

LAS HABILIDADES COGNITIVAS Y EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.



Slendy Johana Ardila Triana

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
TERAPIA OCUPACIONAL
PAMPLONA
2016

LAS HABILIDADES COGNITIVAS Y EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.



Slendy Johana Ardila Triana

Trabajo presentado como requisito de grado para optar al título de terapeuta ocupacional

Asesor Metodológico.

McS. BENITO CONTRERAS EUGENIO

Asesora Científica.

Esp. MARIA FERNANDA CAMARO

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
TERAPIA OCUPACIONAL
PAMPLONA

2016

Dedicatoria

A DIOS por darme la salud, fortaleza y sabiduría necesaria para cumplir mi gran sueño de ser
Terapeuta Ocupacional, superando cada momento difícil que se presentó en mi proceso
académico siempre con la certeza de saber que las cosas buenas nunca son fáciles y que se debe
luchar por lo que se quiere.

A mi madre RAQUEL TRIANA BRAVO quien ha estado a mi lado de forma incondicional
durante toda mi vida, porque sus brazos son el mejor refugio en aquellos momentos de tristeza y
debilidad, sus palabras han sido el motor que me impulsa a seguir adelante cuando quiero
desfallecer, porque su amor siempre ha sido más grande que cualquier obstáculo y su ejemplo el
mejor que pude haber seguido.

A mi padre CARLOS MARTIN ARDILA MORENO por su esfuerzo diario, porque aún en la
distancia su amor estuvo presente cada día en mi vida, apoyándome con dulces palabras de
ánimo y siendo la base de nuestra unida familia, por soñar y volar conmigo, pero sobre todo por
demostrarnos que somos lo más importante en su vida

A mi hermana KAREN DAYANA ARDILA TRIANA quien ha sido mi compañera de vida,
por ser la mejor hermana que pude haber pedido, acompañándome en alegrías y tristezas,
prestándome su ayuda siempre que la he necesitado, por llenar mi vida de felicidad con su
presencia, porque siempre ha sido luz en momentos de desesperación.

A ellos dedico mi tesis de grado, porque son el tesoro más valioso de mi vida, mi motivación y
mi fuerza para salir adelante y porque gracias a ellos me encuentro disfrutando de este
maravilloso momento, este logro es nuestro mí amada familia.

Agradecimientos

A Dios en primera instancia porque ha bendecido mi vida con la oportunidad de formarme como profesional, porque me ha regalado el orgullo de ser Terapeuta Ocupacional y gracias a él podré servir a las personas que requieran de mí como persona y como profesional retribuyendo un poco de las bendiciones recibidas.

A mis padres por permitirme soñar y superarme, por apoyarme y creer en mí, entregando cada esfuerzo para verme convertida en profesional, por la educación y valores que me han inculcado a lo largo de mi vida, porque gracias a ellos soy la mujer que soy hoy en día, a mi hermana por estar siempre a mi lado, por ayudarme a ser mejor persona, porque sé que siempre podré contar con ella, así como ella contara conmigo. Gracias infinitas por ayudarme a construir este sueño, el primero de muchos que cumpliremos juntos. Los amo

A la universidad de Pamplona por ser mi templo de estudio, donde crecí tanto personal como profesionalmente, al programa de Terapia Ocupacional, especialmente a la docente Magda Milena Contreras Jáuregui por su dedicación en pro del crecimiento y reconocimiento del programa, al profesor Benito Contreras Eugenio por ser mi guía en este proceso investigativo, por su dedicación y apoyo en cada una de las etapas del mismo.

Al Asilo Rudesindo Soto por permitirme desarrollar mi Campo de Acción Profesional en sus instalaciones y facilitarme los espacios requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades propuestas, a los abuelitos que hicieron parte de este proceso formativo agradezco cada manifestación de afecto para conmigo, Dios los bendiga siempre.

Contenido

	Págs.
Introducción	15
Capítulo I	16
Título	16
Planteamiento del problema.....	16
Descripción del problema.	16
Formulación del problema.	18
Justificación	18
Objetivos	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.	21
Capítulo II	22
Marco teórico	22
Antecedentes investigativos.....	22
Antecedentes internacionales.....	22
Antecedentes nacionales.	23
Antecedentes legal y ético.	24
Marco teórico	26
Modelo de la ocupación humana.	26
Volición.....	26
Habitación.	26
Hábitos.	27
Roles internalizados.	27
Capacidad de desempeño.	27
Desempeño ocupacional.	27
Actividades de la vida diaria	28
Terapia ocupacional en geriatría.	28
Teoría de la actividad.....	29

Ciclos vitales	29
Vejez.....	29
Fisiología del envejecimiento.	30
Homeostasis.	30
Envejecimiento biológico.	31
Envejecimiento psicológico.	31
Envejecimiento sociológico.	31
Bases biológicas del envejecimiento cerebral.....	31
Cambios cognoscitivos al envejecer.	32
Memoria y aprendizaje.	32
Atención.....	33
Estado cognitivo y envejecimiento.	33
Cognición desde Terapia Ocupacional.	34
Deterioro cognitivo leve.	34
Perfil neuropsicológico.	36
Perfil afectivo-emocional.....	36
Perfil de la actividad funcional	37
Impacto psicológico de la institucionalización.	38
Marco conceptual.....	38
Marco contextual	40
Identificación de la institución.....	40
Reseña histórica de la institución.....	41
Políticas institucionales.....	42
Objetivos institucionales.....	42
Programas y servicios institucionales.	43
Sistema de variables.....	44
Variable.....	44
Definición Nominal.	45
Definición Real.	45
Definición Operacional.	45
Hipótesis	46

Hipótesis de trabajo H1.....	46
Hipótesis nula H°.....	46
Capítulo III.....	50
Diseño Metodológico.....	50
Tipo de investigación.....	50
Cuantitativo.....	50
Diseño de investigación.....	51
Exploratorio.....	51
Descriptivo.....	51
Correlacional.....	51
Población y muestra.....	52
Población.....	52
Muestra.....	53
Criterios de inclusión y exclusión.....	54
Criterios de inclusión.....	54
Criterios de exclusión.....	54
Técnicas e instrumentos de investigación.....	54
Técnicas.....	54
Instrumentos.....	55
Evaluación cognitiva (MMSE) modificado . (Ver Apéndice A).....	56
Población objetivo el MMSE–abreviado.....	56
Validez y confiabilidad del MMSE.....	56
Método.....	57
Interpretación.....	57
Limitaciones.....	57
Índice de Katz. (Ver apéndice B).....	58
Población objetivo para la evaluación.....	58
Validez y confiabilidad.....	59
Consentimiento informado (Ver apéndice C).....	59

Capítulo IV.....	60
Resultados.....	60
Interpretación de resultados de la caracterización de los adultos mayores del Asilo Rudesindo Soto	60
Interpretación de resultados instrumento Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado	66
Interpretación de resultados del instrumento índice de Katz	72
Prueba de chi-cuadrado.....	77
Discusión de resultados.....	78
Capítulo V	80
Plan de acción	80
Introducción	81
Justificación	82
Objetivos.....	83
Objetivo general.....	83
Objetivos específicos	83
Metodología	83
Medios de intervención.....	84
Relación terapéutica.....	84
Ambiente terapéutico.....	84
Ambiente no humano.....	84
Proceso enseñanza-aprendizaje.....	85
Modalidades de intervención	85
Tipo de actividades.....	86
Sustentación teórica.....	86
Modelo dinámico de la cognición (Toglia).....	86
Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)	87
Recursos financieros	87
Actividades Terapéuticas	1
“Recuerdo mi pasado, activo mi futuro”.....	1
Segunda fase. “ActivArte en la ocupación”.....	11

Capítulo VI.....	1
Producto final.....	1
A la universidad de Pamplona	1
Al escenario de práctica	1
Conclusiones	2
Recomendaciones	4
Referencias.....	6
Apéndice	13

Listado de Figuras

	Págs.
Figura 1. Asilo Rudesindo Soto, Cúcuta N.S.	40
Figura 2. Organigrama Institucional	44
Figura 3. Edad.....	61
Figura 4. Género	62
Figura 5. Apoyo familiar.....	63
Figura 6. Tiempo de estancia en la institución	64
Figura 7. Estado civil	65
Figura 8. Orientación en tiempo	66
Figura 9. Registro de palabras	67
Figura 10. Atención y cálculo.....	68
Figura 11. Comprensión.....	69
Figura 12. Evocación	70
Figura 13. Dibujo	71
Figura 14. Baño.....	72
Figura 15. Vestido.....	73
Figura 16. Uso del W.C.	74
Figura 17. Movilidad	75
Figura 18. Continencia.....	76
Figura 19. Alimentación	77

Listado de Tablas

Tabla 1. Sistema de variables.....	41
Tabla 2. Género femenino.....	52
Tabla 3. Género masculino	53
Tabla 4. Género femenino.....	53
Tabla 5. Género masculino	54
Tabla 6. Edad	60
Tabla 7. Género.....	62
Tabla 8. Apoyo familiar	63
Tabla 9. Tiempo de estancia en la institución.....	64
Tabla 10. Estado civil	65
Tabla 11. Orientación en tiempo.....	66
Tabla 12. Registro de palabras.....	67
Tabla 13. Atención y cálculo	68
Tabla 14. Comprensión.....	69
Tabla 15. Evocación.....	70
Tabla 16. Dibujo	71
Tabla 17. Baño	72
Tabla 18. Vestido	73
Tabla 19. Uso del W.C.....	74
Tabla 20. Movilidad.....	74
Tabla 21. Continencia	75
Tabla 22. Alimentación.....	76
Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado	77
Tabla 24. Cronograma de actividades.....	50
Tabla 25. Actividades terapéuticas primera fase	1
Tabla 26. Actividades terapéuticas segunda fase.....	11

Listado apéndices

	Págs.
Apéndice A. Evaluación cognitiva MMSE Modificado	14
Apéndice B. Valoración de las actividades de la vida diaria – Índice de Katz.....	15
Apéndice C. Consentimiento informado.....	16
Apéndice D. Carta transferencia de derechos de autor	18
Apéndice E. Cartilla de estimulación cognitiva.....	20
Apéndice F. Evidencias fotográficas	21
Apéndice G. Asistencia de usuarios.....	24

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de relacionar las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados en el asilo Rudesindo Soto de la ciudad de Cúcuta, el proceso investigativo inicio llevando a cabo la caracterización de la población de 110 adultos mayores, de los cuales 50 fueron seleccionados como muestra cumpliendo con los criterios de inclusión, posterior a esto se desarrolla el proceso de valoración a través del instrumento evaluación cognitiva MMSE Modificado, el cual evalúa el estado cognitivo analizando algunas áreas de funcionamiento cognitivo como orientación, registro de información, atención, cálculo, memoria y lenguaje, así mismo se llevó a cabo la aplicación del instrumento índice de Katz con el fin de evaluar el estado funcional de las actividades de la vida diaria, mediante la valoración de seis funciones como baño, vestido, alimentación, uso del W.C, movilidad y continencia, proporcionando un índice de autonomía-dependencia. Con base en la interpretación de resultados, se pudo concluir que las áreas cognitivas que se encuentran mayormente afectadas en los adultos mayores son las de memoria y orientación temporal, de igual forma se evidenció que presentan independencia en la ejecución de actividades de la vida diaria, puesto que no requieren ayuda de otra persona para ejecutar las actividades que las comprenden, exceptuando la actividad de baño en la que el 18% presenta dificultad para ingresar o salir de la ducha, mas no para ejecutar la actividad. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de valoración, se estableció un plan de acción encaminado hacia la conservación de las habilidades cognitivas residuales de los adultos mayores favoreciendo y manteniendo su independencia en el desempeño autónomo e integral de actividades de la vida diaria, dicho plan de acción se basa en la técnica de reminiscencia, la cual permite estimular las áreas cognitivas mediante la acción de recordar.

Palabras claves: Habilidades cognitivas, actividades de la vida diaria, adulto mayor, reminiscencia, Terapia Ocupacional

Abstract

This research was carried out with the aim of relating cognitive abilities to the integral performance of daily activities in institutionalized older adults in the Rudesindo Soto nursing home in the city of Cúcuta. The research process began by carrying out the characterization of the population of 110 older adults, of which 50 were selected as sample taking into account the inclusion criteria; after this, the assessment process was developed through the Modified MMSE cognitive assessment instrument, which evaluates the cognitive status by analyzing some cognitive functioning areas as orientation, recording of information, attention, calculation, memory and language, and the index of Katz instrument was also applied with the objective of evaluating the functioning status of daily activities, through the assessment of six functions as bath, dress, food, the wc use, mobility and continence, providing an index of autonomy-dependence. Based on the interpretation of results, it was concluded that the cognitive areas most affected in older adults are memory and temporary orientation; in the same way, it was evidenced their independence in the daily activities' performance, since they do not require the help of another person to carry out the activities; except for the bathing activity in which 18% have difficulty entering or exiting the shower, but not executing the activity.

Taking into account the results obtained through the application of valuation instruments, a plan of action was established towards the conservation of older adults' residual cognitive abilities, favoring and maintaining their independence in the autonomous and integral performance of daily life activities; this action plan was based on the reminiscence technique, which allows to stimulate the cognitive areas through the action of remembering.

Key words: Cognitive skills, daily activities, older adult, reminiscence, Occupational Therapy.

Introducción

El deterioro cognitivo es caracterizado por la pérdida de memoria, la capacidad de concentrarse durante un periodo prolongado de tiempo en una tarea y una marcada lentitud al momento de poner en práctica las habilidades cognitivas, esto puede ser atribuido al proceso fisiológico del envejecimiento (Unobrain, 2016), el cual con el paso del tiempo compromete de forma notable la función cognitiva de no recibirse un tratamiento oportuno, es por esto que la aparición del deterioro cognitivo en una persona supone un factor de riesgo para el desempeño autónomo en las diferentes actividades diarias, puesto que es justo el deterioro cognitivo el paso anterior a una demencia, por otra parte, la incidencia de deterioro cognitivo en la tercera edad no solo proviene del proceso de envejecimiento natural sino también de algunos factores propios de la persona como lo son: el ambiente en el que se desenvuelve, dado que este pueden presentarse como un facilitador e inhibidor de experiencias que promuevan la estimulación cognitiva, donde en el caso específico de los adultos mayores institucionalizados dichas experiencias no se viven con regularidad al encontrarse inmersos en la monotonía del diario vivir.

De acuerdo con lo anterior el adulto mayor institucionalizado es un blanco susceptible para presentar alteración en áreas ocupacionales como autocuidado, productividad, ocio y tiempo libre, por lo que se hace necesaria la generación de espacios donde se estimulen las habilidades cognitivas, por medio de estrategias innovadoras que sean del interés de la población geriátrica, partiendo de las necesidades evidenciadas y de los gustos e intereses manifestados por la misma, esto con el fin de favorecer la motivación por vincularse en ellas y llevarlas a cabo de forma activa, donde dichas actividades y estrategias no solo cumplan la función de brindar esparcimiento sino que permitan la conservación de las habilidades cognitivas residuales así como el mantenimiento funcional del adulto mayor en la ejecución de actividades de la vida diaria, es allí donde radica la importancia del que hacer del terapeuta ocupacional dentro del área de la geriatría, puesto que según (Berrueta, Ojer, & Trébol, 2009) en el anciano la ocupación es fundamental, no solo por entrenamiento y distracción, sino como garantía para conservar el nivel de salud, el terapeuta ocupacional juega un interesante papel en la evitación de un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico, englobando desde la asistencia prolongada institucionalizada hasta la atención en el hogar.

Capítulo I

Título

Las habilidades cognitivas y el desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor institucionalizado.

Planteamiento del problema

Descripción del problema.

Se considera que en Colombia la incidencia de deterioro cognitivo leve es de 51 por 1000 personas al año, agrupando los 4 subtipos definidos según (Manly JJ, 2008, pág. 9), así mismo en el mundo se calculó para el año 2001 una población de personas con demencia de 24.3 millones, con un incremento anual de nuevos casos de 4.6 millones, de acuerdo con (Ferri, *et al.*; 2005, pág. 2) se duplicaría el número de casos cada 20 años hasta llegar en el 2040 a 81.1 millones de casos. Teniendo en cuenta estas cifras alarmantes, es posible inferir que el deterioro cognitivo no está siendo abordado de forma oportuna, puesto que su progreso es tal que finaliza en un cuadro demencial, es importante mencionar que el deterioro de las habilidades cognitivas representa una etapa previa al desarrollo de demencia y que si bien, es un factor propio del declive generado por un envejecimiento natural, este puede ser intervenido desde diferentes disciplinas de la salud como la terapia ocupacional, bajo el objetivo de preservar las habilidades cognitivas residuales evitando el deterioro acelerado de las mismas y minimizando la probabilidad de aparición de demencia, teniendo en cuenta que según (Smith & Rush, 2006) solamente un 12% de los individuos con deterioro cognitivo leve terminan en un proceso demencial.

De acuerdo con lo anterior, la Institución Asilo Rudesindo Soto del Municipio de San José de Cúcuta, presta el servicio de atención a los adultos mayores en su mayoría enfermos, en estado de discapacidad física, dependientes de cuidadores en la ejecución de actividades básicas cotidianas, en pobreza absoluta al no contar con ingreso económico de ninguna índole, abandonados y marginados por las familias al no querer cuidar de ellos o en algunos casos excepcionales se encuentran por voluntad propia pagando a la institución una mensualidad por su estadía y alimentación, dicho esto cabe resaltar que el asilo Rudesindo Soto es una entidad sin

ánimo de lucro, la cual posee un sostenimiento financiero proveniente de la gestión realizada por la Madre superiora y los donativos que se recibe de la comunidad, razón por la que no se cuenta con un equipo interdisciplinar de profesionales que favorezcan el bienestar del adulto mayor.

Así mismo, en el asilo Rudesindo Soto se hace evidente la inexistencia de espacios que permitan la estimulación cognitiva del adulto mayor, debido a la saturación del tiempo por parte del personal de cuidado o por la falta de conocimiento del mismo sobre la importancia de trabajar estas habilidades en pro de conservar la funcionalidad de la población, debido a esta saturación de tiempo se hace casi imposible realizar una orientación y motivación individualizada a los adultos mayores lo cual genera sedentarismo en ellos, que a su vez desencadena sentimientos de inutilidad, lo anteriormente mencionado conlleva a que el adulto mayor desarrolle de forma acelerada un deterioro en sus habilidades cognitivas y una posterior dependencia en la ejecución autónoma e integral de actividades de la vida diaria de llegar a presentarse una demencia, puesto que el deterioro cognitivo es considerado la etapa previa al desarrollo de un cuadro demencial de no ser abordado de forma oportuna.

