 8. Alimentación.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Alimentación, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Según los datos obtenidos del 100% de toda la población el 90% de adultos mayores son independientes el 10% necesita ayuda de una persona.

Interpretación:

Dentro del Centro de Atención del adulto mayor la mayor parte de los mismos son independientes para utilizar cualquier tipo de instrumento para pelar, cortar, mismos que se encuentran al alcance de cada adulto mayor y los manejan sin ninguna dificultad.

Una cifra menor de población son adultos mayores que necesitan ayuda para realizar esta actividad, ya que los familiares les ayudan y pasan en casa junto a ellos.

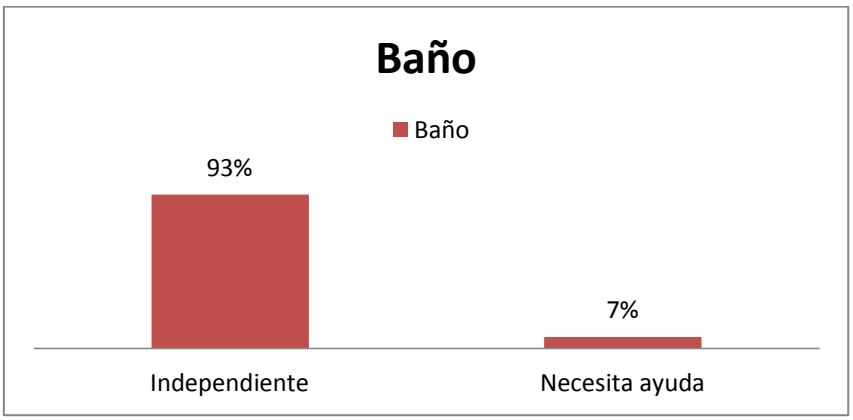
Test de Barthel – Baño

Tabla 9. ***Test de Barthel - Baño.***

Baño	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	43	93%
Necesita ayuda	3	7%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Baño, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 9. Baño resumen.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Baño, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Existe independencia en esta actividad del 93% de adultos mayores y un 7% necesita ayuda.

Interpretación:

Del total de la población la mayor parte de los paciente adultos mayores no presentan dificultad en esta actividad ya que son capaces de bañarse solos, incluyendo entrar y salir de la ducha o bañera, de manera normal e independientes.

Una cifra pequeña de adultos mayores necesita ayuda para entrar y salir de la ducha, por miedo al piso resbaloso o caídas.

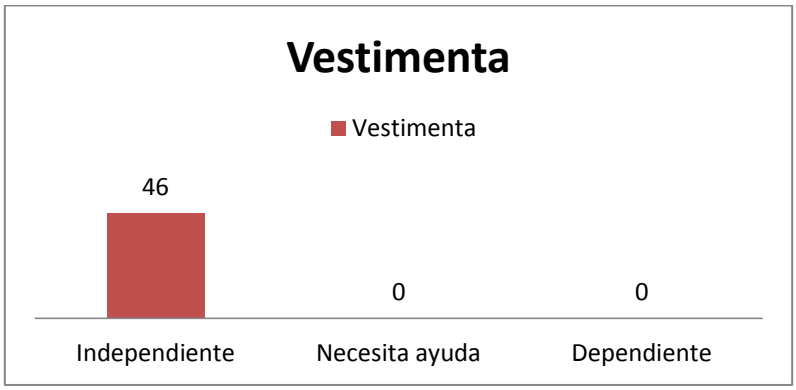
Test de Barthel – Vestimenta

Tabla 10. ***Test de Barthel - Vestimenta.***

Vestimenta	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	46	100%
Necesita ayuda	0	0%
Dependiente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Vestimenta, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 10. Vestimenta.



Fuente: Porcentaje obtenidos del Test de Barthel – Vestimenta, elaborado por Vargas I, (2016).
Vargas I, (2016).

Análisis:

Son totalmente independientes con el 100% de adultos mayores.

Interpretación:

Mediante el análisis se pudo observar que todos los adultos mayores tienen la capacidad de quitarse y ponerse ropa, abrocharse botones, cremalleras, atarse los cordones de los zapatos sin ninguna dificultad alguna, por lo que son independientes en esta actividad.

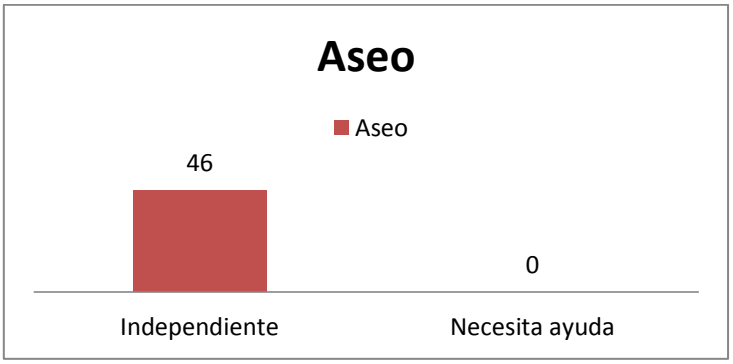
Test de Barthel – Aseo

Tabla 11. ***Test de Barthel – Aseo.***

Aseo	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	46	100%
Necesita ayuda	0	0
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Aseo, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 11. Aseo.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Aseo, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Se pudo obtener como resultados que el 100% de adultos mayores no tienen dificultad en esta actividad.

