



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
HUMANAS Y TECNOLOGÍAS**

**CARRERA: PSICOLOGÍA EDUCATIVA, ORIENTACIÓN
VOCACIONAL Y FAMILIAR**

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**“DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES.”**

Autor:

Miguel Andrés Yambay Vilema

Tutor:

Mgs. Juan Carlos Marcillo

Riobamba – Ecuador

2020

APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de Graduación del proyecto de investigación con el título: “DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES.”, presentado por Miguel Andrés Yambay Vilema dirigida por el Dr. Juan Carlos Marcillo, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha contestado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Luz Elisa Moreno

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



FIRMA

Mgs. Marco Vinicio Paredes Robalino

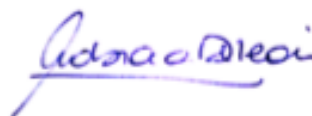
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Mgs. Fabiana María De León Nicaretta.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Mgs. Juan Carlos Marcillo

TUTOR



FIRMA

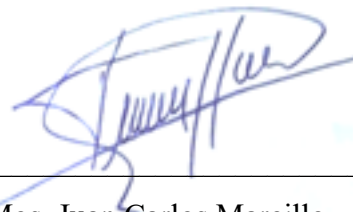
CERTIFICADO DEL TUTOR

En calidad de tutor de tesis CERTIFICO:

QUE, el trabajo de investigación previo a la obtención del título de grado de licenciado en psicología educativa, orientación vocacional y familiar; con el tema: “DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES.”

El cual ha sido elaborado por el estudiante, Miguel Andrés Yambay Vilema, con cédula 060515560-5, el mismo que se ha revisado y analizado al 100% con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de tutor, por lo cual estimo que se halla apto para su respectiva revisión y defensa.

Es todo cuento puedo informar en honor a la verdad.



Mgs. Juan Carlos Marcillo

C.C.: 0602437329

TUTOR

CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



CERTIFICACIÓN

Que, **YAMBAY VILEMA MIGUEL ANDRES** con CC: **060515560-5**, estudiante de la Carrera de **PSICOLOGÍA EDUCATIVA ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y FAMILIAR**, Facultad de **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, HUMANAS Y TECNOLOGÍAS**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **“DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCION DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES”**, que corresponde al dominio científico, **DESARROLLO SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVA**. Y alineado a la línea de investigación, **EDUCACIÓN SUPERIOR Y FORMACIÓN PROFESIONAL**, cumple con el **8 %**, reportado en el sistema Anti plagio URKUND, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba a 11 de SEPTIEMBRE de 2020

Mgs. Juan Carlos Marcillo Coello
TUTOR

AUTORÍA

La responsabilidad del contenido, ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo, previo a la obtención del título de grado de Licenciado en Psicología Educativa, Orientación Vocacional y Familiar con el tema: “DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES.”.

Corresponde exclusivamente a Miguel Andrés Yambay Vilema, portador de la C.I.0605155605, al tutor del proyecto Dr. Juan Carlos Marcillo C.C.: 0602437329, y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Miguel Andrés Yambay Vilema

C.C.: 0605155605

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy Gracias a Dios por ser mi guía y fortaleza diaria, por darme la capacidad de vencer retos y dificultades, de la misma manera agradezco infinitamente a la Universidad Nacional de Chimborazo, a sus Autoridades y Docentes quienes me enriquecieron de sus conocimientos, también un agradecimiento a mis padres por tenerme la suficiente confianza y brindarme su amor.

Esta tesis es el resultado Del esfuerzo y dedicación. Por esto agradezco a, mi tutor y colaborador Dr. Juan Carlos Marcillo Coello, quien a lo largo de este proceso educativo ha puesto a prueba, nuestras capacidades y conocimientos en el desarrollo de este tema el cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas.

A mis padres quienes durante toda mi vida han apoyado y motivado mi formación tanto emocional como académica, A mis hermanos quienes creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa **Universidad Nacional de Chimborazo** en la cual me forme como persona de bien.

Miguel Andrés Yambay Vilema

DEDICATORIA

El presente trabajo representa un esfuerzo por superarme tanto en mi vida profesional como en la personal, se lo dedico a Dios que me da fortaleza espiritual en los momentos. Demostrando que cada obstáculo representa una oportunidad para llegar al éxito, y finalmente a mis padres quienes me han enseñado que es necesario vencer obstáculos en la vida para culminar metas.

La presente tesis se la dedico a Dios me ha guiado y dado fuerzas para seguir adelante sin desmayar ante los problemas que se presentan en la vida, siempre enseñándome a enfrentar las dificultades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento de este largo, pero gratificante camino.

Para mis padres por su apoyo incondicional, por todos sus sabios consejos, por su reconfortante comprensión, amor, paciencia, y por ayudarme con los recursos necesarios para instruirme. Gracias a ellos que me han fomentado mis valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir mis objetivos y ser la persona que soy.

Miguel Andrés Yambay Vilema

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

| | |
|--|-------------|
| APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL | II |
| CERTIFICADO DEL TUTOR | III |
| CERTIFICADO DEL PLAGIO | IV |
| AUTORÍA | V |
| AGRADECIMIENTO | VI |
| DEDICATORIA | VII |
| ÍNDICE GENERAL | VIII |
| ÍNDICE DE CUADROS | X |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | XI |
| RESUMEN | XII |
| ABSTRACT | XIII |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 2 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN | 3 |
| 1.2 OBJETIVOS | 4 |
| 1.2.1 Objetivo General | 4 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 4 |
| | |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2.2 DETERIORO COGNITIVO | 8 |
| 2.2.1 Definición | 8 |
| 2.2.1 Clasificación del deterioro cognitivo en los Adultos Mayores | 9 |
| 2.2.2 Clasificación del deterioro cognitivo leve (DCL) | 10 |
| 2.2.3 Causas del deterioro cognitivo | 10 |
| 2.2.4 Envejecimiento cerebral | 11 |
| 2.3. FUNCIONES COGNITIVAS | 11 |
| 2.3.2 Grados de trastorno de la conciencia | 12 |
| 2.3.3 Procesos cognitivos | 12 |
| 2.3.4 Cambios y características motoras | 13 |
| | |
| | VIII |

| | | |
|---|---|------------|
| 2.4 | ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA | 15 |
| 2.4.1 | ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA | 17 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA | | 20 |
| 3.1 | DISEÑO | 20 |
| 3.1.1 | No experimental | 20 |
| 3.2 | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 20 |
| 3.2.1 | Por los objetivos | 20 |
| 3.2.2 | Por el lugar | 20 |
| 3.3 | NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN | 21 |
| 3.4 | POBLACIÓN – MUESTRA | 21 |
| 3.4.1 | Población | 21 |
| 3.4.2 | Muestra | 21 |
| 3.5 | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS | 22 |
| 3.6 | TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO DE INTERPRETACIÓN DE DATOS | 23 |
| CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y RESULTADOS | | 24 |
| 4.1. | Descripción de los resultados del mini examen de estado mental Folstein et al .1975, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario) | 24 |
| 4.2. | Descripción de los resultados del índice de Barthel, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario) | 25 |
| 4.3. | Descripción de los resultados de la Escala Geriátrica de Lawton y Brody, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario) | 26 |
| 4.4. | Descripción de los resultados de la escala geriátrica de Yesavagge, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario) | 27 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 28 |
| CONCLUSIONES | | 28 |
| RECOMENDACIONES | | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 30 |
| ANEXOS | | XIV |

ÍNDICE DE CUADROS

| | | |
|----------------------|---|----|
| Cuadro N° 1.- | Población y muestra | 21 |
| Cuadro N° 2.- | Técnicas e instrumentos Variable Independiente | 22 |
| Cuadro N° 3.- | Técnicas e instrumentos Variable Dependiente; Error! Marcador no definido. | |
| Cuadro N° 4.- | Grado de Deterioro Cognitivo | 24 |
| Cuadro N° 5.- | Nivel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) | 25 |
| Cuadro N° 6.- | Nivel de Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) | 26 |
| Cuadro N° 7.- | Nivel de Depresión | 27 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------------------|--|----|
| Gráfico N° 1.- | Grado de Deterioro Cognitivo | 24 |
| Gráfico N° 2.- | Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) | 25 |
| Gráfico N° 3.- | Nivel de Deterioro Cognitivo | 26 |
| Gráfico N° 4.- | Nivel de Deterioro Cognitivo | 27 |

RESUMEN


La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar el deterioro cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria, de adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria misión Mis Mejores Años (MMA) ubicada en la Provincia de Chimborazo, Cantón Guano el Rosario del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Teniendo en cuenta que el deterioro cognitivo en el adulto mayor, es el proceso de disminución en el rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas, representa una dificultad para procesar pensamientos, tomar decisiones y promueve consigo un alto nivel de desconcentración, estableciéndose como una condición que se manifiesta en diferentes grados, desde leve moderado hasta la demencia. La metodología que se utilizó para la ejecución de la presente investigación fue un diseño no experimental, por los objetivos; de campo y transversal, con un nivel descriptivo, la población fueron los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del MIES, su muestreo no probabilístico intencional a continuación, 34 Adultos mayores, los instrumentos mini examen de estado mental, escala geriátrica de Lawton y Brody, escala geriátrica de Yesavage, índice de Barthel, mediante los cuales se pudo identificar que el 29%, presentan un deterioro cognitivo leve, el 9% ligero, el 18% moderado el 44% normal, llegando a la conclusión que se ha podido indagar que los adultos mayores presentan diferentes grados con respecto al deterioro cognitivo, puesto que aún pueden realizar por sí solos varias actividades sean estas básicas como instrumentales.

Palabras claves: Deterioro Cognitivos – Adulto Mayor - Actividades de la vida diaria – Actividades Instrumentales de la vida diaria.

ABSTRACT

The main objective of the present research was to determine the cognitive impairment in the instrumental activities of the daily life of elderly adults of the home care unit mission *Mis Mejores Años (MMA)* located in the province of Chimborazo, canton Guano, el Rosario of the Ministry of Economic and Social Inclusion (MESI) Taking into account that cognitive impairment in the elderly is the process of decreased performance of intellectual or cognitive functions, it represents a difficulty in processing thoughts, making decisions and promotes a high level of lack of concentration, establishing itself as a condition that manifests itself in different degrees, from mild-moderate to dementia. The methodology used for the execution of the present research was a non-experimental design, due to the objectives; field and cross-sectional, with a descriptive level, the population was the elderly from the MMA Guano el Rosario home care unit of the MESI, purposeful non-probabilistic sampling, 34 elderly adults, the mini-mental state examination instruments, Lawton and Brody's geriatric scale, Yesavage geriatric scale, Barthel index, through which it was possible to identify that 29% have a mild cognitive impairment, 9% mild, 18% moderate, 44% typical. In conclusion, older adults present different degrees concerning cognitive impairment, since they can still carry out various activities by themselves, both necessary and instrumental.

Keywords: Cognitive impairment - Elderly - Activities of daily life - Instrumental activities of daily life.



Reviewed by: Romero, Hugo

Language Skills Teacher

INTRODUCCIÓN

La cognición es considerada como aquella capacidad que poseen los seres vivos de procesar información, a partir de los estímulos captados desde el medio ambiente por los órganos de los sentidos, su importancia es trascendental en el desarrollo del ser humano y guarda una estrecha relación con el progreso adecuado de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria que realiza un ser humano independiente y autónomo puesto que estas consisten en la toma de decisiones y la resolución de problemas de la vida cotidiana.

En los primeros años de vida, en el transcurso de la adolescencia y la juventud, la capacidad cognitiva y su estrecha relación con las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria de un ser humano, se encuentran en su máximo esplendor, sin embargo, al llegar a la adultez aparecen problemas referentes al deterioro cognitivo, así mismo se genera una disminución gradual en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria lo que interviene de manera directa en la calidad de vida de los adultos mayores.

El deterioro cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores, es hoy por hoy un tema de estrecha discusión y que amerita una pronta solución, pues la calidad de vida de los mismos se ve afectada en la disminución de la independencia y el aumento de dependencia de una persona lo cual tiene efectos negativos a nivel físico y mental.

El propósito de la presente investigación permitirá describir el desarrollo cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano El Rosario del MIES. La atención domiciliaria permite identificar una gran cantidad de adultos mayores que poseen dificultades para poder realizar actividades cognitivas, como recordar el número de cédula, números telefónico, dirección domiciliaria e incluso su fecha de nacimiento, de esta manera se demuestra que la población mayor de 65 años presenta dificultades y un deterioro cognitivo evidente que incide en la realización adecuada de Actividades Instrumentales de La Vida Diaria (AIVD), y por ende afecta a la funcionalidad del mismo.

CAPITULO I.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El deterioro cognitivo en el adulto mayor, es el proceso de disminución en el rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas representa una dificultad para procesar pensamientos, tomar decisiones y promueve consigo un alto nivel de desconcentración, el deterioro cognitivo es una condición que se manifiesta en diferentes grados, leve moderado y la demencia (Suarez, 2019) .

El deterioro cognitivo a nivel del mundo, es un tema de alta discusión puesto que puede presentarse en edad temprana o en edad avanzada por diferentes causas, existiendo un indicador muy pequeño en niños y jóvenes, contrario aquello en los adultos mayores este es cada vez más frecuente y desencadena en una problemática social, diferentes estudios realizados a la población de la tercera edad en diferentes países del mundo muestran a este como precursor de la demencia y el Alzheimer, siendo un factor de gran relevancia en la creación de dependencia y vulnerabilidad de nuestros adultos mayores.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son actividades que permiten la independencia de una persona dentro de la comunidad, estas incluyen tareas domésticas de movilidad, administración del hogar y de la propiedad, preparar alimentos realizar compras entre otras, cuya principal función amerite de un instrumento para su realización (Jiménez, 2012).

En el Ecuador, el deterioro cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria de la población adulta mayor han sido desde hace muchos años un tema olvidado, puesto que las políticas públicas y de salud no han sido direccionadas de manera adecuada, en la actualidad nuestro país ha iniciado a darle importancia a dicho tema de interés social, la geriatría y los diferentes acuerdos internacionales han puesto al estado como un garante de los derechos de la población adulta mayor siendo este principio el precursor de diferentes políticas sociales que buscan implementar mecanismos en prevención y tratamiento del deterioro cognitivo y en garantizar la independencia y el envejecimiento activo y saludable de un adulto mayor.

El deterioro cognitivo se describe inicialmente entre 1980 y 1990, las quejas constantes de los adultos mayores sobre la pérdida de memoria, el olvido de sus nombres, números de teléfono, y la afección continua sobre sus actividades instrumentales y básicas

de la vida diaria, promueven a la investigación científica sobre dicho problema, dando como resultado que, el deterioro cognitivo basado en diversos estudios es el detonante principal de la demencia y el Alzheimer en la vejez (Sosa, 2016).

En la provincia de Chimborazo, específicamente el cantón Guano, existe una gran cantidad de población adulta mayor, misma que ha sido olvidada y en muchos casos marginada por sus costumbres, tradiciones y curiosamente por poseer un alto nivel de dependencia, lo cual ha desencadenado en abandono familiar, en problemáticas sociales y en una deficiente salud mental. El deterioro cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria de nuestros abuelos, ha propiciado una deficiente calidad de vida y un envejecimiento saludable poco adecuado, provocado por falta de oportunidades y el deficiente conocimiento de la sociedad en cuanto al trato de las personas adultas mayores negando a los mismos una atención prioritaria en temas de salud física, mental y emocional que ayuden en el pronto diagnóstico del deterioro cognitivo, logrando evitar un déficit precoz en las actividades instrumentales de la vida diaria en la adultez y por ende evitar una dependencia en el adulto mayor que ponga en riesgo la equidad desde el principio de la vida.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación fue de gran importancia ya que permitió conocer el nivel de deterioro cognitivo por medio de las actividades de la vida diaria, de adultos mayores en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del MIES, debido a que el envejecimiento es considerado como un fenómeno que se encuentra presente a lo largo de la vida el mismo que deber ser tratado y aceptado de la mejor manera para evitar futuros problemas con respecto a las actividades cotidianas.

Fue de novedoso debido a que no se han evidenciado estudios recientes a este grupo de personas que en la actualidad son conocidos como grupos vulnerables, se encuentra interesante su estudio debido a que el deterioro cognitivo es un factor que afecta la calidad de vida de dichas personas.

De impacto puesto que se presentó con el trabajo de investigación el mismo que se fundamentó en ofrecer un estudio exhaustivo de como las actividades instrumentales de la vida diaria disminuye el deterioro cognitivo de los adultos mayores. De igual manera, los resultados del proyecto podrán servir de guía para posteriores investigaciones e

incluso para los familiares para que puedan comprender de mejor manera los diferentes cambios que el adulto mayor está transcurriendo.

La realización de la presente investigación es factible, puesto que se cuenta con el apoyo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), y su proyecto Mis Mejores Años, mediante los cuales se puede relacionar directamente con los adultos mayores, de la misma manera se puede conocer su estado actual, su manera de cómo viven y de qué manera la falta de actividades instrumentales de la vida diaria, llega a originar el deterioro cognitivo de los adultos mayores.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar el deterioro cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria, de adultos mayores en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Establecer el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores.
- Analizar el grado de dependencia o independencia que poseen los adultos mayores con referencia a las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Determinar el grado de depresión que poseen los adultos mayores.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADULTO MAYOR

Según Callenti (2006), considera a las personas mayores como aquellos individuos que poseen una edad de 45 años en adelante, se considera que a esta edad se puede evidenciar un desnivel en cuanto a las capacidades físicas y psicológicas, las mismas que sin originadas por paso del tiempo. Es a partir de los 45 años, donde un gran número de esta población entra en procesos de envejecimiento que, según Verdugo y Gutiérrez (1998 citado en Callenti, 2006), la población estándar suele tener hacia los 65 ó 70 años.

Ceballos (2012), menciona que para referirse a los adultos mayores es significativo hacer uso de otros términos tales como, ancianos, viejitos, adultos en plenitud, tercera edad, juventud acumulada y senectud. Sin embargo, da distinción al término adultos mayores., los cuales se encuentran en el proceso de envejecimiento y se difiere según las condiciones, sociales, culturales, económicas y educativas.

De la misma manera Aguilar; Arrabal y Herrera (2014) piensan que los adultos mayores son personas de 65 años o más, mismo grupo que incluye a una población con un amplio rango de edades, estados de salud y capacidades generales, se conoce también que este tipo de personas debe contar con un cuidado o recibir una atención especializada que mejore la calidad de vida de los adultos mayores y de las personas que se encuentran a su cuidado.

2.1.1 El Envejecimiento

Según Alvarado y Salazar (2014), el envejecimiento es un fenómeno que se encuentra presente a lo largo de la vida puesto que forma parte del ciclo vital, sin embargo y a pesar que es algo natural no todas las personas aceptan esta realidad innata del ser humano.

De la misma manera Ballesteros (2016) menciona que el envejecimiento es algo natural y continuo que no se puede detener el mismo que llega afectar a todas las personas sin excepción alguna, sin embargo no todas las personas envejecen de la misma manera, ya que es algo inevitablemente, al ser de que las personas mueran prematuramente debido a accidentes o enfermedades, pasan necesariamente por la etapa de la vejez, sin embargo no todas las personas pasan el envejecimiento de la misma manera, hay personas que se

mantienen activas y tienen un envejecimiento saludable mientras que aquellos que son inactivos, llegan a padecer enfermedades que afectan de una manera negativa el envejecimiento.

2.1.2 Factores que inciden en el envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (2018), menciona que existen variaciones en la salud en los adultos mayores los cuales que son genéticos, y que los ambientes físicos y sociales poseen gran importancia, en personal las viviendas, vecindarios y colectividades, así como también incurrir en las características particulares como el sexo, la etnia y el nivel socioeconómico.

Se conocen que la gran mayoría de estos factores empiezan a intervenir en el desarrollo de envejecimiento el cual en varias ocasiones se desarrolla desde una temprana edad. Los ambientes de su niñez incluso aquellos que se originan en la fase embrionaria, conjuntamente con las características personales, ha tenido gran efecto a largo plazo puesto que se puede identificar en el proceso del envejecimiento.

Se conoce también que los ambientes tienen una significancia relevante en la creación y sustento de hábitos saludables. El sostenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, el no llevar una adecuada dieta, el no realizar constantemente actividades físicas, el fumar de manera periódica, origina que los adultos mayores desencadenen un sin fin de enfermedades que llegan a afectar sus facultades tanto mentales como físicas (OMS, 2018).

Benavides (2017) menciona que la salud y la productividad dependen de una variedad de factores o determinantes que rodean a los individuos las familias y los estados. Estos son:

- **Género y Cultura:** Son los factores concluyentes porque intervienen en todos los demás. El género tiene un profundo efecto el estatus social, el acceso a la instrucción, el trabajo, la salud y la nutrición. Los valores culturales y las tradiciones, establecen la visión que una explícita sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones. También la cultura influye en los comportamientos en salud y personales.

- **Los Sistemas Sanitario y Social:** Para promover el “Envejecimiento Activo”, El Sistema sanitario necesita tener como objetivos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la Atención Primaria de Salud y a los cuidados de larga duración. Los servicios sociales y sanitarios deben ser, universales, equitativos, deben estar coordinados o integrados y con un coste efectividad adecuado.
- **Factores Económicos:** Ingresos, Trabajo y Protección social. Es sabido que en muchos casos después de la jubilación disminuyen los ingresos de las personas mayores y sobre todo de las mujeres.

2.1.3 Tipos de envejecimiento

Según la OMS (2015) se piensa a un adulto mayor a partir de los 65 años de edad. A partir del siglo XX, la natalidad aumento y disminuyó la mortalidad, debido a que se localiza cura para los contagios, virus que existían, es por esto que la especie humana puede conseguir la vida hasta los 70 años de edad, con lo cual favorece a la presencia de trastornos en la población adulta mayor y la senectud.

Sin embargo, Bonilla (2018) menciona los diferentes tipos de envejecimiento.

- **Envejecimiento individual:** es aquel proceso que todo ser humano experimenta, puesto que es un ciclo que a lo largo de los años los individuos deben cumplir.
- **Envejecimiento poblacional:** Es cuando un número significativo de personas adultas mayores envejece en un mismo sitio o lugar.
- **Envejecimiento psicológico:** es aquel que hace referencia a los diversos procesos cognitivos, donde la personalidad desempeña un papel fundamental en el proceso de envejecimiento.

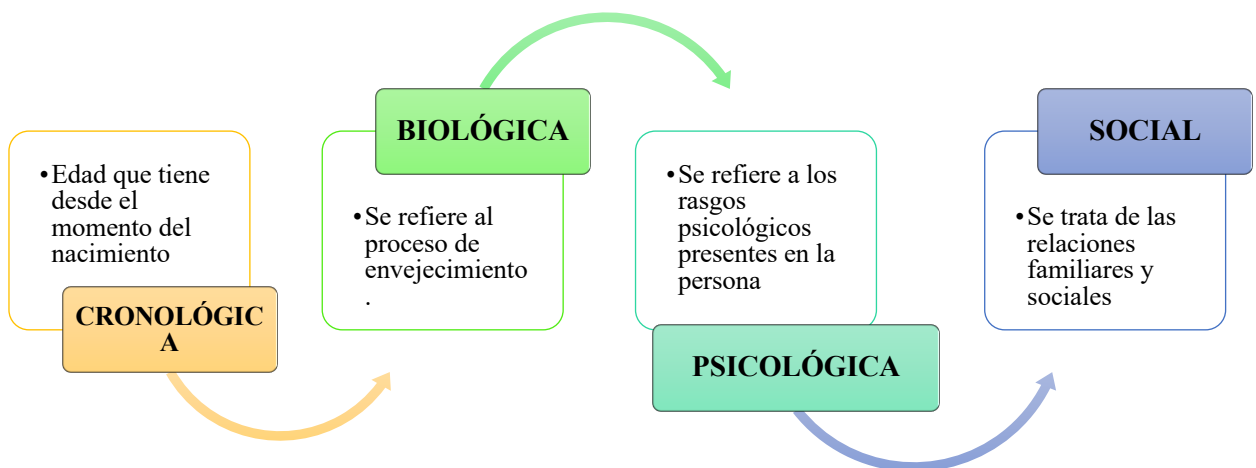


Figura N° 1.- Tipos de envejecimiento según la edad.
Fuente: (Bonilla, 2018)

2.2 DETERIORO COGNITIVO

2.2.1 Definición

Es un proceso donde se implica una pérdida o disminución en el rendimiento de por menos una de las ocupaciones intelectuales superiores como la memoria, atención concentración, orientación espacial y estacional, pensamiento abstracto, planificación, ejecución lenguaje y fluencia verbal, juicio y razonamiento, cálculo, habilidades constructiva ya aprendizaje con respecto al previo funcionamiento de las habilidades y capacidades asimiladas, lo que siempre se puede demostrar dentro de la destreza clínica es difícil documentar el nivel de funcionamiento previo que se tenía de las habilidades; sin embargo existen actualmente diversas pruebas que logran ayudar en el diagnóstico del Deterioro Cognitivo (Muñoz & Espinoza, 2016).

Es por ello que el deterioro es considerado como aquel proceso que se va originando con el paso de los años, el mismo que hace referencia a la pérdida de las facultades intelectivas, el cual se va asociando a múltiples y disímiles síntomas geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van desgastando o perdiendo las diversas funciones mentales, las cuales presentan disímiles dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos (memoria, orientación, cálculo, conocimiento, juicio, lenguaje, afirmación visual, conducta y temperamento) (Arriola & Carnero, 2017).

Se conoce que las bases neuropsicológicas del deterioro cognitivo involucran a las neuronas pues estas son la base de la actividad eléctrica, el registro se lo encuentra en la base del encéfalo lo que admite el registro de las contestaciones eléctricas, las cuales son incitadas por estímulos sensoriales, visuales, auditivos, somestésicos, los cuales nos admiten medir la extensión y latencia (Banavides, 2017).

Por otro lado Silveria y Redondo (2016) mencionan que el deterioro cognitivo se presenta debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación.

Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos

2.2.1 Clasificación del deterioro cognitivo en los Adultos Mayores

Para Peñas (2007) el deterioro cognitivo se clasifica en dos que son el normal y el deterioro cognitivo leve.

- **El deterioro cognitivo normal:** se conservan los caracteres de las funciones neurocognitivas, necesarias para que los individuos puedan adaptarse a la vida diaria.
- **Deterioro cognitivo leve:** en el envejecimiento se evidencia la existencia de un declive de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido, es preciso valorar la situación en que se localiza ya que solo intercepta mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria, no se asocia a deterioro del nivel de conciencia. Lo principal que se produce en el deterioro cognitivo leve es un deterioro en la memoria, esto se debe al proceso de envejecimiento, y a factores como puede ser el consumo de sustancias estimulantes, psicoactivas y medicamentos que con el pasar de los

años causan que esta función se deteriore y por lo tanto se produce lo que es un deterioro cognitivo.

2.2.2 Clasificación del deterioro cognitivo leve (DCL)

Peterson y cols. (1998, citado en Nuñez, 2015) propusieron una clasificación que se basaba en el síntoma principal que es el daño de la memoria, el cual lo dividieron en 3 subtipos con diferente evolución cada uno:

- DCL tipo amnésico: en el cual se encuentra el síntoma principal que es la pérdida de memoria progresiva, la cual podría llegar a evolucionar a demencia y su siguiente paso a Enfermedad de Alzheimer.
- DCL con varias funciones alteradas pero la memoria se mantiene íntegra. También llamado el no amnésico multidominio, ya que afecta a varias áreas menos a la memoria. Este tipo si llega a pasar a ser una demencia, puede hacerlo hacia Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular u otras demencias.
- DCL con una sola función alterada pero que es distinta a la memoria: altera a otro tipo de área cognitiva distinta a la memoria. Tienen probabilidad de evolucionar a otros tipos de demencias: frontotemporal, cuerpos de Lewy, vascular, etc.

2.2.3 Causas del deterioro cognitivo

El Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (2016) plantea que preexisten algunas causas que produce deterioro cognitivo entre las cuales se menciona:

- Deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración.
- Empleo de alcohol u otras sustancias.
- Enfermedades cardiovasculares.
- El estrés psicosocial
- Cambios psicológicos

2.2.4 Envejecimiento cerebral

Es aquel proceso heterogéneo, mundial de carácter lento y complejo, durante el cual se pueden identificar un deterioro gradual en las capacidades funcionales el cual hace que los las personas posean una perdida en la capacidad homeostática, son exclusivamente susceptibles y sensibles ante una gran variedad de variaciones patológicas. La heterogeneidad en varias ocasiones es abordada de un punto de vista ontogénico como filogenético. Esta notable inestabilidad interindividual e intraindividual con respecto a la prontitud y cantidad del envejecimiento deriva de una complicada interacción entre el entorno en el que se encuentran, la genética así como también aquellos factores estocásticos (Ávila, 2012).

El envejecimiento que se origina en el cerebro muestra cambios precisos y característicos que esbozan la cuestión de si personifican aspectos menores del envejecimiento, no llegan a afectar ampliamente a su función, o si son antecesores de trastornos neurodegenerativos. El encéfalo es considerado como un órgano posmitótico, aunque sabemos que en determinadas regiones persisten fenómenos neurogénicos. Como consecuencia de esta característica, cuando las neuronas se pierden por cualquier causa, son difícilmente reversibles ya que un número significativo de neuronas y el peso global del encéfalo reduce de manera paulatino con el envejecimiento (Mariageles, 2010).

Se menciona que a partir de los sesenta años de edad el cerebro humano empieza a perder peso entre 2 a 3 g anualmente, originando que los cambios morfológicos realicen, atribuyan y modifiquen cambios en la sustancia blanca de las regiones filogenéticamente más avanzadas. En los últimos años algunos estudios relacionados con la neuroimagen en personas no han sido tan indiscutibles, debido a que muestran que la inestabilidad es significativa que muchos ancianos no muestran cambios reveladores desde el punto de vista macroscópico (Olivera & Carmelo, 2015).

2.3. FUNCIONES COGNITIVAS

En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento, por lo tanto, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor.

Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas. Las dispersas son aquellas en las cuales se presentan en una área o región específica, puede aparecer alteraciones o a su vez lesiones que se originan en el parenque-cerebral y afectan a los dos hemisferios. En este tipo de función cognitiva encontramos memoria, atención, concentración, funciones intelectuales de orden superior (Romero & Vázquez, 2002).

Conciencia: Es la capacidad en que se percibe el entorno y a nosotros mismos, nos permite mantener el estado de alerta ante cualquier circunstancia, se involucran dos estructuras en la conciencia como es la corteza cerebral y el sistema reticular activador el mismo que pasa por el tronco encefálico, es el que hace que se despierte la persona ante la alerta (Pérez, González, & León, 2018).

2.3.2 Grados de trastorno de la conciencia

- Coma: es un estado en el que el paciente no tiene conciencia este estado puede durar unas 4 semanas.
- Letargia: en este estado se presenta incompleto de conocimiento y vigilia, el paciente se encuentra desorientado, pero a su vez se encuentra despierto.
- Estupor: este estado en el que se puede despertar al paciente, pero mediante la utilización de estímulos intensos.
- Obnubilación: es mediante el estado que se puede despertar al paciente, pero con la utilización de estímulos leves. Embotamiento: retardo en el ritmo de la elaboración psíquica.
- Hipervigilia: Exaltación de la función de alerta debido a la presencia de drogas alucinógenas, episodios maniacos o esquizofrénicos (Kenneth, 2006).

2.3.3 Procesos cognitivos

A grandes rasgos, la memoria se vincula con otras capacidades humanas como son el lenguaje, la creatividad, la atención, la inteligencia y la percepción. Cuando guardamos datos en la memoria lo hacemos según su significado es decir su codificación semántica. Las funciones cognitivas son aquellos procesos y funciones por los que el individuo recibe

información al momento de almacenar y procesar información relativa hacia uno mismo y a otros individuos del entorno (Arriola & Carnero, 2017).

- **Fases de la memoria**

1. **Registro:** Es la recepción o adquisición de la información que se registra para percibir de forma correcta, para esta información son necesarias la atención y la concentración.
2. **Retención:** Es necesario conservar y fijar la información que anteriormente hemos receptado, dentro de esta etapa nos conviene utilizar recursos y estrategias mentales de tal manera que se pueda retener lo necesario como son la visualización, categorización y asociación.
3. **Recuerdo** Es la fase mediante el cual recuperamos la información que previamente la habíamos almacenado y esta será más fácil si utilizamos referencias espaciales y temporales u otros mecanismos (Vergara, 2009) .

- **Percepción:** Mediante esta función podemos reconocer diferentes estímulos del medio ambiente que se realiza por medio de los cinco sentidos; vista, audición, tacto, olfato y gusto. Ya que con su ayuda detectamos diferentes acontecimientos que sucede en el entorno.

- **Atención:** Es la capacidad de poder darse cuenta de un estímulo.

- **Concentración:** Es focalizar la atención ante el estímulo que se percibe. (León, 2012)

2.3.4 Cambios y características motoras

Para la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (s.f) prácticamente la función motora del sistema nervioso en el individuo se sujeta a dos tipos de actividades, la estabilidad y el movimiento. En este último mencionan que funciona gracias a un complejo mecanismo que implica actividad consciente y amplios circuitos y áreas corticales. El movimiento a su vez depende de factores cinéticos, mecánicos y neuronales para garantizar su eficacia y armonía. En resumen, las funciones motoras abarcan una serie de aspectos estáticos y dinámicos que están presentes desde el nacimiento. Aspectos estáticos, las posturas, aspectos dinámicos, los desplazamientos o movimientos.

El ser humano se produce una retro génesis psicomotora. Los principales síntomas que se pueden presentar son, dificultades en el reconocimiento del propio cuerpo, problemas de orientación y equilibrio y desestructuración en el esquema 15 corporal. Todo esto provocará dificultades en la flexibilidad, velocidad, fuerza, resistencia y coordinación.

Quirós Aragón (2012) también hace mención a Fonseca (1988) con la retrogénesis psicomotora. Por lo cual la organización psicomotora que se ha ido desarrollando desde el recién nacido hasta la pubertad en una ontogénesis sistémica que evoluciona desde la tonicidad hacia la praxia fina y que se hace más compleja durante la edad adulta a la vejez, una degeneración sistémica desde la praxia fina hacia la tonicidad.

Quirós (2012), menciona que a causa de los cambios fisiológicos que el anciano o adulto mayor presenta, se van a mostrar:

- a) Tanto en el equilibrio estático como en los desplazamientos y en la seguridad de la marcha, va a existir una menor seguridad.
- b) En la relajación voluntaria se va a preciar dificultades y a su vez se evidencia una disminución en el tono muscular.

Sin embargo, Vera (2017) señala que en las cualidades físicas se va a presentar una involución:

- a) Coordinación: se asiste una disminución progresiva de la habilidad de alrededor del 30% hasta los 70 años, aunque en las mujeres es algo más retardado.
- b) Flexibilidad: después de los 30 años comienza un declive, ocasionado por la reducción celular y de fibras elásticas en los tendones, ligamentos, etc.
- c) Fuerza: se reduce en un 25-30% hasta los 70 años, según el empleo que se haga de los músculos en la vida cotidiana.
- d) Velocidad: su disminución, primero lenta y después más acusada, se observa a partir de los 30, o 40-45 años en los casos de entrenamiento regular. La causa

principal es la disminución de fuerza y elasticidad del aparato locomotor y la involución de los procesos neurofisiológicos.

- e) Resistencia: la anaeróbica depende de la fuerza y la resistencia física, y su discriminación se manifiesta de forma similar a estas dos. La aeróbica y la dinámica, a partir de los 30 años, se reduce en el hombre un 25-30%, y en la mujer, entre un 20- 25%, hasta los 60 años. La causa de la disminución hay que buscarla en el terreno cardiocirculatorio, pulmonar y muscular.

2.4 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

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

No fue hasta 1978 cuando la Asociación Americana de terapia ocupacional elabore la primera definición en ella se definen como los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego. En esta definición las ABVD son partes que constituyen o dan forma a las actividades de autocuidado, trabajo, juego, como, por ejemplo, abrir una puerta para incorporarse al puesto de trabajo o peinarse como parte del arreglo personal.

Hasta este momento, las ideas asociadas al concepto de ABVD que podemos identificar en las descripciones y definiciones encontradas se conciben como tareas o componentes que forman parte de otras actividades; tienen un valor auxiliar, en la medida en que posibilitan o sirven para la participación social del sujeto; además, se consideran vinculadas con el cuidado personal de forma independiente.

Blesedell y Cohn (2008), mantienen que las actividades básicas de la vida diaria son muy importantes para la salud y el bienestar del adulto mayor, permiten a estas personas mantenerse, contribuir con la vida de su familia y participar en la sociedad. La

salud se mide por la capacidad de adaptación y de participación en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se encuentran:

- **Higiene personal:** incluye el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- **Ducha:** implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- **Vestido:** incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.
- **Alimentación:** implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- **Control de esfínteres:** incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- **Uso del inodoro:** incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.
- **Movilidad funcional:** incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación.

El deterioro cognitivo llega a ocasionar dificultades en la realización de varias actividades básicas en los adultos mayores llegando en muchas ocasiones a originar una depresión la constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva (Cabañero & García, 2007).

Según Gómez y Campo (2010), mencionan que existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o

probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico. La mayoría de las escalas y recomendaciones de entrevista para el estudio de la depresión, no deberían ser aplicadas en los ancianos porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecten un excesivo número de falsos positivos.

2.4.1 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Según Jun y Sapra (2019), menciona que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son aquellas actividades que permiten a un individuo vivir independientemente en una comunidad, aunque no es necesario para una vida funcional, la capacidad de realizar estas actividades puede mejorar significativamente la calidad de vida. Los dominios principales incluyen cocina, limpieza, transporte, lavandería y administración de finanzas. Las AIVD son comúnmente evaluados por terapeutas ocupacionales en el contexto de la rehabilitación para determinar el nivel de la necesidad de asistencia y función cognitiva de un individuo.

Las AIVD se confunden comúnmente con las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Sus principales dominios son alimentación, vestirse, bañarse y caminar. A diferencia de las AIVD, las ABVD son necesarias para una vida funcional básica. Los déficits en la realización de AVD pueden indicar la necesidad de atención médica en el hogar o la colocación en un centro de enfermería especializada.

Las AIVD son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana, y puede resultar compleja para pacientes que han sufrido una enfermedad cerebral (Cano, Matalla, & Montañés, 2016).

De la misma manera Bengoechea (2017), alude que son las actividades que conllevan un mayor sesgo cultural ya que guardan relación con el entorno. Además, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio más inmediato.

Es por ello que Bengoechea (2017) menciona las actividades que se encuentran dentro de las Actividades instrumentales están:

Capacidad de usar el teléfono:

Llamar: reconocer partes del teléfono, buscar números en la agenda, descolgar el auricular, marcar el número, colocar el auricular en la oreja y esperar respuesta. Colgar auricular en su sitio correspondiente al terminar la conversación.

Contestar: identificar partes del teléfono, descolgar auricular, colocar auricular en la oreja y dar respuesta. Colgar auricular en el sitio correspondiente al terminar la conversación.

Elaboración de la propia comida: Identificación de los alimentos necesarios para la elaboración de la receta, adquisición de éstos, identificar utensilios de cocina para la elaboración, secuenciar la preparación de los alimentos, controlar el manejo de cada uno de los electrodomésticos, uso de los electrodomésticos, elaboración de la receta, manejo del tiempo de cocción, limpiar y guardar los instrumentos utilizados.

Realizar tareas domésticas básicas: Es importante que realice actividades domésticas como fregar los platos, arreglar las camas, etc. Las mismas ayudan en el mantenimiento de la parte funcional y psíquica del adulto Mayor.

Realización de las compras necesarias para vivir: Identificar qué productos nos faltan en casa, elaborar la lista de la compra teniendo en cuenta el presupuesto, identificar los lugares donde obtener cada producto, orientación dentro del establecimiento, adquisición de los productos, elegir la forma de pago: Efectivo y tarjeta.

Manejo de la medicación: Identificar los medicamentos, reconocer la dosis y el uso, recordar las tomas diarias. En nuestra app encontrarás información sobre este tema. En su defecto, se recomienda utilizar estrategias como, por ejemplo, alarmas o pastilleros.

Movilidad en la comunidad: Utilizar por sí solos medios de transporte e identificar domicilios de seres conocidos proporcionan independencia y una mejor calidad de vida

Manejos del dinero: Clasificación de billetes y monedas, reconocimiento de billetes y monedas, manejo del dinero, cálculo de las vueltas, manejo y control de facturas, movimientos bancarios, uso del cajero automático.

Debemos ser conscientes que los déficits como consecuencia de un daño cerebral intervienen en las actividades de la vida diaria Instrumentales y hacen que la persona no consiga realizar dichas actividades de manera independiente. Estos déficits son: Alteraciones sensoriales y perceptivas, alteraciones en el lenguaje, déficits motores/neuromusculares, alteraciones a nivel cognitivo, y psicosociales.

La labor del terapeuta ocupacional es recoger información de todos estos déficits que intervienen en las actividades y mediante estrategias de rehabilitación, compensatorias, o adaptación conseguir alcanzar la máxima independencia en su día a día.

CAPÍTULO III.

3. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

3.1.1 Cuantitativo

En la presente investigación se realizó la recolección y tabulación de los datos obtenidos de los test tomados, mediante los cuales se pudo conocer los diferentes grados y niveles, los cuales fueron necesarios para la realización de las conclusiones del estudio.

3.2 DISEÑO

3.2.1 No experimental

Fue de diseño no experimental debido a que no se manipuló en forma deliberada las variables de estudio.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Por los objetivos

Fue básica porque se investigó como el deterioro cognitivo impacta en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria de adultos mayores en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano del barrio El Rosario del MIES.

3.3.2 Por el lugar

Fue de campo puesto que se extrajeron los datos e información directamente de la realidad, en este caso de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies, por medio de las técnicas de recolección.

3.3.3 Transversal

Debido a que la investigación se realizó en un determinado tiempo, y permitió ejecutar un análisis sobre el impacto que tienen el deterioro cognitivo en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria de adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies.

3.4 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.4.1 Descriptiva

Se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre el concepto de la variable puesto que esta permitió observar, estudiar y conocer las diversas características y comportamiento del deterioro cognitivo.

3.5 POBLACIÓN – MUESTRA

3.5.1 Población

La población fueron los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies, ubicada en la provincia de Chimborazo Cantón Guano.

3.5.2 Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico e intencional porque se trabajará con toda la población como fueron los 34 Adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies, se detalla a continuación:

Cuadro N° 1.- Población y muestra

| EXTRACTO | NÚMERO | HOMBRES | MUJERES | PORCENTAJE |
|-----------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|
| Adultos Mayores | 34 | 10 | 24 | 100% |
| TOTAL | 34 | 29% | 71% | 100% |

Fuente: SIIMIES (UNIDAD MMA GUANO EL ROSARIO)

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Cuadro N° 2.- Técnicas e instrumentos Variable Independiente

| VARIABLE | TÉCNICA | INSTRUMENTO | CARACTERÍSTICA |
|---|---------------------------|---|--|
| INDEPENDIENTE: Deterioro cognitivo | Pruebas psicométricas. | INSTRUMENTO: Mini Examen de Estado Mental (Folstein et al .1975) | Nombre: Mini Examen de Estado Mental. Nombre original: Mini Examen de Estado Mental (Folstein et al .1975) Autor: Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung. Procedencia: Alemania Adaptación Española: el Test de Lobo es la validación a población española Ámbito de Aplicación: Adultos con más de 65 años: Duración: 5 a 10 minutos |
| | | Escala Geriátrica De Lawton Y Brody. | Nombre: Escala geriátrica De Lawton Y Brody Nombre original: Escala geriátrica De Lawton Y Brody Autor: Lawton y Brody Procedencia: Filadelfia usa Adaptación Española: Centro Geriátrico de Filadelfia y publicada en 1969. |
| | | Escala Geriátrica de Yesavage. | Nombre: Escala de Yesavage 0-5: Normal ,6-9: Posible Depresión, Mas de 10: Depresión Establecida de Aplicación: Adultos con más de 65 años: Duración: 5minutos |
| | | Índice de Barthel. | Nombre: Índice de Barthel |

Aplicación: El Índice o Escala de Barthel evalúa un total de diez actividades básicas de la vida diaria, las cuales son principalmente alimentación, higiene, desplazamiento y control de esfínteres.

Puntuación: 100 implican una total independencia, y puntuaciones menores irían reflejando una cada vez mayor dependencia para las actividades de la vida diaria.

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

3.7 TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO DE INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se utilizó técnicas que permitan el análisis estadístico en el procesamiento de los datos de información obtenida, se complementó con la elaboración y el registro en estadígrafos de representación gráfica como son: cuadros y pasteles, a partir del análisis y cumplimiento de actividades como:

- Codificación de la información donde se realizó un primer ordenamiento de sus indicadores con sus respectivas categorías y objetivos
- El diseño, elaboración y aplicación de las Encuestas
- Revisión y aprobación por parte del tutor
- Aplicación de los instrumentos
- Tabulación y representación gráfica de los resultados
- Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados del Mini examen de estado mental Folstein et al .1975, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

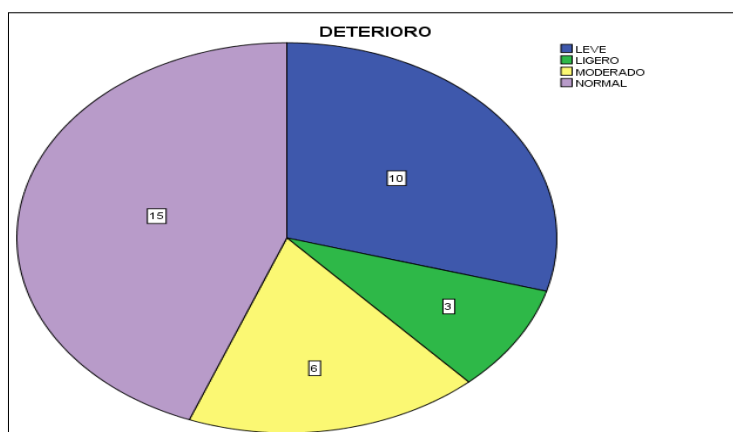
Cuadro N° 3.- Grado de Deterioro Cognitivo

| DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| LEVE | 10 | 29% |
| LIGERO | 3 | 9% |
| MODERADO | 6 | 18% |
| NORMAL | 14 | 44% |
| TOTAL | 34 | 100% |

Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Gráfico N° 1.- Grado de Deterioro Cognitivo



Fuente: Cuadro N° 3

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Análisis

Del total de los 34 adultos mayores a los que se les aplicó los test, se ha podido identificar que 10 que forman el 29%, presentan un deterioro cognitivo leve, 3 que corresponden al 9% ligero, 6 que corresponden al 18% moderado y el 14 que representa el 44% normal.

Interpretación

Se ha podido identificar que la mayoría de los adultos mayores poseen un nivel normal con respecto al nivel de deterioro cognitivo, sin embargo, existe un grupo considerable que poseen niveles que requieren de atención prioritaria, ya que el desgaste o la poca actividad con respecto a las funciones cognitivas puede ocasionar demencia, lo cual evitará que las personas puedan tener un envejecimiento positivo, ya que siempre tendrán que depender de aquellos que se encuentran a su alrededor.

4.2. Descripción de los resultados del índice de Barthel, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

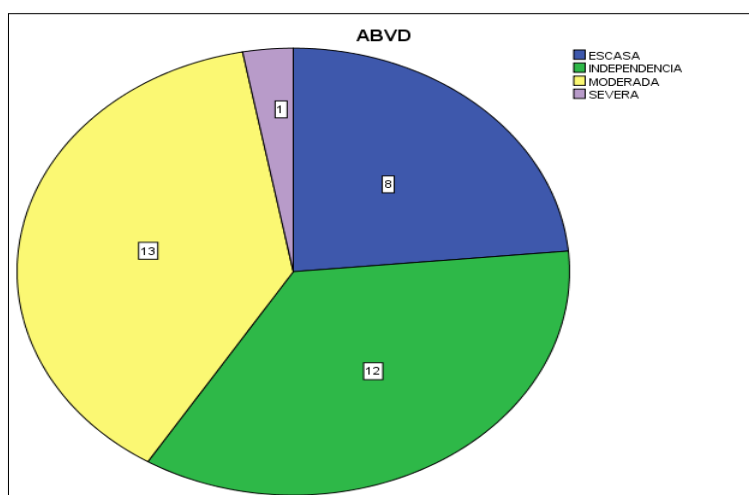
Cuadro N° 4.- Nivel de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

| DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|-------------|
| ESCASA | 8 | 23% |
| INDEPENDENCIA | 12 | 35% |
| MODERADA | 13 | 38% |
| SEVERA | 1 | 3% |
| TOTAL | 34 | 100% |

Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Gráfico N° 2.- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)



Fuente: Cuadro N° 4

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Análisis

Del total de los 34 adultos mayores a los que se les aplicó los test, se ha podido identificar que 8 que forman el 23%, presentan ABDV escasa, 12 que corresponden al 35% independencia, 13 que corresponden al 38% moderado y el 1 que representa el 3% severa.

Interpretación

Se ha podido identificar que la mayoría de los adultos mayores poseen un nivel moderado con respecto a las ABDV, debido a que están presentando dificultades para desarrollar actividades como afeitarse, bañarse, vestirse, maquillarse, peinarse, utilizar el inodoro, entre otros, lo cual ha generado que los adultos mayores dejen de sentirse útiles para realizar actividades que requiere de mayor precisión.

4.3. Descripción de los resultados de la Escala Geriátrica de Lawton y Brody, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

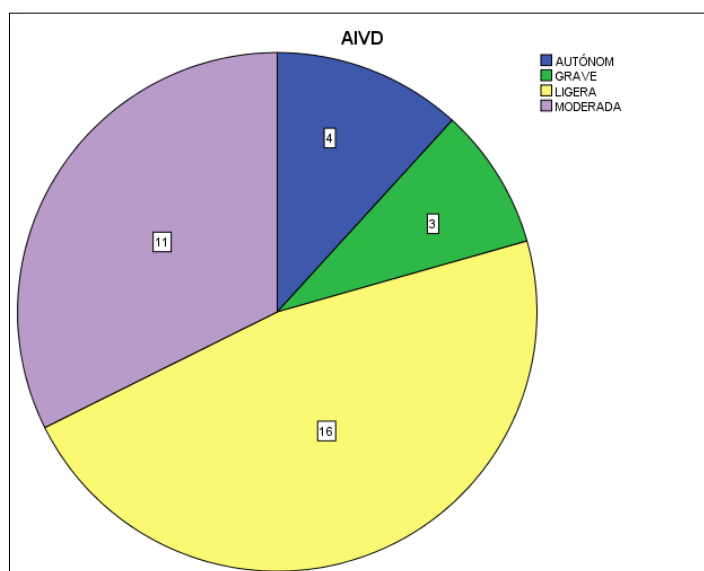
Cuadro N° 5.- Nivel de Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

| DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| AUTÓNOMO | 4 | 12% |
| GRAVE | 3 | 9% |
| MODERADO | 16 | 47% |
| LIGERO | 11 | 32% |
| TOTAL | 34 | 100% |

Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Gráfico N° 3.- Nivel de Deterioro Cognitivo



Fuente: Cuadro N° 3

Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Análisis

Del total de los 34 adultos mayores a los que se les aplicó los test, se ha podido identificar que 4 que forman el 12%, presentan AIDV autónomo, 3 que corresponden al % grave, 16 que corresponden al 47% ligera y el 11 que representa el 32% moderada.

Interpretación

Se ha podido identificar que la mayoría de los adultos mayores poseen un nivel moderado con respecto a las AIDV, puesto que presentan problemas para poder memorizar números telefónico, y preparar sus alimentos por sí mismos, manejar dinero, poder movilizarse de un lugar a otro por sí mismo, ya que siempre requieren de la ayuda de las demás personas para poder ejecutar aquellas actividades.

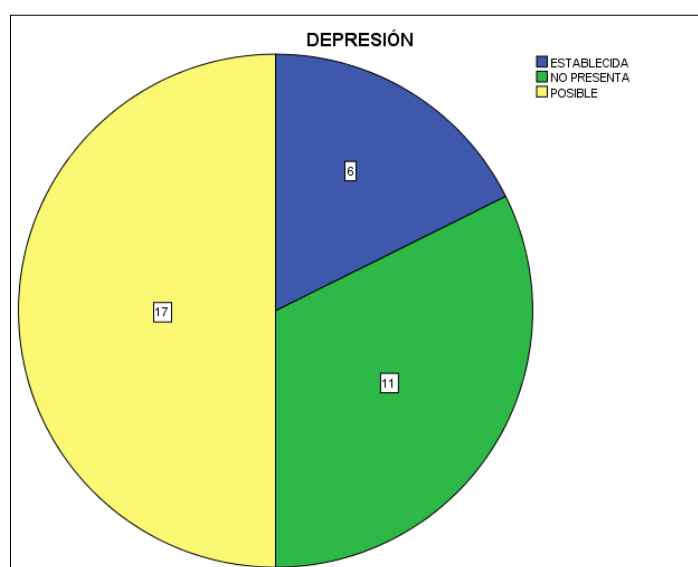
4.4. Descripción de los resultados de la escala geriátrica de Yesavagge, aplicado a los Adultos Mayores de la SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)

Cuadro N° 6.- Nivel de Depresión

| DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| ESTABLECIDA | 6 | 17% |
| NO PRESENTA | 11 | 32% |
| POSIBLE | 17 | 50% |
| TOTAL | 34 | 100% |

Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Gráfico N° 4.- Nivel de Deterioro Cognitivo



Fuente: Cuadro N° 5
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.

Análisis

Del total de los 34 adultos mayores a los que se les aplicó los test, se ha podido identificar que 6 que corresponden al 17% poseen una depresión establecida, 11 que presentan el 32% no presentan, mientras que 17 que forman parte el 50% posiblemente posean depresión.

Interpretación

Se ha podido identificar que la mayoría de los adultos mayores posiblemente posean depresión, debido al no poder realizar actividades básicas e instrumentales por si solos genera una dependencia por los demás afectando su autoestima, lo cual llega muchas de las veces a originar una depresión al sentir que no poseen la capacidad de valerse por sí mismos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se establece que los adultos mayores de la unidad de atención domiciliar MMA Guano el Rosario del MIES, poseen diferentes grados relacionados con el deterioro cognitivo, sin embargo, el que más prevalece es el grado normal, existe un grupo considerable que posee grados que requieren de atención prioritaria, ya que el desgaste o la poca actividad con respecto a las funciones cognitivas puede ocasionar demencia, lo cual evitará que las personas puedan tener un envejecimiento positivo, ya que siempre tendrán que depender de aquellos que se encuentran a su alrededor.
- Se analiza que los adultos mayores poseen un bajo grado de dependencia debido a que se pudo evidenciar que están presentando dificultades para desarrollar actividades como afeitarse, bañarse, vestirse, maquillarse, peinarse, utilizar el inodoro, entre otros, lo cual ha generado que dejen de sentirse útiles para realizar actividades que requiere de mayor precisión, de la misma manera se evidenció cierto grado de dependencia en aquellas funciones cognitivas que se encuentran afectadas tienen su origen en el deterioro de la estructura cerebral, es decir que desde lo biológico hay un cambio estructural comprobable importante, pero también especifican algunos autores que otras áreas se encuentran implicadas en el DCL como lo es el plano de lo psicológico y el plano de lo social relacionados a la edad adulta.
- Se determina que los adultos mayores están presentando un cierto grado de depresión originado por la dependencia en ciertas actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, lo que ha generado que este grupo sienta tristeza al no poder realizar las actividades por ellos mismos.

RECOMENDACIONES

- Es importante que tanto el personal del MIES, como las familiares de los adultos mayores realicen actividades donde se estimule la parte cognitiva de las personas, así como también que se realicen ejercicios físicos, darles a conocer una dieta sana, y que se evite el consumo de alcohol y tabaco, puesto que son factores que aumentan el deterioro en los adultos mayores.
- Aplicar técnicas ocupacionales con el objetivo en los adultos mayores impulsen la independencia en el desempeño de actividades básicas de la vida diaria, debido a los efectos del envejecimiento y al entorno en el cual se encuentran los adultos mayores, y con esto habiliten y rehabiliten las actividades de la vida diaria más comunes en las que poseen mayor dificultad.
- Fortalecer la autoestima y el autocontrol en los adultos mayores por medio de actividades y charlas donde participen su núcleo familiar, con el objetivo de que los adultos mayores se sientan importantes y amados, es importante que las actividades lo realicen ellos solo con el objetivo de sentirse útiles así favorecer a su autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, K., Arrabal, M., & Herrera, L. (2014). Función ejecutiva en adultos mayores con patologías asociadas a la evolución del deterioro cognitivo. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 07-14.
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomo*, 57-62.
- Arriola, E., & Carnero, c. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Ávila, M. (2012). Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. *Scielo*, <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2012.v38n2/246-252/>.
- Ballesteros, S. (2016). *Factores protectores del envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial UNED.
- Banavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana Anestesiología*, 107-112.
- Bengochea, M. (2017). Análisis Diferencial de Actividades Instrumentales y Expansivas de la Vida Diaria en la Normalidad y el Deterioro. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 248-264.
- Blesedell, E., & Cohn, E. (2008). *Terapia ocupacional*. Argentina: Panamericana.
- Bonilla, D. (2018). Deterioro cognitivo y factores sociodemográficos en el adulto mayor. Ambato, Tunurahua, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Cabañero, M., & García, J. (2007). Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 823-846.
- Callenti, M. (2006). *Discapacidad intelectual y envejecimiento*. Coruña: Universidad da Coruña.
- Cano, C., Matalla, D., & Montañés, P. (2016). Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la enfermedad de Alzheimer. *Universidad Nacional de Colombia.*, 1-10.
- Ceballos, O. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. México: Manual Moderno.
- Gómez, C., & Campo, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol*, 735-743.

- Jun, H., & Saora, A. (2019). *Instrumental Activity of Daily Living (IADL)*. Illimoin: Stat Pearls.
- Mariageles, F. (2010). Deterioro Cognitivo leve. *Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)*, 7-12.
- Millares, P. (2008). *Actividades de la vida diaria*. España: MASON.
- Muñoz, M., & Espinoza, D. (2016). Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 86-96.
- Núñez, E. (2015). “Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores que asisten al taller de gimnasia cerebral en el programa de envejecimiento . Ambato, Tungurahua, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Olivera, J., & Carmelo, V. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, 45-55.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=6EB50D07B1A1A146D220FEA61EFB0529?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- PE, J.-C. (06 de MAYO de 2012). *MEDICINA EN ESPAÑOL , MEDES*. Obtenido de *MEDICINA EN ESPAÑOL , MEDES*: <https://medes.com/publication/77602>
- Peña, J. (2007). *Neurología de la conducta y Neuropsicología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, T., González, C., & León, G. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida. *Revista Finlay*, 1-7.
- Puig, X. (2015). *Estimulación Cognitiva*. Santiago de Chile: Mauricio Navarrete.
- Silveria, S., & Redondo, F. (2016). *Evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo*. Obtenido de <https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/EvaluacionNeuropsicologicadeIDeterioroCognitivodeOrigenVascular.htm>
- Soria, Z. (2016). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México. Toluca, Estado de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Sosa, M. J. (02 de MAYO de 2016). *UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA DE URUGUAY*. Obtenido de *UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA DE*

URUGUAY:

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf

Suarez, J. (6 de AGOSTO de 2019). *ESTIMULACION COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES*. Obtenido de ESTIMULACION COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES: <https://estimulacion-cognitiva.es/que-es-el-deterioro-cognitivo/>

Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores. *Revista de medicina Chile*, 28-33.

Vera, M. (2017). Sinificado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 284-290.

ANEXOS

Anexo 1.- Aprobación del tema de investigación



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICE RECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.03

ACTA DE APROBACIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Facultad: **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, HUMANAS Y TECNOLOGÍAS**
Carrera: **PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

1. DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: **YAMBAY VILEMA**
Nombres: **MIGUEL ANDRÉS**
C.I./Pasaporte: **0605155605**

Estudiante de la carrera de: **PSICOLOGÍA EDUCATIVA**
Título del Proyecto de Investigación: **"DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES"**.

Dominio Científico: **Desarrollo Socioeconómico y Educativa**
Línea de Investigación: **Educación Superior y Formación Profesional.**

2. CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTOS DEL TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

| Aspectos | Cumplimiento | Observaciones |
|------------------------------------|--------------|---------------|
| Título | SI | |
| Planteamiento del problema | SI | |
| Objetivos: Generales y Específicos | SI | |
| Marco Teórico | SI | |
| Metodología | SI | |
| Técnicas e Instrumentos | SI | |

En la Ciudad de Riobamba, a los 04 días del mes de febrero de 2020 se reúnen los Miembros de la Comisión de Carrera, quienes luego de haber revisado y analizado la petición presentada por el/la estudiante y dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos por la carrera, emiten el **ACTA DE APROBACIÓN** del tema de proyecto de investigación titulado **"DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES"**, y asigna al Msc. Juan Carlos Marcillo Coello como **TUTOR(A)** y a los docentes Dr. Marco Vinicio Paredes Robalino y Mgs. Fabiana María De León Nicareta como **Miembros del Tribunal**, para el desarrollo del perfil, proyecto de Investigación y sustentación final.

Dr. Marco Vinicio Paredes,
MIEMB. COM. CARRERA

Mgs. Fabiana De León
MIEMB. COM. CARRERA

Mgs. Juan Carlos Marcillo
MIEMB. COM. CARRERA

Anexo 2.- Visto bueno del tutor



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.05

VISTO BUENO DEL TUTOR

Facultad: Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías
Carrera: Psicología Educativa

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR

Apellidos: Marcillo Coello
Nombres: Juan Carlos
Cedula/Pasaporte: 0602437329

2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTE

Apellidos: Yambay Vilema
Nombres: Miguel Andrés
Cedula/Pasaporte: 060515560-5
Título del Proyecto de Investigación:
"DETERIORO COGNITIVO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MMA GUANO EL ROSARIO DEL MIES".
Dominio Científico: Desarrollo Socioeconómico y Educativa.
Línea de Investigación: Educación Superior y Formación Profesional

3. Cumplimiento de Requerimientos del Perfil del Proyecto de Investigación

| Aspectos | Cumplimiento SI/NO | Observaciones |
|---|--------------------|---------------|
| 1. Título | SI | |
| 2. Introducción | SI | |
| 3. Planteamiento del problema | SI | |
| 4. Objetivos: | SI | |
| a. General | SI | |
| b. Específicos | SI | |
| 5. Estado del arte relacionado a la temática de investigación | SI | |
| 6. Metodología | SI | |
| 7. Cronograma de trabajo investigativo. | SI | |
| 8. Referencias bibliografía | SI | |
| 9. Apéndice y anexos | SI | |

Luego de haber revisado y analizado la propuesta presenta por el estudiante y dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos por la carrera, se procede a emitir el visto bueno para la Aprobación del perfil del proyecto de investigación.

Lugar y Fecha: Riobamba, 28 de Mayo del 2020

Mgs. Juan Carlos Marcillo
TUTOR

Anexo 3.- Instrumentos de evaluación (Escala de Lawton y Brody)

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

| ESCALA DE ACTIVIDADES DIARIAS INSTRUMENTALES | | H | M |
|--|--|---|---|
| Capacidad para usar el teléfono | . Utiliza el teléfono por iniciativa propia. | 1 | 1 |
| | . Es capaz de marcar bien algunos números familiares. | 1 | 1 |
| | . Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar. | 1 | 1 |
| | . No utiliza el teléfono. | 0 | 0 |
| Hacer compras | . Realiza todas las compras necesarias independientemente. | 1 | 1 |
| | . Realiza independientemente pequeñas compras. | 0 | 0 |
| | . Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. | 0 | 0 |
| | . Totalmente incapaz de comprar. | 0 | 0 |
| Preparación de la comida | . Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente. | 1 | 1 |
| | . Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes. | 0 | 0 |
| | . Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada. | 0 | 0 |
| | . Necesita que le preparen y sirvan las comidas | 0 | 0 |
| Cuidado de la casa | . Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). | 1 | 1 |
| | . Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas. | 1 | 1 |
| | . Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. | 1 | 1 |
| | . Necesita ayuda en todas las labores de la casa. | 1 | 1 |
| | . No participa en ninguna labor de la casa | 0 | 0 |
| Lavado de la ropa | . Lava por sí solo toda su ropa. | 1 | 1 |
| | . Lava por sí solo pequeñas prendas. | 1 | 1 |
| | . Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro. | 0 | 0 |
| Uso de medios de transporte | . Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. | 1 | 1 |
| | . Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte. | 1 | 1 |
| | . Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. | 1 | 1 |
| | . Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros. | 0 | 0 |
| | . No viaja en absoluto | 0 | 0 |
| Responsabilidad respecto a su medicación | . Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. | 1 | 1 |
| | . Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. | 0 | 0 |
| | . No es capaz de administrarse su medicación | 0 | 0 |
| Manejo de sus asuntos económicos | . Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo | 1 | 1 |
| | . Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos. | 1 | 1 |
| | . Incapaz de manejar dinero | 0 | 0 |
| TOTAL | | | |

Interpretación:

| Dependencia | TOTAL | GRAVE | MODERADA | LEVE | AUTONOMA (0) |
|-------------|-------|-------|----------|------|--------------|
| Mujeres: | 0-1 | 2-3 | 4-5 | 6-7 | 8 |
| Hombres: | 0 | 1 | 2-3 | 4 | 5 |

Anexo 4.- Instrumentos de evaluación (Escala de Lawton y Brody actividades instrumentales de la vida diaria)

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

| ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)² | | | | |
|--|-------|--------|----------------------|------------------------|
| FICHA N° 3b | | | | |
| Nombre del Usuario: | | Zona: | Distrito: | Modalidad de Atención: |
| Nombre de la Unidad de Atención: | | | | |
| Edad | Años: | Meses: | Fecha de aplicación: | Aplicado por: |
| <p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p> | | | | |
| 1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO: | | | | |
| - Utiliza el teléfono por iniciativa propia | | | | 1 |
| - Es capaz de marcar bien algunos números familiares | | | | 1 |
| - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar | | | | 1 |
| - No utiliza el teléfono | | | | 0 |
| 2. HACER COMPRAS: | | | | |
| - Realiza todas las compras necesarias independientemente | | | | 1 |
| - Realiza independientemente pequeñas compras | | | | 0 |
| - Necesita ir acompañado para cualquier compra | | | | 0 |
| - Totalmente incapaz de comprar | | | | 0 |
| 3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA | | | | |
| - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente | | | | 1 |
| - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | | | | 0 |
| - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | | | | 0 |
| - Necesita que le preparen y sirvan las comidas | | | | 0 |
| 4. CUIDADO DE LA CASA | | | | |
| - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | | | | 1 |
| - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | | | | 1 |
| - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | | | | 1 |
| - Necesita ayuda en todas las labores de casa | | | | 1 |
| - No participa en ninguna labor de la casa | | | | 0 |
| 5. LAVADO DE LA ROPA | | | | |
| - Lava por sí solo toda la ropa | | | | 1 |
| - Lava por sí solo pequeñas prendas | | | | 1 |
| - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | | | | 0 |

² Tomado de: Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clín 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011

| | |
|--|---|
| 6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE | |
| - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | 1 |
| - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 |
| - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | 1 |
| - Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros | 0 |
| - No viaja | 0 |
| 7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN: | |
| - Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada | 1 |
| - Toma su medicación si la dosis es preparada previamente | 0 |
| - No es capaz de administrarse su medicación | 0 |
| 8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO | |
| - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo | 1 |
| - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos | 1 |
| - Incapaz de manejar dinero | 0 |
| TOTAL: | |

Puntuación total: 8 puntos.

| En mujeres (8 funciones): | En hombres (5 funciones): |
|---|---|
| Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8. | Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5. |

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

² Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>

Anexo 5.- Instrumentos de evaluación (Yesavage)

| Escala de Yesavage | | |
|--|--|----------------------|
| Escala de depresión geriátrica de Yesavage | | |
| ítem | Pregunta a realizar | 1 punto si responde: |
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | NO |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | SI |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | SI |
| 4 | ¿Se encuentra á menudo aburrido? | SI |
| 5 | ¿Tiene esperanza en el futuro? | NO |
| 6 | ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza? | SI |
| 7 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | NO |
| 8 | ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando? | SI |
| 9 | ¿Se siente feliz muchas veces? | NO |
| 10 | ¿Se siente a menudo abandonado? | SI |
| 11 | ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? | SI |
| 12 | ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? | SI |
| 13 | ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? | SI |
| 14 | ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | SI |
| 15 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | NO |
| 16 | ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico? | SI |
| 17 | ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está? | SI |
| 18 | ¿Está muy preocupado por el pasado? | SI |
| 19 | ¿Encuentra la vida muy estimulante? | NO |
| 20 | ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos? | SI |
| 21 | ¿Se siente lleno de energía? | NO |
| 22 | ¿Siente que su situación es desesperada? | SI |
| 23 | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | SI |
| 24 | ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas? | SI |
| 25 | ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? | SI |
| 26 | ¿Tiene problemas para concentrarse? | SI |
| 27 | ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse? | NO |
| 28 | ¿Prefiere evitar reuniones sociales? | SI |
| 29 | ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | NO |
| 30 | ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar? | NO |
| Puntuación total: | | |
| 0 - 10: Normal. | | |
| 11 - 14: Depresión (sensibilidad 84% ; especificidad 95%). | | |
| > 14: Depresión (sensibilidad 80% ; especificidad 100%). | | |

Anexo 6.- Fotografías



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.



Fuente: SIIMIES (Unidad MMA Guano El Rosario)
Elaborado por: Miguel Andrés Yambay Vilema.