El ambiente tiene un papel importante en el progreso del deterioro cognitivo, el cual en este caso específico es un inhibidor del desempeño ocupacional en los adultos mayores puesto que no les permite explorar sus habilidades y destrezas a través de la facilitación de espacios donde puedan desarrollar actividades que fortalezcan su componente cognitivo, de mismo modo, es el propio envejecimiento natural el que produce las primeras consecuencias funcionales en la vida del anciano, dado que existe una mayor facilidad para enfermar que en otros grupos de edad y, por tanto, mayor probabilidad para afectar o deteriorar el desarrollo de ocupaciones de algún modo (Sanchez, 2010). Consecuencia de esta vulnerabilidad a la enfermedad, surge muy habitualmente un grupo de actitudes por parte de los cuidadores principales, familiares e incluso profesionales, que englobaríamos como la tendencia a la sobreprotección que limita la participación del paciente anciano en su habitual dinámica de actividades diarias (Sanchez, 2010).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, cabe resaltar el que hacer del terapeuta ocupacional dentro del área de geriatría, el cual según (Berrueta, Ojer, & Trébol, 2009) responde

al objetivo de maximizar las competencias funcionales del anciano y su integración en el entorno físico y social, promoviendo su autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando su calidad de vida, es así, como el terapeuta ocupacional busca favorecer y mantener la independencia de los adultos mayores en la ejecución de actividades de la vida diaria como baño, vestido, alimentación, entre otras, generando un impacto positivo en su calidad de vida y en el desarrollo de una vejez más activa.

Formulación del problema.

¿Cómo se relacionan las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria del adulto mayor institucionalizado en el asilo Rudesindo soto de la ciudad de Cúcuta, norte de Santander?

Justificación

El presente proyecto de investigación pretende conocer la relación existente entre las habilidades cognitivas y el desempeño integral de actividades de la vida diaria en el adulto mayor institucionalizado en un centro geriátrico de estancia prolongada, debido a que en esta población es común encontrar niveles de dependencia elevados hacia los empleados encargados de su cuidado, al no poder ejecutar de forma autónoma las actividades y tareas que el día a día requiere como alimentarse, bañarse, vestirse, entre otras, para las cuales requieren de ayuda. Lo anterior se presenta a raíz de la pérdida de memoria, atención, concentración y demás habilidades que trae consigo el proceso de envejecimiento natural y la limitación existente para acceder a actividades que promuevan el componente cognitivo, lo cual permita retrasar la aparición agresiva de deterioro cognitivo.

Así mismo el adulto mayor institucionalizado es un blanco susceptible para la aparición de deterioro cognitivo ya que se encuentra inmerso en la monotonía del día a día sin posibilidad de realizar actividades que estimulen su capacidad cognitiva, haciéndose evidente los problemas de memoria, atención, concentración, seguimiento de instrucciones, entre otros, lo que genera un retroceso progresivo en la habilidad para desempeñar funcional e integralmente las actividades de la vida diaria, requiriendo ayuda constante para poder llevarlas a cabo de forma satisfactoria.

Por esta razón la terapia ocupacional dentro del área de geriatría tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria, para cumplir sus ocupaciones ajustando su ejecución según las necesidades propias de su edad (Sanchez, 2010), relacionada con los cambios que trae consigo el proceso de envejecimiento, sus limitaciones tanto físicas como cognitivas y contribuyendo a reducir el riesgo de aislamiento social y sus consecuencias perjudiciales, por lo anterior el servicio de terapia ocupacional se hace conveniente dentro de una institución geriátrica al permitir la reducción de deterioro cognitivo gradual, el cual repercutirá notablemente en la independencia de la población si no es intervenido oportunamente, generando sobrecarga de trabajo en los cuidadores.

De acuerdo a lo anterior es posible retomar a (Reed, 1999) quienes afirman que la realización o participación en distintas ocupaciones a lo largo del ciclo vital de un individuo coadyuda a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo social y emocional del sujeto y al aprendizaje de habilidades y destrezas para su adaptación al entorno, por esta razón se hace importante y necesario mantener en condiciones adecuadas el componente cognitivo de los adultos mayores previniendo el impacto negativo que este genera sobre el desempeño funcional de las actividades que realiza el adulto mayor a diario, impactando de forma negativa su calidad de vida, (Kielhofner G. , 2004) Asegura que la implicación de los seres humanos en actividades productivas, juegos y actividades lúdicas y actividades de la vida diaria, genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo.

Ahora bien, una de las bases teóricas que sustenta el trabajo del terapeuta ocupacional en el área de geriatría es el modelo canadiense del desempeño ocupacional, donde sugiere que el rol principal del terapeuta ocupacional es posibilitar el desempeño funcional de la población institucionalizada en las áreas de autocuidado, ocio y productividad llevando a cabo un proceso de cooperación entre el usuario y el terapeuta ocupacional, encaminado hacia la búsqueda de prioridades manifestadas por el paciente, con el fin de establecer un plan de tratamiento tomando como eje la opinión del usuario (Sanchez, 2010). También es importante mencionar el modelo de la ocupación humana donde se ve a los individuos como ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen sus propias necesidades y cumplen con las necesidades sociales de participación productiva y de ocio (Kielhofner, 2011) áreas que se ven sumamente afectadas en la población

del adulto mayor que presenta deterioro cognitivo al no poder desempeñarse de forma autónoma en estas actividades.

De igual forma es importante resaltar el modelo de conducta ocupacional donde la autora destaca que, en el proceso de satisfacer la necesidad de realización los individuos adquieren capacidades, intereses, destrezas, competencias o hábitos de cooperación que apoyan sus diversos papeles ocupacionales durante su vida (Smith & Hopkins, 1998) que es lo que se pretende lograr dentro de la intervención realizada con los adultos mayores pertenecientes a la institución geriátrica.

Por esta razón la estrategia metodológica que se implementara se encontrara basada en la técnica de reminiscencia, la cual según (Salvarreza, 1988) es "una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad", dicha técnica será desarrollada mediante diversas estrategias de intervención como lo son las actividades creativas y artísticas, de ocio y tiempo libre, de forma grupal e individual, tomando como referencia principal la conservación de las habilidades cognitivas residuales en el adulto mayor manteniendo su funcionalidad en la ejecución de actividades de la vida diaria y retrasando gradualmente las probabilidades de presentar demencia en un futuro cercano, dado que el deterioro cognitivo es la puerta de entrada para esta enfermedad de no ser intervenida o detectada a tiempo.

Así mismo desde el aspecto práctico a través del campo de acción profesional, la implementación de este proyecto contribuirá con el mantenimiento de la independencia en el adulto mayor en la ejecución de actividades de la vida diaria como baño, vestido, alimentación, continencia, movilidad y uso del W.C., de igual forma se establecerá la importancia del que hacer del terapeuta ocupacional dentro de una institución geriátrica, al establecer estrategias de intervención que se encuentren relacionadas con los gustos e intereses de la población, teniendo en cuenta las características propias que presenta la misma por su estado de envejecimiento y declive fisiológico y que permitan cumplir con el objetivo de promover la autonomía en los adultos mayores para que puedan desempeñar de forma satisfactoria las actividades de

autocuidado, las cuales son indispensables para vivir una vida ocupacionalmente activa en esta etapa del ciclo vital.

Objetivos

Objetivo general.

Relacionar las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados en el asilo Rudesindo Soto de Cúcuta.

Objetivos específicos.

Valorar habilidades cognitivas en la población del Asilo Rudesindo Soto de la ciudad de Cúcuta a través de la evaluación cognitiva (MMSE) Modificado.

Determinar el grado de autonomía de los adultos mayores institucionalizados en el Asilo Rudesindo Soto a través de la aplicación del índice de Katz (valoración de actividades en la vida diaria).

Elaborar un plan de acción con base a los datos obtenidos mediante los instrumentos aplicados (evaluación cognitiva (MMSE) Modificado e índice de Katz) respondiendo a las necesidades de la población.

Aplicar las actividades diseñadas en el plan de acción favoreciendo las habilidades cognitivas residuales de los adultos mayores institucionalizados.

Evaluar los resultados obtenidos durante la aplicación de las actividades desarrolladas en el plan de acción.

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes investigativos

La búsqueda de antecedentes investigativos se realizó a través de la exploración en línea de bases de datos tales como Scielo, Google académico, Science Direct, entre otras, se recopilaron aquellos artículos que se encontraran relacionados con el presente proyecto donde se abordaran las habilidades cognitivas del adulto mayor desde diferentes disciplinas, así como su desempeño en actividades diarias.

Antecedentes internacionales.

Díaz, Consuelo; Socarras Armando; Torres Kleydis, (2012). *Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo*. Cuba.

El estudio realizado tenía por objetivo determinar los pacientes con deterioro cognitivo y demencia residentes en un hogar de ancianos en la ciudad de Holguín, Cuba, así como describir variables biológicas de estos realizando un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal y abordaje cuantitativo en 61 adultos mayores masculinos para determinar la presencia del deterioro cognitivo (DC), demencia, nivel funcional y comorbilidad, la información se obtuvo de las historias clínicas individuales.

Considero que este estudio aporta a mi investigación información importante a cerca de las variables o factores que se encuentran relacionados de forma directa con la aparición de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos, de igual forma aporta un abordaje extenso desde la funcionalidad del adulto mayor que presenta deterioro cognitivo, lo cual es relevante y oportuno para realizar una investigación desde terapia ocupacional en el área de geriatría.

Palma, Manuel; Sánchez, Jesús. (2010). *Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados*. España.

La presente investigación tiene como objetivo conocer la prevalencia del deterioro cognitivo leve en la Residencia José Matía Calvo de la ciudad de Cádiz, España a través de la implementación de un estudio observacional descriptivo transversal de los residentes institucionalizados con ausencia de patología neurológica o deterioro cognitivo severo se seleccionó a los sujetos con la aplicación del mini examen cognoscitivo a todos los participantes del estudio.

Es pertinente retomar el presente estudio debido a que ofrece un panorama internacional a cerca de la prevalencia e incidencia de aparición de deterioro cognitivo en adultos mayores, de igual forma da a conocer un instrumento estandarizado que evalúa el estado cognitivo como lo es el mini examen cognoscitivo, el cual permite categorizar a la población participante del estudio en los diferentes estadios del deterioro cognitivo.

Antecedentes nacionales.

Arias, María; Cabezas, Ricardo; Mejía, Felipe. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana*. Colombia.

En esta investigación se realizó un estudio poblacional descriptivo y transversal, se llevó a cabo una evaluación domiciliaria en distintos estratos socioeconómicos, mediante un instrumento de recolección de información administrado al sujeto y al cuidador. Se evaluaron las Actividades de la vida diaria instrumentales y se aplicaron tres pruebas de tamizaje para deterioro cognitivo, considerando caso positivo para deterioro cognitivo aquellos participantes que obtuvieron un desempeño anormal en cualquiera de las pruebas aplicadas.

Esta investigación es relevante para mi tema de estudio debido a que es realizado desde terapia ocupacional, esto me permite conocer el abordaje que se da a esta población y a esta patología en específico aportando riqueza teórica a mi investigación, por otra parte me orienta a cerca de tres pruebas que se pueden aplicar para realizar un tamizaje óptimo de la población objeto de estudio, para posteriormente realizar una evaluación de las actividades de la vida diaria instrumentales, área propia de terapia ocupacional, la cual es de suma importancia dentro de mi

investigación puesto que se quiere conocer la influencia del deterioro cognitivo en la ejecución de este tipo de actividades.

Herrera; Lopera; López; Oswald; Rupprecht; Tirado. (2008). *Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores*. Antioquia.

La presente investigación tiene como propósito evaluar los efectos obtenidos después de la implementación de un entrenamiento “independencia en la vejez” realizado a través de actividades y aplicación de test sobre memoria y psicomotricidad en adultos mayores sanos, para conocer su rendimiento cognitivo. Se realizó a través de un estudio transversal con una muestra de 95 adultos mayores con el fin de hacer una comparación entre los resultados obtenidos antes de la implementación del programa y después de esta.

Este estudio aporta a mi investigación una visión diferente a cerca del tratamiento que puede utilizarse en el proceso rehabilitador de una adulto mayor con deterioro cognitivo, como lo es la motricidad, por otro lado me permite conocer cuáles son los efectos observados en el adulto mayor al aplicar pruebas de memoria y test que evalúen su funcionamiento cognitivo.

Antecedentes regionales

No se encontraron antecedentes regionales relacionados con la investigación de las habilidades cognitivas del adulto mayor institucionalizado.

Antecedentes locales

No se hallaron antecedentes investigativos a nivel local relacionados con el tema abordado en la presente investigación.

Antecedentes legal y ético.

La vejez es el deterioro progresivo y cambios que surgen anatómicamente en cada ser humano con el paso del tiempo, siendo irreversible; el estado Colombiano a través por mandato del constituyente establece en su artículo 46 lo siguiente respecto del adulto mayor: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.” Convirtiéndose en una obligación estatal el velar por la integridad, seguridad, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores. Es por ello que a través de la ley 1251 de 2008, persigue como fin involucrar a los adultos mayores en la construcción de sociedad teniendo en cuenta las experiencias de vida, asistencia, promoción y respeto de sus derechos. Entendiendo como adulto mayor aquella persona miembro de la especie humana que haya cumplido, tenga 60 años o más como se estableció en el artículo 3.

Por esta razón, al involucrarlos en los diferentes programas el estado cumple con el principio de participación activa, de esta forma al tener en cuenta las vivencias, necesidades socio-económicas lo dignifica como ser humano y permite tratarlo en equidad; sin olvidar que el fin primordial es garantizar la seguridad social, integridad y bienestar, los ubica en igualdad de condiciones a todos no permitiendo la discriminación de estos bajo ninguna circunstancias. Por tanto que es un deber del estado garantizar los derechos del adulto mayor garantizar programas que los involucren activamente, eliminar cualquier forma de discriminación hacia ellos, asegurar que de forma solidaria se busque la protección de aquellas personas mayores que se encuentren en estado de vulnerabilidad manifiesta y a su vez trabajar sistemáticamente con el gobierno central, departamental y municipal en políticas que los reivindiquen y den a conocer socialmente sus derechos, como garantizar un estilo de vida saludable entre otros (Fandiño, 2005).

Sin embargo, el estado no es el único llamado a cumplir sino la sociedad civil y la familia; toda vez que estos son los obligados a crear espacios propios donde se les brinde amor, espacios de socialización y protección real y efectiva, es por ello que aun con el deber ciudadano y estatal se crea el consejo nacional del adulto mayor como órgano consultivo del Ministerio de la Protección Social de carácter permanente como lo establece el artículo 26 y cuyos principales fines son: Estimular y fortalecer los derechos del adulto mayor, realizar un seguimiento a la demografía de estos, estimular la atención al adulto mayor y fortalecer la participación de la comunidad, familia y adulto mayor para el desarrollo psíquico, físico, social y económico (Congreso de la República, 2008).

Dicho esto es pertinente reconocer el papel que desempeña el terapeuta ocupacional dentro del área geriátrica, dado que la ley indica que el profesional en terapia ocupacional está en la capacidad de identificar, analizar, evaluar, interpretar, diagnosticar, conceptualizar e intervenir sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales, así mismo este profesional de la salud posee diferentes campos de acción en los cuales puede desempeñarse de forma idónea, como lo es en este caso específico el sector de la Salud, el área de la geriatría, el cual está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensorio motoras, cognitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, favoreciendo en gran medida el desempeño funcional de la población en las diferentes ocupaciones que ejecutan, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida y vejez productiva al adulto mayor (Constitucional, 1991).

Marco teórico

Modelo de la ocupación humana.

Volición.

La volición es un proceso continuo. Esto significa que los sentimientos y pensamientos volitivos ocurren a través del tiempo, a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. La volición se refleja en el amplio rango de pensamientos y sentimientos que las personas tienen a cerca de las cosas que han hecho, están haciendo o podrían hacer (Kielhofner G. , 2011).

Habitación.

El término de habitación se refiere a este patrón de comportamiento semiautónomo, que responde a nuestros contextos temporales, físicos y sociales conocidos. Es la disposición internalizada de exhibir patrones habituales de comportamiento, guiados por nuestros hábitos y roles, que responden a características rutinarias de los ambientes temporales, físicos y socioculturales (Kielhofner G. , 2011).

Hábitos.

Los hábitos preservan las formas de hacer las actividades que hemos interiorizado a través del desempeño repetido. Generamos hábitos al hacer la misma cosa en el mismo contexto. Lo que alguna vez requirió atención y concentración llega a ser algo automático. (Kielhofner G. , 2011).

Roles internalizados.

Nuestros patrones de acción también reflejan los roles que hemos internalizado. Esto es, nos identificamos con formas que hemos aprendido a asociar con estatus social o identidad determinada y nos comportamos de acuerdo con ellas (Kielhofner G. , 2011).

Capacidad de desempeño.

Se define como la capacidad de hacer cosas que proviene de la composición de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente. Todas las capacidades y limitaciones que son descritas en forma objetiva son experimentadas por las personas que las presentan (Kielhofner G. , 2011).

Desempeño ocupacional.

El desempeño ocupacional se refiere al ejercicio de una forma ocupacional específica, por ejemplo cuando las personas realizan actividades como pasear al perro, hornear una torta, limpiar el piso o remedar una camisa, están desempeñándose. Cada área de participación está constituida por un número de desempeños. Por ejemplo, la asistencia a la escuela puede incluir formas ocupacionales como leer un libro (Kielhofner, 2004).

Es la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. Mejorar o capacitar en habilidades y patrones en el desempeño ocupacional, conduce al compromiso con las ocupaciones o actividades (AOTA, 2010).

Actividades de la vida diaria.

Según (Rogers J.C., 1991), son actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Actividades de la vida diaria también se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida (APVD). “estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permiten la supervivencia y el bienestar” (Christianse, 2004). Estas actividades comprenden baño, vestido, cuidado del intestino y la vejiga, alimentación, movilidad funcional, higiene y arreglo personal, actividad sexual y aseo e higiene en el inodoro

Terapia ocupacional en geriatría.

La terapia ocupacional mediante el uso terapéutico de las actividades de autocuidado personal, productivas y de ocio con el objetivo de aumentar la función independiente, reforzar el desarrollo y prevenir la discapacidad es coincidente con el enfoque principal de la gerontología y el de la asistencia sanitaria geriátrica. Por tanto, la terapia ocupacional es una disciplina esencial en geriatría, que puede desarrollarse ampliamente en sus diferentes enfoques:

Enfoque preventivo: mantenimiento del estado de salud y prevención de la declinación funcional.

Enfoque adaptador: uso de estrategias compensatorias para ayudar a los ancianos a vivir con una discapacidad.

Enfoque recuperador: uso de técnicas de rehabilitación para ayudar a los ancianos a recuperar su función máxima.

En el anciano la ocupación es fundamental, no solo por entrenamiento y distracción, sino como garantía para conservar el nivel de salud, el terapeuta ocupacional juega un interesante papel en la evitación de un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico, englobando desde la asistencia prolongada institucionalizada hasta la atención en el hogar (Berrueta, Ojer, & Trébol, 2009).

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en el campo de la geriatría utilizan la ocupación (actividades, tareas y/o desempeño de roles) para evaluar e implementar el tratamiento en los ancianos, con el objetivo de maximizar las competencias funcionales del anciano y su integración en el entorno físico y social, promoviendo su autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando su calidad de vida (Berrueta, Ojer, & Trébol, 2009).

Teoría de la actividad.

Considera que para sentirse feliz y satisfecho, el individuo ha de ser activo y considerarse útil; por ello, la persona que ha perdido su “función” en la vida se muestra desgraciada y descontenta. Esta teoría, establece una conexión entre utilidad y salud, entre productividad, actividad y bienestar (Durante & Tarrés, 2001).

Ciclos vitales

Vejez.

En el envejecimiento se producen modificaciones en los diferentes órganos y funciones, en los sistemas sensoriales, en el sistema nervioso central y en el inmunitario. En cuanto a los aspectos cognitivos, gradualmente la memoria secundaria se va siendo afectada con la edad, observándose mejor la memoria primaria o inmediata (Polonio, 2011).

El envejecimiento normal se acompaña de una lenta disminución de algunas funciones mentales superiores como la memoria reciente, la motricidad fina, la velocidad en procesos mentales, la facilidad en la evocación de palabras; pero otras funciones se pueden conservar intactas a pesar del envejecimiento si el anciano permanece activo (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2002).

(Havighurst, 1964, pág. 24) Argumentan que el envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo continuo. Sostienen que las personas mayores deben prolongar lo más posible sus actividades y que cuando se deba interrumpir alguna de ellas, conviene buscar otras alternativas. Así mismo, el posible desequilibrio que se produce por el abandono de una actividad se puede solucionar a través de una adaptación en el entorno y en las relaciones.

La valoración ocupacional en geriatría implica “comprender no solo el desempeño actual el anciano, sino también su historia funcional previa y los condicionantes que han conducido a la situación vigente” (Sanchez, 2010).

La evaluación se centra en el desempeño de las tareas de la vida diaria (especialmente cuidados personales, movilidad y manejo del hogar), el ocio y la participación social, identificando las habilidades que están afectadas y provocan un desempeño cotidiano desajustado, las que están intactas y las que favorecen un desempeño compensatorio (Polonio, 2011).

Identificar y valorar la influencia de los diferentes contextos, como las perspectivas de la persona y los familiares, permite analizar los factores que actúan como apoyo o son limitantes para el desempeño satisfactorio del anciano (Polonio, 2011).

Las vidas de los seres humanos están comprometidas en cientos de actividades que ocupan sus horas de vigilia. Estas ocupaciones tienen un profundo impacto en el modo como la persona se siente física, emocional y espiritualmente (Pellegrini, 2007). Las ocupaciones pueden procurar satisfacción y bienestar o pueden crear niveles de estrés, desequilibrio e insatisfacción. Desde las ciencias de la ocupación, (Clark, 1991) define la ocupación como (las actividades individual y culturalmente significativas en las cuales los seres humanos se comprometen”.

Fisiología del envejecimiento.

Homeostasis.

El envejecimiento representa una disminución de la capacidad de adaptación debida a una reducción de la flexibilidad de los mecanismos fisiológicos que regulan el equilibrio necesario para mantener constante el medio interno el control de la homeostasis requiere que se mantenga intacta la función integrada de órganos y sistemas para una correcta actuación biológica del organismo. Esta disminución funcional pone en marcha fenómenos compensadores, que aseguran la integridad del individuo anciano (Durante & Tarrés, 2001).

Envejecimiento biológico.

Se refiere a la condición del organismo biológico con respecto a su expectativa potencial de vida y está relacionado estrechamente con la salud física (Birren, 1977). Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento son una continuación de la declinación que comienza tan pronto se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 a 22 años.

Envejecimiento psicológico.

Se refiere a la habilidad de una persona para adaptarse a los ambientes cambiantes; se refleja principalmente en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional de una persona, prácticamente es inevitable cierto grado de declinación biológico a medida que envejecemos (Smith & Hopkins, 1998).

Envejecimiento sociológico.

Una interacción dinámica entre los individuos y la sociedad también es intrínseca al proceso de envejecimiento. El envejecimiento sociológico se produce cuando los roles y las funciones de una persona cambian en la sociedad. Se refiere a los roles específicos de la edad que asume una persona dentro del contexto de la sociedad en la que vive y se refleja principalmente en cómo se comporta la persona a la luz de las expectativas de un grupo social (Smith & Hopkins, 1998).

Bases biológicas del envejecimiento cerebral.

Las neuronas poseen diferentes moléculas (neurotransmisores) que utilizan en las sinapsis de tipo químico. Los neurotransmisores más frecuentes son: acetilcolina, dopamina, adrenalina, serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). Las alteraciones en la síntesis y liberación de estos neurotransmisores originan, a lo largo del proceso de envejecimiento, una disfunción en los circuitos sinápticos en los cuales están implicados. Además se sabe que la actividad cerebral se basa en un equilibrio muy fino entre los niveles de los diferentes neurotransmisores, de tal manera que la reducción de uno de ellos ocasiona un desbalance que desencadena una disfunción neural (Damaso, 2014).

Con el envejecimiento se produce una alteración de los receptores específicos para cada uno de los neurotransmisores y también de las moléculas encargadas de su destrucción y reciclaje una vez han ejercido sus funciones biológicas. Por lo tanto la correcta actividad de síntesis, liberación, unión al receptor y la final inactivación del neurotransmisor juegan un papel fundamental en el proceso de actividad sináptica. De esta manera se entiende que un deterioro cognitivo elevado como es el que ocurre en la EA se trate de paliar suministrando a los pacientes fármacos que ayuden a incrementar la actividad de las sinapsis colinérgicas inhibiendo las enzimas que destruyen el neurotransmisor acetilcolina (acetilcolinesterasa) en las sinapsis colinérgicas (Dámaso, 2014).

Cambios cognoscitivos al envejecer.

Las investigaciones realizadas en el área, han permitido delinear cinco tendencias mayores en la función cognoscitiva asociada al envejecimiento:

Disminución en la habilidad para recordar diferentes tipos de información.

Deterioro de la eficacia y efectividad en procesos que requieren razonamiento y decisión.

Reducción de las tareas que necesitan habilidades viso espaciales.

Disminución en las tareas que involucran rapidez en la ejecución.

Cambio en los procesos sensoriales requeridos en la detección y en la discriminación de estímulos (Gomez, 1995).

Memoria y aprendizaje.

El principal cambio que se presenta al envejecer es el deterioro de la memoria a corto plazo, es decir, dificultad para retener nueva información, además se dificulta la ejecución de tareas que requieren un componente de memoria reciente, pero se observa la memoria a largo plazo, probablemente por el marcado componente emocional que conlleva la adquisición de esa información.

El aprendizaje se dificulta por lenificación en la etapa de adquisición y retención de la información, y está directamente relacionado con las condiciones emocionales del momento, el nivel cultural, el número de veces que se presente la información, y lo más importante, el grado de motivación para retenerla y la velocidad a la cual se presenta (Gomez, 1995).

Atención.

El adulto mayor hace una tarea tan bien como una persona joven, pero cuando se requiere la realización de más de una al mismo tiempo, se sobrecarga y la ejecución se deteriora. Se distraen fácilmente ante abundante información, puesto que no logran diferenciar y descartar aquella que es innecesaria, lo cual dificulta su procesamiento. Además, los procesos inhibitorios de la atención están más comprometidos que los facilitadores, interrumpiendo el balance requerido para una atención selectiva y originan aun mayor distractibilidad, la pérdida de la atención también puede deberse a ansiedad o aumento de la tensión muscular ante el temor a cometer errores (Gomez, 1995)

Estado cognitivo y envejecimiento.

Los fenómenos asociados al envejecimiento, en lo que se refiere al estado cognitivo, son complejos y variados, pues no afectan a todas las personas de una forma uniforme, y lo que aún complica más el estudio de estos procesos es la gran variabilidad que se observa cuando se estudian poblaciones amplias. De una forma general podemos decir que en la etapa de envejecimiento se produce un declive cuantitativo de las funciones cognitivas, si bien dicho declive es muy variable en intensidad e inclusive en algunas personas no se manifiesta. Aunque parece que las capacidades cognitivas comienzan a deteriorarse una vez se alcanza la madurez sexual, es desde esta época hasta aproximadamente los 65 años cuando algunas capacidades se incrementan (consciencia de los logros, capacidad de integración, autocontrol, aspectos morales de la existencia, superación del individualismo, logro de la autonomía, mejora del manejo de la realidad práctica y de la planificación) (Dámaso, 2014).

El hecho de que no todas las facultades se afectan del mismo modo y como hemos comentado algunas no se afectan en absoluto parece sugerir que los mecanismos neurobiológicos que subyacen al envejecimiento cerebral son múltiples y variados y se fundarían en alteraciones

tanto estructurales como funcionales. Así, funciones, del tipo matemático se ven afectadas por el envejecimiento, mientras que funciones relacionadas con la creatividad (música, pintura, etc.) no se afectan. Por lo tanto se deben aprovechar las ventajas que supone el mantenimiento de estas capacidades y su relación con nuevos aprendizajes. Este aspecto tiene una mayor importancia a medida que el desarrollo socio-cultural avanza en la población (Dámaso, 2014).

Cognición desde Terapia Ocupacional.

La cognición constituye un sistema complejo y dinámico de componentes interrelacionados que nos permiten organizar y emplear la información para poder ser funcionales en el entorno en el que vivimos. La nueva información que entra al sistema es organizada y clasificada y la ya almacenada es evocada para poder interpretar el procesamiento nuevo. La respuesta eferente puede ser un movimiento, una toma de decisión o simplemente el almacenamiento de la información para su futuro uso (Grieve, 2000).

El sistema cognitivo funciona normalmente como un todo, pero es necesario establecer divisiones, a veces llamadas “subsistemas”, para poder entender la manera en la que operan sus componentes. La identificación de un déficit en un subsistema cognitivo ofrece una base para explicar la disfunción ocupacional. La observación de las habilidades cognitivas se beneficia si existe una comprensión de las destrezas cognitivas subyacentes que se requieren para la eficacia en un desempeño (Grieve, 2000).

Deterioro cognitivo leve.

Los cambios cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual, que se observa desde aproximadamente la quinta década de vida y que tiende a acentuarse en décadas ulteriores. Estos cambios intelectuales pueden reflejar un envejecimiento normal (benigno) o un envejecimiento anormal (demencia). El primero supondría un proceso de “desarrollo” cerebral normal y se relacionaría con los cambios cerebrales típicos de la senectud; el segundo por el contrario sería resultante de cambios atípicos en la histología cerebral (Rosselli & Ardila, 2012).

Petersen, (1995) motivado por la necesidad de encontrar individuos en riesgo de desarrollar demencia, incluye la presencia de quejas subjetivas de memoria con correspondientes dificultades en pruebas objetivas pero con conservación del funcionamiento cognitivo general y sin señales de alteración en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria que impidan una vida independiente; es decir, la esencia del deterioro cognitivo leve es una alteración de memoria sin que exista una demencia.

Para algunos autores el deterioro cognitivo leve es simplemente el inicio de un deterioro que termina en demencia (Morris, 2001). Para otros sin embargo, no todos los casos de deterioro cognitivo leve entrarían dentro de este progresivo detrimento cognitivo. (Smith & Rush, 2006) estiman que solamente un 12% de los individuos con deterioro cognitivo leve terminan en un proceso demencial.

Recientemente se han descrito también varios subtipos de deterioro cognitivo leve con diferentes perfiles neuropsicológicos y variaciones en el nivel de severidad:

El primer subtipo, correspondería al deterioro cognitivo leve clásico con alteraciones objetivas únicamente en la memoria.

El segundo grupo de deterioro cognitivo leve no incluiría alteraciones de memoria sino dificultades en algún otro dominio cognitivo, dentro de los que se incluyen atención, lenguaje, funciones ejecutivas o funciones viso espaciales).

El tercero implicaría trastornos en al menos dos dominios cognitivos (Rosselli & Ardila, 2012).

La clasificación adoptada por el grupo internacional de deterioro cognitivo leve (Winblad, 2004) propone entonces un esquema clasificatorio que se inicia con la decisión de si el paciente presenta un deterioro cognitivo leve amnésico o uno no amnésico y seguidamente determinar si la función cognoscitiva está alterada en un solo dominio –deterioro cognitivo leve simple o en varios formando un deterioro cognitivo leve múltiple.

Cada uno de estos tipos de deterioro cognitivo leve podría reflejar una etiología diferente que distinguiría su evolución.

Para realizar un adecuado diagnóstico temprano de demencia y establecer el diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal, el clínico tiene que obtener del paciente tres perfiles: neuropsicológico, afectivo-emocional y funcional (Rosselli & Ardila, 2012).

Perfil neuropsicológico.

El perfil neuropsicológico de los pacientes con deterioro cognitivo leve es heterogéneo. Aquellos con deterioro cognitivo leve amnésico presentan alteraciones específicamente en pruebas de memoria, fundamentalmente en aquellas pruebas que evalúan memoria declarativa de tipo episódico y semántico, presentando dificultades no solo en la consolidación de nuevas huellas de memoria sino también en el recobro diferido de esta información (Cuetos, Rodríguez, & Menéndez, 2009, pág. 154).

Se han definido dos perfiles neuropsicológicos en este grupo de pacientes. El primero presentaría un defecto primario en la formación de nuevas huellas de memoria mientras que en el segundo el problema no se encontraría en el almacenamiento sino en la recuperación o en el acceso a la información que ya está almacenada (Rosselli & Ardila, 2012).

Los pacientes con el tipo deterioro cognitivo leve asociado con defectos en funciones ejecutivas tienen dificultades para planear y solucionar problemas, al igual que un decremento en su control atencional y memoria operativa (Brandt, y otros, 2009).

Perfil afectivo-emocional.

El segundo aspecto importante que se debe considerar en la evaluación es el componente afectivo-emocional. La depresión es una causa frecuente de alteraciones de memoria en la senectud y se ha encontrado una alta asociación entre síntomas de depresión y deterioro cognitivo leve (Apostolova & Cummings, 2008, pág. 115).

Perfil de la actividad funcional

El tercer componente que se debe incluir cuando se sospecha un cuadro demencial es determinar cómo está funcionando el paciente en las actividades de la vida diaria. Dentro del diagnóstico diferencial entre demencia temprana y deterioro cognitivo leve se incluye la alteración en la primera y la preservación en la segunda de las habilidades para funcionar en actividades complejas de la vida diaria (por ejemplo, la utilización de medios de transporte, el manejo de las finanzas, etc.) (Rosselli & Ardila, 2012).

Es por ello necesario incluir dentro de la evaluación neuropsicológica un Existen dos tipos de escalas funcionales; aquellas que evalúan las funciones básicas de la vida diaria (bañarse, comer, ir al baño sin ayuda, etc.) y aquellas que evalúan funciones más complejas (como el manejo financiero, y el uso de los medios de transporte) (Rosselli & Ardila, 2012).

Por definición, el deterioro cognitivo leve no debe asociarse con alteraciones en el funcionamiento de la vida diaria. Sin embargo, recientemente se ha sugerido que algunos individuos con deterioro cognitivo leve presentan dificultades en el funcionamiento diario. Por ejemplo, (Binegar, 2009, pág. 49) encontraron que el uso del transporte público, la preparación de comidas y el manejo diario de las finanzas y de las dosis de las medicaciones puede modificarse en casos de deterioro cognitivo leve. Es probable que estos pacientes sean quienes evolucionan posteriormente a un cuadro demencial.

El uso de una prueba funcional además una prueba de tamizaje cognitivo incrementa la sensibilidad para diagnosticar un envejecimiento patológico (Tappen, 2010, pág. 656)

Estas pruebas son fáciles de administrar e interpretar, y están diseñadas para que profesiones de la salud, no necesariamente expertos en funciones cognoscitivas, obtengan un criterio objetivo para decidir si el paciente necesita o no una evaluación exhaustiva de la función cognoscitiva (Rosselli & Ardila, 2012).

Impacto psicológico de la institucionalización.

De acuerdo con (Tobín, 1989) los efectos del ingreso en una residencia geriátrica comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento que su materialización es considerada como una “amenaza”. Tobín describe los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como “síndrome del primer mes”. Según este autor, muchos residentes recién admitidos sufren un proceso confusional, mientras otros se deprimen extremadamente, presentan comportamientos extravagantes, e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro. Después del “síndrome del primer mes” algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de la muerte (Salvarezza, 1998).

Un aspecto importante a destacar respecto de los ancianos que viven en residencias geriátricas es el envejecimiento de esta población, debido al incremento de la media de edad de este colectivo. Junto a este incremento en la edad, otro aspecto importante a tener en cuenta es el alto nivel de dependencia funcional, así como la elevada tasa de ancianos que presentan severos déficit cognitivos e índices significativos de sintomatología depresiva, como cuadros que, predominando en las alteraciones mentales de los ancianos que viven en residencias, pueden presentarse tanto de forma separada como conjunta (Salvarezza, 1998).

Los distintos estudios comparativos realizados sobre ancianos que viven en la comunidad, y usuarios de instituciones geriátricas, coinciden en la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos, y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada, (Riquelme, 1997, pág. 28).

Marco conceptual

Demencia: Pérdida de las habilidades cognitivas lo cual impide el desempeño funcional en actividades básicas.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son las actividades que el ser humano realiza de forma cotidiana como bañarse, alimentarse, vestirse, etc.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son aquellas actividades que requieren de la utilización de elementos para ser ejecutadas.

Adulto mayor: Persona de 60 o más años de edad.

Autocuidado: Actividades realizadas con el fin de promover y mantener la salud.

Autonomía: Capacidad de realizar una actividad por sí solo.

Ciclo vital: Etapa de la vida en la que se encuentra una persona.

Dependencia: Incapacidad de desarrollar una actividad sin ayuda de otra persona.

Deterioro cognitivo: Déficit o pérdida progresiva de las habilidades cognitivas.

Envejecimiento: Proceso de deterioro fisiológico de las estructuras corporales y mentales.

Funcionalidad: Capacidad de desarrollar una actividad cumpliendo con el objetivo propuesto.

Funciones cognitivas: Habilidades que le permiten a la persona ejecutar de forma funcional una actividad.

Geriatría: Especialidad de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades.

Memoria: Proceso mental de almacenamiento y recuperación de la información.

Vejez: Etapa del desarrollo humano donde se inician cambios anatómicos y fisiológicos evidenciándose un deterioro progresivo.

Marco contextual

Figura 1. Asilo Rudesindo Soto, Cúcuta N.S.



Fuente: <http://cronicasdecucuta.blogspot.com.co/2012/02/126-75-anos-del-asilo-rudesindo-soto.html>

Identificación de la institución.

La Institución Asilo Rudesindo Soto del Municipio de San José de Cúcuta, identificada con el Nit. 890.500.531-4; se encuentra ubicada en la Av. 3 A, entre la calle 12 y 13 -Parque Colón; es una entidad sin ánimo de lucro, la cual presta el servicio de atención a los adultos mayores en estado de discapacidad, dependientes, en pobreza absoluta, abandonados y marginados por la familia. Esta institución en la actualidad se encuentra dirigida por Sor Aura María Cano; cuenta con 9 personas encargadas del cuidado del adulto mayor, dividiéndose en 2 pabellones, siendo estos el pabellón de mujeres y pabellón de hombres. La institución es de carácter público, en la actualidad alberga 110 adultos mayores en edades comprendidas de 60 años en adelante.

Reseña histórica de la institución.

En 1935, monseñor Rafael Afanador y Cadena, arzobispo de Pamplona y varias personas preocupadas por la situación que padecían ancianos abandonados en Cúcuta, se dieron a la tarea de solicitar a la madre general de la comunidad de las “Hermanitas de los ancianos desamparados”, con sede en España, la apertura de un refugio, similar al que ya existía en Pamplona.

Es digno de especial mención la eficaz iniciativa del Señor Domingo Pérez Hernández que es el alma de esta obra, que se ha portado y continua portándose, haciéndolo como un verdadero padre de los pobres; habiendo servido a las Hermanitas de mucho apoyo para obtener del gobierno para la instalación de la nueva casa.

Una vez aceptada la fundación la Reverenda Madre General, delegó para inspeccionar la casa y nombrar el personal necesario para la misma, a la Reverenda Madre Provincial Sor María de la Asunción Indarte, quien habiendo llegado a Pamplona, el día 28 de Septiembre de 1935, dispuso la salida para Cúcuta el día 01 de Octubre; acompañada de tres Hermanitas se trasladó a la nueva casa, para tomar posesión de ella. Viendo que el local era bastante capaz y adaptado para un Asilo. Teniendo que regresar de nuevo a Pamplona, dejó en la citada casa, tres Hermanitas para los preparativos de la capilla y demás departamentos.

Estando lo más necesario preparado, se designó el día 10 del mes de noviembre para la bendición e inauguración de la nueva casa. En dicho día nos honró con su presencia, el Excelentísimo Señor Obispo. A las 8 A.M. se dio inicio a la bendición de la Capilla y la Imágenes de Nuestra Señora de los Desamparados, San José y Santa Marta; de los que fueron nombrados padrinos, los principales Señores de la Ciudad; acto seguido continuó la bendición de toda la casa.

Así quedó inaugurada en la Ciudad de San José de Cúcuta, el mencionado Asilo de Ancianos Rudesindo Soto de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, el 10 de noviembre de 1935 (Bermúdez, 2012).

Políticas institucionales.

El asilo de ancianos Rudesindo Soto es un instituto sin ánimo de lucro que tiene como misión: Acoger a los ancianos más pobres en un ambiente de familia para poder atender todas sus necesidades: materiales, de afecto y espirituales. La consigna que nos dejó Santa Teresa Jornet y que queremos vivir cada día fue: “Cuidar los cuerpos para salvar las almas”.

Objetivos institucionales.

Dar protección a los ancianos mayores de 65 años, de escasos recursos económicos para atender sus necesidades mediante el desarrollo de actividades que le gratifiquen un óptimo nivel de bienestar espiritual y material.

Adicionalmente puede funcionar como centro de docencia e investigación de gerontología y geriatría, previo convenio con el ministerio de salud y siempre dentro de las normas que establezcan la congregación de hermanitas de los ancianos desamparados.

El asilo de ancianos Rudesindo Soto como institución presentadora de los servicios de los ancianos observara los siguientes servicios básicos:

Evangelizar: mediante la valoración del anciano como persona inserta en una realidad familiar, social, eclesiástica y cultural.

Calidad de servicios: prestar atención efectiva y personalizada a cada anciano.

Para el logro de sus objetivos el Asilo de ancianos Rudesindo Soto tendrá como finalidades principales las siguientes:

Hacer que todos los miembros de la institución se integren como familia.

Organizar, desarrollar y evaluar programas de bienestar y desarrollo para los ancianos.

Prevenir y tratar enfermedades de los ancianos mediante servicios técnicos y humanos que podrán ser prestados por hospitales y centros de salud adscritos o vinculados al sistema general de seguridad social valorando la vida del anciano como el don más precioso dado por Dios.

Proporcionar alimentación completa, suficiente y adecuada de acuerdo a las necesidades del anciano.

Valorar el tiempo de anciano, orientar la organización y utilización del mismo mediante actividades dirigidas de acuerdo a sus intereses y gusto.

Ayudar los ancianos mediante elementos doctrinas y prácticos, vivencias y proyectar la fe en los acontecimientos diarios, respetando su credo.

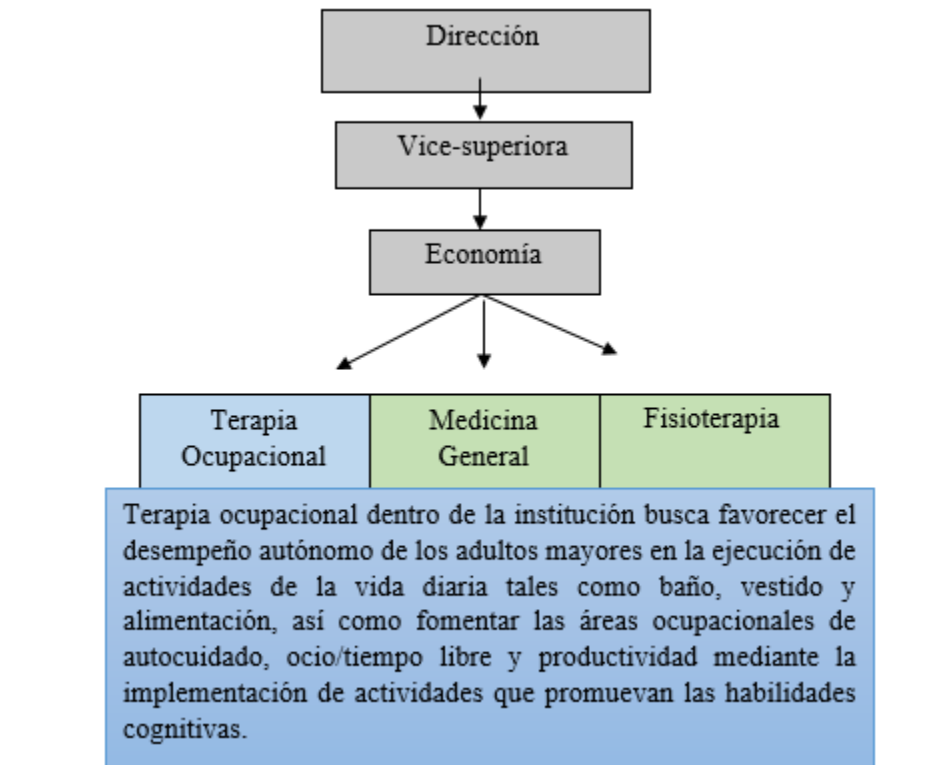
Misión y visión

La institución actualmente no cuenta con una misión y visión establecida, centra su desarrollo en base a las políticas y objetivos institucionales.

Programas y servicios institucionales.

Los programas que presta la fundación a los adultos mayores son: a) albergue; b) alimentación; c) moral y espiritual; d) lavandería; donación de vestido. Estos servicios están orientados a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Figura 2. Organigrama Institucional



Fuente: Tomado base de datos asilo de ancianos Rudesindo Soto

Sistema de variables

Variable.

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse (Sampieri, 2010).

"Entendemos por variable cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes valores, es decir, que puede variar, aunque para un objeto determinado que se considere puede tener un valor fijo" (Sabino, 1992).

"Una variable es una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos o pueden darse en grados o modalidades diferentes, son conceptos clasificatorios que

permiten ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición" (Briones, 1995).

Definición Nominal.

Se encuentra estrechamente relacionada con el cuerpo teórico en el cual está contenida la hipótesis en cuestión o la variable en estudio. En esta etapa del proceso de operacionalización de variables, se establece específicamente el significado que ha de otorgársele a un determinado término dentro de la investigación. Las definiciones nominales, tienen la ventaja de proporcionar una mayor precisión en el establecimiento de los objetivos de la investigación. En el caso del concepto, Calidad de Vida en el Trabajo, presentado como Ejemplo, en su definición nominal es considerada desde dos puntos de vistas: el objetivo y el subjetivo.

Se sugiere que las dimensiones objetivas están en relación con el grado de participación y control, condiciones físicas y distribución económica dentro de la empresa, y las subjetivas con las experiencias personales y sentimentales manifestados por los miembros de las organizaciones. En este caso, cuando se alude Calidad de Vida en el Trabajo, como término, se está designando a través de una convención de tipo lingüística, a un hecho que tiene las propiedades indicadas en su definición (Acuña, 2002).

Definición Real.

Dentro del proceso de operacionalización de variables, está relacionado con los enunciados relativos a las propiedades (dimensiones) consideradas esenciales del objeto u hecho referido en la definición. Se trata aquí de descomponer el concepto original en las dimensiones que lo integran. En relación a la Calidad de Vida en el Trabajo como concepto complejo se delimitan las siguientes dimensiones: Participación y Control; Equidad Económica; Alineación; Medio Ambiente; Satisfacción en el Trabajo e Identidad y Autoestima Laboral (Acuña, 2002).

Definición Operacional.

Implica seleccionar los indicadores contenidos, de acuerdo al significado que se le ha otorgado a través de sus dimensiones a la variable en estudio. Supone la definición operacional la referencia empírica. Hay que recordar, que es necesario definir las variables teóricas en términos

de variables empíricas o indicadores. Esta etapa del proceso de operacionalización de una variable, debe indicar de manera precisa el qué, cuándo y cómo de la variable y las dimensiones que la contienen. Se trata de encontrar los indicadores para cada una de las dimensiones establecidas. En el caso del concepto Calidad de vida en el trabajo, por ejemplo para la dimensión participación se establece los siguientes indicadores: Información, grado y bases normativas, contenido y asuntos, y nivel de participación y control, entre otros (Acuña, 2002).

Hipótesis

Son las guías para una investigación o estudio. Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación (Sampieri, 2010)

Hipótesis de trabajo H1.

Se relaciona las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados.

Hipótesis nula H°.

No se relaciona las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados.

Tabla 1. Sistema de variables

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORIA	INDICE	SUBINDICE	MEDICION
Variable independiente	Habilidades cognitivas	Categórica Numérica	Mini prueba del estado mental		Cuantitativa
			1.Orientación en tiempo		Cualitativa
			Orientación en lugar	1. Por favor, dígame la fecha de hoy	
			2.Registro de 3 palabras	2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.	
			3. Atención y cálculo	3.Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés	
			4.Evocación	4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su	

		5.Nominación		mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas	
		6. Dibujo.		5. Hace un momento le leí una serie de tres palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda	
				6.Por favor complete este dibujo	
Variable dependiente	Desempeño ocupacional	Catagórica	Rol	• Padre-madre	Cualitativo
		Numérica		• Hermano	Cuantitativo
				• Hijo	
				• Estudiante	
				• Trabajador	
Actividades de la vida diaria		Índice de Katz		Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	
		1. Baño		Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o	

	entrar en la bañera, o no puede bañarse solo
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC
3. Uso del wc	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una

silla por sí mismo

4. Movilidad

Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos

Independiente: Control completo de micción y defecación

5. Continencia

Dependiente:
Incontinencia parcial o total de la micción o defecación

Independiente: Lleva El alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)

Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o

		6. Alimentación		requiere alimentación parenteral	
Variable ajena	Adulto mayor	Catégorica Numérica	Institucionalización	Interno Externo	Cualitativa Cuantitativa
	Genero		Hombre Mujer		
	Edad		Edad cronológica	[60-70] [71-80] [81-90] [91-100]	
	Escolaridad		Estudios realizados	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Estudios superiores	
	Apoyo familiar		Cuenta con el apoyo de la familia	Si No	

Fuente: Ardila, S., 2016

Capítulo III

Diseño Metodológico

Según (Bernal, 2010) diseño metodológico es un plan o estrategia concebida para dar respuesta al problema y alcanzar los objetivos de investigación, los cuales para la presente investigación se encuentran encaminados a relacionar las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados en el asilo Rudesindo Soto de Cúcuta, así mismo se entiende que el diseño está determinado por el tipo de investigación que se va a realizar (Bernal, 2010) que en este caso específico será de tipo cuantitativo dado que se contara con dos instrumentos cuantitativos que poseen una escala de medición numérica permitiendo otorgar una clasificación a los participantes.

Tipo de investigación

El enfoque de la investigación es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y está directamente relacionada a los métodos de investigación que son dos: método inductivo generalmente asociado con la investigación cualitativa que consiste en ir de los casos particulares a la generalización; mientras que el método deductivo, es asociado habitualmente con la investigación cuantitativa cuya característica es ir de lo general a lo particular (Sampieri, 2010).

Cuantitativo.

Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Sampieri, 2010).

La investigación será de tipo cuantitativo dado que a través de la aplicación de los instrumentos Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado e índice de Katz se recopilara la información necesaria para el estudio como lo es, el estado cognitivo que presentan los adultos mayores y la dependencia e independencia en la ejecución integral de actividades de la vida diaria, dicha información tendrá un valor numérico asignado para posteriormente ser interpretada

de forma estadística facilitando la futura intervención de la población priorizando las necesidades.

Diseño de investigación

Exploratorio.

Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura que tan solo hay guías poco estudiadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas desde nuevas perspectivas (Sampieri, 2010).

El estudio será de tipo exploratorio debido a que desde Terapia Ocupacional no se cuenta con diversos referentes investigativos a cerca de la relación entre las habilidades cognitivas y el desempeño de actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados, por lo que se hace pertinente abordar esta temática desde la disciplina.

Descriptivo.

Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es como se relacionan estas (Sampieri, 2010).

Sera de tipo descriptivo puesto que se expondrá la relación existente entre las habilidades cognitivas y el desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor institucionalizado en el Asilo Rudesindo Soto de la ciudad de Cúcuta.

Correlacional.

Tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la

relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Sampieri, 2010).

Sera correlacional dado que a través de la investigación se pretende conocer cómo se relacionan las variables habilidades cognitivas y desempeño de actividades de la vida diaria dentro de la población objeto de estudio.

Población y muestra

Población.

Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones (Sampieri, 2010).

En el Asilo Rudesindo Soto de Cúcuta se encuentran institucionalizados actualmente 110 adultos mayores, cuyas edades comprenden un rango de 64 a 99 años

Tabla 2. Género femenino

Número	Edad	F	Apoyo familiar	Total
1	[64-69]	8	SI: 9 NO: 52	61
2	[70-75]	9		
3	[76-81]	14		
4	[82-87]	13		
5	[88-93]	7		
6	[94-99]	10		

Fuente: Ardila, S., 2016

Tabla 3. Género masculino

Número	Edad	F	Apoyo familiar	Total
1	[64-69]	5	SI: 11	49
2	[70-75]	7		
3	[76-81]	11	NO: 38	
4	[82-87]	17		
5	[88-93]	6		
6	[94-99]	3		

Fuente: Ardila, S., 2016

Muestra.

Subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población (Sampieri, 2010).

Muestra no probabilística: Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la54 probabilidad si no de las características de la investigación. (Sampieri, 2010) La muestra para la investigación será no probabilística, compuesta por 50 adultos mayores de género masculino y femenino, los cuales cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para participar en dicha investigación.

Tabla 4. Género femenino

Número	Edad	F	Apoyo familiar	Total
1	[64-69]	7	SI: 3	26
2	[70-75]	5		
3	[76-81]	7	NO: 23	
4	[82-87]	5		
5	[88-93]	1		
6	[94-99]	1		

Fuente: Ardila, S., 2016

Tabla 5. Género masculino

Número	Edad	F	Apoyo familiar	Total
1	[64-69]	1	SI: 5	24
2	[70-75]	6		
3	[76-81]	4	NO: 19	
4	[82-87]	8		
5	[88-93]	4		
6	[94-99]	1		

Fuente: Ardila, S., 2016

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se establecieron como criterios de inclusión:

Adulto mayor de edad superior a 65 años.

Adulto mayor institucionalizado en el asilo Rudesindo Soto de forma permanente.

Adulto mayor que acepte participar en la investigación

Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión se establecieron:

Adulto mayor que presente patología psiquiátrica.

Adulto mayor que presente enfermedad neurológica.

Adulto mayor no institucionalizado.

Adulto mayor que no acepte participar en la investigación.

Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas.

Las técnicas empleadas para recolectar la información constituyen en primera medida técnicas primarias, las cuales consisten en la exploración de referencias bibliográficas, artículos científicos, tesis o documentos que se encuentren relacionados con el tema de investigación.

Dicha exploración fue realizada a través de la búsqueda de artículos científicos en bases de datos como scielo, science direct, Google académico, entre otras; así mismo se llevó a cabo la revisión de tesis de años anteriores, donde se abordara las habilidades cognitivas en el adulto mayor desde diferentes disciplinas en la biblioteca de la Universidad de Pamplona. De igual forma se desarrolló una recopilación de documentos científicos que aportaran fundamentación teórica a cerca del deterioro cognitivo en el envejecimiento natural.

Dentro de las técnicas secundarias encontramos entrevistas guiadas por la terapeuta ocupacional en formación donde se extrajo la información relevante para el proceso investigativo, estas fueron realizadas en la institución geriátrica tanto a participantes de la investigación como a cuidadores, así mismo se utilizó la observación para identificar características dentro de la población que representaran importancia para el estudio.

Así mismo, en las técnicas terciarias se encuentra la estrategia empleada para realizar la caracterización de la población, donde se retomó la caracterización existente dentro de la población extrayendo los datos significativos y relevantes para la investigación en proceso, de igual forma se encuentra la correspondiente aplicación de los instrumentos de valoración teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos para determinar la muestra, así como el previo diligenciamiento del consentimiento informado.

Instrumentos.

Según (Sampieri, 2010) instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente. (Marcelo, 2006), define que un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente, en términos cuantitativos, se captura verdaderamente la realidad que se desea capturar, aunque no hay medición perfecta, el resultado se acerca todo lo posible a la representación del concepto que el investigador tiene en mente.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se han seleccionado como instrumentos de medición para el presente estudio, la evaluación cognitiva (MMSE) Modificado, dado que

responde la variable de habilidades cognitivas, permitiendo conocer el estado cognitivo en el que se encuentra la población a trabajar, así mismo se retoma el instrumento índice de Katz, puesto que permite determinar el grado de dependencia e independencia que presentan los adultos mayores institucionalizados al ejecutar actividades de la vida diaria dando respuesta a la variable de desempeño de dichas actividades.

Evaluación cognitiva (MMSE) modificado . (Ver Apéndice A)

El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés), es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva.

Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje.

El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio.

Población objetivo el MMSE–abreviado.

No es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como seguimiento para valorar cambios.

Validez y confiabilidad del MMSE.

Ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.

Método.

El examinador, que deberá estar familiarizado con la prueba y con las instrucciones referentes a las diferentes escalas, deberá realizar la entrevista con el paciente previo a la aplicación de la prueba. Debe leer las instrucciones al paciente de forma textual y precisa al examinado. Si el paciente corrige una respuesta, debe darse crédito a la respuesta correcta. Antes de comenzar el mini examen debe tomarse nota del Nombre completo del paciente, su edad y su escolaridad, y preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria.

Interpretación.

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible.

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba. La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 puntos más o menos se sugiere déficit cognitivo.

Limitaciones

Esta prueba está limitada por situaciones como las siguientes, donde no se considera la existencia de un estado demencial:

Depresión.

Ingestión de algún fármaco como el etanol.

Problemas metabólicos.

Derivaciones ambientales.

Alcoholismo.

Infecciones: Meningitis, Encefalitis.

Problemas de nutrición como la disminución de vitaminas B6 y B12.

Hemorragia subaracnoidea.

Niveles de minusvalía.

Poblaciones sin habilidad lectoescritora (pacientes con analfabetismo, sordera, afonía)

Índice de Katz. (Ver apéndice B)

Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

Población objetivo para la evaluación.

El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención, cuando las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcional, son comparadas con medidas periódicamente. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

Independiente en todas sus funciones.

Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.

Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,

Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.

Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

Dependiente en todas las funciones.

Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

¾ Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

¾ Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

¾ Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa

Validez y confiabilidad

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante.

Consentimiento informado (Ver apéndice C).

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Capítulo IV

Resultados

Los resultados de la investigación se obtuvieron mediante la aplicación de los instrumentos Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado e índice de Katz, posteriormente se agruparon los datos para establecer un promedio de los mismos, seguido a esto se elaboró una tabla de frecuencia con su respectiva grafica empleando el programa de Excel, por último se realiza un análisis de juicio sobre los resultados arrojados por el proceso estadístico.

Los datos de la caracterización de la población fueron retomados de la base de datos facilitada por la institución Asilo Rudesindo Soto.

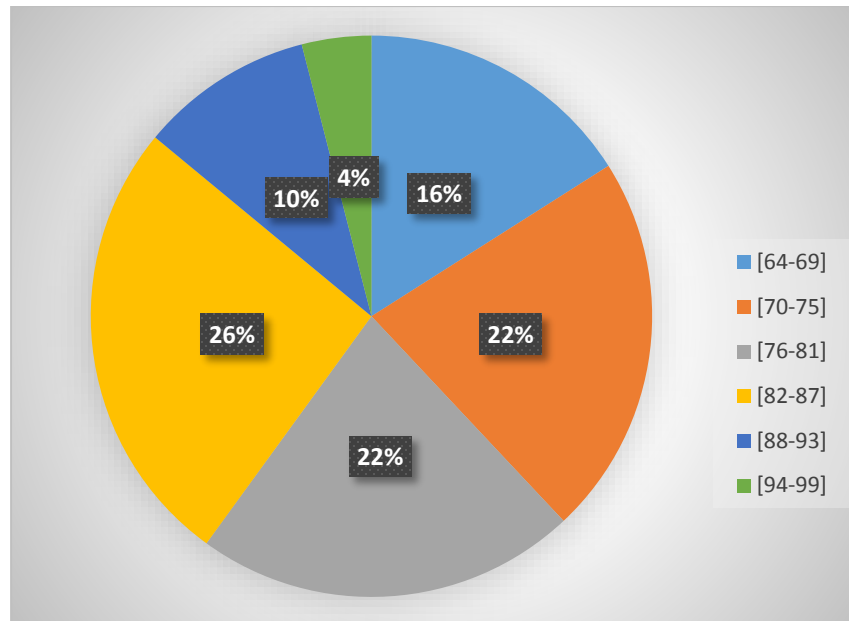
Interpretación de resultados de la caracterización de los adultos mayores del Asilo Rudesindo Soto

Tabla 6. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
[64-69]	8	16%
[70-75]	11	22%
[76-81]	11	22%
[82-87]	13	26%
[88-93]	5	10%
[94-99]	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 3. Edad



Fuente: Ardila, S., 2016

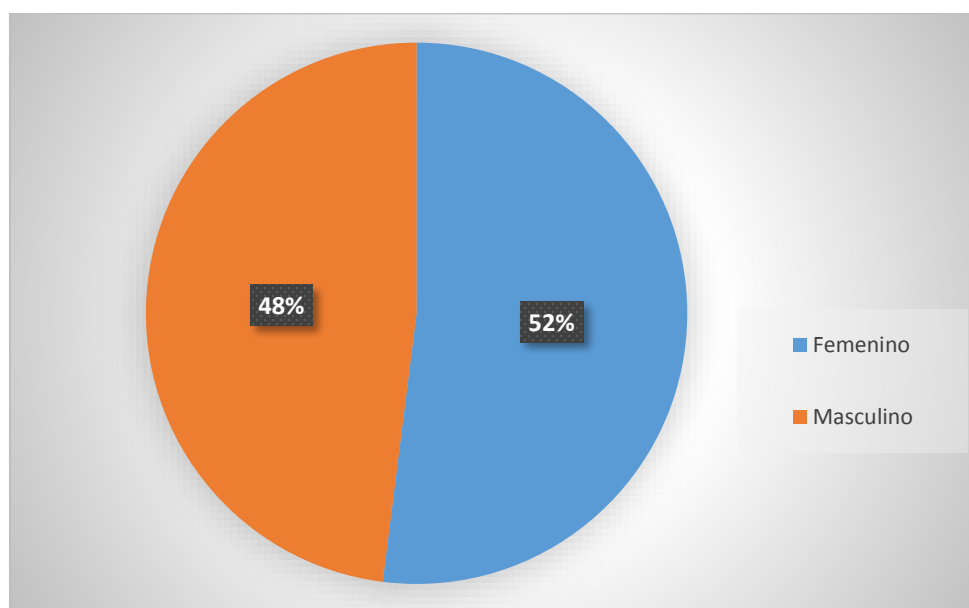
En la caracterización realizada Se puede observar en la tabla n°6 y figura n°3 que las edades con mayor prevalencia corresponden a 82 y 84 años las cuales representan un 26% de la población, precedido por las edades de 76 a 81 las cuales constituyen un 22%, las edades de 70 a 75 un 22%, así como las que se encuentran en un rango de 64 a 69 que representan un 16%, las edades de 88 a 93 años representan un 10% y de 94 a 99 años un 4% de la población respectivamente, dichos resultados pueden encontrarse posiblemente relacionados con el hecho de que a partir de los 80 años, la participación en el mercado laboral se reduce a 5,8% (Ministerio de salud y protección social, 2005) y los adultos mayores dejan de recibir ingresos económicos, lo cual hace que la posibilidad de ingresar a una institución geriátrica se haga más probable.

Tabla 7. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	26	52%
Masculino	24	48%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 4. Género



Fuente: Ardila, S., 2016

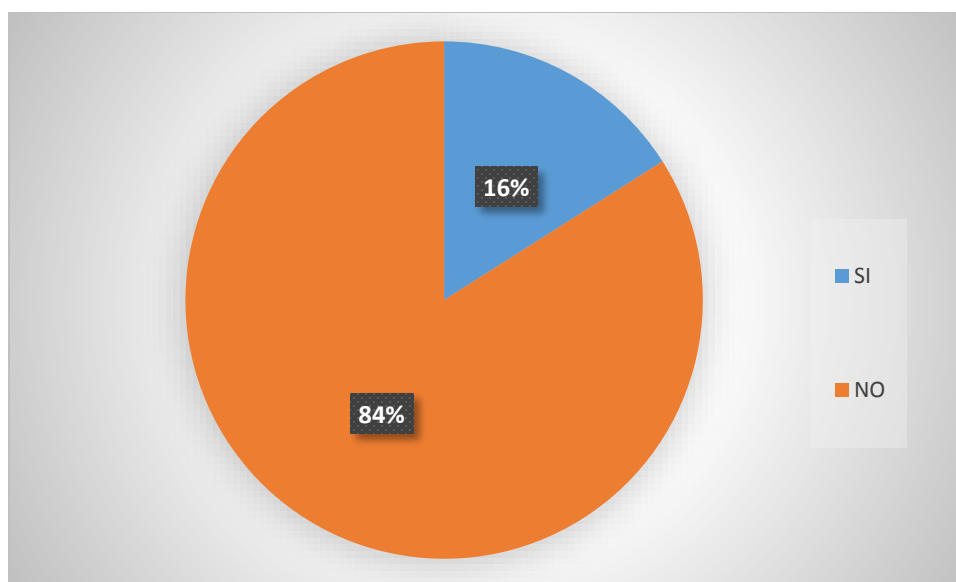
Se observa mayor prevalencia de género femenino con un 52% de la población, en relación con el género masculino que representa un 48%, como se evidencia en la tabla n°7 y La figura n°4, esto puede deberse al hecho de que las mujeres son mayoría en todos los tramos de edad, y el femenino de la institucionalización se acentúa conforme avanza la edad, por eso se ha afirmado que el envejecimiento es un proceso mayoritariamente femenino, así mismo esto se debe en parte a la sobrevivencia, característica de la población femenina (OISS, 2013).

Tabla 8. Apoyo familiar

Apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	16%
NO	42	84%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 5. Apoyo familiar



Fuente: Ardila, S., 2016

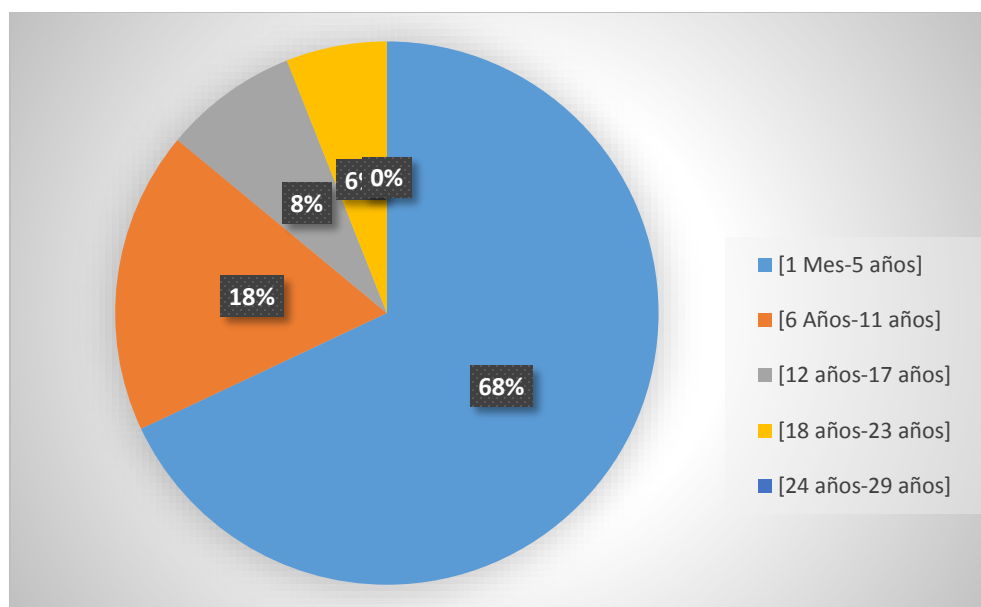
Según la caracterización realizada se observa mayor prevalencia en los adultos mayores que no reciben ningún tipo de apoyo familiar con un 84%, como lo muestra la tabla n° 8 y la gráfica n° 5, mientras que el 16% de la población si lo recibe, siendo manifestado a través de visitas o apoyo económico de alguna índole, esto se encuentra relacionado con el estado civil, puesto que va a determinar en gran medida los vínculos familiares con los que las personas cuentan durante la vejez, evidenciándose mayor prevalencia en la viudez.

Tabla 9. Tiempo de estancia en la institución

Tiempo de estancia en la institución	Frecuencia	Porcentaje
[1 mes-5 años]	34	68%
[6 Años-11 años]	9	18%
[12 años-17 años]	4	8%
[18 años-23 años]	3	6%
[24 años-29 años]	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 6. Tiempo de estancia en la institución



Fuente: Ardila, S., 2016

Según lo evidenciado en la tabla 9 y la figura 6 se determina que el 68% de la población presenta un tiempo de estancia en la institución geriátrica de 1 mes a cinco años, siendo el tiempo de mayor prevalencia, el 18% ha permanecido de 6 a 11 años, el 8% ha estado un tiempo de 12 a 17 años y el 6% restante ha permanecido en la institución un tiempo de 18 a 23 años, de

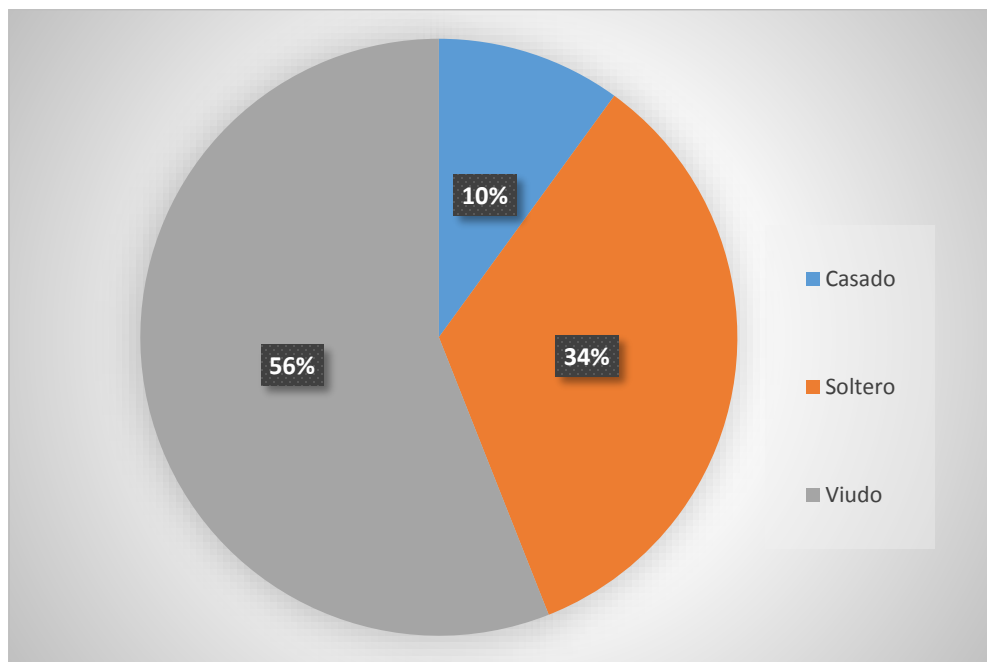
acuerdo con los resultados obtenidos puede hacerse una relación entre el tiempo de estancia en la institución con el poco apoyo familiar recibido por los adultos mayores..

Tabla 10. Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	5	10%
Soltero	17	34%
Viudo	28	56%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 7. Estado civil



Fuente: Ardila, S., 2016

Como lo indica la tabla n°10 y figura la n°7, existe mayor prevalencia en el estado civil viudo, con una representación del 56%, seguidamente se encuentra soltero con un 34% y por último se evidencia casado con el 10% restante, una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir

hay cerca de tres veces más viudas, aunque la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres, es importante destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres, debido a la dependencia vinculada a la condición masculina, generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos (Ministerio de salud y protección social, 2005).

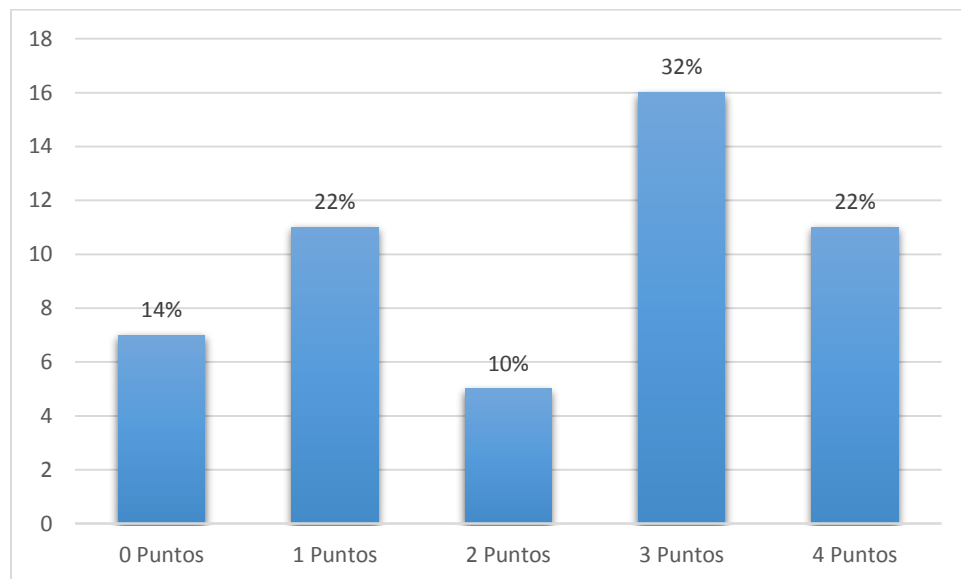
Interpretación de resultados instrumento Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado

Tabla 11. Orientación en tiempo

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	7	14%
1 Punto	11	22%
2 Puntos	5	10%
3 Puntos	16	32%
4 Puntos	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 8. Orientación en tiempo



Fuente: Ardila, S., 2016

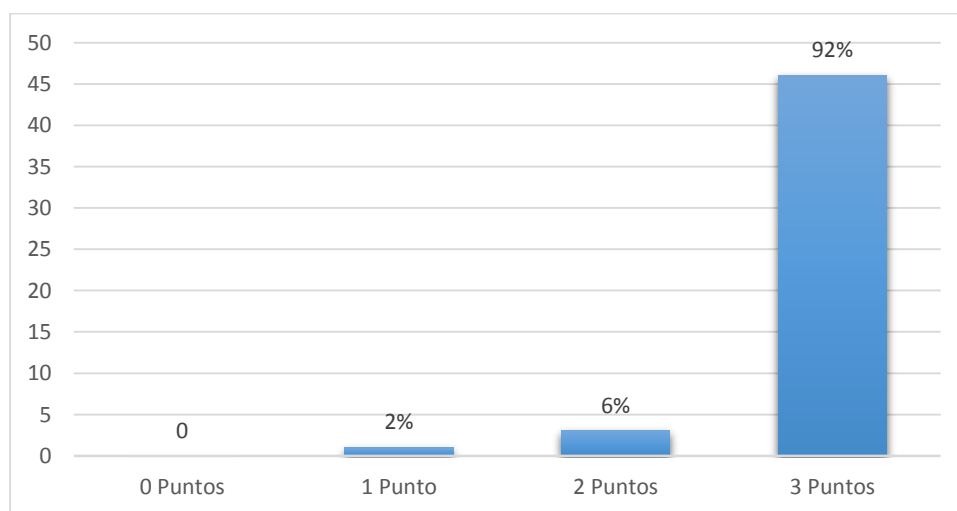
Según lo observado en la tabla 11 y la figura 8 se evidencia mayor prevalencia en las personas que obtuvieron tres puntos en este ítem identificando el año, mes y día de la semana en que se encontraban con una prevalencia del 32%, las personas que obtuvieron un punto y cuatro puntos representan el 22% de la población respectivamente, el 14% se encuentra representado por las personas que no obtuvieron punto y el 10% restante por aquellos que acertaron en el año y día de la semana en el que se encontraban al realizar la prueba, esto puede deberse a que para el adulto mayor es más fácil recordar datos generales que específicos, de igual forma se debe a que dentro de la institución geriátrica pierden la noción del tiempo al no tener contacto con el mundo exterior.

Tabla 12. Registro de palabras

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	0	0%
1 Punto	1	2%
2 Puntos	3	6%
3 Puntos	46	92%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 9. Registro de palabras



Fuente: Ardila, S., 2016

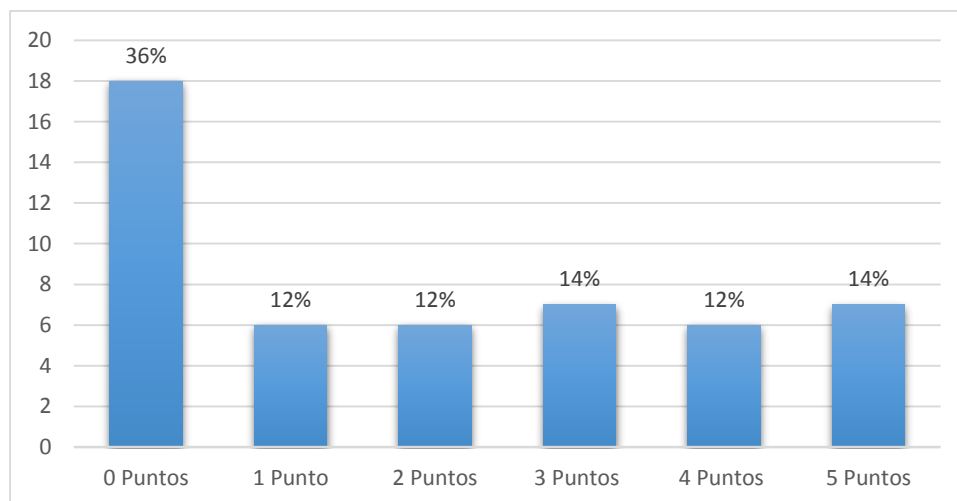
Dentro de la tabla 12 y la figura 9 es posible observar que el 92% de la población realizó el registro y posterior repetición de las tres palabras, el 6% se encuentra representado por aquellas que pudieron repetir dos de ellas y el 2% solo registro y repitió una de las palabras, lo cual hace evidente que estos adultos mayores no presentan una atención y concentración necesaria para realizar la comprensión y seguimiento de órdenes sencillas, mientras que los adultos que pudieron repetir las tres palabras evidencian un óptimo seguimiento de instrucciones compuestas por un paso.

Tabla 13. Atención y cálculo

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	18	36%
1 Punto	6	12%
2 Puntos	6	12%
3 Puntos	7	14%
4 Puntos	6	12%
5 Puntos	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 10. Atención y cálculo



Fuente: Ardila, S., 2016

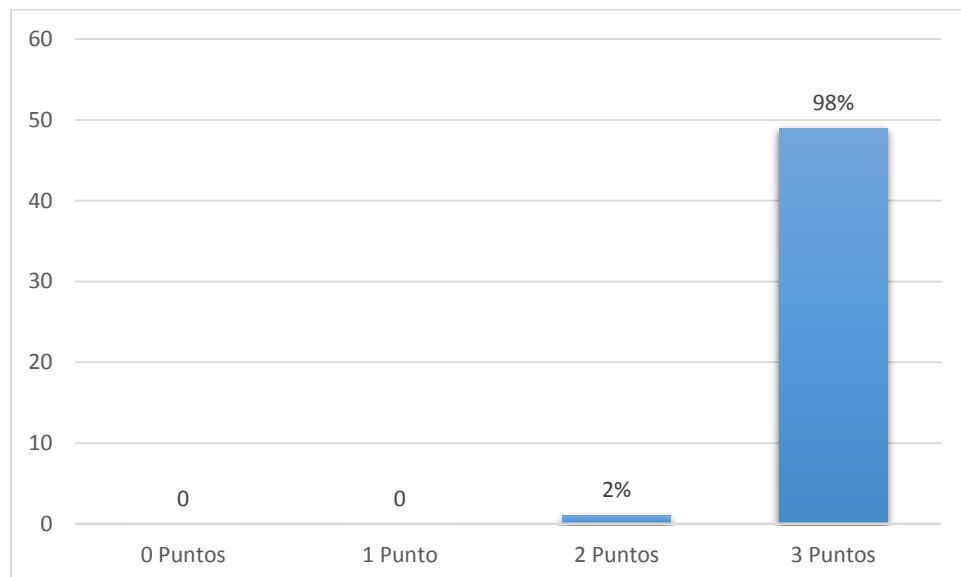
En la tabla 13 y la figura 10 es posible determinar que el 36% de la población no pudo expresar una serie de numero dada en un orden diferente (de mayor a menor), los cual deja en evidencia la dificultad de la población para realizar ejercicios de abstracción relacionado con la pérdida de memoria y atención al escuchar tratando de dar respuesta a una instrucción, así mismo se determina que el 14% de la población menciono la serie de números acertando en cinco y tres de ellos, el 12% pudo acertar en uno y dos números de la serie numérica respectivamente.

Tabla 14. Comprensión

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	0	0%
1 Punto	0	0%
2 Puntos	1	2%
3 Puntos	49	98%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 11. Comprensión



Fuente: Ardila, S., 2016

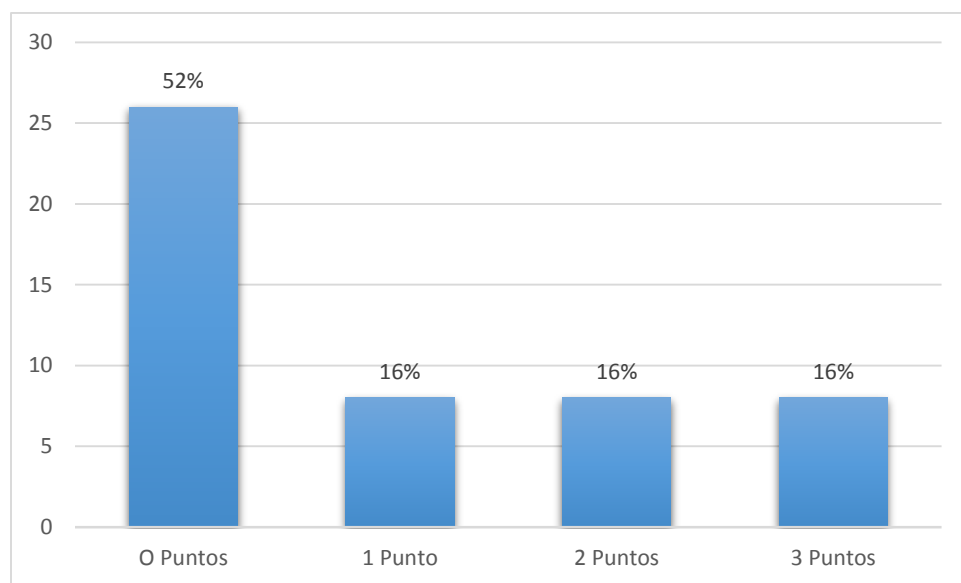
Según la tabla 14 y la figura 11 se puede evidenciar que el 98% de la población correspondiente a 48 adultos mayores comprendió y siguió las instrucciones dadas de forma eficaz, agarrando, doblando a la mitad y colocando sobre sus piernas una hoja de papel, de igual forma se observa que el 2% de la población restante comprendió y siguió dos de las instrucciones dadas como lo fue agarrar y colocar la hoja de papel sobre las piernas, se evidencia que el adulto mayor responde de forma más efectiva a las instrucciones que tienen como resultado una acción motora que a las que requieren de una respuesta verbal.

Tabla 15. Evocación

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	26	52%
1 Punto	8	16%
2 Puntos	8	16%
3 Puntos	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 12. Evocación



Fuente: Ardila, S., 2016

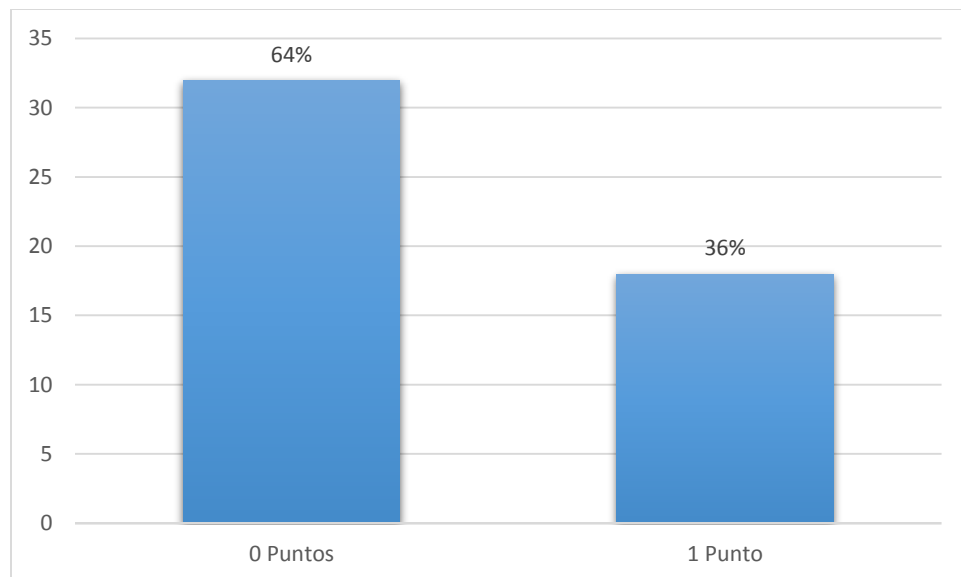
Según la tabla 15 y la gráfica n°12, se observa mayor prevalencia en los adultos mayores que no recordaron ni mencionaron las palabras anteriormente expuestas (árbol, mesa, avión) con un total de 26 adultos mayores que corresponde al 52% de la población, el 16% correspondiente a 8 personas recordaron una, dos y las tres palabras respectivamente estos con la misma prevalencia, el adulto mayor presenta una dificultad notoria a nivel de memoria reciente dado que no recuerda y refiere lo que se le ha mencionado minutos antes, de igual forma se evidencia que para los adultos mayores es más fácil recordar palabras familiares como mesa, teniendo en cuenta que esta fue la que menos dificultad representó..

Tabla 16. Dibujo

Puntos	Frecuencia	Porcentaje
0 Puntos	32	64%
1 Punto	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 13. Dibujo



Fuente: Ardila, S., 2016

En la figura 13 y tabla 16 es posible determinar mayor prevalencia en los adultos mayores que no obtuvieron punto con un 64% correspondiente a 32 adultos mayores, se evidencia dificultad para replicar un dibujo con características específicas, esto debido a la pérdida de concentración y atención requerida en la actividad, así mismo se observa que el 36% elaboro el dibujo tomando como referencia la guía proporcionada cumpliendo con el objetivo del mismo.

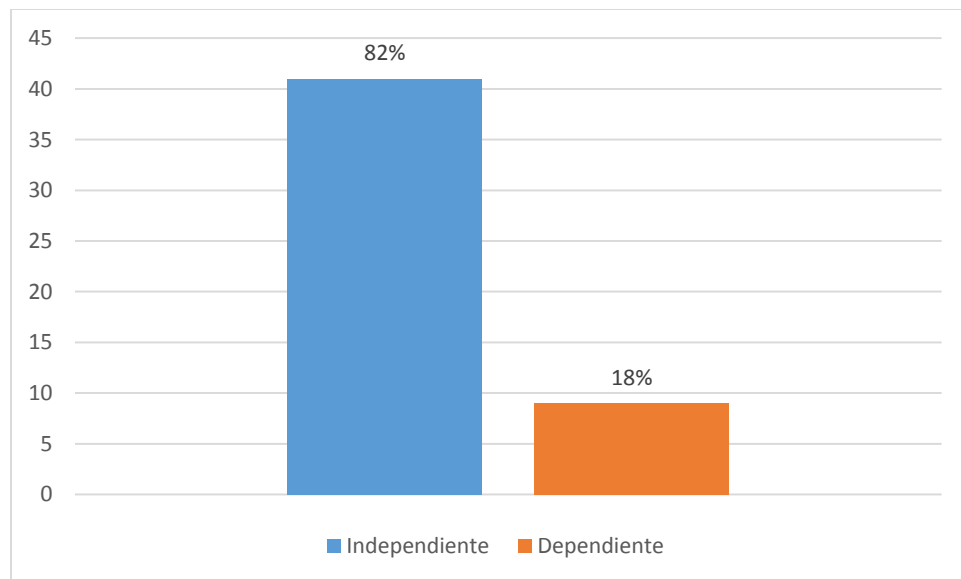
Interpretación de resultados del instrumento índice de Katz

Tabla 17. Baño

Baño	Número	Porcentaje
Independiente	41	82%
Dependiente	9	18%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 14. Baño



Fuente: Ardila, S., 2016

Según la tabla 17 y la figura 14 se evidencia que el 82% de la población es independiente en actividad de baño puesto que se bañan enteramente solos o requieren de ayuda para lavar una

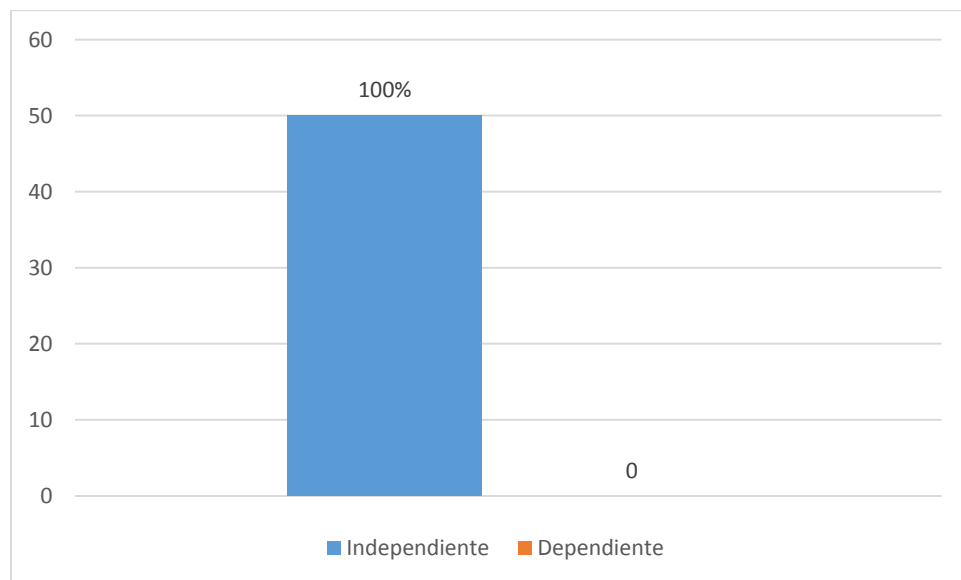
zona del cuerpo, mientras el 18% presenta dependencia al momento de desempeñar esta actividad, cabe resaltar que la independencia radica en la dificultad presentada por los adultos mayores para ingresar y salir de la ducha para lo cual requieren apoyo del cuidador o al necesitar ayuda de otra persona para lavar más de una zona del cuerpo.

Tabla 18. Vestido

Vestido	Número	Porcentaje
Independiente	50	100%
Dependiente	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 15. Vestido



Fuente: Ardila, S., 2016

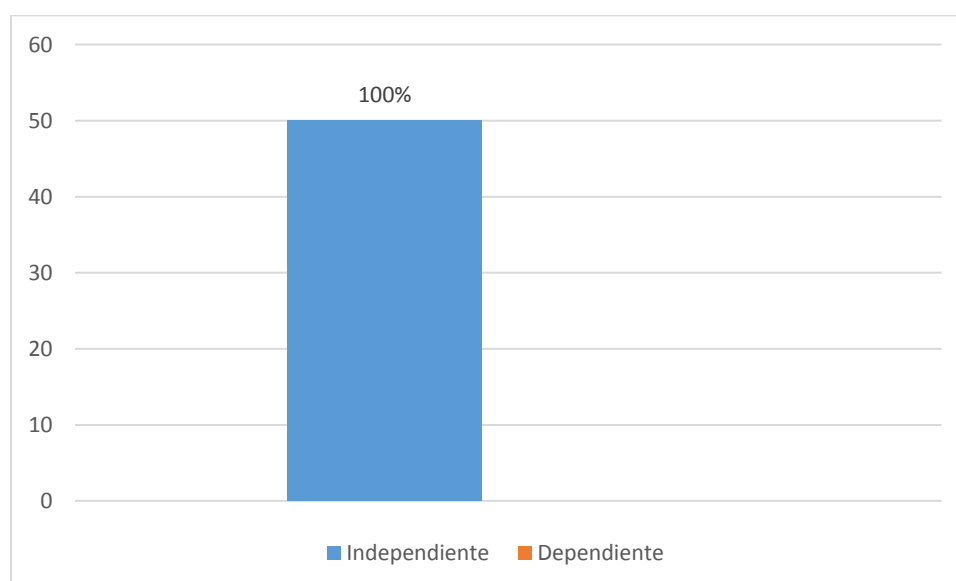
De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento se establece que el 100% de la población (50 usuarios) es independiente en actividad de vestido, aunque se evidencia lentitud en la ejecución de dicha tarea pueden agarrar y ponerse la ropa de forma autónoma sin requerir de ayuda para desempeñarla como se observa en la tabla 18 y la Figura 15.

Tabla 19. Uso del W.C.

Uso del w.c.	Número	Porcentaje
Independiente	50	100%
Dependiente	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 16. Uso del W.C.



Fuente: Ardila, S., 2016

En la tabla 19 y figura 16 se evidencia que el 100% de la población presenta independencia en el uso del inodoro, se observa lentitud en la ejecución de pasos pero se culmina la actividad de forma satisfactoria arreglándose la ropa y aseando los órganos excretores.

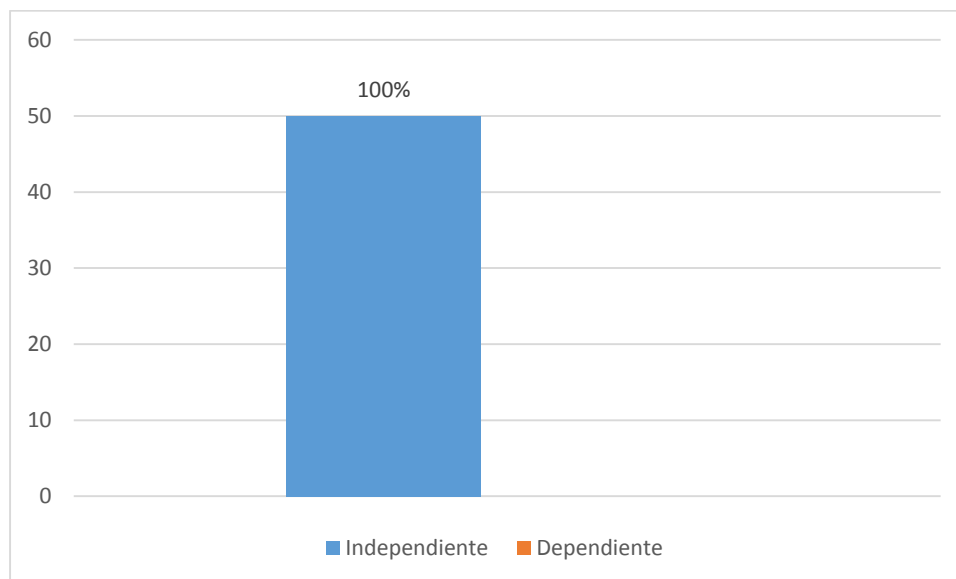
Tabla 20. Movilidad

Movilidad	Número	Porcentaje
-----------	--------	------------

Independiente	50	100%
Dependiente	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 17. Movilidad



Fuente: Ardila, S., 2016

Se evidencia que el 100% de la población es independiente en movilidad, puesto que se desplazan sin ayuda de otras personas, se levantan y sientan de la silla de forma autónoma, al igual que se acuestan y levantan de la cama sin ayuda, desplazándose activamente dentro de la institución como se puede observar en la tabla 20 y figura 17 respectivamente.

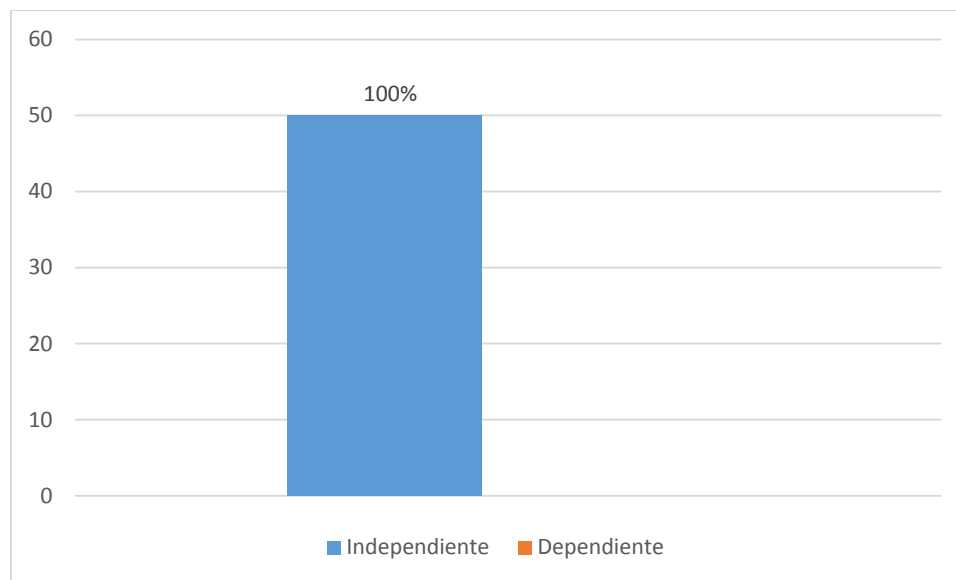
Tabla 21. Continencia

Movilidad	Número	Porcentaje
Independiente	50	100%

Dependiente	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 18. Continencia



Fuente: Ardila, S., 2016

Como lo indica la tabla 21 y la figura 18 el 100% de la población que corresponde a 50 adultos mayores, es independiente en continencia puesto que no necesita el uso de pañal de forma permanente controlando esfínteres anal y vesical teniendo un control completo de micción y defecación.

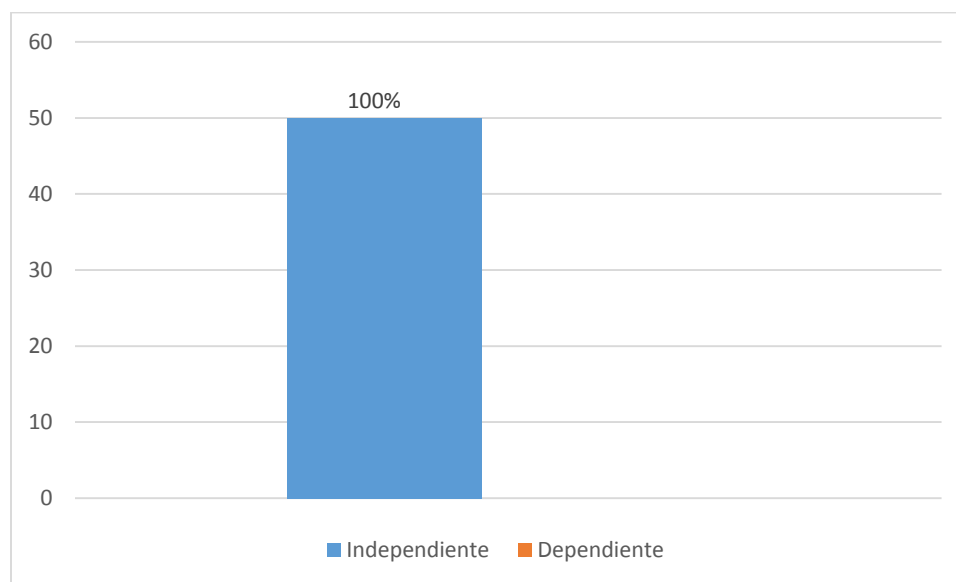
Tabla 22. Alimentación

Movilidad	Número	Porcentaje
Independiente	50	100%
Dependiente	0	0

TOTAL	50	100%
-------	----	------

Fuente: Ardila, S., 2016

Figura 19. Alimentación



Fuente: Ardila, S., 2016

Se evidencia independencia en el 100% de la población de adultos mayores en actividad de alimentación, dado que no requieren de ningún tipo de apoyo para llevar el alimento a la boca desde el plato, masticar y tragarla funcionalmente como se observa en la tabla 22 y la figura 19.

Prueba de chi-cuadrado

Al aplicar la prueba de chi-cuadrado de Pearson para establecer si existe relación de dependencia entre las variables habilidades cognitivas y desempeño en actividades de la vida diaria, con un nivel de significación del 5%, la prueba indica que estas dos variables son dependientes, dado que el P-Valor de la prueba es 0,000 siendo inferior al nivel de significación, por lo tanto las habilidades cognitivas inciden en el desempeño en actividades de la vida diaria.

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado

Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
-------	----	---------------------------

Chi-cuadrado de Pearson	24,258 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	23,869	5	,000
Asociación lineal por lineal	15,948	1	,000
N de casos válidos	300		

Fuente: Ardila, S., 2016

Discusión de resultados

Según el (Ministerio de salud y protección social, 2005) a partir de los 80 años, la participación en el mercado laboral se reduce a 5,8% y los adultos mayores dejan de recibir ingresos económicos, de acuerdo con la caracterización realizada las edades que se encuentran con mayor prevalencia son las comprendidas entre 82 a 87 años, por lo que es válido retomar dicha afirmación como la causa principal de institucionalización de los adultos mayores en instituciones geriátricas de estancia prolongada, puesto que al no poder ejercer una actividad productiva no existe el ingreso de recursos económicos, dado que tampoco se cuenta con una pensión que permita suplir con las necesidades básicas, es por ello que los adultos mayores muchas veces se ven obligados a recurrir a este tipo de instituciones para garantizar su bienestar.

De acuerdo con las cifras entregadas por el (DANE, 2005) el 54,6% de la población adulta mayor en Colombia pertenece al género femenino y el 45,4% al género masculino, lo cual concuerda con los datos obtenidos a través de la caracterización realizada en la institución geriátrica, donde se evidencia que el género que prevalece es el femenino con un 52% de la población, mientras que el género masculino representa el 48% de la población adulta mayor objeto de estudio.

Petersen, (1995) motivado por la necesidad de encontrar individuos en riesgo de desarrollar demencia, incluye la presencia de quejas subjetivas de memoria con correspondientes dificultades en pruebas objetivas pero con conservación del funcionamiento cognitivo general y sin señales de alteración en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria que impidan una vida independiente; es decir, la esencia del deterioro cognitivo leve es una alteración de

memoria sin que exista una demencia. De acuerdo con lo anterior es válido resaltar que los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de valoración evaluación cognitiva (MMSE) modificado e índice de Katz concuerdan con lo afirmado por el autor, puesto que el 52% de la población valorada presenta alteración a nivel de memoria, manifestada en la incapacidad de recordar tres palabras mencionadas con cinco minutos de anterioridad, sin embargo el 100% de la población presenta independencia en el desempeño de actividades de la vida diaria como alimentación, vestido, continencia, movilidad y uso del W.C, exceptuando la actividad de baño donde el 18% presenta dependencia por requerir ayuda para entrar y salir de la ducha, no para ejecutar la actividad.

De acuerdo con (Tappen, 2010, pág. 656) El uso de una prueba funcional además de una prueba de tamizaje cognitivo incrementa la sensibilidad para diagnosticar un envejecimiento patológico, según lo manifestado por el autor la implementación de dos instrumentos de valoración, en este caso específico un instrumento para valorar las habilidades cognitivas (evaluación cognitiva (MMSE) modificado) y un instrumento para determinar el desempeño en actividades de la vida diaria (índice de Katz), permiten conocer de forma asertiva la presencia de un envejecimiento patológico, por lo que es congruente afirmar que el 100% de la población evaluada no presenta un cuadro demencial, dado que según (Rosselli & Ardila, 2012) el tercer componente que se debe incluir cuando se sospecha un cuadro demencial es determinar cómo está funcionando el paciente en las actividades de la vida diaria. Dentro del diagnóstico diferencial entre demencia temprana y deterioro cognitivo leve se incluye la alteración en la primera y la preservación en la segunda de las habilidades para funcionar en actividades complejas de la vida diaria.

Según (Smith & Rush, 2006) solamente un 12% de los individuos con deterioro cognitivo leve terminan en un proceso demencial, partiendo de lo afirmado por el autor es importante reconocer el papel que desempeña el terapeuta ocupacional dentro del tratamiento del deterioro cognitivo en adultos mayores que presentan un envejecimiento natural, puesto que a través de actividades y estrategias de estimulación cognitiva es posible conservar las habilidades cognitivas residuales impidiendo la aparición de un cuadro demencial en la población,

contribuyendo así con el mantenimiento de la autonomía de desempeño en actividades de la vida diaria respondiendo al objetivo principal de la terapia ocupacional dentro del área de geriatría.

Estas pruebas son fáciles de administrar e interpretar, y están diseñadas para que profesionales de la salud, no necesariamente expertos en funciones cognoscitivas, obtengan un criterio objetivo para decidir si el paciente necesita o no una evaluación exhaustiva de la función cognoscitiva (Rosselli & Ardila, 2012), según lo anterior es válido que el terapeuta ocupacional aplique e interprete instrumentos de valoración como la evaluación cognitiva (MMSE) modificado con el fin de conocer el estado de las habilidades cognitivas de los adultos mayores, para así poder generar estrategias de intervención que den respuesta a las necesidades de la población favoreciendo la conservación y mantenimiento de habilidades cognitivas residuales mitigando el riesgo de aparición de un cuadro de demencia y por ende una futura disfuncionalidad en la ejecución de actividades de la vida diaria.

Según la prueba de chi-cuadrado de Pearson, se establece la relación de dependencia entre las variables habilidades cognitivas y el desempeño en actividades de la vida diaria, dado que dado que el P-Valor de la prueba es 0,000 siendo inferior al nivel de significación que es 5%, por lo tanto las habilidades cognitivas inciden en el desempeño en actividades de la vida diaria de los adultos mayores.

Capítulo V

Plan de acción

Desde la investigación que responde al título “las habilidades cognitivas y el desempeño de actividades de la vida diaria en el adulto mayor institucionalizado”, se hace relevante la creación de un plan de acción encaminado a responder a los objetivos planteados para la misma, es por dicha razón que “El plan de acción “recuerdo mi pasado, activo mi futuro”, se diseña a partir de los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado, el cual permite conocer el estado cognitivo que presenta la población objeto de estudio, mediante la valoración de habilidades cognitivas como orientación espacio – tiempo, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de evocación y capacidad para seguir instrucciones básicas lo que facilita la priorización de necesidades en la población.

Introducción

Hasta hace poco tiempo, las modificaciones en las funciones cognitivas se asociaban a un proceso de deterioro irreversible, que hoy se ha desechado gracias a los avances en el conocimiento de las mismas y a la existencia de diferentes técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar y modificar estos procesos. (Durante & Tarrés, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el presente plan de acción se encuentra diseñado con la finalidad de preservar las habilidades cognitivas residuales de los adultos mayores, esto con el objetivo de mantener y fomentar su desempeño en actividades de la vida diaria de forma autónoma e integral, para ello se retomó la técnica de reminiscencia aplicada a través de diferentes tipos de actividades, lo cual favorece la capacidad cognitiva del adulto mayor al requerir de los diferentes subsistemas que conforman el componente cognitivo para su realización.

Es así, como el que hacer del Terapeuta Ocupacional se encontrara enfocado hacia el mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor en el desempeño de actividades de la vida diaria, partiendo de la conservación de las habilidades cognitivas residuales, las cuales son indispensables para desempeñar de manera eficaz las diferentes actividades que estás enmarcan, como lo son bañarse, cuidado del intestino y la vejiga, comer, vestirse, alimentación, movilidad

funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual y aseo e higiene en el inodoro (AOTA, 2010).

Justificación

El presente plan de acción se justifica considerando en primera medida que el envejecimiento implica un declive fisiológico natural, que conlleva el incremento en la probabilidad de padecer deterioro cognoscitivo y los diferentes tipos de demencias; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, así como, la de sus familiares más cercanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública (Grau, 1987). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la población geriátrica institucionalizada es un blanco susceptible para la aparición de deterioro cognitivo dado que dentro de la institución no cuentan con estimulación cognitiva y viven una vida absolutamente sedentaria.

En el envejecimiento, las fallas en la memoria son las características más referidas, tanto por los adultos mayores como por los familiares más cercanos (Junqué, 1990) dicho esto, mediante la aplicación del instrumento Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado, pudo evidenciarse que los subsistemas cognitivos mayormente afectados dentro de la población son la memoria y la orientación temporo-espacial, es por esta razón que se determina la utilización de la técnica de reminiscencia como estrategia de intervención terapéutica, dado que esta técnica favorece la estimulación de la memoria inmediata, colectiva y a largo plazo, así como la extensión de los tiempos de atención y concentración. Es importante resaltar que la acción de recordar propicia el trabajo cerebral lo cual es de suma importancia dentro de esta población que no cuenta con espacios de estimulación cognitiva periódica. Según (Salvarreza, 1988) la reminiscencia es "una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad"

De acuerdo con lo anterior, el Terapeuta Ocupacional en el área geriátrica centra su intervención en el mantenimiento y conservación de la independencia del adulto mayor para ejecutar actividades de la vida diaria de forma integral, es así como a través del plan de acción se pretende favorecer las habilidades cognitivas necesarias para desempeñarse de forma autónoma

en dichas actividades, de igual forma se quiere minimizar o retrasar la aparición de demencia en la población, dado que este riesgo es alto debido a la presencia de deterioro cognitivo encontrado a través de la aplicación del instrumento de medición.

Objetivos

Objetivo general

Conservar las habilidades cognitivas residuales en los adultos mayores a través del plan de acción “recuerdo mi pasado, activo mi futuro” favoreciendo el desempeño integral y autónomo en actividades de la vida diaria.

Objetivos específicos

Propiciar la memoria selectiva autobiográfica a través de actividades creativas y artísticas

Favorecer la orientación espacio temporal mediante actividades de ocio y tiempo libre.

Promover atención y concentración por medio de actividades creativas y artísticas.

Fomentar la memoria episódica y remota mediante el desarrollo de actividades grupales

Metodología

Tomando como punto de referencia los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado e Índice de Katz, se pudo determinar que las habilidades cognitivas que se encuentran mayormente afectadas en la población son la memoria, evocación y orientación temporoespacial, es por esta razón y partiendo principalmente del que hacer del terapeuta ocupacional dentro del área de geriatría, el cual responde a mantener en la medida de lo posible la independencia de los adultos mayores en la ejecución de las actividades de la vida diaria que se plantea un plan de acción basado en la técnica de reminiscencia, a través de actividades creativas y artísticas, grupales, de ocio y tiempo libre que permitan preservar las habilidades cognitivas residuales mitigando o retrasando la probabilidad

de aparición de demencia en la población, lo cual impactaría negativamente su capacidad de desempeño dentro de dichas actividades.

El presente plan de acción se encuentra compuesto por dos fases, la primera se denomina “ActivArte en la ocupación” y la segunda fase “Reminiscencia y tiempo libre, una combinación infalible”, dichas fases comprenden un total de 9 actividades cada una, para un total de 18 actividades, las cuales tendrán una duración de dos (2) horas cada una y serán desarrolladas en la fecha comprendida entre el 31 de octubre y 25 de noviembre del año en curso, dichas actividades serán de tipo semi estructuradas, individuales y grupales, donde se realizaran actividades creativas y artísticas, de ocio y tiempo libre, encaminadas hacia la estimulación y fortalecimiento de las habilidades cognitivas residuales del adulto mayor con el objetivo de mantener la funcionalidad en la ejecución de actividades de la vida diaria.

Medios de intervención

Relación terapéutica.

Se establecerá una relación basada en la confianza, empatía, apoyo y respeto mutuo entre la terapeuta ocupacional en formación y los usuarios, teniendo presente las necesidades de la población geriátrica, así mismo se establecerá una comunicación asertiva que favorecerá el desempeño de los usuarios dentro de las actividades propuestas logrando la consecución de los objetivos que las sustentan.

Ambiente terapéutico.

Ambiente humano. Se encontrara conformado por los usuarios participantes de la investigación y la terapeuta ocupacional en formación.

Ambiente no humano.

Físico. Las actividades serán desarrolladas en el salón dispuesto en la institución para las intervenciones, en un ambiente cerrado, el cual cuenta con ventilación e iluminación óptima para desarrollar las actividades, así mismo se desarrollaran algunas actividades en el patio del pabellón tanto de hombres como mujeres, en los que hay iluminación natural y un espacio de trabajo amplio.

Temporo-espacial. Se realizarán cinco (5) actividades por semana de forma diaria, por un tiempo de cuatro semanas para completar un total de veinte (20) intervenciones con una duración de dos horas cada una.

Proceso enseñanza-aprendizaje.

Verbal. Se empleará un lenguaje claro y sencillo acorde con la población a trabajar garantizando la comprensión de las instrucciones impartidas por la terapeuta ocupacional en formación

Demostrativo. Se indicará a los usuarios como ejecutar cada paso que conforma la actividad favoreciendo su desempeño dentro de la misma.

Imitativo. Los usuarios ejecutarán cada paso de la actividad junto con la terapeuta ocupacional en formación.

Modalidades de intervención

Directa. La terapeuta ocupacional en formación realizará acompañamiento continuo, orientando y guiando cada una de las actividades, despejando dudas e inquietudes por parte de los usuarios y prestando el apoyo que se requiera durante la ejecución de las actividades.

Semi estructurada. Puesto que las actividades contarán con una serie de pasos para su ejecución, pero estos podrán sufrir modificaciones durante su desarrollo teniendo en cuenta las características propias de la población geriátrica, dichas modificaciones podrán verse reflejadas en la simplificación de pasos, aumento del tiempo de realización y apoyo requerido por parte de la terapeuta ocupacional en formación.

Grupal. Con el fin de favorecer las relaciones interpersonales y la comunicación asertiva de los adultos mayores dentro de un grupo

Tipo de actividades.

Actividades creativas y artísticas: El desarrollo de la creatividad es un componente fundamental de la salud de las personas, por lo que los lenguajes artísticos aparecen como puentes de acceso y mediadores de la comunicación. Estos, convenientemente actualizados y aplicados, se transforman en una eficaz herramienta terapéutica y de desarrollo personal. (Hernandez, 2016). Este tipo de actividades permite estimular el componente cognitivo dentro de los subsistemas de memoria, atención, concentración, orientación temporo-espacial y calculo, lo que hace necesario que sean incluidas dentro del plan de acción y al ser del interés de la población a trabajar favorece su desempeño en las mismas.

Actividades de ocio y tiempo libre: Una actividad no obligatoria que esta intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional y libre, es decir, un tiempo no comprometido en ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir. (AOTA, 2010, pág. 12). Se pretende trabajar actividades de ocio y tiempo libre, debido a que por las características propias de la población cuentan con mucho tiempo libre el cual no está siendo ocupado en ningún tipo de actividad.

Actividades grupales: El auténtico uso del proceso grupal, en Terapia Ocupacional es una perspectiva interactiva basada en la ocupación. En el razonamiento y la práctica, el profesional siempre debe considerar las relaciones de dinámica de grupo entre persona, ocupación y ambiente (Crepeau, 2011, págs. 36-37). Se emplearan actividades grupales con el fin de favorecer las relaciones interpersonales entre los usuarios dado que la convivencia diaria en esta población ha generado conflictos evidentes entre sus miembros.

Sustentación teórica.

Modelo dinámico de la cognición (Toglia).

El modelo interaccional dinámico de la cognición se basa en la teoría de sistemas dinámicos para explicar la naturaleza dinámica del funcionamiento cognitivo, explica cómo cambian los síntomas cognitivos y el desempeño ocupacional según la interacción entre los factores personales y las demandas de la actividad y el entorno. (Willard, 2014, pág. 502)

Se retoma este modelo dado que la intervención terapéutica se encontrara basada en las características personales de los adultos mayores y como estas se ven relacionadas con su desempeño en actividades de la vida diaria, de igual forma en cada una de las intervenciones se tomara en consideración el ambiente, estado emocional y motivación de los adultos mayores los cuales se encontraran íntimamente relacionados con su desempeño dentro de las actividades planteadas.

Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)

La autora parte de dos premisas principales, la primera de ellas es que participar en actividades (ocupaciones) es esencial para el mantenimiento y restauración de la salud y la segunda se fundamenta en que la persona tiene necesidad de explorar, dominar el medio ambiente y ser competente. (Crepeau, 2011).

Se sustenta bajo este modelo dado que mediante las actividades terapéuticas se pretende favorecer el desempeño de los adultos mayores en actividades de la vida diaria, mediante el desarrollo de actividades que permitan interactuar con el medio en el que se desenvuelven a diario a través de la estimulación de las habilidades cognitivas residuales.

Recursos financieros .

Para dar respuesta a las actividades propuestas en el presente plan de acción se ha establecido un presupuesto de 400.000 mil pesos, los cuales serán empleados en la compra de materiales necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades.

Tabla 24. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA																		
MES	OCTUBRE								NOVIEMBRE									
	31	1	2	3	4	8	9	10	11	15	16	17	18	21	22	23	24	25
ACTIVIDAD 1	X																	
ACTIVIDAD 2		X																
ACTIVIDAD 3			X															
ACTIVIDAD 4				X														
ACTIVIDAD 5					X													
ACTIVIDAD 6						X												
ACTIVIDAD 7							X											
ACTIVIDAD 8								X										
ACTIVIDAD 9									X									
ACTIVIDAD 10										X								
ACTIVIDAD 11											X							
ACTIVIDAD 12												X						
ACTIVIDAD 13													X					
ACTIVIDAD 14														X				
ACTIVIDAD 15															X			
ACTIVIDAD 16																X		
ACTIVIDAD 17																	X	
ACTIVIDAD 18																		X

Fuente: Ardila, S., 2016

Actividades Terapéuticas

“Recuerdo mi pasado, activo mi futuro”.

Primera fase. “Reminiscencia y tiempo libre, una combinación infalible”

Objetivo terapéutico: Incentivar la memoria episódica autobiográfica a través de la técnica de reminiscencia favoreciendo el desempeño en actividades de autocuidado.

Tabla 25. Actividades terapéuticas primera fase

Fecha	Actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Enfoque/modelo
31/10/2016	Galería de recuerdos	Fortalecer memoria de reconocimiento a través de la actividad “galería de recuerdos” favoreciendo el desempeño en actividades de autocuidado	Para el desarrollo de la actividad la terapeuta ocupacional en formación ubicara previamente una serie de imágenes a lo largo del salón relacionadas con los gustos e intereses pasados de los usuarios, los cuales serán previamente indagados, se explicara la actividad de forma sencilla y clara garantizando la comprensión de los participantes, se creara una	Físicos: • Imágenes • Cartulina • Cinta Humanos: • Adultos mayores	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)

galería de imágenes por la que cada adulto mayor realizara un recorrido orientado por la terapeuta ocupacional en formación observando detenidamente cada una de estas, así mismo deberá expresar que recuerdos vienen a su memoria, que sentimientos o emociones surgieron al observar estas imágenes, también tendrán que escoger la imagen con la que se sintieron mayormente identificados explicando el por qué compartiéndolo con sus compañeros y la terapeuta ocupacional en formación creando un dialogo activo donde se cuente con la participación de todos los usuarios.

- Terapeuta ocupacional en formación

01/11/2016	Recordando los ritmos de mi	Incentivar memoria a largo plazo	La actividad iniciara con la explicación por parte de la	Físicos:	• Modelo dinámico de la
------------	-----------------------------	----------------------------------	--	----------	---

tierra	mediante actividad grupal favoreciendo actividad de vestido	terapeuta ocupacional en formación, posteriormente los usuarios serán organizados por parejas (hombre-mujer) y se les asignará un ritmo autóctono como lo son el bambuco, guabina, cumbia, carranga, entre otros, se facilitara un espacio de quince minutos para que cada pareja organice su baile recordando y teniendo en cuenta los pasos propios del ritmo que les correspondiendo, una vez se cumpla el tiempo establecido deberán presentar dicho baile en frente de sus compañeros expresando que recuerdos vienen a su mente cuando escuchan esas canciones, si alguna vez habían bailado esa música y de ser afirmativa la respuesta relatar donde lo habían	• Computador • Parlantes Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)
--------	---	--	---	--

hecho.						
02/11/2016	Remembrando mitos, cuentos y leyendas	Estimular memoria capacidad evocación mediante recuerdo activo favoreciendo el desempeño en actividades de auto mantenimiento	la y de terapeuta ocupacional en formación, seguidamente se organizara los usuarios en una mesa redonda, donde se iniciara con el relato de mitos, cuentos y leyendas por parte de los adultos mayores, cada uno deberá sacar de una cajita un papel que contendrá la leyenda o cuento que tendrá que exponer a sus compañeros con el fin de que recuerden aquellas historias que solían escuchar en sus hogares y diferentes escenarios donde se desenvolvían trayéndolas a colación para estimular así su memoria selectiva autobiográfica como la remota.	Físicos: • Sillas • Computador • Parlantes Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)	
03/11/2016	Viajando en el	Fomentar memoria	La actividad consistirá en crear	Físicos:	• Modelo	

tiempo. Artes escénicas	semántica medio de las artes escénicas promoviendo desempeño autónomo en higiene mayor y menor	por un grupo de actores para cada fecha a representar mediante una obra teatral, entre dichas fechas encontramos la navidad, semana santa, Halloween, ferias de sus respectivos lugares de procedencia, se establecerá un sorteo para asignar la fecha a representar, de igual forma se facilitara material para crear la vestimenta o utensilios requeridos para la caracterización de cada personaje, para posteriormente ser representada en frente del grupo, de esta manera los espectadores tendrán que adivinar de que época del año se trata. Mediante la actividad se busca favorecer la memoria de los adultos mayores así como su respectiva evocación de	• Papel seda • Cartulina • Cinta • Pintura • Pincel • Tijeras Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacion al en formación	dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamient o ocupacional (Reilly)
----------------------------	---	---	---	--

recuerdos.

04/11/2016	El baúl de los recuerdos	Favorecer la memoria remota mediante la identificación de objetos incentivando el desempeño integral en actividades de autocuidado	La actividad iniciara con las instrucciones dadas por la terapeuta ocupacional en formación, posteriormente se creara un baúl pequeño en cartulina, pintándolo de color café y decorándolo según el gusto del usuario, seguido a esto se hará entrega de hojas colores, marcadores, lápiz, colores y pintura con el fin de pedirle a los participante que plasmen en una hoja los recuerdos más preciados de sus etapas vitales niñez, adolescencia, adultez y en la que se encuentran actualmente, una vez finalizada esta etapa se realizara una socialización donde se exprese porque consideran ese recuerdo como el más importante y que	Físicos: • Vinilo • Cartulina • Pincel • Foamy • Tijeras • Escarcha • Hojas iris • Lápiz Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)
------------	--------------------------	--	---	--	--

			sentimientos experimenta al recordarlo.		
07/11/2016	FESTIVO				
08/11/2016	Doy color a mi pasado	Promover memoria autobiográfica a través de la expresión artística fomentando autonomía en el desempeño de actividades básicas	La actividad iniciara con la explicación por parte de la terapeuta ocupacional en formación, seguidamente se dispondrá de una serie de dibujos que hagan alusión a cómo era la vida en el pasado, la vida rural, las labores del campo y las cosas propias de las diferentes épocas, cada adulto mayor contara con crayones e iniciara pintando la imagen que más llame su atención, al cumplirse un minuto deberán rotar hacia otro dibujo dando continuidad al trabajo del compañero anterior y anotando cual fue el primer recuerdo que vino a su memoria al observar la	Físicos: • Imágenes • Crayones • Colores • Cartulina • Cinta Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)

imagen.					
09/11/2016	Clásicos del ayer	Favorecer memoria sensorial por medio de la actividad “clásicos del ayer” fortaleciendo independencia en actividades de auto mantenimiento	Se iniciara organizando a los usuarios en mesa redonda para garantizar la visibilidad de cada uno, la actividad consistirá en realizar un karaoke con canciones clásicas, donde cada adulto mayor tendrá la oportunidad de escoger su canción y cantarla para todo el grupo, así mismo se dará la oportunidad de crear dúos o tríos y de expresar que recuerdos le trae esa canción y que edad tenía cuando escuchaba ese tipo de música, con el objetivo de incentivar en el adulto mayor la evocación de recuerdos de forma activa	Físicos: • Computador • Proyector • Micrófono Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)
10/11/2016	Álbum de memorias	Facilitar la expresión	Se iniciara con la explicación de la terapeuta ocupacional en	Físicos:	• Modelo dinámico de la

		recuerdos mediante actividad creativa y artística promoviendo autonomía en actividad de autocuidado	formación, posteriormente se hará entrega de cuadros de cartón paja los cuales serán la pasta del álbum, de igual forma se facilitaran imágenes, revistas y material de decoración para el álbum, cada adulto mayor creara un álbum que represente su vida y sus expectativas futuras, este podrá ser decorado de forma libre para después ser expuesto ante el grupo de participantes, a través de la actividad se lograra la estimulación de la memoria autobiográficas así como de la identidad del adulto mayor.	• Cartón paja • Cartulina • Colores • Escarcha • Colbón • Papel de colores Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	cognición (Toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (Reilly)
11/11/2016	Mis recuerdos en collage	Incentivar memoria remota por medio de la actividad “mis recuerdos en collage”	La actividad será explicada previamente por la terapeuta ocupacional en formación, se hará entrega de un pliego de cartulina por grupo los cuales se	Físicos: • Revistas • Cartulina	• Modelo dinámico de la cognición (Toglia)

fortaleciendo el desempeño en actividades de higiene mayor y menor	el conformaran de cuatro personas, en deberán buscar recortes de revista que les traigan algún recuerdo en particular generando un collage con el que puedan contar una historia, una vez finalizado el collage pasaran al frente para exponerlo de forma grupal explicando porque han escogido esas imágenes expresando lo que representan para ellos.	• Tijeras • Colbón Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacion al en formación	• Modelo del comportamient o ocupacional (Reilly)
--	---	--	---

14/11/2016 FESTIVO

Fuente: Ardila, S., 2016

Segunda fase. “ActivArte en la ocupación”

Objetivo. Conservar las habilidades cognitivas en los adultos mayores mediante actividades creativas y artísticas propiciando el desempeño integral en actividades de la vida diaria.

Tabla 26. Actividades terapéuticas segunda fase

Fecha	Actividad	Objetivo	Descripción de La actividad	Materiales	Enfoque/mod elo
15/11/2016	Mandalas	Promover memoria a corto plazo mediante el recuerdo de instrucciones favoreciendo el desempeño en actividades de auto mantenimiento	La terapeuta ocupacional en formación realizara la explicación correspondiente de la actividad, a cada usuario se entregara una mandala y colores, se facilitara la observación de una mandala ya coloreada para indicar la pauta que se debe seguir en el coloreado, transcurrido la mitad del tiempo dispuesto para la actividad se retirara la mandala y deberán recordar los colores que no alcanzaron a realizar, de esta forma se propicia la memoria reciente en los adultos mayores de	Físicos: • Colores • Mandalas Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)

forma amena e interesante para ellos.						
16/11/2016	Bingo cognitivo	Favorecer mediante desarrollo actividad cognitivo” incentivando autonomía en actividad de vestido	atención el de la “bingo terapeuta ocupacional en formación en	Para el desarrollo de la actividad se dispondrá a los usuarios en mesas, se entregara los diferentes cartones y fichas del juego, posteriormente la terapeuta ocupacional en formación será la encargada de anunciar los números que se irán tapando en el juego, los adultos mayores deberán estar atentos y concentrados para poder dar respuesta al juego así como recordar cual ha sido el numero nombrado, esta actividad permite estimular la memoria reciente mediante la diversión de un juego de su agrado.	Físicos: • