



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Escuela de Psicología Clínica

**DETERIORO COGNITIVO Y ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO GERIÁTRICO “ HOGAR CRISTO REY”**

**Trabajo de Graduación previo a la obtención del título de:
Psicólogos Clínicos**

Autores:

Martina Álvarez Aray ; Carlos Ávila Heredia

Directora:

Mgt. Alexandra Bueno Pacheco

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

A Dios y mi madre del cielo, porque sin ellos nada es posible.

A mis padres, por ser mi guía y fortaleza a lo largo de mi vida.

A mi familia, por siempre estar presente y motivarme

A mis amigas, por su apoyo incondicional.

Martina Álvarez

Este trabajo va dedicado a dos personas que ya no están conmigo

Pero son quienes me inspiraron a realizar, mis abuelos.

A mis padres y mi hermano, que me han apoyado a lo largo de mi vida académica

A mis amistades más cercanas que han estado a mi lado dándome ánimos siempre.

Por último, a mi compañera de tesis que ha sido parte fundamental para la realización de esta.

Carlos Ávila

AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de tesis, Mgt. Alexandra Bueno,
por su tiempo, apoyo y paciencia.

A nuestros profesores y amigos durante esta etapa,
por hacer de la Universidad una experiencia inolvidable.

A nuestra familia, por su confianza y esfuerzo.

Martina Álvarez Aray y Carlos Ávila Heredia

RESUMEN

Existen ciertas enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo, que hacen que el adulto mayor pierda gran parte de su funcionalidad e independencia. El objetivo de esta investigación transversal, descriptiva y correlacional fue evaluar el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores en relación a las actividades de la vida diaria, en una muestra de 40 adultos mayores, residentes del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” de la ciudad de Cuenca. Para la evaluación se aplicó el Índice de Katz y el Test (MoCa Basic). Como resultados se obtuvo que el 55 % de los participantes tienen una posible demencia grave, 25% demencia leve, el 15% deterioro cognitivo leve y el 5% no tiene alteraciones cognitivas. En la autonomía para las actividades diarias el 40% es independiente, 20 % independiente menos en una actividad, 30% es independiente parcial y 10% es dependiente. Se concluye que estas variables no se relacionan estadísticamente, sin embargo, hay una influencia mutua de éstas.

Palabras Clave: Deterioro Cognitivo, Adulto Mayor, Actividades de la vida diaria, Test MoCa, Índice de Katz



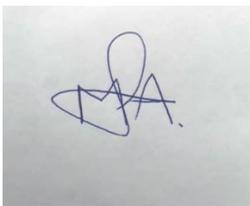
Alexandra Bueno P.
Directora

ABSTRACT

There are certain diseases associated with cognitive impairment, which cause older adults to lose a lot of their functionality and independence. The objective of this cross-sectional, descriptive and correlational research was to evaluate the degree of cognitive impairment in older adults in relation to their daily life activities, in a sample of 40 older adults, residents of the Geriatric Center "Hogar Cristo Rey" in the city of Cuenca. The Katz Index and the MoCA-Basic test were used for the evaluation. The results showed that 55% of the participants had possible severe dementia, 25% had mild dementia, 15% had mild cognitive impairment and 5% had no cognitive impairment. In autonomy for daily activities, 40% are independent, 20% are independent in less than one activity, 30% are partially independent and 10% are dependent. It is concluded that these variables are not statistically related, however, there is a mutual influence of these variables.

Keywords: Cognitive Impairment, Older adults, daily life activities, MoCA test, Katz index.

Translated by:



Martina Álvarez



Carlos Avila



Language Unit

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO COGNITIVO	3
1.1 ENVEJECIMIENTO.....	3
1.2 ENVEJECIMIENTO EXITOSO.....	4
1.3 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO	8
1.4 FUNCIONES COGNITIVAS	9
□ MEMORIA	9
□ LENGUAJE.....	10
□ ATENCIÓN	10
□ FUNCIONES EJECUTIVAS.....	11
□ HABILIDADES VISOESPACIALES	11
1.5 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR.....	12
1.6 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR.....	15

1.7 FACTORES DE RIESGO	17
1.8 IMPACTO DEL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA	18
CAPÍTULO II: ESTILOS DE VIDA	20
2.1 DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA EN EL ADULTO MAYOR.....	20
2.1.1. DEPENDENCIA.....	21
2.1.2 INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA	23
2.1.3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	24
2.2 CALIDAD Y ESTILO DE VIDA EN LA VEJEZ.....	24
2.2.1. ESTILO DE VIDA INSTITUCIONALIZADO.....	26
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN.....	27
-VENTAJAS:	27
-DESVENTAJAS	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDIO	29
3.2 OBJETIVOS.....	29
3.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	29
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
3.3 ÁREA DE ESTUDIO	30
3.4 PARTICIPANTES	30
3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31

3.4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
3.4.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
3.5 MÉTODO E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	31
3.5.1 ÍNDICE DE KATZ (VALORACIÓN ACTIVIDADES VIDA DIARIA).....	31
3.5.2 MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA BÁSICO):	32
3.6 PROCEDIMIENTO.....	33
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES	34
4.2 RESULTADOS DE MOCA BASIC	35
4.3ANÁLISIS DE VARIABLES DEL MOCA BASIC	36
DEMENCIA LEVE:.....	36
SIN ALTERACIONES COGNITIVAS (NORMAL):.....	37
DEMENCIA GRAVE:	38
DETERIORO COGNITIVO LEVE	39
4.4 RESULTADOS DEL ÍNDICE DE KATZ	41
4.5 ANÁLISIS BIVARIADOS	44
RELACIÓN ENTRE SEXO Y TEST MOCA BASIC	44
RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE KATZ.....	45
RELACIÓN GRUPOS DE EDAD Y TEST MOCA BASIC.....	46
4.6 ÍNDICE DE KATZ VS MOCA BASIC	48

DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	67
ANEXO 1: ÍNDICE DE KATZ.....	67
ANEXO 2: MOCA BASIC	68
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	70

INDICE DE TABLAS

<i>TABLA 1. RESULTADOS ÍNDICE DE KATZ.....</i>	42
<i>TABLA 2. PRUEBA ANOVA</i>	46
<i>TABLA 3. PRUEBA CHI-CUADRADO.....</i>	48
<i>TABLA 4. RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE KATZ Y TEST MOCA BASIC</i>	49

INDICE DE FIGURAS

<i>FIGURA 1. PORCENTAJE POR SEXO.....</i>	34
<i>FIGURA 2. GRUPOS DE EDADES.....</i>	35
<i>FIGURA 3 . RESULTADOS DE TEST MOCA BASIC</i>	36
<i>FIGURA 4.RESULTADOS DEMENCIA LEVE</i>	37
<i>FIGURA 5. RESULTADO SIN ALTERACIONES COGNITIVAS.....</i>	38
<i>FIGURA 6. RESULTADOS DEMENCIA GRAVE</i>	39
<i>FIGURA 7.RESULTADO DETERIORO COGNITIVO LEVE</i>	40
<i>FIGURA 8. RESULTADOS GENERALES DEL MOCA BASIC.....</i>	41
<i>FIGURA 9. PORCENTAJES DEL ÍNDICE DE KATZ</i>	43
<i>FIGURA 10. RELACIÓN ENTRE SEXO Y TEST DE MOCA BASIC.....</i>	44
<i>FIGURA 11. RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE KATZ</i>	45
<i>FIGURA 12.RELACION GRUPOS DE EDAD Y TEST DE MOCA BASIC.....</i>	47

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la población de adultos mayores ha crecido significativamente a nivel mundial, debido a diversas razones, como el incremento de la esperanza de vida y nuevas medidas de protección, seguridad e higiene. El envejecimiento sigue diferentes transcurso dependiendo de cada persona, al igual que sucede con el deterioro cognitivo, que será distinto en cada individuo, variando en su intensidad, presentación, etc. (De León- Arcila 2009). Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2020) actualmente existen 1'264.423 personas mayores de 65 años, que representa el 7,17% de la población total (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2020).

El deterioro cognitivo se define como la alteración parcial o global de funciones como la memoria, juicio, orientación, etc. Se presenta en diferentes niveles, pudiendo ir desde el deterioro cognitivo leve hasta el deterioro cognitivo grave. Entre los factores de riesgo se encuentran: el bajo nivel cultural, antecedentes familiares y la escasa vida social del adulto.

Esta investigación permitirá entender más sobre los cambios que se dan en el adulto mayor y cómo influyen en su vida diaria. Los adultos mayores son un grupo fundamental para el desarrollo de una sociedad, por lo que es necesario conocer sobre el envejecimiento activo y pleno. El objetivo de esta investigación es analizar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la autonomía del adulto mayor, tomando en cuenta las variables de sexo y edad.

En el primer apartado se expone el envejecimiento, funciones cognitivas, trastorno neurocognitivo menor y mayor, factores de riesgo y el impacto del deterioro cognitivo y demencia. En el segundo capítulo se abordan los estilos de vida del adulto mayor y la institucionalización. En el

apartado tres se describe la metodología usada en esta investigación. Por último, se presenta el análisis de los resultados obtenidos a través de las herramientas psicométrica usadas.

CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO COGNITIVO

1.1 Envejecimiento

El envejecimiento poblacional representa un fenómeno de gran impacto en la sociedad actual, pues no solo se da un aumento de población de adultos mayores, sino un incremento de enfermedades crónico-degenerativas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019), la población de 65 años en adelante se incrementa aceleradamente en comparación a otros grupos, por lo que se estima que en el año 2050 esta representaría el 16% de la población total.

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador (2008) se consideran adultos mayores a las personas de 65 años en adelante y pertenecen al grupo de atención prioritaria y especializada en el sector público y privado. Conforme al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2020) en el país se registran actualmente existen 1'264.423 personas mayores de 65 años, que representa el 7,17% de la población total. Se estima que para el año 2050 la población de este grupo etario representará el 18% de la población total.

El envejecimiento es un proceso natural que incluye todos los cambios biológicos estructurales y funcionales que se dan a lo largo de la vida. Es un proceso dinámico, progresivo, irreversible y personal que sucede en todo ser vivo en contacto con su entorno. Con el paso del tiempo, existe un deterioro progresivo de los sistemas que da como resultado la disminución de la capacidad funcional de cada persona (Caballero, 2011).

Existen diferentes tipos de envejecimiento según Torregosa (2019):

- a. Senescencia: hace referencia al envejecimiento normal, en el cual se van perdiendo las capacidades y funciones de manera progresiva y natural.
- b. Envejecimiento exitoso: El adulto mayor no presenta enfermedades crónicas o agudas ni limitaciones graves en sus actividades físicas o de funcionamiento cognitivo, emocional o social.
- c. Envejecimiento saludable: se refiere a un envejecimiento relativamente bueno. La persona es independiente y no presenta discapacidades.
- d. Envejecimiento activo: el adulto mayor mantiene al máximo sus capacidades funcionales y es activo físicamente, mentalmente y socialmente.

La propuesta del envejecimiento exitoso, saludable y activo permite a la persona tener una mejor perspectiva sobre su futuro, lo que le lleva a ser más responsable y adquirir un estilo de vida adecuado (Torregosa, 2019).

El área médica y psicológica avalan la idea de que existe variabilidad en la forma de envejecer, tanto en aspectos físicos como psicológicos y que estos no siempre van a la par. No se plantea un ciclo rígido al referirse a los cambios del ser humano en toda su vida, pero se constatan etapas del desarrollo en las que se evidencia que no todas las “pérdidas” empiezan en la vejez, sino que en este período se podrían agudizar (Pérez, 2018).

1.2 Envejecimiento exitoso

El envejecimiento exitoso se define como la adaptación que tiene el adulto mayor a los cambios físicos y funcionales que aparecen, además que mantenga el mayor nivel de independencia en la ejecución de actividades y que logre disfrutar de ellas. Esto implica el grado de compromiso y

responsabilidad de la persona en su estilo de vida desde joven, tomando en consideración factores ambientales, educativos, sociales y de salud óptimos (Cabo, 2016).

Es clara la diferencia que existe entre los adultos mayores sin envejecimiento patológico, llamado también envejecimiento usual (sin enfermedad, pero con alto riesgo de enfermar) y los adultos mayores con envejecimiento exitoso (bajo riesgo de enfermedad y alto grado de funcionamiento) (Curcio, 2014).

En el modelo propuesto por Ryff en 1989, referido al bienestar psicológico y al envejecimiento exitoso se enfatizan los esfuerzos de superación y alcance de metas propuestas; la satisfacción con la vida y el progreso en todas las etapas de desarrollo (Petretto et al., 2016). Según Mesa-Fernández (2019) esto se explica mediante 6 dimensiones de la persona :

1. Aceptación: reconocer y aceptar las diferentes fases de la persona, incluyendo aspectos positivos del presente y pasado.
 2. Autonomía: capacidad de pensar y actuar por sí mismo. Independencia y autocontrol.
 3. Dominio del ambiente: generar ambientes en donde se satisfagan sus necesidades, aprovechando las oportunidades.
 4. Relaciones positivas: crear vínculos interpersonales sanos y confiables.
 5. Propósito de vida: plantear metas y objetivos. Dar sentido a sus experiencias y buscar el propósito de la misma.
 6. Crecimiento personal: enfrentar nuevos desafíos y obstáculos
- (Mesa-Fernández, 2019) .

El envejecimiento exitoso también fue definido por Rowe y Khan (1997), como un término holístico: multifactorial, multidimensional e integrativo, y en su modelo expusieron que el mismo consta de 3 elementos según Petretto et al. (2016) :

1. Baja probabilidad de enfermar y presentar discapacidad: este componente hace referencia también a la ausencia, presencia o gravedad de los factores de riesgo ambientales, genéticos, médicos, etc., con los que se asocia.
2. Alto funcionamiento cognitivo y físico: este componente está estrechamente relacionado con la potencialidad de la actividad.
3. Alto compromiso con la vida: este componente se refiere a las relaciones interpersonales satisfactorias y el grado de actividad productiva.

Estos 3 componentes se conectan entre sí jerárquicamente y lo más importante es la integración entre estos elementos (Petretto et al., 2016).

En 1984, se publicó el estudio MacArthur de Envejecimiento Exitoso, dirigido por Rowe y Kahn, Estuvo conformado por una muestra de 1000 adultos mayores y el objetivo fue identificar los factores biológicos, cognitivos, físicos y psicosociales que varían entre los ancianos activos y los ancianos que presentan limitaciones o son inactivos (Curcio, 2014).

Según Curcio (2014), las conclusiones de estos estudios fueron: 1) Los genes no determinan la vitalidad y salud. 2) El éxito dependerá de la responsabilidad individual, enfatizando los factores modificables y el estilo de vida. 3) La pobreza y enfermedad dificultan alcanzar el envejecimiento exitoso.

Posteriormente, Kahana y Kahana entre 1996 y 2001, propusieron un nuevo modelo de Envejecimiento Exitoso llamado “El coping (afrontamiento) proactivo”. Este modelo indica que los adultos mayores pueden tener un buen envejecimiento y calidad de vida si logran crear estrategias de afrontamiento internas y conseguir recursos sociales externos, a pesar de los eventos adversos y la limitada adaptación al medio. Estas estrategias implican adaptaciones comportamentales a través de la modificación de roles y del ambiente, con el fin de prevenir situaciones estresantes futuras o minimizar sus consecuencias (Petretto et al., 2016).

El coping proactivo es un proceso psicológico que está dividido en 5 etapas según Petretto et al. (2016):

1. Acceso a recursos que contribuyan a la resistencia y a estar lo más preparado posible.
2. Observación del ambiente en búsqueda de amenazas.
3. Observación del ambiente en búsqueda de factores estresantes potenciales o desafíos que requieran una intervención.
4. Anticipa la activación de esfuerzos en acciones comportamentales (¿qué hacer?) y acciones cognitivas (¿cómo hacerlo?).
5. En la fase final se observa el desarrollo de los factores estresantes y los resultados de los esfuerzos adaptativos.

Las actividades preventivas que identifican Kahana y Kahana son la promoción de salud, planificación y ayuda a los demás. Una ventaja de este modelo es que el individuo logra identificar a tiempo los estímulos estresantes, estos no causarán mayor impacto en su vida y ahorrarían recursos. Por otro lado, la desventaja de este modelo surge al percibir erróneamente un factor estresante y haber

gastado recursos antes de verificarlo. El coping proactivo varía de una persona a otra, pues dependerá de las aspiraciones personales y el grado en que los factores estresantes lo afecten o dificulten su logro de objetivos (Petretto et al., 2016).

1.3 Envejecimiento patológico

La vejez no es una enfermedad en sí; sin embargo, la posibilidad de enfermar durante este período es mucho mayor que en otras etapas. El envejecimiento se considera patológico cuando el adulto tiene enfermedades graves que afectan y dificultan el funcionamiento de diferentes áreas y la adaptación de la persona en el medio (Caballero, 2011).

El envejecimiento patológico puede presentar un conjunto de enfermedades: tumores cerebrales, demencias y enfermedades neurodegenerativas. Estas enfermedades alteran el funcionamiento cognoscitivo y psicológico de quien las padece, produciendo un deterioro cerebral o demencia, volviendo al sujeto dependiente e incapaz de realizar sus actividades de la vida diaria como se espera (De la Barrera, 2009).

Referirse a envejecimiento patológico va más allá del plano de las funciones cognitivas, pues también incluye la pérdida de hábitos sociales, alteraciones de su personalidad, poco control de impulsos y el sujeto no suele ser consciente de lo que le sucede. Los detonantes del envejecimiento patológico podrían ser los eventos traumáticos a lo largo del proceso de envejecimiento, sentimientos de vacío, duelos no resueltos, escasa red de apoyo y alteraciones del comportamiento. Estos se ven reflejados en el grado de flexibilidad, apertura a los cambios, aceptación de limitaciones y autoestima relacionando el pasado con el presente (De la Barrera, 2009).

Según un estudio realizado en México en 2014-2015, las principales causas del envejecimiento patológico son enfermedades crónicas que generan dependencia, discapacidad o la muerte. Las tres principales son: enfermedades cardiovasculares 33.3%, diabetes mellitus 18.6% y tumores malignos 14.4%. El envejecimiento patológico replantea la importancia de un control psicosocial, político y de salud; al igual que individual y familiar (Borbón, 2015).

1.4 Funciones cognitivas

Es necesario conocer sobre el funcionamiento cognoscitivo en el adulto mayor. Los cambios y alteraciones más comunes, que están implicadas con el rendimiento y capacidad de la persona. Las funciones cognitivas se pueden alterar en el proceso de envejecimiento, lo que dificulta el desenvolvimiento del adulto mayor y podría complicar aún más el proceso de envejecimiento patológico.

Las funciones cognitivas permiten la recepción, selección, transformación, almacenamiento y recuperación de información. Incluyen todo tipo de actividad mental que permite el procesamiento y aplicación de conocimientos, y a partir de esto, la organización, planificación y adaptación a diferentes situaciones. Abarca actividades mentales básicas: sensación, percepción, memoria, atención, inteligencia; y superiores: razonamiento, solución de problemas, creatividad, lenguaje y metacognición (Saavedra, 2012).

- ***Memoria***

Es la capacidad de registrar, conservar y recuperar información. Conceptualmente se clasifica en memoria declarativa (episódica y semántica) y no declarativa. El deterioro en la memoria

episódica puede funcionar como una primicia para identificar la presencia de deterioro cognitivo (Arriola et al., 2017).

La memoria semántica (conocimientos generales) y la memoria de procedimiento (información sobre cómo realizar las cosas) pueden preservarse en el deterioro cognitivo leve. Lo que suele verse más alterado cuando existe deterioro es la memoria de trabajo, memoria episódica y memoria a largo plazo. Se concluye que la principal complicación con el paso de los años es la recuperación de información específica o nueva (Arriola et al., 2017).

- ***Lenguaje***

Se considera una función superior que sirve para la codificación y decodificación de signos, que a su vez permiten la comunicación verbal o escrita. En el proceso de envejecimiento es común un declive en cuanto a la comprensión, vocabulario, fluidez, denominación de palabras, escritura, lectura, entre otros. Sin embargo, no es un área que se afecta significativamente en todas las personas que presentan deterioro cognitivo, pero esto depende también del nivel educativo (Arriola et al., 2017).

- ***Atención***

Es la capacidad de generar y mantener un estado de activación, permitiendo el procesamiento de información y focalización en lo que se considere importante. Los procesos que se alteran por el deterioro cognitivo dependiendo del nivel de evolución son: atención sostenida, atención selectiva, atención alternante, velocidad de procesamiento, dependiendo de la actividad y hemicneglencia en deterioros más avanzados (NeuronUP, 2021).

La atención sostenida en relación a tareas simples no se altera significativamente. Existen problemas de atención asociados a trastornos depresivos y tratamientos farmacológicos (Custodio, et al., 2012).

- ***Funciones ejecutivas***

Son el conjunto de habilidades cognitivas que permiten a la persona controlar, regular, planificar y evaluar el comportamiento para el logro de objetivos o resolución de problemas. Su principal función es que el sujeto se adapte al contexto y situaciones que se presenten. Conforme el estado cognitivo se deteriora, el funcionamiento de las funciones ejecutivas disminuye o se limita (Ojeda, 2019).

Al alterarse las funciones ejecutivas, no existirá una buena ejecución de actividades y desenvolvimiento del sujeto; es decir, tendrá problemas en la planificación y desarrollo de planes, en el razonamiento y resolución de problemas, toma de decisiones, control emocional, inhibición, entre otras. En los adultos mayores también genera cambios en la atención y enlentecimiento en la recepción y procesamiento de información (Ojeda, 2019).

- ***Habilidades visoespaciales***

Permiten analizar, entender, manejar y representar el espacio en el que nos situamos o se sitúa un objeto. Si se presentan limitaciones en esta área, la persona no podrá distinguir distancias, controlar espacios, comprender direcciones, identificar figuras y ejecutar construcciones.

Cuando una persona tiene deterioro cognitivo disminuye esta capacidad; por lo tanto, se dificultan las tareas perceptivo-motoras, entre ellas dibujar, reconocer y copiar figuras, construcción con cubos, armar rompecabezas, etc. (Arriola et al., 2017).

1.5 Trastorno neurocognitivo menor

Para fines del presente trabajo, se utilizará el término “deterioro cognitivo” como sinónimo de “Trastorno neurocognitivo menor”.

El deterioro cognitivo hace referencia a la reducción de la funcionalidad de ciertas capacidades mentales: memoria, orientación, formas de pensamiento, lenguaje, juicio y razonamiento, capacidad de aprendizaje, capacidad numérica, habilidad visoespacial y constructiva; generando limitaciones al momento de la ejecución de actividades (Bartoloni, 2019).

Con el paso de los años es frecuente que aparezcan síntomas cognitivos: olvidos; estos se pueden clasificar en “olvidos benignos” que son parte del proceso de envejecimiento normal ya que son los esperados para su edad y llevan a una “declinación cognitiva”; y en “olvidos malignos” que desencadenarían una patología y afectan las funciones significativamente; tratándose de “deterioro cognitivo” (Bartoloni, 2019).

Para identificar los olvidos benignos se ha tomado en cuenta los siguientes indicadores, acorde con Allegri (2017):

- a) Olvidar/confundir nombres que después se recuerdan.
- b) Errores numéricos esporádicos.

- c) Requerir ayuda en tareas complicadas.
- d) Dificultades al momento de hablar y recordar palabras.
- e) Perder objetos ocasionalmente.
- f) Irritabilidad cuando no se hace algo como ellos quisieran.

El aumento de la expectativa de vida va ligado a un incremento en los casos de trastorno neurocognitivo menor, al ser la edad uno de sus principales factores de riesgo. Su epidemiología (frecuencia, prevalencia, incidencia) no mantiene una constante, ya que varios estudios revelan resultados diferentes. En cuanto a la mortalidad, la demencia se ha convertido en una de las principales causas de muerte en los últimos años en los países avanzados (Bartoloni, 2019).

A raíz de varias investigaciones y estudios, algunos autores concluyen que el deterioro cognitivo leve podría considerarse como la etapa de transición entre el envejecimiento no patológico y las primeras etapas del trastorno neurocognitivo mayor (demencia). No todas las personas mayores atraviesan esta etapa; sin embargo, un gran porcentaje lo hace (González et al., 2015).

Se expone que el deterioro cognitivo leve, incluía pérdida de memoria en relación a la edad y nivel educativo de la persona; de igual manera, no debían existir alteraciones en otras funciones cognitivas ni interferir en la realización de las actividades de la vida diaria. Más adelante, se ampliaron los criterios, y El Grupo Internacional de Trabajo en Deterioro Cognitivo Leve (DCL) junto a Petersen propusieron un nuevo sistema de clasificación: deterioro cognitivo leve amnésico y el deterioro

cognitivo leve no amnésico. Los DCL amnésicos en el 60% a 80% de los casos evolucionarían en demencia tipo Alzheimer (González et al., 2015).

De acuerdo al DSM-V (2013), los criterios diagnósticos para el deterioro cognitivo mayor son:

A- Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1-Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B- Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

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

D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

1.6 Trastorno neurocognitivo mayor

Para fines del presente trabajo, se utilizará el término “demencia” como sinónimo de “Trastorno neurocognitivo mayor”.

Según Bartoloni (2019) el significado de “demencia” ha sido modificado constantemente a lo largo de los años debido a los avances tecnológicos y un mayor estudio de casos que ha llevado a la implementación de nuevos criterios. Actualmente se continúa usando el término “demencia”; sin embargo, en algunos manuales y clasificaciones ha sido sustituido por el término “trastorno neurocognitivo mayor”, como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5).

El DSM-5 conceptualiza a la demencia como un trastorno neurocognitivo mayor, el cual presenta disminución cognitiva en varias funciones. La diferencia entre el trastorno cognitivo menor y el mayor es que la alteración cognitiva no influye en la capacidad del individuo para realizar actividades de la vida diaria. Si existiera dificultad al desempeñarlas se trataría de un deterioro neurocognitivo mayor (González et al., 2015).

El trastorno cognitivo mayor es una de las principales causas de discapacidad. “La prevalencia de demencia antes de los 65 años es de entre 2 a 10%, pero ella se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad” (Tello-Rodríguez, 2016, p. 343). En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en Lima se encontró una prevalencia de 6.7%, entre las principales causas del trastorno neurocognitivo, se ubica la “Enfermedad de Alzheimer, constituyendo el 60 a 80% de los casos; demencia vascular (20 a 40%); demencia por enfermedad debida a cuerpos de Lewy (5 a 20%) y demencia fronto-temporal (5 a 20%)” (Tello-Rodríguez, 2016, p. 343).

Se diagnosticará trastorno neurocognitivo mayor cuando la persona necesite de cualquier tipo de ayuda para realizar sus actividades o cuando las abandone al no tener quien la ayude.

Según lo propuesto por el DSM-V (2013) el trastorno neurocognitivo mayor se clasifica en tres estadios:

- Leve: se presentan dificultades y/o inconvenientes únicamente en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); como pagar y manejar dinero, cocinar, realizar tareas del hogar, uso del teléfono, control de la medicación, etc.

- Moderado: se presentan dificultades y/o inconvenientes también en las actividades básicas de la vida diaria, referentes al cuidado personal y movilidad; como la higiene, alimentación, control de esfínteres, movilidad funcional, entre otras.

- Grave: el sujeto presenta una dependencia completa.

Conforme al DSV-5 (2013), los criterios para el deterioro cognitivo mayor son :

A- Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1-Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas

2- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B- Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

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

D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

1.7 Factores de riesgo

La mayor parte de investigaciones sobre los factores de riesgo en deterioro cognitivo presentan limitaciones por la falta de pacientes que cumplan con los criterios establecidos por los estudios. Los factores de riesgo en este caso están relacionados con elementos etiológicos o etiopatogénicos del deterioro cognitivo; sin embargo, no suelen manejarse como marcadores diagnósticos al no tener la sensibilidad y especificidad completamente válida (Arriola et al., 2017).

- Factores demográficos: El factor de riesgo predominante para desarrollar DCL suele ser la edad, aproximadamente desde los 60 años en adelante. No se han encontrado diferencias relevantes en cuanto a la influencia del género en esta patología.

- Factores genéticos: No se ha establecido un gen de susceptibilidad frente al desarrollo del DCL, ni se ha encontrado una asociación directa con el gen APOE que se relaciona con la enfermedad de Alzheimer (Arriola, et al., 2017).
- Factores patológicos: Varias investigaciones correlacionan los factores de riesgo cardiovascular con el deterioro cognitivo, algunos de estos factores pueden ser modificados. Otros factores pueden ser: diabetes mellitus, elevados niveles de glucemia, resistencia y/o bajos niveles de insulina, hipertensión, dislipidemia, entre otros.
- Factores sensoriales: Estos influyen en la relación del individuo con su entorno. La deficiencia auditiva y el déficit de la función olfatoria se relacionan con la fragilidad cognitiva.
- Estilo de vida: la falta de actividad física puede contribuir al deterioro cognitivo. Las personas inactivas físicamente son más propensas a no mantener los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida. Por otro lado, la actividad física se relaciona con el bienestar del paciente y una mejora en la calidad de vida. Además; el nivel, calidad y duración de la educación influye en el desarrollo del deterioro cognitivo, así mismo, la actividad social que ha tenido la persona y lo satisfactorias que han sido sus relaciones. Los síntomas y trastornos psicológicos asociados al DC son la depresión y ansiedad (Arriola et al., 2017).

1.8 Impacto del deterioro cognitivo y demencia

Las enfermedades como el deterioro cognitivo y demencia son cada vez más comunes y tienen como consecuencia grandes cambios a nivel individual y colectivo. Estas limitan las funciones y capacidades de la persona volviéndola dependiente, y afectando así su ambiente familiar y social. El

trastorno cognitivo menor y mayor acarrear consecuencias de carácter económico, político y social a nivel de sociedad, son considerados una de las patologías con mayor impacto hoy en día, siendo un problema de salud pública importante por su prevalencia en ascenso (Wilson, 2019).

Los cambios económicos toman relevancia, pues podrían generar un desequilibrio en el estilo de vida del paciente. Los costos y gastos dependerán del grado de deterioro cognitivo del paciente afectado. Se consideran los costes de tipo directo e indirecto, entre los cuales se incluyen las medidas de hospitalización, medicamentos para un tratamiento adecuado, consultas médicas con especialistas y los cuidados profesionales o no profesionales en caso de ser requeridos. Además aparecen costes indirectos relacionados con el limitado rendimiento del paciente a causa de la misma enfermedad, pues es común una baja laboral o pérdida de sueldo en estos casos (Prieto, 2017).

El crecimiento acelerado de la población de adultos mayores afecta directamente a los recursos financieros con los que cuenta cada país, ya que existe una mayor demanda de atención por parte de estos grupos que se los considera vulnerables. La mayor parte de este grupo etario se mantiene inactivo laboralmente, por lo que los gastos en muchos casos son cubiertos por el gobierno y autoridades. El impacto ha sido mayor en los últimos años por lo que actualmente se propone mantener al adulto mayor activo desde años anteriores y el mayor tiempo posible (Bartoloni, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) se calcula que la demencia afecta a 50 millones de personas y anualmente se registran aproximadamente 10 millones de casos nuevos. De estas cifras el 60% pertenecen a países de ingresos bajos o medios. Se estima que en el año 2030 el número de personas con demencia sea de 82 millones y en el 2050 de 152 millones.

Como anteriormente se expuso, el deterioro cognitivo y demencia afectan también a quienes rodean a la persona que lo presenta; sobre todo a su familia y personas cercanas. En quien lo padece, genera sentimientos de incapacidad que podrían desencadenar en depresión, altos niveles de ansiedad

y estrés. A nivel familiar se produce un desajuste, pues existe probablemente un cambio de roles que afecta la jerarquía previamente establecida, al igual que en la rutina diaria de cada miembro y el uso de su tiempo. Influirá decisivamente el papel de la familia y cuidador en el paciente, así mismo, el contexto; pudiendo favorecer o perjudicar el proceso (Prieto, 2017).

CAPÍTULO II: ESTILOS DE VIDA

2.1 Dependencia, independencia y autonomía en el adulto mayor.

Según el estudio “¿Cómo crecerá la población en Ecuador?” realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2013) la esperanza de vida del hombre ecuatoriano es de 74 años, mientras que la de la mujer de 80 años. Se estima que en el 2050, la esperanza de vida de los hombres será de 77,6 años y de las mujeres 83, 5 años. En conclusión en un futuro la media general será de 80,5 años.

En consecuencia al aumento de la esperanza de vida, las personas que llegan a una edad avanzada, tienden a ser más vulnerables ante enfermedades y discapacidades físicas y cognitivas, que suponen una demanda de cuidados. En la mayoría de casos, se debe contar con cuidados específicos y constantes que brindarán familiares de la persona afectada, o instituciones geriátricas. Por otro lado, los problemas que suelen presentarse en esta etapa están relacionados con la falta de conocimiento por parte de los cuidadores familiares, escasez de apoyo, conflictos familiares, problemas económicos, malas condiciones de vida y el abandono (Torregroza, 2018).

Los cambios negativos del envejecimiento provocan deterioro y pérdida del estado de salud, generando situaciones de incapacidad: dismovilidad, inestabilidad y deterioro físico e intelectual. Por otro lado, existen adultos mayores que llegan a una edad avanzada sin presentar mayor complicación

en el desarrollo de sus actividades, pudiendo realizarlas satisfactoriamente sin ayuda y con iniciativa propia, o con un mínimo apoyo (Torregroza, 2018).

La funcionalidad del adulto mayor hace referencia a la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y cómo se enfrenta a las exigencias del entorno. A partir de estos aspectos se puede conocer el grado de dependencia, independencia y autonomía. (Loredo-Figueroa, 2016).

2.1.1. Dependencia

Se define a la dependencia como el estado en el que una persona requiere de ayuda o asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria; debido a la pérdida o limitaciones en la capacidad física o intelectual. Esta realidad genera en la persona sentimientos de inferioridad y tristeza (Loredo-Figueroa, 2016).

Al no realizar actividades por sí mismo, el adulto mayor tiende al aislamiento y frustración, esto genera más dependencia aún y un mayor deterioro cognitivo y funcional, a la vez que implica una mayor demanda de cuidado y atención. Varios estudios resaltan la importancia de los estímulos cognitivos en conjunto a la actividad física para preservar la salud y capacidad para ejecutar tareas (Bertoldi, 2015).

La disminución del nivel de participación en las tareas desmotiva al adulto, esto se refleja sobre todo en casos de institucionalización de la persona mayor en diferentes centros geriátricos. Debido al aislamiento y al tener que enfrentarse a un entorno diferente al de costumbre, puede ocurrir una pérdida de identidad y grandes pensamientos de pérdida, incluyendo su libertad y autoestima (Bertoldi, 2015).

La disfunción que sufre la persona es a nivel físico, emocional, psicológico y social. Todas estas áreas son vitales para el desenvolvimiento de la persona, por lo tanto, si una o varias se ven afectadas la persona vivirá con algún nivel de dependencia frente a sus actividades. La dependencia altera la

adaptación del adulto mayor en su entorno y se desencadena un desequilibrio en los roles previamente establecidos que afectará más al adulto mayor al hacerlo sentir desvalorizado. La senectud es una de las etapas en las que la persona se encuentra más vulnerable y susceptible ante los problemas. La pérdida de sus seres cercanos, sentimientos de soledad, enfermedades y malestares pueden causar un deterioro progresivo (Amaya et al., 2020).

Delgado (2020) menciona que existen diferentes tipos de dependencia con sus respectivos niveles:

1. Dependencia física

- a. El nivel de no dependencia (independencia): la persona no necesita ayuda de alguien para realizar sus actividades.
- b. Dependencia física leve: la persona necesita ayuda para facilitar situaciones puntuales (subir gradas, cortar la comida)
- c. Dependencia física grave: la persona presenta dificultades y necesita de una tercera persona para lograr llevar a cabo alguna de sus actividades de la vida diaria.
- d. Dependencia física severa: La persona necesita ayuda permanente para cumplir con todas sus actividades.

2. Dependencia psíquica

- a. En el primer nivel aparecen fallos esporádicos de la memoria.
- b. Los signos de un deterioro cognitivo son más comunes. Problemas en el lenguaje y en la orientación temporoespacial. Además se presentan problemas conductuales.

c. En el nivel tres ocurre una pérdida casi total de la memoria, al igual que, de la orientación. La persona tiene problemas de comportamiento que complican su rutina y no logra comunicarse de manera asertiva.

2.1.2 Independencia y autonomía

El ser humano atraviesa varios cambios en cada una de las etapas de su vida; ya sean biológicos, psicológicos o sociales, por lo que un gran porcentaje de la población de adultos mayores no logra adaptarse de forma autónoma e independiente como es lo esperado.

Se puede llegar a considerar los términos “autonomía” e “independencia” como sinónimos; sin embargo, tienen sus diferencias. Por un lado, “independencia” hace referencia a la capacidad que tiene la persona para realizar las cosas por sí mismo sin depender de nadie; mientras que, “autonomía” indica la capacidad de actuar de manera libre y poder elegir entre varias opciones. Los dos términos se complementan, por lo que en el presente trabajo se usarán los dos para referirse a lo mismo (Torregroza, 2018).

El adulto mayor es considerado independiente y autónomo cuando está en la capacidad funcional de cumplir con sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma segura y sin que se genere cansancio extremo. Para esto es necesario estar pendiente de todos los cambios que puedan surgir en su ambiente y motivarle a una satisfactoria adaptación, en donde continúe con sus relaciones interpersonales y que no se pierda su historia personal (Torregroza, 2018).

2.1.3. Actividades de la vida diaria

Existen dos grupos en los que se clasifican las actividades de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria se relacionan directamente con el cuidado personal, lo que incluye bañarse, vestirse, ir al baño, controlar esfínteres, movilizarse y alimentarse; estas en conjunto permiten la independencia del sujeto. En la vejez la ejecución de las actividades se ve alterada como consecuencia de enfermedades o cambios internos/externos que llevan a la dependencia, patologías, retraimiento o incluso una muerte temprana (Colmenarejo, 2000).

Las actividades instrumentales de la vida diaria implican acciones más complejas, referentes a la adaptación cultural, como el trabajo, actividades libres y sociales, que indican la manera en la que el individuo se relaciona con el medio (Colmenarejo, 2000).

Las actividades de la vida diaria en sus dos niveles se ven comprometidas en la vejez. El adulto mayor en varios casos ha perdido su capacidad para realizar con normalidad sus rutinas. En el mejor de los casos, se podría hablar de una pérdida parcial de la capacidad, al no poder realizar todas las actividades y necesitar ayuda en algunas o ayuda mínima. Por otro lado, la condición del anciano puede ser compleja al no poder realizar ninguna actividad y convertirse en sujeto completamente dependiente. Esto no solo afecta a la persona en cuestión, sino a su entorno.

2.2 Calidad y estilo de vida en la vejez

La calidad de vida puede ser definida como el estado pleno de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional; que permite a la persona cubrir todas sus necesidades en el plano individual y social. De acuerdo a la OMS en 1994, la calidad de vida corresponde a la

percepción que cada sujeto tiene sobre sí, su contexto cultural y de valores; esto relacionado a sus objetivos e intereses (Olivares, 2016).

Al referirse a la calidad de vida en el grupo de adultos mayores, se deben considerar factores propios de esta etapa; como lo es la edad y envejecimiento cronológico; al igual que, la edad y envejecimiento biológico o funcional. Se verá influenciada por el estado de salud que puede verse deteriorado con el paso de los años y a su vez la percepción que el sujeto tenga sobre el mismo, pudiendo llegar a ser el principal problema al observar ciertas carencias o limitaciones que anteriormente no existían (Olivares, 2016).

La calidad de vida en la persona mayor reside en su capacidad de adaptación a los cambios internos y externos, individuales y sociales. Es necesario que el anciano sea parte de actividades sociales y culturales que sean de su interés, de esta manera no pasará a ser socialmente pasivo y podrá ser independiente por más tiempo (Villafuerte, 2017).

La OMS ha definido al estilo de vida de la siguiente manera, “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (1986, p.118). Se interpreta que cada persona es quien elige y diseña su estilo de vida, relacionándose con su entorno y actuando según las exigencias y factores de riesgo y protección. Las conductas son modificables y adaptativas según la situación lo amerite (Jirón, 2018).

Las rutinas influyen en la salud de las personas, pues al mantener conductas repetitivas se crea un estilo de vida que repercutirá en cada persona. Esto acarrea consecuencias, ya sean negativas (enfermedades, hospitalizaciones recurrentes) o positivas (buena salud, felicidad). Se puede entender el estilo de vida como la forma característica en la que actúa un grupo de personas que mantiene hábitos

parecidos e interactúan en un mismo contexto, en donde por lo general comparten objetivos y valores (Jirón, 2018).

Para mantener una buena calidad de vida hasta la vejez se requiere un adecuado estilo de vida, que incluya un buen servicio de salud que cuente con atención integral. La familia y cuidadores tienen un rol importante, ya que en ciertos casos son ellos quienes se encargan de velar por el bienestar del adulto mayor. Es importante adoptar buenos hábitos desde temprana edad que incluya buena alimentación, actividad física y recreativa y chequeos médicos periódicos para controlar enfermedades (Villafuerte, 2017).

2.2.1. Estilo de vida institucionalizado

Se define a la institucionalización como el ingreso de una o varias personas de manera voluntaria o involuntaria a un espacio de cuidado público o privado. Las personas son atendidas por profesionales de la salud, del área psicosocial o particulares que tengan conocimiento en el cuidado de adultos mayores. La atención se centra en la alimentación, vivienda, vestimenta, actividades recreativas y velar por la salud. El ingreso supone un corte con su ritmo de vida cotidiano, por lo que genera un gran impacto físico y psicológico en el anciano.

La institucionalización para personas de la tercera edad ha incrementado con el aumento de la esperanza de vida, por lo que la demanda de hogares geriátricos es cada vez mayor por parte del anciano y de su familia. Se debe a diferentes razones, entre las cuales prima la situación económica que dificulta cuidar a la persona el tiempo completo y costear los gastos de las enfermedades que suelen ser elevados, también por circunstancias relacionadas al abandono. Por otro lado, se pueden dar ingresos por problemas de salud o vulneración de derechos.

El proceso de institucionalización y adaptación a un nuevo ambiente es complicado para las personas mayores, aún más por la percepción negativa que se tiene de estos lugares. La institucionalización trae consigo la ruptura de la mayoría de relaciones sociales y el aislamiento casi total de su entorno cotidiano, abandonando así sus actividades rutinarias. Aunque generalmente este proceso afecta la autopercepción y autoaceptación del adulto mayor, se ha demostrado que los ancianos institucionalizados logran vivir activamente y afrontar las situaciones que podrían generar malestar (Martínez, 2020).

Ventajas y desventajas de la institucionalización

-Ventajas:

La vida institucionalizada provee una sensación de funcionalidad en la persona, pues puede recuperar la satisfacción con su vida al realizar sus actividades de la vida diaria, ya sea con o sin ayuda. A su vez, el bienestar se refleja en la calidad de vida de cada individuo por lo que el ser atendido con las medidas necesarias les provee seguridad y una buena adaptación a los nuevos espacios y rutinas (Martínez, 2020).

Al convivir con otros adultos mayores, la persona desarrolla su sentido de comprensión de la vida en la vejez y se siente reconfortada al saber que más personas experimentan lo mismo que ella. Cuando el apoyo familiar es escaso o nulo, los ancianos se relacionan más con sus amigos, creando vínculos en los que buscan comprensión y soporte.

A pesar de que la institucionalización limita las relaciones sociales, éstas de igual manera se fortalecen dentro de un hogar de ancianos, pues diariamente tendrán que convivir con sus pares, el equipo de salud y demás personas que realizan diferentes actividades en ese espacio. Por lo tanto, el apoyo social se podría mantener estable y favorecer el bienestar del adulto mayor (Martínez, 2020).

Martínez (2020) menciona también que, la mayoría de centros geriátricos aborda la espiritualidad como una dimensión muy importante de la vida del adulto mayor. Es importante el factor de la espiritualidad, pues ayuda a los ancianos a afrontar los sucesos difíciles y les da, de cierta forma, una esperanza para continuar. La espiritualidad permite a la persona encontrar sentido de su vida, esto en el plano individual y también integrándolo en lo comunitario.

-Desventajas

El mayor riesgo de la institucionalización es el alto índice de dependencia que genera en el adulto mayor. Es un nuevo ambiente en el que la persona se tiene que adaptar a una rutina que no conoce y en la que probablemente se vea obligado a abandonar algunas o todas sus actividades. La persona ya no podrá cocinar, lavar, limpiar su casa o encontrarse con sus amigos como lo hacía anteriormente, pues varios de estos espacios son negados o limitados, por los riesgos que se presentan (Guevara-Peña, 2016).

Otro aspecto negativo de la institucionalización es la masificación del servicio; es decir, podría no darse una asistencia individualizada de acuerdo a las necesidades de cada persona. La rutina generada en los centros, se vuelve aburrida y tediosa para el anciano que estaba acostumbrado a múltiples actividades, esto desencadena en un abandono de sus tareas o estrés al momento de realizarlas (Guevara-Peña, 2016).

En el proceso de institucionalización es inevitable una desconexión con el mundo exterior y pérdida de contacto con varios familiares y personas cercanas del entorno, esto puede deberse a horarios restringidos o normas existentes en el centro geriátrico. Se dificultan las relaciones sociales al no tratar con varias personas de diferentes grupos etarios, limitando la capacidad de desenvolvimiento. A esto se le suma el impacto emocional que trae consigo este proceso; sentimientos de tristeza al dejar su

hogar y pertenencias personales, y sentimientos de frustración y estrés al socializar con personas que nunca antes habían visto y podría haber discrepancias (Guevara-Peña, 2016).

El proceso de institucionalización comprende una serie de transformaciones en el estilo de vida del adulto mayor. Necesitará reestructurar sus rutinas y actividades, pero lo importante será buscar su bienestar en el día a día, pues se pueden conseguir buenos resultados a pesar de las condiciones y desventajas que implica la institucionalización (Martínez, 2020).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Este es un estudio transversal de tipo descriptivo correlacional ya que los datos de las variables recopiladas durante un período de tiempo se analizarán en una muestra por conveniencia ya que se preselecciona a los participantes de esta investigación.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Evaluar el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores en relación a la ejecución de actividades de la vida diaria.

3.1.2 Objetivos específicos:

- Describir las características del deterioro cognitivo leve, moderado y grave de los participantes.

- Identificar las funciones cognitivas más afectadas por el deterioro cognitivo en relación a las actividades de la vida diaria.
- Relacionar el deterioro cognitivo y las actividades de la vida diaria.

3.3 Área de estudio

Esta investigación está dirigida hacia los adultos mayores, centrada en la investigación de sus funciones cognitivas y el impacto de éstas en su desenvolvimiento cotidiano, ésta se realizó en el Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” en la ciudad Cuenca.

3.4 Participantes

Los participantes forman parte del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey”, de donde se tomó una muestra 40 adultos mayores, 20 hombres y 20 mujeres puesto que cumplían con los criterios de inclusión planteados en este estudio. Las personas que fueron excluidas del estudio mostraban baja disposición la realización de las actividades, o presentaban dificultades auditivas o de habla que les impedían acceder a los reactivos propuestos. Se estableció un rango de edad para la realización de la investigación que fue desde los 65 años de edad en adelante. Para esta investigación también se tomó en cuenta el expediente de cada participante, facilitado por el departamento de psicología del centro. Ello sirvió de referencia en la investigación para considerar el grado de dependencia e independencia de los participantes.

3.4.1. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1.1. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 65 años en adelante
- Deseen participar de manera voluntaria en la investigación.
- Residir en el centro geriátrico.

3.4.1.2. Criterios de exclusión

- Personas menores a 65 años
- Que no deseen participar en la investigación de manera voluntaria
- Presenten alguna patología psiquiátrica o discapacidad mental
- Presencia de alteraciones sensoriales o motoras que impidan el acceso a los reactivos.

3.5 Método e instrumento para la recolección de la información:

3.5.1 Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria)

El índice de Katz es un instrumento utilizado para la evaluación el nivel de funcionalidad en actividades de la vida diaria en adultos mayores. Puede ser respondido por el paciente o por una persona cercana a él. Su duración es de aproximadamente 10-12 minutos. Su utilidad para evaluar se ha

demostrado en forma constante a pesar de las modificaciones a través de los años. Se valora cada una de las actividades del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días. El valor de alfa de Cronbach para este test es de :

Coefficiente de correlación entre 0.73 – 0.98

Buena validez intraobservador 0.73 – 0.98 (Quiroz & Requena, 2019).

Una persona que no necesita ayuda en la actividad se considera (I) independiente y (D) dependiente es alguien que necesita la ayuda de otra persona en todos los componentes de la actividad, incluida la supervisión o asesoría, La dependencia moderada (A) es alguien que "necesita ayuda" en más de una parte, pero puede realizar otras partes de la actividad sin ayuda o supervisión. La puntuación asignada por el índice de Katz es 2 si se refiere a actividades realizadas sin apoyo o con la menor ayuda, es decir, independencia (I); si necesita ayuda moderada (A), es 1 punto; si es completamente dependiente (D), es 0 (Pascual et al., 2016).

3.5.2 Montreal Cognitive Assessment (MOCA BÁSICO):

El Montreal Cognitive Assessment (MoCa) es un instrumento que permite descubrir la existencia de deterioro cognitivo leve o demencia . Posee un elevado nivel de confiabilidad, de acuerdo al alfa de Cronbach=0.71 Ramírez (2014) su validez está reflejada por el 87%, con una especificidad de 90%. Tiene una duración de aplicación aproximada de 15 minutos. El MoCa evalúa muchos dominios cognitivos y puede ser una herramienta de detección cognitiva útil para diversas enfermedades neurológicas que afectan a la población adulta mayor.

Ha sido desarrollada para valorar el deterioro cognitivo leve en personas analfabetas o de escolaridad nula, el MoCa Basic evalúa la función cognitiva similar a la evaluada MoCa original, como

son: la función ejecutiva, el lenguaje, la orientación, la aritmética, razonamiento conceptual, la visión, la atención, la concentración. (Cisneros et al., 2016)

Se eligió esta herramienta de investigación ya que posee propiedades métricas muy variadas, además de que todos los ítems que se presentan en este test son aplicables a la población de estudio, a diferencia de otras escalas que tienden a ser más tediosas para el adulto mayor y lo que se busca es que capte la atención de este, su administración es fácil al igual que su documentación.

3.6 Procedimiento

Se realizó un estudio cuasi experimental en que se estableció la relación entre el estilo de vida del adulto y el deterioro cognitivo en sus diferentes grados teniendo en cuenta su funcionamiento y variables sociodemográficas como: edad, sexo, nivel de dependencia, actividades que realiza en tiempo libre. Para esta investigación se pidió el consentimiento informado al adulto mayor, en el que daba autorización para la realización de los test en el Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” en la ciudad de Cuenca.

Se empezó con el Test del MoCa que facilita conocer el nivel de deterioro cognitivo que tiene el adulto mayor, este test nos ayudaría evaluando la función ejecutiva, el lenguaje, la orientación, la aritmética, razonamiento conceptual, la visión, la atención, la concentración. Posteriormente con la ayuda de los cuidadores se aplicó el índice de Katz , esta escala nos ayudó a conocer el grado de dependencia e independencia del adulto mayor a la hora de realizar actividades de la vida diaria como vestirse, comer, control de esfínteres, entre otros. Finalmente se analizaron los datos mediante el programa SPSS 25

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Características Generales

El estudio fue realizado con la participación de a 40 adultos mayores de entre 65 a 92 años (Md: 12.95) (DE: 8.379) ; 20 hombres y 20 mujeres, quienes residen en el Centro Geriátrico Hogar Cristo Rey . (ver figura 1)

Se agruparon los datos de las edades de los participantes en una la tabla según la clasificación de los adultos mayores según Garcia L.V (20

05) : adulto mayor joven 65–74 años, adulto mayor maduro 75–84 años, adulto mayor anciano 85–90 años, ancianos mayores de 90 años, nonagenarios y centenarios. (Ver figura 2)

Figura 1. Porcentaje por sexo

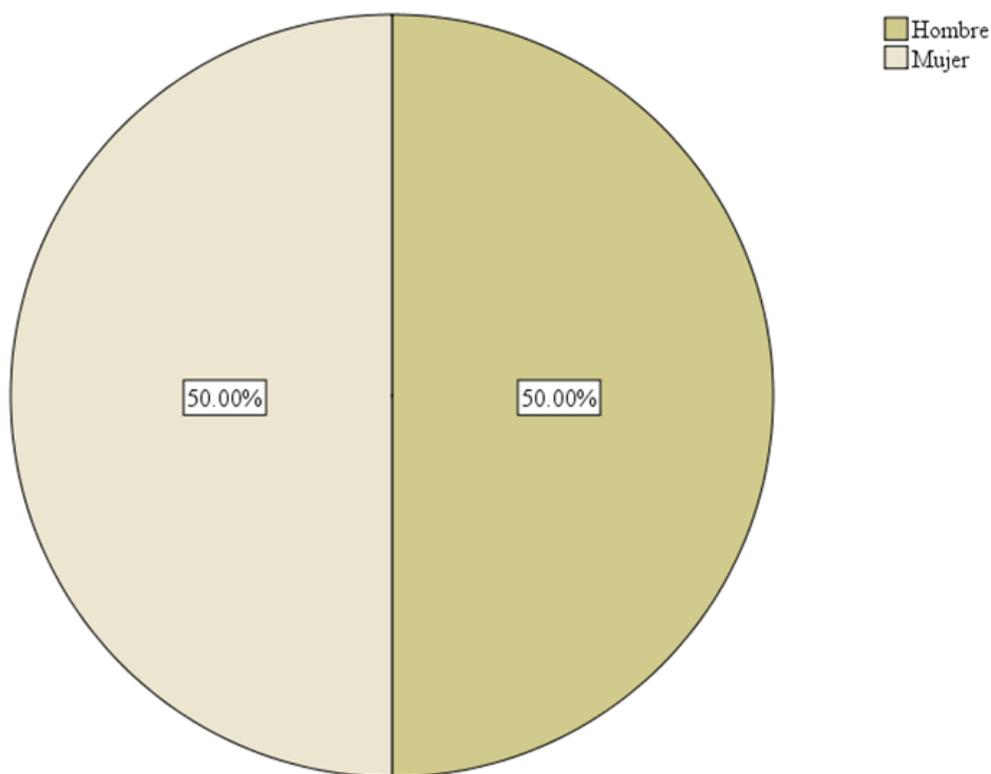
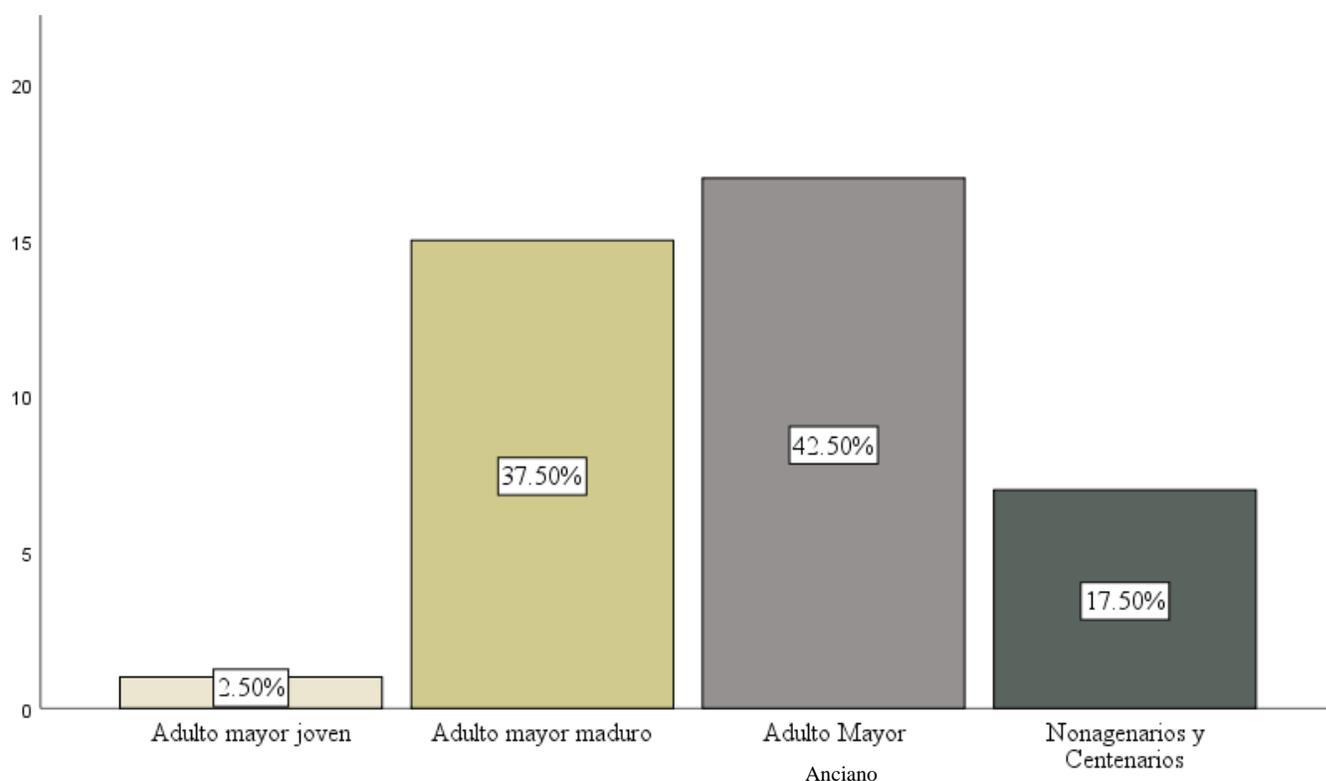


Figura 2. Grupos de edades

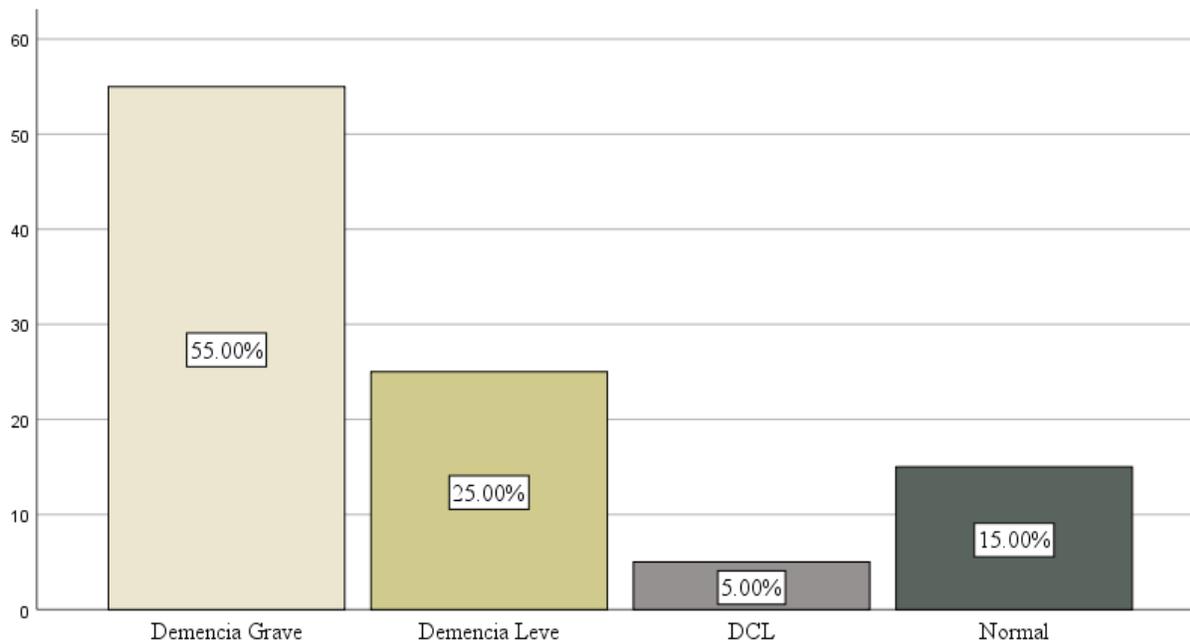


4.2 Resultados de MoCa Basic

Para la clasificación de los resultados del MoCa Basic se tomó en cuenta que: para ausencia de alteraciones cognitivas (normal) fueran puntuaciones mayores de 25 o 30; de 21 a 24 para un probable Deterioro Cognitivo Leve (DCL) ; de 14 a 20 para la probable Demencia Leve, y menores de 14 para la probable Demencia Grave.

Luego de la aplicación del test a los participantes, se obtuvo como resultado que el 55% (22 personas) presenta una sospecha de demencia grave , mientras que el 25% (10 personas) una probable demencia leve, el 5% (2 personas) de los participantes presentan un Deterioro Cognitivo Leve y el 15% (6 personas) no presentan alteraciones cognitivas. (Ver figura 3)

Figura 3 . Resultados de Test MoCa Basic

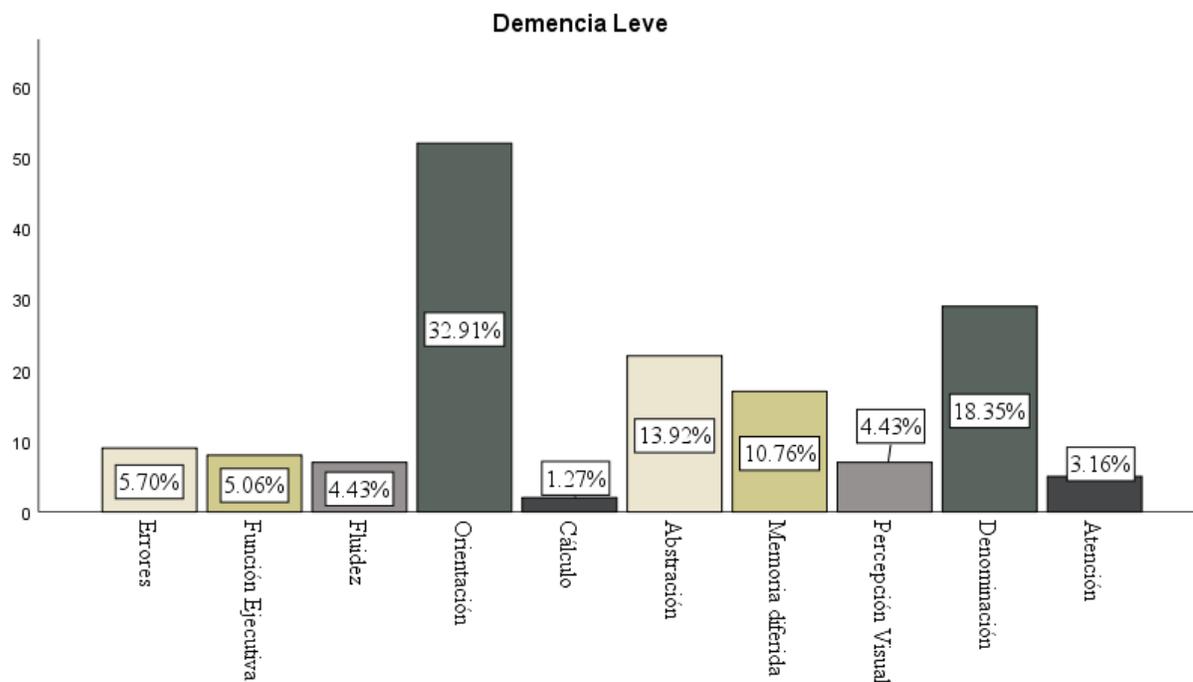


4.3Análisis de Variables del MoCa Basic

Demencia Leve:

Se pudo observar que en los reactivos del MoCa para el posible diagnóstico de Demencia Leve, los reactivos que más destacaron son: Orientación, Denominación y Abstracción estas son la que tiene un valor alto, mientras que las más bajas son: Cálculo, Atención y Fluidez. Los porcentajes presentados son en relación a la función. (Ver figura 4)

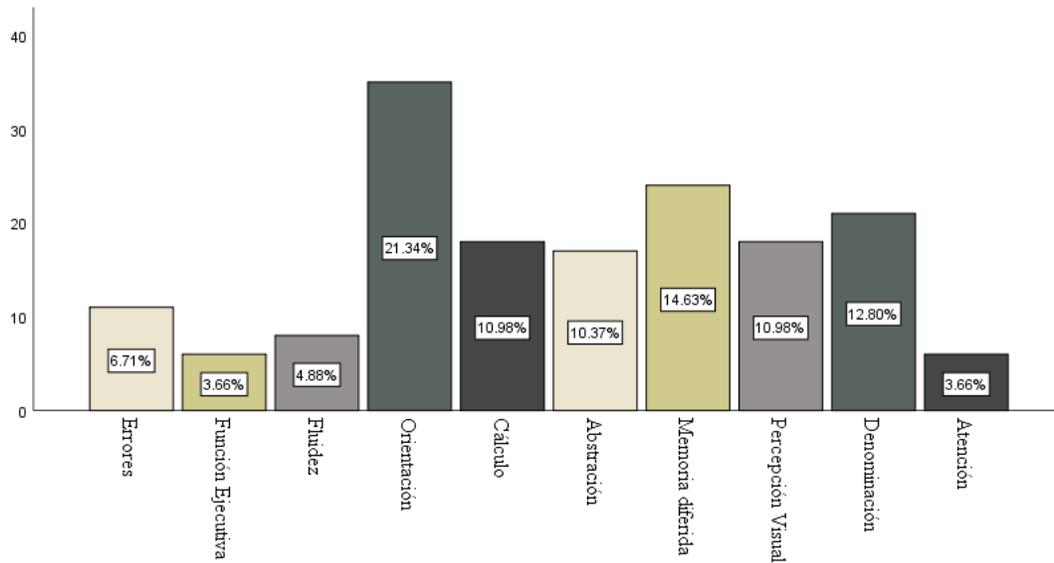
Figura 4. Resultados Demencia Leve



Sin alteraciones cognitivas (normal):

Para el posible diagnóstico de ausencia de alteraciones cognitivas los reactivos que más destacaron en este grupo son : Orientación, Memoria Definida, Denominación, Percepción Visual y Cálculo. Mientras que los reactivos que contienen menos puntuaciones son: Función Ejecutiva, Atención y Fluidez. Los porcentajes presentados son en relación a la función. (Ver figura 5)

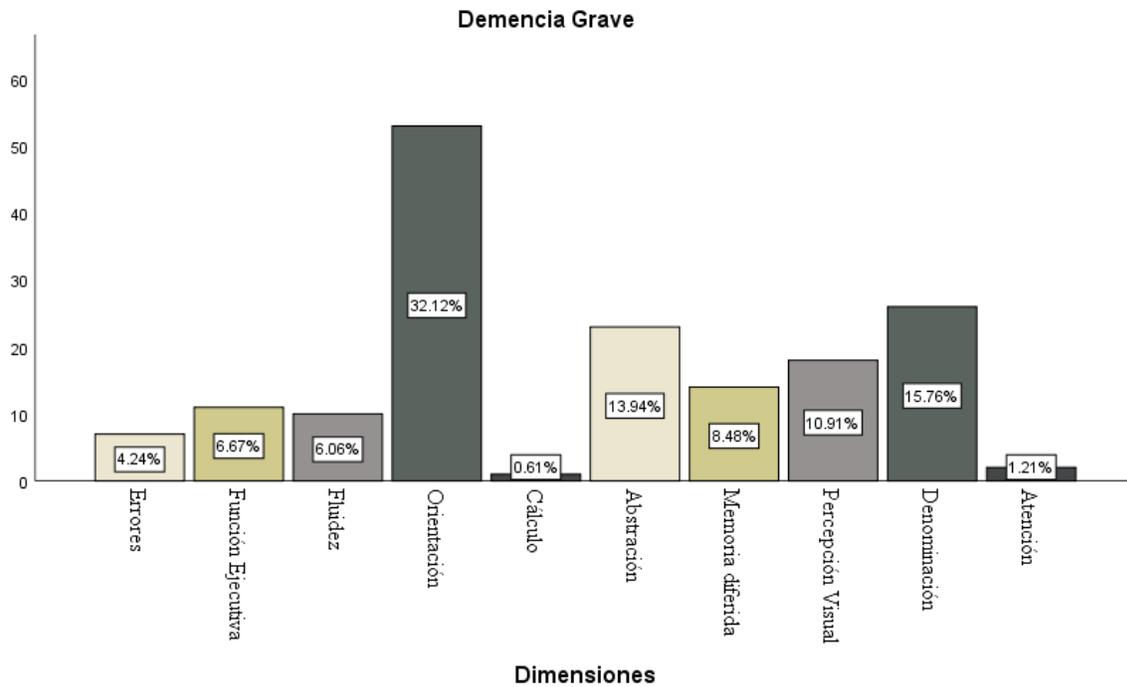
Figura 5. Resultado Sin Alteraciones Cognitivas



Demencia Grave:

En el caso de la presunta demencia grave los reactivos que más destacaron en esta dimensión son: Orientación, y Denominación, mientras que los puntajes más bajos son: Atención, Cálculo, Errores, Fluidez y Función Ejecutiva. Los porcentajes presentados son en relación a la función. (Ver figura 6)

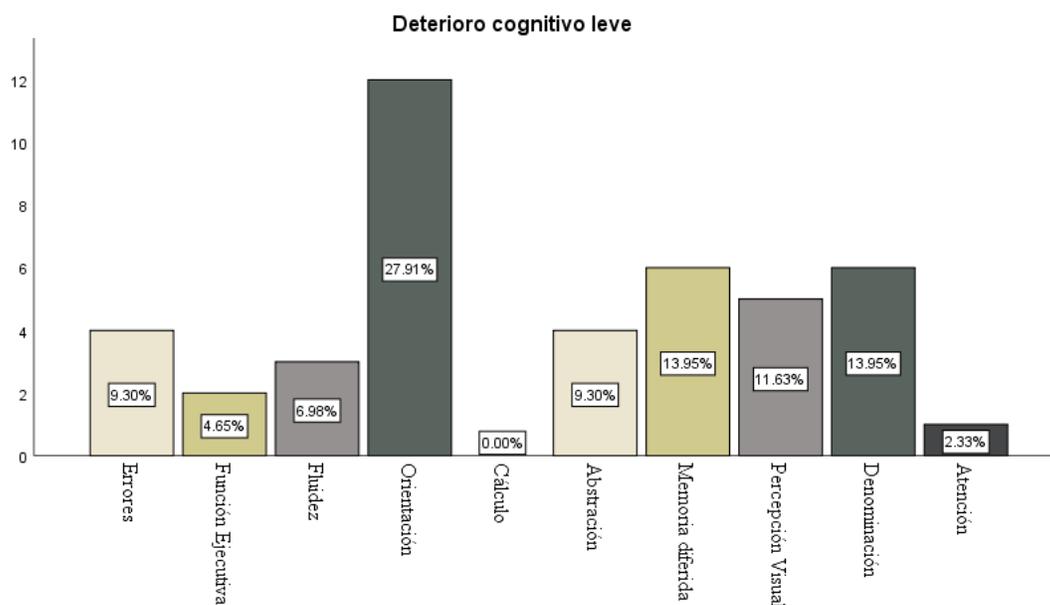
Figura 6. Resultados Demencia Grave



Deterioro Cognitivo Leve

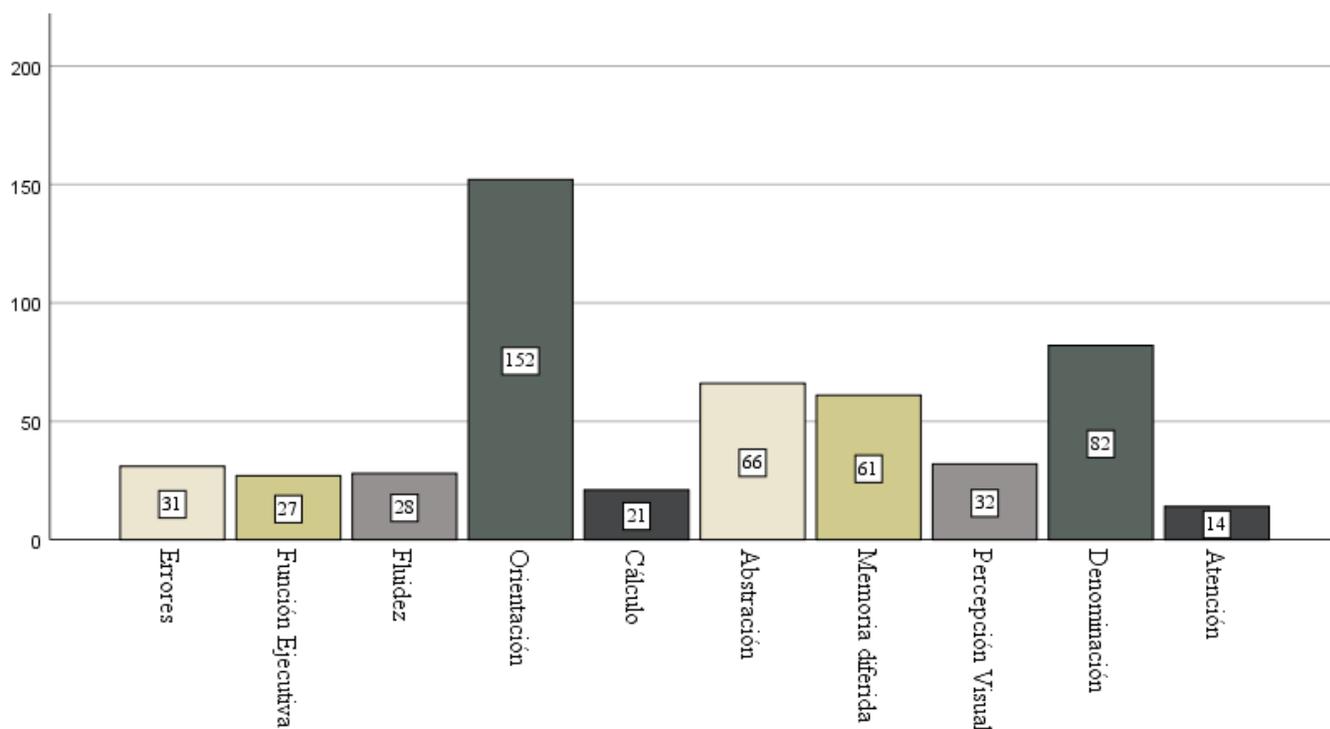
Para el posible diagnóstico de deterioro cognitivo leve los reactivos que destacaron en este grupo son: Orientación, Determinación, Memoria Diferida, Percepción Visual. Los reactivos que menos destacan son : Cálculo, Atención y Función Ejecutiva. Los porcentajes presentados son en relación a la función. (Ver Figura 7)

Figura 7. Resultado Deterioro Cognitivo Leve



En las puntuaciones generales de todas las variables se pudo observar que los reactivos que más destacaron en todos los participantes son: Orientación, le sigue Denominación, Abstracción, Memoria Diferida. También se pudo ver que los reactivos que menos destacan son: Cálculo, Atención, Fluidez, Función Ejecutiva y Errores. ‘Los números presentados en la gráfica son la sumatoria de los resultados totales. (Ver figura 8)

Figura 8. Resultados generales del MoCa Basic



4.4 Resultados del Índice de Katz

En el índice de Katz los resultados son mediante letras de la A a la G por lo que cada una significó:

- A : Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B: Independiente para todas las funciones excepto una.
- C: Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

- F: Independiente para todas excepto bañarse , vestirse , uso de retrete, movilidad y otra función adicional.
- G: Dependiente en las seis funciones.
- H: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

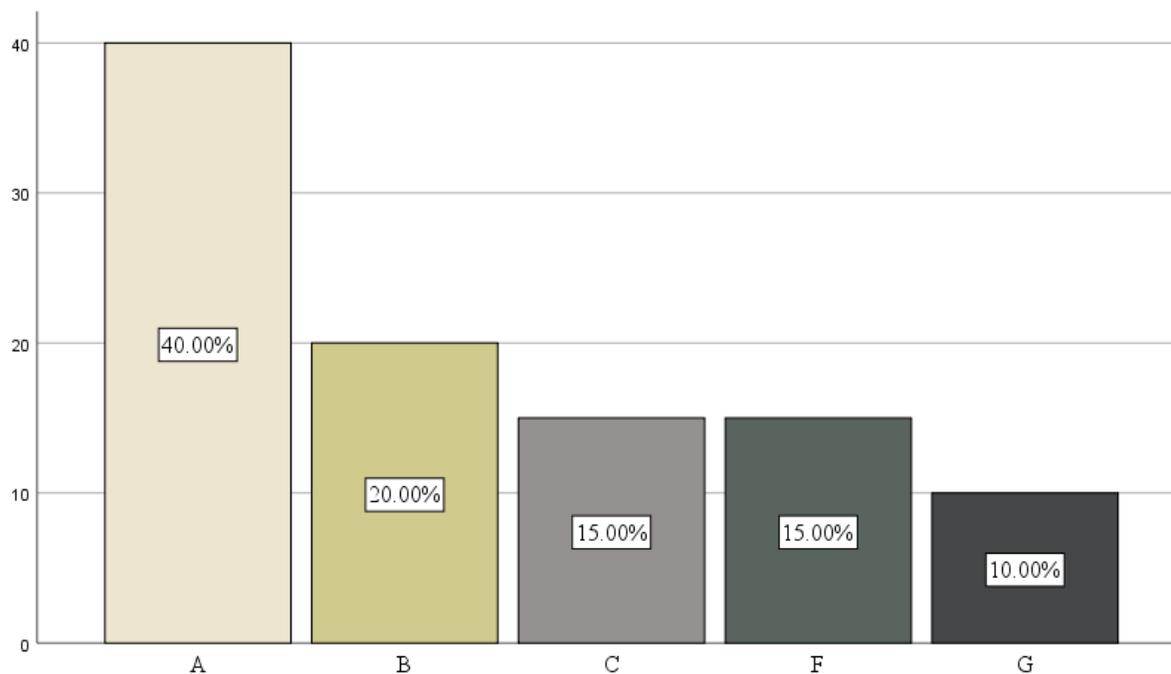
Tabla 1. Resultados Índice de Katz

		N	%
Grado de Independencia	A	16	40.0
	B	8	20.0
	C	6	15.0
	F	6	15.0
	G	4	10.0
	Total	40	100.

El Índice de Katz indicó que el 40% de los encuestados presentó una calificación A (Independiente en alimentación, continencia, movilidad uso del retrete, vestirse y bañarse), el 20% B (Independiente para todas las funciones excepto una), 15% C (Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional), 15 % F (Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otra función adicional) y el 10% G (Dependiente en las seis funciones).

Lo que más destacó en los resultados es el alto porcentaje de adultos mayores pertenecientes al grupo A, además de esto la ausencia de las categorías D, E y H ya que no hubo ninguna puntuación clasificable que pertenezca a estos grupos, por último existió un bajo porcentaje en la categoría G lo que indica que no existe un alto grado de dependencia en los participantes. (Ver figura 9)

Figura 9. Porcentajes del Índice de Katz



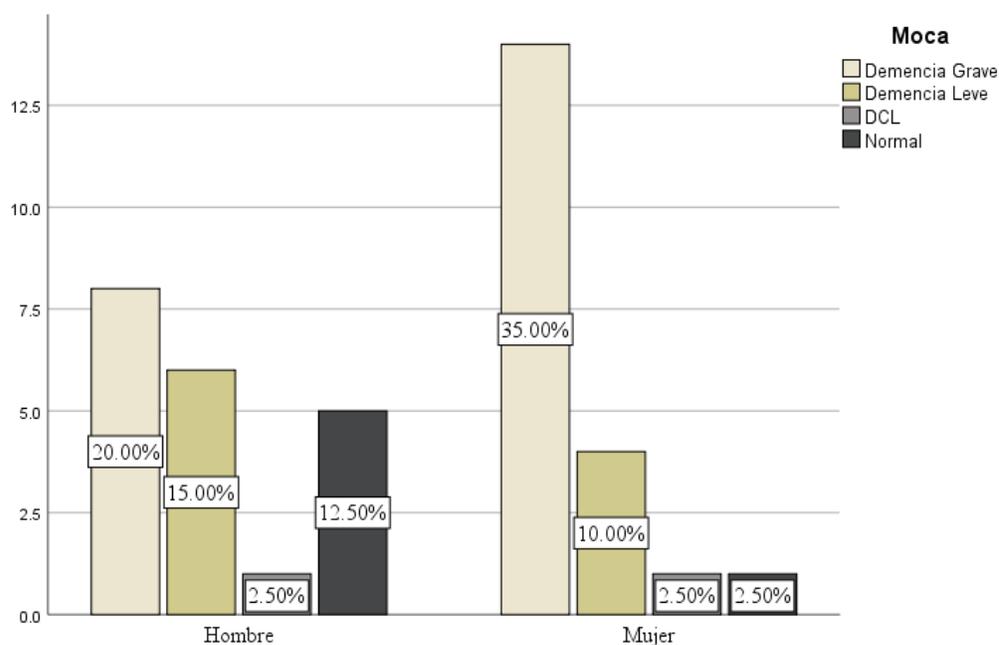
4.5 Análisis bivariados

Relación entre Sexo y Test MoCa Basic

El Test de MoCa Basic es independiente del sexo de los encuestados según la prueba chi cuadrado, la misma que presenta un estadístico de 4.703 con un p valor de 0.195 que es mayor a 0.05 por lo cual confirma que existe independencia entre las variables en cuestión con un nivel de confianza del 95%.

En este análisis se dio como resultado que el Test de MoCa es independiente del sexo del participante, estadísticamente no tiene un impacto significativo el ser hombre o mujer en relación con el deterioro cognitivo, sin embargo se pudo evidenciar que en demencia grave existe un mayor porcentaje de mujeres 35 % que en hombres 20% en relación a las demencias graves, y con ausencia de alteraciones cognitivas el porcentaje de hombres 12.50% es mayor que al de las mujeres 2.5%. (ver figura 10)

Figura 10. Relación entre Sexo Y Test de MoCa Basic

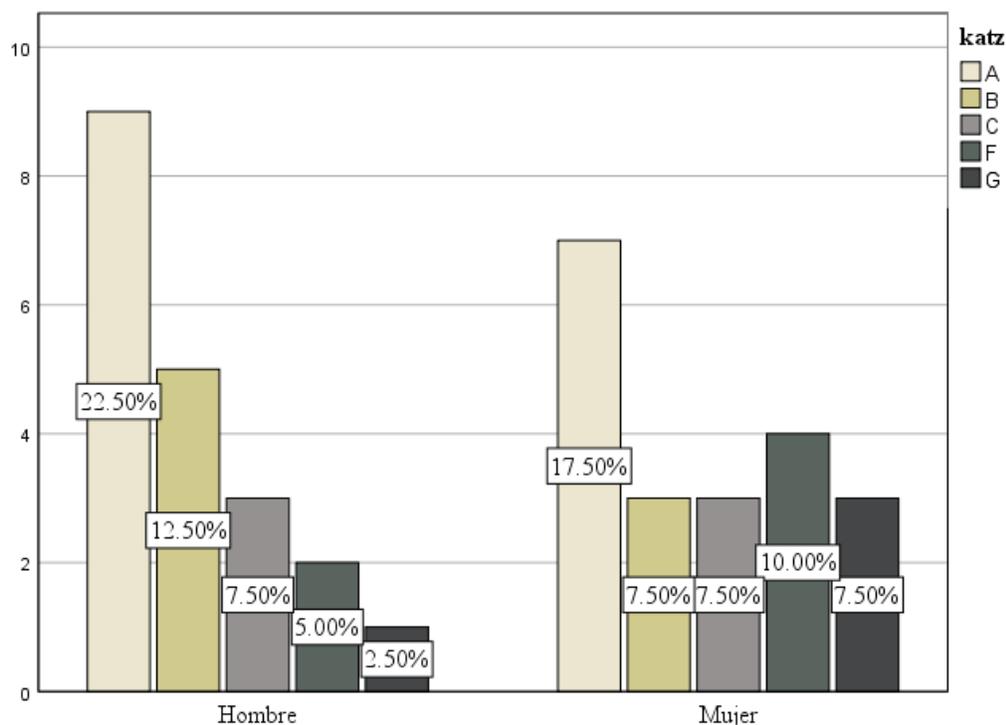


Relación entre Sexo e Índice de Katz

El índice de Katz es independiente del sexo de los encuestados según la prueba chi cuadrado, la misma que presenta un estadístico de 2.417 con un p valor de 0.660 que es mayor a 0.05 por lo cual confirma que existe independencia entre las variables en cuestión con un nivel de confianza del 95%, el sexo no tiene relación alguna con el grado de independencia del adulto mayor.

Se pudo evidenciar que el Índice de Katz es independiente al sexo de los participantes, esto es estadísticamente no significativo pero se puede señalar que existen más hombres que pertenecen al grupo A (22.50%), otro dato destacable es que existen más mujeres que pertenecen al grupo G (7.50%) que hombres. (Ver figura 11)

Figura 11. Relación entre Sexo e Índice de Katz



Relación grupos de Edad y Test MoCa Basic

Mediante la prueba de Shapiro y de Levene se comprobó que la calificación de los grupos cumple con los supuestos de normalidad y homocedasticidad para proceder a realizar un Anova. Mediante una prueba Anova se identificó que las medias de los grupos de edad no tienen diferencia estadísticamente significativa es decir son estadísticamente iguales en la calificación del Test de MoCa debido a que el p valor (0.176) es mayor a 0.05. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Prueba ANOVA

<i>ANOVA</i>					
Moca					
	Suma de		Media		
	cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	346.970	3	115.657	1.74	.176
				1	
Dentro de grupos	2390.930	36	66.415		
Total	2737.900	39			

Se pudo señalar que lo más significativo en este análisis es que los que tienen picos más altos para un posible deterioro cognitivo se encuentra en los Adultos mayores jóvenes (65 a 74 años) y en los Adultos Mayores Ancianos (85- 90 años). (Ver figura 12)

Figura 12. Relación Grupos de Edad y Test de MoCa Basic

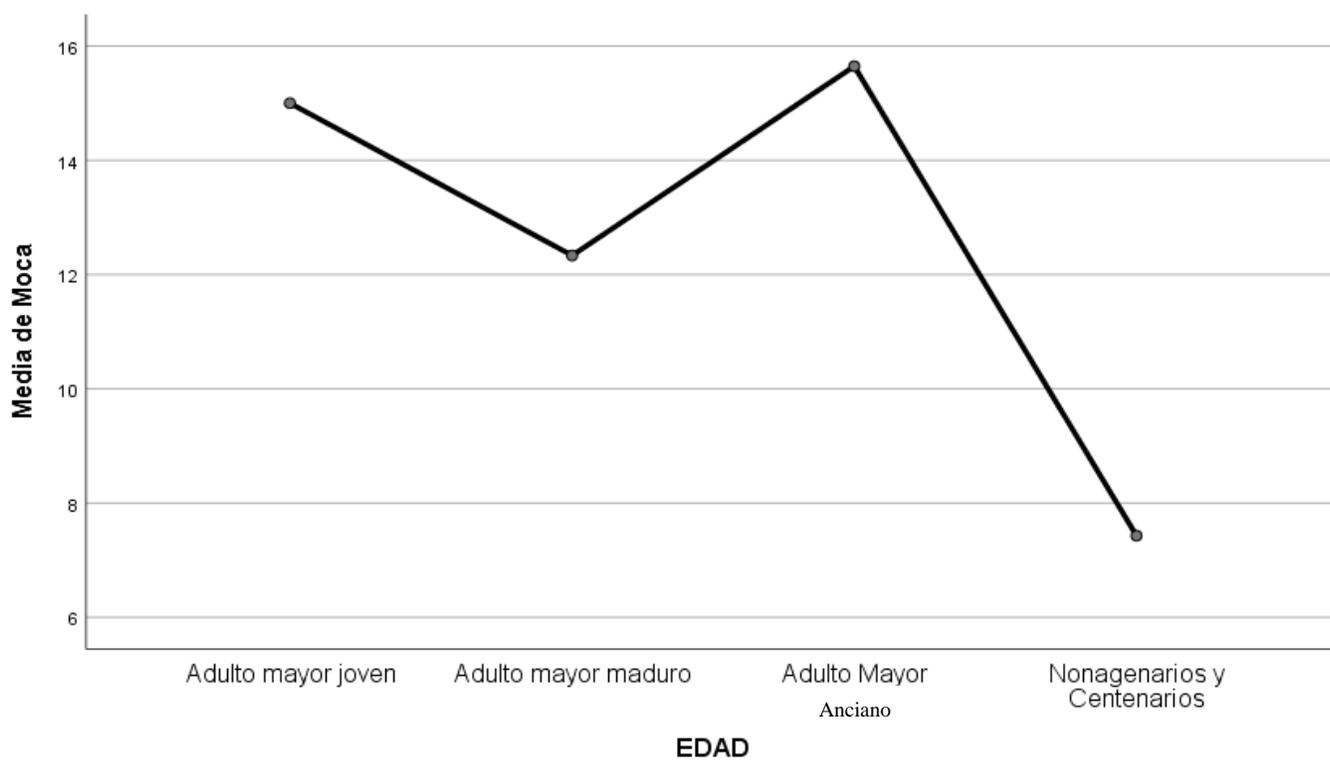


Tabla 3. Prueba Chi-cuadrado
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.957 ^a	12	.620

4.6 Índice de Katz vs MoCa Basic

El índice de Katz no tendría relación alguna con del Test de MoCa Basic, según la prueba chi cuadrado, la misma que presenta un estadístico de 15.2 con un p valor de 0.230 que es mayor a 0.05 por lo cual confirma que existe independencia estadística entre las variables en cuestión con un nivel de confianza del 95%. Lo cual indicaría que no existe relación entre el deterioro cognitivo y el desarrollo de las actividades de la vida diaria; sin embargo, estarían relacionadas de cierta manera ya que en algunas situaciones, el nivel cognitivo repercute en las actividades diarias del adulto mayor en relación a la autonomía. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Relación entre índice de Katz y Test MoCa Basic

*Tabla cruzada Moca*Katz*

Recuento							To
		Katz					tal
		A	B	C	F	G	
Moc	Demencia	4	4	5	5	4	22
a	Grave						
	Demencia	6	2	1	1	0	10
	Leve						
	DCL	1	1	0	0	0	2
	Normal	5	1	0	0	0	6
Total		16	8	6	6	4	40

DISCUSIÓN

La presente investigación es transversal de tipo descriptivo correlacional, que tiene por objetivo analizar la relación entre los distintos niveles de deterioro cognitivo y la ejecución de las actividades de la vida diaria del adulto mayor joven, maduro, anciano y nonagenario/centenario.

Se trabajó con una muestra de 40 adultos mayores, 20 hombres (50%) y 20 mujeres (50%) residentes del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” de la ciudad de Cuenca. Se consideró como criterios de inclusión que los participantes tengan 65 años en adelante y no presenten discapacidad intelectual o física que complique la evaluación.

Deterioro Cognitivo

El test MoCa es un instrumento de tamizaje que se utiliza principalmente para detectar la presencia de deterioro cognitivo o demencia; sin embargo, su validez está basada en una población con alto índice de escolaridad (Nasreddine et al., 2005). Por esta razón en el año 2015 publicaron una nueva versión: MoCa-Basic, con el fin de evaluar a personas con baja, mínima o nula instrucción escolar. La versión MoCa-Basic presenta diferencias del MoCa original, en sus reactivos y aplicación. Este test ha sido de utilidad para realizar el presente estudio, ya que su validez y rápida administración lo hacen apropiado para trabajar con personas de la tercera edad, añadiendo que el nivel académico de gran porcentaje de los adultos mayores del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” es bajo o nulo.

La aplicación del test MoCa-Basic da como principal resultado la existencia de un posible deterioro grave (55%) en el grupo muestra seguido de una posible demencia leve (25%), coincidiendo con los resultados de la investigación de Santamaría y Villamarín (2020). Los autores evaluaron a adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Ambato y obtuvieron, de igual manera, como resultado la presencia de un posible deterioro grave (52%) y posible demencia leve (27.5%) en sus

participantes. Se suma la investigación realizada por Murrieta (2018) a adultos mayores de residencias ubicadas en Guanajuato y Dolores Hidalgo-México, que expone que el 42.2% de la muestra tiene posible deterioro grave, mientras que el 24.2% posible deterioro moderado.

A pesar de la diferencia del número de participantes del grupo (40-80-33), la investigación de Santamaría y Villamarín (2020) y Murrieta (2018) tienen conclusiones similares a la investigación actual.

Por otro lado, en referencia al sexo también se encontraron estudios con resultados similares. El grupo de adultos mayores jóvenes femenino obtuvo mayor porcentaje de deterioro cognitivo (47.5%) en comparación al masculino (37.5%). Esto coincide con la investigación realizada en pacientes de la tercera edad del Hospital Central en la ciudad de Maracay-Venezuela. Según Castillo (2015) se encontró mayor frecuencia de deterioro cognitivo en las participantes mujeres (59%), mientras que el sexo masculino refirió un 41%. Así pues, se puede observar que el sexo de los participantes influye en relación al test MoCa-Basic, aunque no de manera significativa.

Como dato importante, Colinos (2020) aporta que los antecedentes reproductivos de la mujer pueden considerarse factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve o grave. Entre ellos recalca la menarquia, número de embarazos exitosos, edad en la que aparece la menopausia y cantidad de hijos (3 o más reduce el 12% de riesgo de deterioro cognitivo). El sexo de los participantes no es un factor de riesgo fundamental ante un posible deterioro cognitivo; no obstante, las mujeres son más propensas a padecer enfermedades demenciales o alteraciones cognitivas (Valverde & Arguedas, 2014).

En referencia al nivel de deterioro cognitivo en adultos no institucionalizados vs. Adultos institucionalizados, Pomaquero (2021) manifiesta que mientras más tiempo el adulto mayor permanezca institucionalizado, su rendimiento cognitivo será menor, mientras que, si la persona tiene

un grado de independencia y autonomía que le permita realizar sus actividades (no institucionalizado), sus áreas cognitivas podrán mantenerse funcionales y óptimas. Si bien, el deterioro cognitivo está fuertemente ligado a la condición de institucionalización, no solo se debe a este factor, sino también la edad, estilo de vida, predisposición genética, etc.

En una investigación realizada por Fajardo (2019) en la ciudad de Concepción-Chile, sobre las funciones ejecutivas en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se concluye que el adulto mayor residente de un hospicio presenta mayor alteración en sus funciones ejecutivas y cognitivas. Esto se debe a la pérdida de autonomía, libertad e interacción con el entorno.

Además, un estudio publicado por Castillo (2021), acerca del bienestar de adultos mayores que residen en un hospicio frente a los que no, en Bucaramanga- Colombia, expone que en su mayoría, las personas de la tercera edad que se encuentran en un centro geriátrico limitan su capacidad de toma decisiones y mantiene un rol pasivo frente a los acontecimientos del entorno. Así mismo, se les dificulta plantearse objetivos y metas en su vida. Esto acarrea problemas en el área cognitiva.

Nivel de Independencia

El Índice de Katz es un instrumento adecuado para identificar el grado de independencia de las personas de la tercera edad, además que puede ser realizado por el cuidador o representante si la persona se encuentra afectada.

En la aplicación del Índice de Katz se obtuvo como resultado que el 40% de los participantes son independientes en todas sus actividades diarias (A); el 20% es independiente en todas, menos en una actividad (B); el 15% oscila entre C y F (C: independiente para todas excepto bañarse y otra función

adicional) (F: independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional) y solo el 10% son dependientes en la realización de todas sus actividades (G).

Una investigación realizada a una muestra de adultos mayores, en la ciudad de México por Cruz (2014); en la cual se empleó el índice de Katz; arrojó como resultado que el 66.6% de las personas obtuvo una calificación “A”; el 24% representa la calificación “B”; el 8.4% se encontraba entre C y F; y tan solo el 1% obtuvo calificación G. Estos resultados se asemejan a los de la presente investigación, pues se mantiene el mismo orden de mayor y menor porcentaje; sin embargo, los porcentajes si difieren.

Así también, el trabajo de Quico (2015) en Arequipa-Perú, sobre factores asociados a los adultos mayores con el uso del índice del Katz, manifiesta que el 35.43% de su muestra total es independiente, el 62.16% es independiente parcialmente y el 50.45% es dependiente totalmente. A pesar de no coincidir todos los valores, se puede observar que la calificación “G” (dependiente total) en el estudio de Cruz (2014), Quico (2015) y el actualmente realizado; obtuvo un porcentaje relativamente bajo en comparación a las otras calificaciones.

En cuanto, a la correlación existente entre sexo y grado de independencia, en esta investigación se establece que estas variables son independientes; sin embargo, se pudo evidenciar un mayor porcentaje de hombres independientes (22.0%) en relación al de las mujeres (17.50%) en relación a la muestra, aunque no es un dato estadísticamente relevante. Este dato se ve reflejado en el estudio realizado en Colombia por Barros (2017), quien concluye que el sexo no muestra diferencias significativas en las categorías de dependencia o independencia del adulto mayor.

Así pues, Durán (2007) comenta que las capacidades y habilidades del adulto mayor se ven deterioradas por la interacción de variables. Se incluye la escolaridad, estilo de vida, sistema familiar,

percepción de la propia calidad de vida, entre otras. Por lo tanto, el sexo no se considera un factor de protección ni de riesgo para la autonomía e independencia del anciano.

En relación al grupo etario y nivel de independencia, se identifica mayor nivel de independencia en la población de adultos mayores maduros (75-84 años), mientras que, en el grupo de adultos mayores ancianos (85-90) predomina la independencia parcial. Se encuentra similitudes en el estudio de Almeida (2008) en Portugal, sobre la calidad de vida de la persona de edad avanzada en hogares de ancianos. En este, se manifiesta que la independencia prevalece, de igual manera, en el grupo de adultos de 75 a 84 años de edad. Además se identifica una independencia parcial en el grupo de 85 a 95 años.

Por otra parte, Navarro (2015), después de realizar un proyecto acerca de las necesidades de los adultos mayores en México, destaca que la edad avanzada no implica necesariamente dependencia; sin embargo, explica que entre los 75 y 85 años la autonomía tiende a decaer. Por lo tanto, se puede decir que la edad en sí no es un indicativo de dependencia, pero puede acarrear ciertos problemas orgánicos del cuerpo, problemas físicos y enfermedades comunes de esa etapa.

Ramos (2016) en su trabajo sobre los factores relacionados con el deterioro cognitivo, acota que no es posible precisar si el deterioro cognitivo activa en cierto nivel la dependencia, o por el contrario, si la pérdida de autonomía produce un declive cognitivo. Torregroza (2018) por su lado, en su investigación del funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia, manifiesta que la mayoría de los adultos mayores que participaron en su estudio son autónomos e independientes en sus actividades y autocuidado; independientemente del funcionamiento cognitivo.

Respecto al análisis entre el test MoCa-Basic y el Índice de Katz, se realizó una tabla cruzada con la que se determinó que no existe relación estadística directa entre estos dos reactivos, pero sí una implícita. Se concluye que a mayor nivel de dependencia en sus actividades, menor será la alteración

cognitiva, de igual manera, en el sentido inverso. No se pudo encontrar mayor relación entre estas dos evaluaciones, pues el test MoCa es de tipo cuantitativo y el Índice de Katz de tipo cualitativo. A esto se suma la limitada población a la que se le realizó los reactivos, pues de haber sido un grupo muestra más extenso se podrían haber encontrado diferencias significativas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que, el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida del adulto mayor, pudiendo afectar la realización de las actividades de la vida diaria. Existen varios factores que deben considerarse al momento de la interpretación de resultados:

Éste estudio se realizó en una población de adultos mayores institucionalizados, reflejando resultados que pueden variar frente a adultos no institucionalizados, en cuanto a su autonomía y realización de actividades. Además, un gran porcentaje de la población indica un bajo nivel académico, influyendo en los resultados de los test.

De acuerdo con esta investigación y los objetivos propuestos, realizada una búsqueda bibliográfica, la obtención de datos y el posterior análisis de los resultados que de tal manera se concluye:

- El fundamento teórico permite concluir que la pérdida de ciertas capacidades y funciones cognitivas, posiblemente pueden desencadenar en deterioro cognitivo leve, grave o moderado. Influyen factores como la herencia, instrucción académica, redes de apoyo, nivel de autonomía y el estilo de vida.
- Los niveles de independencia se ven mayormente comprometidos cuando el envejecimiento no es exitoso, es decir existen diferentes limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales.
- Según los resultados de la aplicación del test MoCa-Basic al grupo muestra, se observa:
 - El 55% de los participantes presenta posible diagnóstico de demencia grave.
 - El 23% de los participantes presenta posible diagnóstico de demencia leve.
 - El 5% de los participantes presenta posible diagnóstico de deterioro leve.

-El 15 % de los participantes no presenta alteraciones cognitivas.

- En la presente investigación un alto porcentaje de adultos mayores presenta deterioro, principalmente en las funciones cognitivas de atención, cálculo, fluidez, función ejecutiva, errores y percepción visual.
- De acuerdo a los resultados de la aplicación del Índice de Katz, se obtuvo:
 - 40% de la población es independiente en todas las áreas evaluadas (A)
 - 20% es independiente menos en una función (B)
 - 30% es independiente parcial (C y F)
 - 10% es dependiente total (G)
- Finalmente, la relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de autonomía de la persona mayor, para ejecución de las AVDs no es significativa estadísticamente; sin embargo, se refleja una influencia implícita entre sí. La influencia también se determinará por ciertos factores de protección o riesgo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda actualizar la batería de test e instrumentos de evaluación del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey”, con el fin de establecer diagnósticos adecuados y en base a ello, un posible tratamiento.
- Implementar actividades que fomenten la participación activa del adulto mayor en ejercicios dinámicos y de estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y autoconcepto.
- Capacitar a los cuidadores de los adultos mayores, para que logren brindar atención individualizada y con respeto, mejorando la calidad de vida.
- Proponer programas gubernamentales que fomenten el estudio y desarrollo de herramientas para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas.
- Continuar con programas de escolarización a adultos mayores.
- Promover estilos de vida saludable mediante campañas.
- Replicar el estudio con población no institucionalizada y compararlo con la presente investigación.
- Realizar también análisis de los efectos psicológicos y físicos como consecuencia de la pandemia para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. P. D. S. (2008). *The quality of life of aged people living in homes for the aged*. Scielo. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wqbHJYSbnNKkcRjNjyqdfpp/abstract/?lang=es>
- Amaya, M. A., Meneses-Barrera, J. A., & Leal-Cárdenas, J. A. (2020). *Level of independence with respect to carrying out basic activities of daily life for institutionalized older Colombians*. *Revista Perspectivas*, 5(1), 91–103. <https://doi.org/10.22463/25909215.2647>
- American Psychiatric Association, & First, M. B. (2020). DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial (incluye versión digital) (1.a ed.). EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A. DE C.V.
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López-Mogil, R., López-Trigo, J. A., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. Documento de consenso. In Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Barros, K. P. (2017, 7 diciembre). *Actividades Básicas de la Vida Diaria en Adultos Mayores*. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10189>
- Bartoloni, L. C. (2019, 22 julio). DETERIORO COGNITIVO. *Diagnosis*, 1. <https://revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
- Bertoldi, J. T. (2015). *Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura*. CINERGIS. <https://www.readcube.com/articles/10.17058%2Fcinergis.v16i2.5411>
- Borbón, N. (2015). Envejecimiento patológico como condicionante de la dependencia funcional en adultos mayores. *Revista de Ciencias del Ejercicio*, 10, 35–60. <http://eprints.uanl.mx/8900/1/Documento3.pdf>
- Caballero, J. C. (2011). *Aspectos Generales Del Envejecimiento Normal Y Patológico: Fisiología Y Fisiopatología*.
- Cabo, R., & le Couteur, D. G. (2019). *Biología del envejecimiento* | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical. Access Medicina. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&ionid=114913803>
- Castillo, D. K. (2021). *Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga*. Repositorio UNAB.

https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/13878/2021_Tesis_Diana_Castillo_Toro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castillo, Y. (2015, noviembre). *DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR*. Repositorio UNIVERSIDAD DE CARABOBO.

<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4924/ycastillo.pdf?sequence=1>

Cisneros, E., Nasreddine, Z., & Julayanont, P. (2016). *Montreal Cognitive Assessment Basic (MOCA-B) (Evaluación Cognitiva Montreal – Básica. MOCA-B) Instrucciones para la administración y computación de resultados*. Catch-on. Recuperado 10 de agosto de 2021, de

<http://www.ehrs.com/forms/clinicalforms/mocaspins.pdf>

Colino, S. (2020, 20 mayo). *Discrepancia de género en la demencia: un informe revela los problemas singulares que enfrentan las mujeres*. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/salud-cerebral/info-2020/riesgo-mayor-de-demencia-para-las-mujeres.html>

Colmenarejo, J. C. (2000, 21 febrero). *Valoración geriátrica exhaustiva: abordaje desde Atención Primaria. Una revisión actualizada*. Medicina General.

<http://semg.info/mgyf/medicinageneral/enero2000/31-34.pdf>

Constitución del Ecuador (2019). *Constitución de la República del Ecuador: Incluye Reformas de 2018*. Independently Published.

Cruz, P. E. (2014). *Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor*. Scielo.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400025

Curcio, C.L. (2014). Envejecimiento exitoso: consideraciones críticas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 28. 1955.

https://www.researchgate.net/publication/278785823_Envejecimiento_exitoso_consideraciones_criticas

Custodio, Nilton, Herrera, Eder, Lira, David, Montesinos, Rosa, Linares, Julio, & Bendezú, Liliana. (2012). *Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?* Anales de la Facultad de Medicina, 73(4), 321-330. Recuperado en 26 de enero de

2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.

- De la Barrera, M. L., & Donolo, D. (2009). *Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3091295.pdf>
- De León- Arcila, R. (2009). *Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor*. Redyalic.org. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745514008.pdf>
- Delgado, A. (2020, 31 julio). La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. <https://revistamedica.com/dependencia-vejez-definicion-caracteristicas-importancia-cuidado/>
- Duran, D. (2007, 3 diciembre). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. PEPSIC. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100019
- Fajardo, I. K. (2019). *Estudio Comparativo De Las Funciones Ejecutivas En Adultos Mayores Institucionalizados Y No Institucionalizados, En El Gran Concepción, Año 2019*. Repositorio Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/3299/Estudio%20comparativo%20de%20las%20funciones%20ejecutivas%20en%20adultos%20mayores%20institucionalizados%20y%20no%20institucionalizados.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, C. E. (2016). *El Test Moca-Básico. La Adaptación En Español Del Test De Tamizaje Cognoscitivo Para Una Población De Baja Escolaridad Bibliografía Validez Media (DS/%)*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/309456559_EL_TEST_MOCA-BASICO_LA_ADAPTACION_EN_ESPANOL_DEL_TEST_DE_TAMIZAJE_COGNOSCITIVO_PARA_UNA_POBLACION_DE_BAJA_ESCOLARIDAD_BIBLIOGRAFIA_Validez_Media_DS
- González, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. (2015). *Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo*. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002814000901>
- Guevara, N. L. (2016). *Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales**. Scielo. <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2013, 5 julio). *¿Cómo crecerá la población en Ecuador? [Diapositivas]*. Ecuadorencifras.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
- Jirón, J. B. (2018). “*Estilos De Vida Y Grado De Dependencia En El Adulto Mayor En El Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro, Rímac - 2018*”. Universidad Privada Norbert Wiener.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2389/TITULO%20-%20JIR%C3%93N%20-%20PALOMARES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Loredo, M. T. (2016, 9 mayo). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Scielo. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lang=es#aff2
- Manchola, E. A., & Trigo, J. A. L. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*.
- Martínez, W. S. N. F. (2020). *Meaning of well-being of older institutionalized persons in abandonment situation*. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/GQm4BPGrJrhWZpCcX6fJZft/?lang=es>
- Mesa-Fernández, M. (2019). *Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia*. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/QVKmhLGvNQ7XqjjNrBxJy3x/?lang=es>
- Ministerio De Inclusión Económica Y Social. Dirección de Gestión de Información y Datos. (2020). *Informe Mensual De Gestión Del Servicio De Atención Y Cuidado Para Personas Adultas Mayores Y Del Estado Situacional De Su Población Objetivo, junio 2020*.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahKEwic0cLN0o72AhWSVTABHaSxBRAQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Finfo.inclusiongob.ec%2Findex.php%2Finformes-pamusrext%2F2020-inf-pam-usrint%3Fdownload%3D1640%3Ainforme-adulto-mayor-julio&usg=AOvVaw32q3KBm6S7Ni5sze6MY2Vn>

- Murrieta, E. M. (2018). *Valoración De La Función Cognitiva Del Adulto Mayor Institucionalizado*. Repositorio UGTO.
<http://www.repositorio.ugto.mx/bitstream/20.500.12059/3964/1/Valoraci%C3%B3n%20de%20la%20Funci%C3%B3n%20Cognitiva%20del%20Adulto%20Mayor%20Institucionalizado.pdf>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Navarro, S. H. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México*. Cepal.org.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjg09X7xM31AhXbTDABHWCaAsI4HhAWegQIDBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cepal.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpublication%2Ffiles%2F38879%2FS1500754_es.pdf&usg=AOvVaw0LDgYez7MJiJu9Gk2e3z5q
- NeuronUP. (2021, 27 noviembre). *Funciones o habilidades cognitivas: qué son, ejemplos y ejercicios*. <https://www.neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-para-funciones-cognitivas/funciones-o-habilidades-cognitivas-que-son-ejemplos-y-ejercicios/>
- Ojeda, V. (2019). *Desempeño de las funciones ejecutivas según estado cognitivo en adultos mayores*. Scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000300207
- Olivares, R. (2016,). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Varona.
<https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Organizacion de las Naciones Unidas (ONU). (2019). *Envejecimiento | Naciones Unidas*. United Nations. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial De La Salud, O. M. S. (2020, 21 septiembre). *Demencia*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20afecta%20a%20nivel,demencia%20en%20un%20determinado%20momento>

- Pascual, Y., Garzón, M., de la Concepción, E., & Silva, H. (2016). *Dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada*. GeroInfo.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger153c.pdf>
- Pérez, M. T. (2018). *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?* Scielo.org.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pomaquero, M. A. (2021). *El rendimiento cognitivo en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado*. Estudio Comparado. Repositorio PUCESA.
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3169>
- Prieto, D. (2017). Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52, 58–60. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(18\)30085-4](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(18)30085-4)
- Quico, V. A. (2015). *Valoración del estado nutricional y factores asociados de los adultos mayores institucionalizados del Albergue “El Buen Jesús”, Arequipa - 2015*. Repositorio Institucional de la UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4223>
- Quiroz, P. M., & Raquena, C. M. (2019, 23 diciembre). “Grado De Depresión Y Funcionalidad Del Adulto Mayor De Un Hospital De Lima, 2017”. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3420/TESIS%20Requena%20Carla%20-%20Quiroz%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramírez, R. L. (2014). *Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia*. Scielo.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010
- Ramos, S. J. (2016). *Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años*. Repositorio de La Universidad de Huelva.
<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/12697>

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Saavedra, F. (2012). *Psicología*. Lima: Lealtad Sac.
- Santamaría, S. E., & Villamarín, D. T. (2020). *Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor*. Repositorio PUCESA.
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3034>
- Tello-Rodríguez, T. (2016, 1 junio). SciELO - Saúde Pública - *Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño*. Scielo.
<https://www.scielo.org/article/rpmesp/2016.v33n2/342-350/>
- Torregosa, M. R. T. (2019). *Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del Cuidado y diferencias por Sexo/Género*. RODERIC.
<https://roderic.uv.es/handle/10550/71777#:~:text=El%20enfoque%20del%20envejecimiento%20activo,el%20bienestar%20en%20la%20vejez.>
- Torregroza, C. E. (2018). *Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado*. Scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&lang=es
- Valverde, M., & Arguedas, K. (2014, 9 octubre). *Repositorio del SIBDI-UCR: Detección de deterioro cognitivo según la escala de la Evaluación Cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment) en pacientes con Enfermedad de Parkinson Idiopático con cognición «normal» según la puntuación en el test de Mini Examen del Estado Mental (Mini-Mental State Examination), atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Neurología del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, durante los años 2009 al 2013*. Repositorio del SIBDI-UCR.
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/4206>
- Vega Alonso, T. (2018,). *Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gomez de Caso en redes centinelas sanitarias*. ScienceDirect.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316302171>

Villafuerte, J. (2017). *El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial*. Scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012

Wilson, C , I. (2019). *Epidemiología, diagnóstico y pruebas cognitivas de demencias en APS. Escuela de Medicina*. <https://medicina.uc.cl/publicacion/epidemiologia-diagnostico-y-pruebas-cognitivas-de-demencias-en-aps/#:%7E:text=E1%20DSM%20V%20define%20la,lenguaje%2C%20habilidad%20perceptual%20motora%20o>

ANEXOS

Anexo 1: Índice de Katz

INDICE DE KATZ

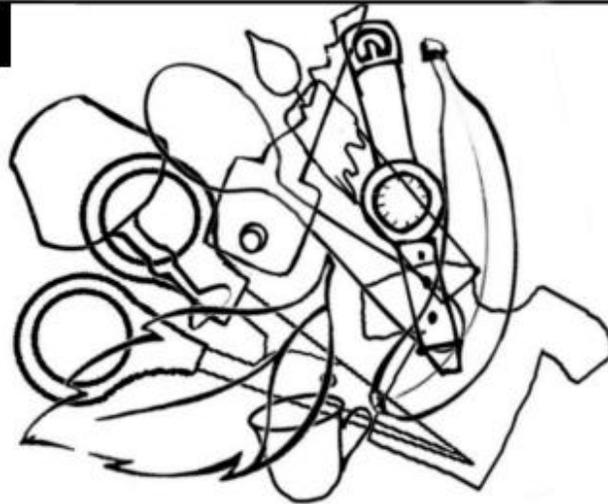
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
<p>Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.</p> <p>CLASIFICACIÓN</p> <p>A Independiente en todas las actividades</p> <p>B Independiente en todas las actividades, salvo una</p> <p>C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional</p> <p>D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional</p> <p>E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional</p> <p>F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional</p> <p>G Dependiente en las seis funciones</p>	

Anexo 2: Moca Basic

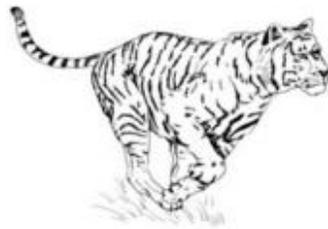
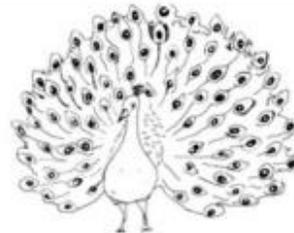
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA-B)						Name _____ Sex _____ Age _____ Education _____ Date of exam _____ Administered by _____																									
BASIC																															
EXECUTIVE FUNCTION						SCORE																									
						START TIME (/ 1)																									
IMMEDIATE RECALL						No point																									
Perform 2 trials even if 1 st trial is successful																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSE</td> <td style="text-align: center;">CHAIR</td> <td style="text-align: center;">HAND</td> <td style="text-align: center;">BLUE</td> <td style="text-align: center;">SPOON</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1st trial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2nd trial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							ROSE	CHAIR	HAND	BLUE	SPOON	1 st trial						2 nd trial													
	ROSE	CHAIR	HAND	BLUE	SPOON																										
1 st trial																															
2 nd trial																															
FLUENCY						(/ 2)																									
Name maximum numbers of FRUITS in 1 minute						2 points if N = 13 or more 1 point if N = 8-12 0 point if N = 7 or less																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1.....</td> <td>2.....</td> <td>3.....</td> <td>4.....</td> <td>5.....</td> <td>6.....</td> <td>N items</td> </tr> <tr> <td>7.....</td> <td>8.....</td> <td>9.....</td> <td>10.....</td> <td>11.....</td> <td>12.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13.....</td> <td>14.....</td> <td>15.....</td> <td>16.....</td> <td>17.....</td> <td>18.....</td> <td></td> </tr> </table>								1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	N items	7.....	8.....	9.....	10.....	11.....	12.....		13.....	14.....	15.....	16.....	17.....	18.....				
1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	N items																									
7.....	8.....	9.....	10.....	11.....	12.....																										
13.....	14.....	15.....	16.....	17.....	18.....																										
ORIENTATION						(/ 6)																									
[] time (± 2 hr) [] day [] month [] year [] place [] city																															
CALCULATION						(/ 3)																									
Provide 3 ways to pay using 1 dollar coins, 5 dollar and 10 dollar bills for an object that costs exactly "13 Dollars" (3 points if 3 ways, 2 points if 2 ways, 1 point if 1 way, 0 point if no correct way)																															
[] 1..... [] 2..... [] 3.....																															
ABSTRACTION						(/ 3)																									
To what category these objects belong to? (e.g. orange - banana = fruit)																															
[] train - boat [] north - south [] drum - flute																															
DELAYED RECALL						(/ 5)																									
Recall with No cue						(/ 5)																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSE</td> <td style="text-align: center;">CHAIR</td> <td style="text-align: center;">HAND</td> <td style="text-align: center;">BLUE</td> <td style="text-align: center;">SPOON</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Recall with No cue</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Recall with category cue</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Recall with multiple choice cue</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>									ROSE	CHAIR	HAND	BLUE	SPOON	Recall with No cue	[]	[]	[]	[]	[]	Recall with category cue	[]	[]	[]	[]	[]	Recall with multiple choice cue	[]	[]	[]	[]	[]
	ROSE	CHAIR	HAND	BLUE	SPOON																										
Recall with No cue	[]	[]	[]	[]	[]																										
Recall with category cue	[]	[]	[]	[]	[]																										
Recall with multiple choice cue	[]	[]	[]	[]	[]																										
Points are awarded for recall with No cue (1 point for each item)																															
VISUOPERCEPTION						(/ 3)																									
Identify drawings. No more than 60 seconds. See complementary sheet.						3 points if N = 9-10 2 points if N = 6-8 1 point if N = 4-5 0 point if N = 0-3 N ____																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">scissors</td> <td style="text-align: center;">T-shirt</td> <td style="text-align: center;">banana</td> <td style="text-align: center;">lamp</td> <td style="text-align: center;">candle</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">watch</td> <td style="text-align: center;">cup</td> <td style="text-align: center;">leaf</td> <td style="text-align: center;">key</td> <td style="text-align: center;">spoon</td> </tr> </table>								scissors	T-shirt	banana	lamp	candle	watch	cup	leaf	key	spoon														
scissors	T-shirt	banana	lamp	candle																											
watch	cup	leaf	key	spoon																											
NAMING						(/ 4)																									
Identify animals. See complementary sheet. [] zebra [] peacock [] tiger [] butterfly																															
ATTENTION						(/ 1)																									
Name the numbers in circles. See complementary sheet. 1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 6 8 7 4 6 7 5						ERROR ____ N No point if 2 errors or more																									
Name the numbers in circles & squares: 3 8 5 1 3 0 2 9 2 0 4 9 7 8 6 1 5 7 6 4																															
See complementary sheet. 1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 6 8 7 4 6 7 5						2 points if 2 errors or less 1 point if 3 errors 0 point if 4 errors or more																									
						END TIME																									
Adapted by : Parunyou Julayanont MD Copyright : Z. Nasreddine MD						TOTAL SCORE (/ 30) Add 1 point if education < 4 year AND add 1 point if illiterate TOTAL TIME min sec																									

MOCA-B. HOJA COMPLEMENTARIA

PERCEPCIÓN VISUAL



DENOMINACIÓN



ATENCIÓN

① ⑤ ⑧ ③ ⑨ ② ① ③ ⑨ ④ ① ② ① ⑥ ⑧ ⑦ ④ ⑥ ⑦ ⑤

③ ⑧ ⑤ ① ③ ① ② ⑨ ② ① ④ ⑨ ⑦ ⑧ ⑥ ① ⑤ ⑦ ⑥ ④

① ⑤ ⑧ ③ ⑨ ② ① ③ ⑨ ④ ① ② ① ⑥ ⑧ ⑦ ④ ⑥ ⑦ ⑤

Anexo 3: Consentimiento Informado

Documento de Consentimiento Informado para adultos mayores de 65 años en adelante residentes del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey”

Nosotros, Martina Álvarez y Carlos Avila estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Universidad del Azuay, estamos realizando una investigación sobre el Deterioro Cognitivo y su relación con las actividades de la vida diaria en los adultos mayores.

Es apropiado realizar un estudio en adultos mayores para detectar problemas y realizar un diagnóstico oportuno con el fin de dar un tratamiento adecuado al paciente, por lo tanto se ha decidido realizar este proyecto de investigación, con el fin de analizar el impacto de los diferentes niveles de deterioro cognitivo en relación a la independencia del adulto mayor. Existen ciertas enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo, que hacen que el adulto mayor pierda gran parte de su funcionalidad e independencia, por tanto esta investigación permitirá entender más sobre los cambios que se dan en el adulto mayor y cómo influyen en su vida diaria, al igual que nos dará pautas de una intervención adecuada.

En esta investigación se aplicarán dos escalas y dos test relacionados con el deterioro cognitivo y el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria del adulto mayor. No se presentarán riesgos que perjudiquen o pongan en peligro a los participantes; al contrario, se busca beneficiarlos dando a conocer información relevante sobre el deterioro cognitivo.

Esperamos contar con la participación de los adultos mayores de 65 años en adelante del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey” que acepten de manera voluntaria formar parte de esta investigación.

Usted puede cambiar de parecer y abandonar la investigación aun cuando haya aceptado participar de esta anteriormente.

Duración

La investigación tendrá una duración total de 6 meses. Durante este tiempo, serán necesarios tres encuentros para la aplicación de los distintos test, lo que implicaría aproximadamente 2 horas al día, intercalando una semana durante dos meses.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de quienes participen en la investigación, ya que toda la información será confidencial. Solo los investigadores tendrán acceso a los datos que se obtengan en el transcurso de la investigación. Los resultados obtenidos se compartirán con usted previo a su publicación. Se publicarán los resultados finales para quienes estén interesados en el tema; sin embargo, no se expondrá ningún dato personal de los participantes.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta, duda o sugerencia puede hacerlas ahora o posteriormente, incluso si la investigación ya ha dado inicio. Puede contactarse con :

Martina Álvarez Aray 0987345722 / 82014@es.uazuay.edu.ec

Carlos Avila Heredia 0987776635 / eavila@es.uazuay.edu.ec

He sido invitado a participar en la investigación sobre el deterioro cognitivo y su relación con las actividades de la vida diaria. Entiendo que realizaré 3 tests relacionados con el tema a investigar. He sido informado de que no existen riesgos, pero sí beneficios. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados por su número de teléfono o correo electrónico.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella. Las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente, despejando todas las dudas. Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de ella en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante

Firma del

Participante

Fecha

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer las preguntas que ha considerado necesarias. Confirmando que la persona ha dado el consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Martina Álvarez

Firma del Investigador

Fecha

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado
(iniciales del investigador/asistente)

Nombre del Investigador Carlos Avila

Firma del

Investigador

Fecha

Día/mes/año

Firma de responsabilidad (estudiante)

Firma de responsabilidad (director sugerido)

Fecha de entrega: MM / DD / AÑO