Interpretación:

Todos los adultos mayores son independientes es decir, cumplen con las siguientes actividades como es lavarse la cara y las manos, se afeitan, se peinan, se cepillan los dientes, y se maquillan cuidan de su aspecto personal y aseo.

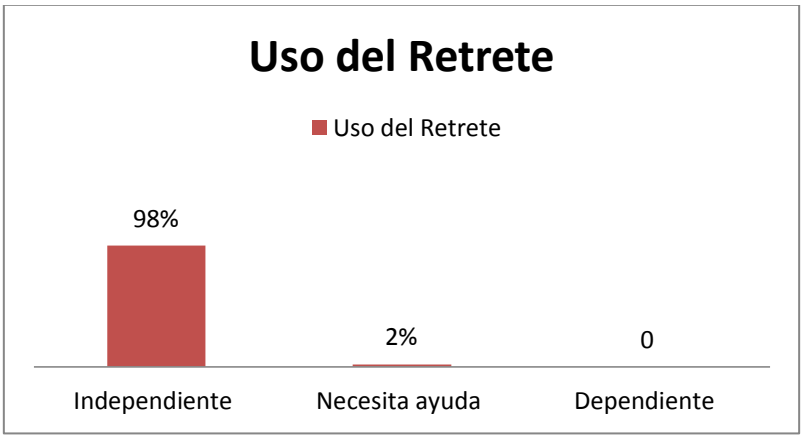
Test de Barthel - Uso del Retrete

Tabla 12. ***Test de Barthel - Uso del Retrete.***

Uso del retrete	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	45	98%
Necesita ayuda	1	2%
Dependiente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Uso del Retrete, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 12. Uso del retrete.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Uso del Retrete, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

En el análisis los resultados fueron el 98% son independientes y el 2% necesita ayuda.

Interpretación:

Del 100% de la población el 98% es independiente, ya que entra y sale solo del retrete, se sienta, utiliza el papel higiénico, se limpia y después se acomoda la ropa.

Una cifra del 2% de los pacientes necesitan de la ayuda de una persona que supervise la entrada y salida del retrete, sin embargo el paciente pude limpiarse solo.

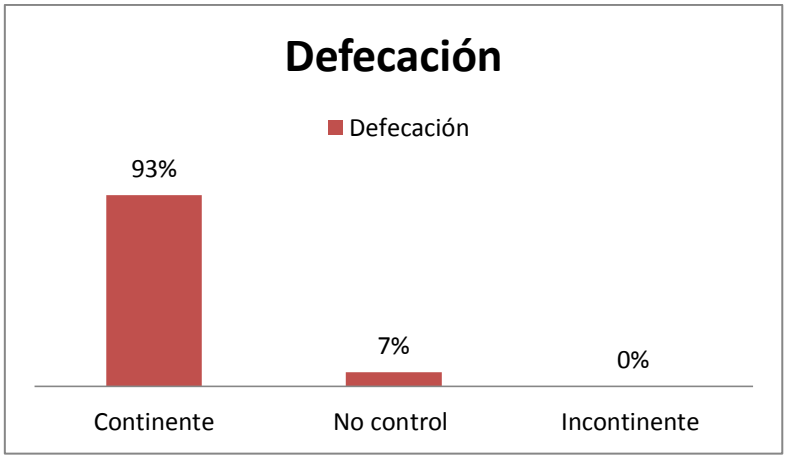
Test de Barthel – Defecación

Tabla 13. ***Test de Barthel – Defecación***

Defecación	Adultos mayores	Porcentaje
Continente	43	93%
No control	3	7%
Incontinente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Defecación, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 13. Defecación.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Defecación, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

De acuerdo al análisis el 93% son continentes, y el 7% tienen alguna defecación no controlada.

Interpretación:

La mayor parte de pacientes adultos mayores no tienen dificultad en la defecación, mantienen con normalidad esta actividad, mencionando algunos de ellos que toman nuevas rutinas diarias de comidas como frutas, para evitar estreñimientos.

Una menoría de ancianos ocasionalmente tiene episodios de incontinencia o necesitan de supositorios o enemas para ayudar a evacuar.

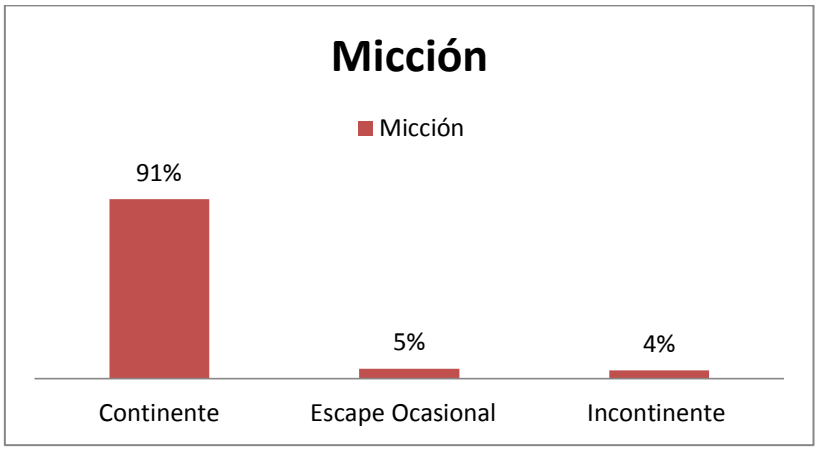
Test de Barthel – Micción

Tabla 14. ***Test de Barthel - Micción***

Micción	Adultos mayores	
Continente	42	91%
Escape Ocasional	2	5%
Incontinente	2	4%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Micción, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 14. Micción.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Micción, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

En esta actividad el 91% continentes, 5% escape ocasional y 4% incontinente.

Interpretación:

De todos los adultos mayores la mayoría tienen la capacidad de realizar esta evacuación con normalidad, sin necesidad de supositorios o enemas.

Pocos adultos mayores tienen escapes ocasionales o incontinentes, por lo que usan un pañal por algún tipo de enfermedad o problemas en el aparato urinario.

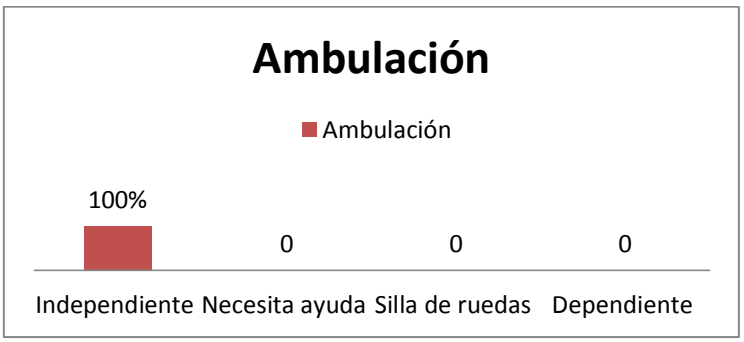
Test de Barthel – Ambulación

Tabla 15. ***Test de Barthel – Ambulación***

Ambulación	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	46	100%
Necesita ayuda	0	0%
Silla de ruedas	0	0%
Dependiente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Ambulación, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 15. Ambulación resumen.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Ambulación, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

El 100% de adultos mayores son independientes.

Interpretación:

Todos los 46 adultos mayores son independientes ya que caminan solos como 50 metros a más, sin ninguna dificultad, no necesitan ninguna ayuda ni supervisión física o verbal.

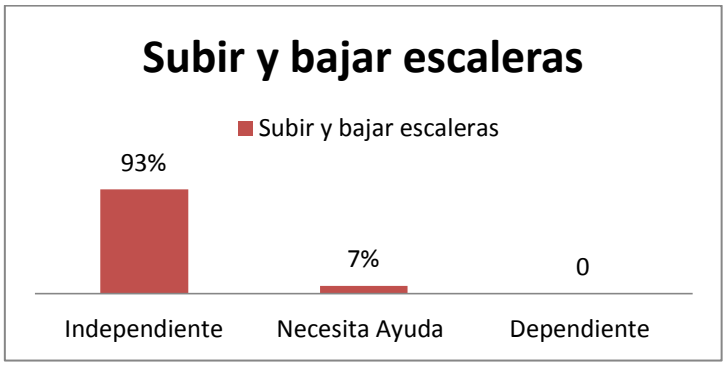
Test de Barthel - Subir y bajar escaleras

Tabla 16. ***Test de Barthel - Subir y bajar escaleras.***

Subir y bajar escaleras	Adultos mayores	Porcentajes
Independiente	43	93%
Necesita ayuda	3	7%
Dependiente	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Subir y bajar escaleras, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 16. Subir y Bajar escaleras.



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Subir y bajar escaleras, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Los resultados obtenidos fueron el 93% de adultos mayores son independientes y el 7% necesitan algún tipo de ayuda.

Interpretación:

Referente a los datos arrojados en el análisis gran cantidad de adultos mayores suben y bajan sin ninguna dificultad las escaleras o gradas, pocos entrevistados usan barandillas o bastones.

Existió una cantidad inferior de adultos mayores necesita ayuda de un acompañante para apoyarse y tener seguridad.

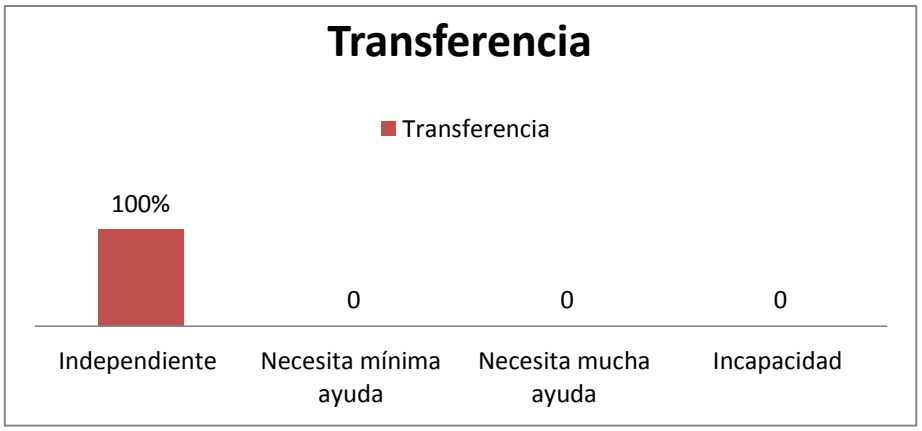
Test de Barthel – Transferencia

Tabla 17. ***Test de Barthel – Transferencia.***

Transferencia	Adultos mayores	Porcentaje
Independiente	46	100%
Necesita mínima ayuda	0	0%
Necesita mucha ayuda	0	0%
Incapacidad	0	0%
Total	46	100%

Nota. Resultados obtenidos del Test de Barthel – Transferencia, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 17. Transferencia resumen



.
Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel – Transferencia, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

El 100% de adultos mayores son independientes.

Interpretación:

Todos los adultos mayores tienen la capacidad de movilizarse de la silla a la cama o vise versa, sin ninguna ayuda alguna de un acompañante.

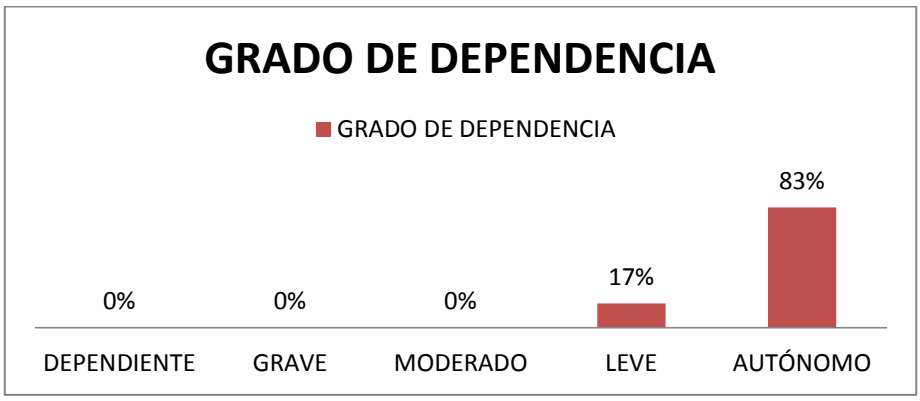
Test de Barthel - Grado de Dependencia Global

Tabla 18. ***Test de Barthel - Grado de Dependencia Global.***

GRADO DE DEPENDENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
DEPENDIENTE	0	0	0	0%
GRAVE	0	0	0	0%
MODERADO	0	0	0	0%
LEVE	1	7	8	17%
AUTÓNOMO	16	22	38	83%
TOTAL	17	29	46	100%

Nota. Resultados obtenidos Test de Barthel - Grado de Dependencia Global, elaborado por Vargas I, (2016).

Gráfico 18. Grado de dependencia



Fuente: Porcentajes obtenidos del Test de Barthel - Grado de Dependencia Global, elaborado por Vargas I, (2016).

Análisis:

Mediante la aplicación de los instrumentos a los 46 adultos mayores en este test de Barthel los resultados fueron el 83% son independientes en las actividades de la vida diaria, 17% obtuvieron dependencia leve y existe ausencia de dependencia moderada, grave e incapacidad para realizar las actividades.

Interpretación:

Mediante el análisis de los resultados presentados se puede observar que el mayor porcentaje de adultos mayores son autónomos en las actividades de la vida diaria como es en la alimentación, tienen la capacidad para utilizar cualquier instrumento de cocina, en el baño personal no existe dificultades para realizarse el aseo, vestimenta son capaces

de quitarse y ponerse la ropa, usar el baño sin dificultad, defecación y micción la mayor parte no tiene dificultades, traslado de un lugar a otro y subir escaleras o bajarlas, visto que los adultos mayores se desenvuelven en estas actividades es importante destacar el apoyo social y familiar que reciben tanto de la institución como del hogar.

Seguido de una menor cantidad tienen un grado de dependencia leve se observa que existe dificultad al entrar al baño necesitan ayuda de algún familiar, subir y bajar escaleras o ayuda personal, defecación y micción con algunos escapes ocasionales durante las 24 horas al día y otros adultos mayores que usan pañal, pocos son incontinentes, en las otras áreas no se refleja problemas.

Finalmente no existe dependencia moderada, grave, ni dependencia total los cuales son indicadores que existe una población independiente de adultos mayores, aquellos que realizan las actividades de la vida diaria de manera habitual y conforme a su edad desarrollan sus habilidades para enfrentar la tercera edad con autonomía.

INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES

4.1.4 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis: El Deterioro Cognitivo se correlaciona con la autonomía de la vida diaria en los adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato.

En donde:

X^2= Chi Cuadrado

O= Frecuencias Observadas

E= Frecuencias Esperadas

$$X^{2=} \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

Se toma en cuenta los resultados totales de las baterías psicológicas aplicadas, como del Test Mini Mental Examination State de (Folstein) como variable dependiente para el deterioro cognitivo, y se hace una correlación con el test de Barthel la variable independiente con los niveles de dependencia.

Tabla de contingencia Deterioro * Autonomía

Tabla 19. ***Tabla de contingencia Deterioro * Autonomía***

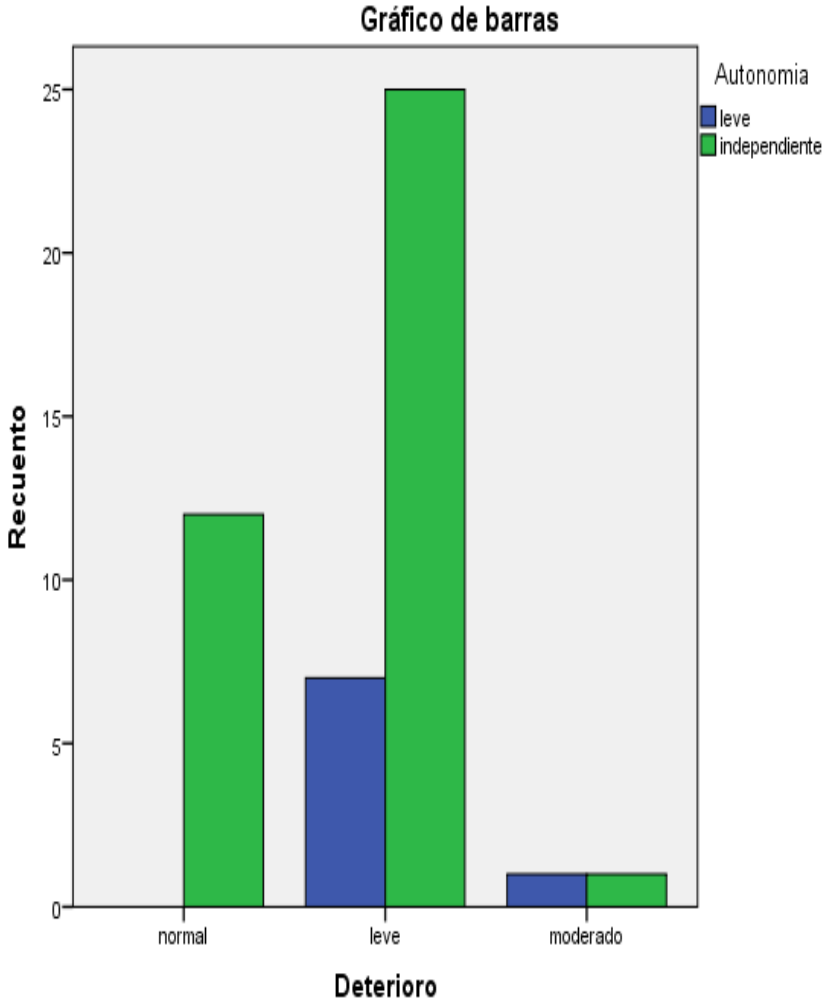
Recuento

		Autonomía		Total
		Leve	independiente	
Deterioro	Normal	0	12	12
	Leve	7	25	32
	Moderado	1	1	2
Total		8	38	46

Nota. Resultados obtenidos de la Tabla de contingencia Deterioro * Autonomía, elaborado por Vargas I, 2016.

Análisis.- El 100% de pacientes que son independientes en su autonomía, no tienen deterioro, de los que tienen deterioro leve el 70%, y 54% son independientes, de los que tienen deterioro moderado el 50% tienen autonomía leve y el 50% son independientes.

Gráfico 19. Grafico de barras



.Fuente: Porcentaje obtenido de la Tabla de contingencia Deterioro * Autonomía, elaborado por Vargas I, (2016).

Interpretación:

En toda la población evaluada se evidencia que existe mayor población entre normal y deterioro cognitivo leve, por lo cual se muestra un mayor grado de independencia en esta población, los que tienen deterioro cognitivo moderado poseen menor grado de independencia.

VERIFICACIÓN DE HIPOTESIS

Pruebas de chi-cuadrado

Tabla 20. ***Pruebas del Chi- Cuadrado.***

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,454[a]	2	,108	,092		
Razón de verosimilitudes	6,114	2	,047	,113		
Estadístico exacto de Fisher	4,704			,092		
Asociación lineal por lineal	4,320[b]	1	,038	,056	,039	,035
N de casos válidos	46					

Nota. Resultados obtenidos de las Pruebas del Chi- Cuadrado, elaborado por Vargas I, (2016).

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

b. El estadístico tipificado es -2,078.

Se aplico la prueba chi cuadrado encontrando que no existe relación entre el deterioro y la autonomía por lo tanto se rechaza la hipótesis de que estas dos variables están relacionadas ($X^2(2) = 4,704$, N= 46 p> 0,05).

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Mediante los resultados del instrumento Test Mini Mental de Folstein se obtuvo que de 46 adultos mayores evaluados, es decir del 100% de la población existe prevalencia de deterioro cognitivo leve en el 65% de los pacientes teniendo en cuenta que existe afectación en varias funciones mentales como es en la orientación en el espacio, tiempo o ubicación, retención de información, memoria, planificación, el lenguaje, la atención, las habilidades visuoespaciales, que mediante pasa el tiempo se vuelven irreversibles.
- Mediante los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Barthel del 100% de la población de adultos mayores el 83% corresponden a pacientes independientes en las actividades de la vida diaria, es decir los adultos mayores tienen la capacidad para utilizar cualquier instrumento de cocina, en el baño personal no existe dificultades para realizarse el aseo, vestimenta son capaces de quitarse y ponerse la ropa, usar el baño sin dificultad, defecación y micción la mayor parte no tiene dificultades, traslado de un lugar a otro y subir escaleras o bajarlas, visto que los adultos mayores se desenvuelven en estas actividades es importante destacar el apoyo social y familiar que reciben tanto de la institución como del hogar.
- Realizado el análisis total en este proyecto de investigación junto con los resultados obtenidos referente a la hipótesis se rechaza la misma ya que el

deterioro cognitivo no incide en la autonomía de la vida diaria de los adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato, sin embargo existen índices altos de deterioro cognitivo leve, y no se observo afectación de la autonomía en el adulto mayor ya que se aplico la prueba chi cuadrado encontrando que no existe relación entre el deterioro y la autonomía por lo tanto se rechaza la hipótesis de que estas dos variables están relacionadas ($X^2(2) = 4,704$, N= 46 $p > 0,05$).

5.2 RECOMENDACIONES

- Mediante los resultados obtenidos se que observa la primera hipótesis no se comprueba, sin embargo existen índice alto en deterioro cognitivo leve, teniendo en cuenta que el proceso de deterioro cognitivo es una enfermedad irreversible y desarrolla hacia una demencia y frecuentemente empieza por los olvidos tempranos, problemas de memoria, por lo que es necesario de programas de entrenamiento cognitivo que estimulen las funciones, no se ve afectada la autonomía de la vida diaria en el adulto mayor, sin embargo hay que tenerles en actividad que les ayude a reforzar su mantenimiento físico según el desarrollo evolutivo de la etapa de la vejez.
- Tomando en cuenta que el deterioro cognitivo leve es un proceso progresivo irreversible que los adultos mayores experimentan como parte del envejecimiento, con la pérdida de memoria y otros problemas cognitivos este deterioro cognitivo leve aumenta paulatinamente al riesgo de una persona de desarrollar una demencia, sin embargo existe tipos de prevención que deberían implementar en los pacientes como son varios programas de entrenamiento de memoria y rendimiento mental, actividades que refuercen la mente que estimulen intelectualmente también actividades de juegos como podría ser los crucigramas que permiten al cerebro crear una reserva cognitiva, y desarrollar un proceso de afrontamiento para el declive del desarrollo evolutivo de esta etapa.
- A pesar que mediante los resultados finales no se observo un tipo de demencia moderada o grave, es necesario que los adultos mayores refuercen las

actividades de la vida diaria con terapias ocupacionales mismas donde se utilizan técnicas practicas que les ayuda a desenvolverse de mejor manera en sus quehaceres cotidianos, métodos y actuaciones para afrontar posibles problemas con actividades aplicadas con fines psicoterapéuticos, para prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, supliendo las deficiencias que se presentan y consiguiendo la mayor independencia tanto en aspectos mentales, físicos y sociales en cada uno de ellos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Albala, D.C. (2010). *Estudio deja al Descubierto Importantes Diferencias Según Clase, Edad, Género y Zona de Residencia*. Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Ambiental, D.G. (2012). *"Hacia una vejez saludable", Recomendaciones para el adulto mayor y sus familias.* Acumar, 1-7.

Alvarado, C. (2014). *Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana*. Estudio EDECO, 264-271.

Arboleda, E. (2008). *Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana.* Revista Neurología, 709-713.

Ardila, A. (2012). *Neuropsicología del Envejecimiento Normal.* Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Vol 12., 1-20.

Badillo, R. M. (2013). *Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal.* Enfermería Universitaria, 36-42.

Carral, S. P. (2008). *El envejecimiento cognitivo, trastornos.* Revista Digital Buenos Aires , 1-1.

Censos, I. N. (2012). *Diseño de registro y estructura para la base demicrodatos individual y hogar.* Argentina: 1a Ed.

Clínica, G. (2002). *Trastorno Cognitivo y Demencia en el Adulto Mayor.* Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública Chile, 1-42.

Costa, A. Y. (2006). *Capacidad de los ancianos de una da comunidad en desenvlover Actividades de Vida Diaria y Actividades Instrumentales de Vida Diaria.* Acta Paul Enferm , 43-48.

González, M. C. M. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.* SENAMA, 25-73.

Delgado, R. C. (2010). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal:influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo.* Soportes audiovisuales e informáticos, 2-22.

Díaz, A. C. (2012). *Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo.* Revista Biomédica Revisada Por Pares, 1-11.

Díaz, E. L. (2002). *Evaluación Funcional del Anciano.* Rev Cubana Enfermer, 184-188.

Díaz, L. E. (2012). *Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en adultos mayores.* Revista Equipo Federal de Trabajo.

Espinoza, B. (2013). *Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México.* Salud Pública de México, s323-s330.

Estrada, A. (2011). *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín.* Biomédica, 492-502.

Lapuente, J. P. (1998). *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal.* Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal , 27-40.

Lapuente, F., y Sánchez, N., J. P. (1998). *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal.* Anales de Psicología, Vol 14, 27-43.

Leite, M. T. (2015). *Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil.* Revista Trimestral Enfermeria, 1-11.

Oliva, Morales, y Gutiérrez. (2007). *Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor*. Revista trimestral, 1-11.

Padilla, A. (2006). *Calidad De Vida Y Estrategias De Afrontamiento Ante Problemasy Enfermedades En Ancianos De Ciudad De México.* Univ. Psychol. Bogotá, 501-509.

Patiño, E. (2012). *Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia.* Rev. Salud Pública, 436-445.

Pinedo, L. (2015). *Perfil Clínico, Funcional Y Sociofamilial*. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 709-716.

Pons, E. S. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital.* Valencia 151-196.

Rangel, C. (2009). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales.* Psicología y Salud, Vol. 19., 289-293.

Tabares, L. S. (2009). *Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado* . 1-56.

Tirado, F. R. (2012). *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar.* Revista Horizonte Medica, 21-27.

Véliz, B. R. (2010). *Envejecimiento Cognitivo y Procesamiento del Lenguaje: Cuestiones Relevantes. RLA.* Revista de Lingüística Teórica y Aplicada, 75-103.

Wilma, B,. Freire, M. P. (2010). *Presentación de Resultados*. Encuesta SABE, 1-65.

Linkografía

Albala, D.C. (2010). *Estudio deja al Descubierto Importantes Diferencias Según Clase, Edad, Género y Zona de Residencia*. http://www.senama.cl/n3318_31-03-2010.html

Alvarado, C. (2014). *Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana*. http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n3/v39n3a10.pdf

Arboleda, E. (2008). *Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana.* Revista Neurología, 709-713.

Ardila, A. (2012). *Neuropsicología del Envejecimiento Normal.* http://psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/PDF/2009_2012/(2012)_Reorganizacion_de_las_funciones_cerebrales_en_el_envejecimiento_normal.pdf

Clínica, G. (2002). *Trastorno Cognitivo y Demencia en el Adulto Mayor.* file:///C:/Users/NEO/Downloads/Guia%20Trastornos%20Cognitivos%20y%20Demencia%202108pdf.pdf

González, M. C. M. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.*http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf

Delgado, R. C. (2010). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal:influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo.*ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs475.pdf

Estrada, A. (2011). *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín.* http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.pdf

Lapuente, J. P. (1998). *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal.* http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714104

Lapuente, F., y Sánchez, N., J. P. (1998). *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal.*http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714104

Leite, M. T. (2015). *Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil.*http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000100001&script=sci_abstract

Oliva, Morales, y Gutiérrez. (2007). *Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor*. http://www.redalyc.org/pdf/1815/181517998004.pdf

Padilla, A. (2006). *Calidad De Vida Y Estrategias De Afrontamiento Ante Problemasy Enfermedades En Ancianos De Ciudad De México.* http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a06

Patiño, E. (2012). *Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia.* ttp://www.redalyc.org/pdf/422/42226354007.pdf

Pinedo, L. (2015). *Perfil Clínico, Funcional Y Sociofamilial*. http://www.redalyc.org/pdf/363/36342990012.pdf

Rangel, C. (2009). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales.* http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf

Tabares, L. S. (2009). *Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado* . 1-56.

Tirado, F. R. (2012). *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar.* http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/100

Véliz, B. R. (2010). *Envejecimiento Cognitivo y Procesamiento del Lenguaje: Cuestiones Relevantes. RLA.* http://www.scielo.cl/pdf/rla/v48n1/art_05.pdf

Wilma, B,. Freire, M. P. (2010). *Presentación de Resultados*. http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf

Base de Datos

EBRARY Paucar, M (2014). "Deterioro cognitivo y su correlación en el aparecimiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús - Ambato". Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de repositorio Digital de la Universidad Técnica de Ambato:

http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8689/1/Paucar%20Mej%C3%ADa%2c%20Mar%C3%ADa%20Lizbeth.pdf

EBRARY Sánchez, A (2015). "Influencia de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes del Departamento Psicológico del Centro de Salud n° 2 de la Ciudad de Ambato". Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de repositorio Digital de la Universidad Técnica de Ambato:

http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12067/1/ADRIANA%20CAROLINA%20S%C3%81NCHEZ%20ACOSTA.pdf

EBRARY Jinez, M (2016) "Influencia del insomnio en la calidad de vida del adulto mayor de los centros de atención Gerontológica administrados por el Mies Ambato". Recuperado el 11 de mayo del 2015, de repositorio Digital de la Universidad Técnica de Ambato:

http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23347/2/Jinez%20Medina%2c%20Maricela%20Elizabeth.pdf

Anexos

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realiza a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

Nombre y Apellido: Edad:

Instrucción: Fecha:

ALIMENTACIÓN	**10. Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se la puede poner a su alcance)** **5. Necesitas ayuda** **0. Necesita ser alimentado**
BAÑO	5. Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. 0. Necesita cualquier ayuda
VESTIDO	10. Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos. 5. NECESITA AYUDA: pero hace buena parte de las tareas habitualmente. 0. DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.
ASEO	5. INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla…. 0. NECESITA ALGUNA AYUDA
USO DE RETRETE	10. Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa, Puede usar ayudas técnicas. 5. NECESITA AYUDA: para ir al retrete pero se limpia solo. 0. DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.
DEFECACIÓN	10. Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE usa solo el supositorio o el enema. 5. Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA:

	ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. 0. INCONTINENTE: o necesita que le suministre el enema.
MICCIÓN	10. Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda 5. Tiene ESCAPE OCACIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. 0. INCONTINENTE
DE AMBULACIÓN	15. Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. 10. NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. 5. INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. 0. DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	10. Es INDEPENDIENTE: sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. 5. NECESITA AYUDA física o verbal 0. INCAPAZ de manejarse sin asistencia.
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	15. Es INDEPENDIENTE 10. NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal) 5. NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. 0. Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.
TOTAL	

CATEGORÍAS DE DEPENDENCIA

1. Total menor que 20
2. Grave o igual a 20 a 35
3. Moderada igual a 40 a 55
4. Leve o mayor que 60
5. Autónomo igual a 100

MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)

Nombre.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por..... Fecha.....

I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

Dígame el día (1).....fecha (1)……mes (1).....

Estación (1).....año (1).....

Dígame en qué lugar estamos (1).....piso (1).....ciudad (1).....

Región (1).....país (1).....

II. REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

"Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de

Memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más"

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:…….. (Máximo seis veces en total)

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos)

· Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 - 65

· Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

**Anotar el mejor puntaje*

IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

· ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

V. LENGUAJE (0 – 9 puntos)

Mostrar Un LÁPIZ (1)……..y un RELOJ (1)…….. (La persona debe nombrarlos)

Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS (1)……..…

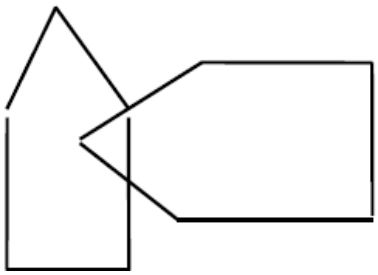
Orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA (1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS (1) Y DÉJELO EN EL SUELO (1)"……...

Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1)

CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase a continuación: (1)

Copie este dibujo: (1)



PUNTUACIÓN:

Normal: 27-30
Daño cognitivo leve: 21-26
Daño cognitivo moderado: 11-20
Daño cognitivo grave: 0-10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,……..
con Cedula de Identidad ……autorizo a la Srta. Ivonne Vargas a hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle, para la realización de su Proyecto de Investigación que tiene por tema "Deterioro Cognitivo y Autonomía de la Vida Diaria en Adultos Mayores del Centro De Atención Integral del Adulto Mayor de la Provincia de Tungurahua del Cantón Ambato", de la Universidad Técnica de Ambato, de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica.

El objetivo de este documento es darle conocer que:

La participación una investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a la participación o abandonar el estudio en el momento que desee sin problema alguno.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionaos tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento y afrontamiento en cuanto al deterioro cognitivo, en complemento con un tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza la discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilitar la investigación se procederá a hacer el acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Gracias por su colaboración.

Fecha:……

FIRMA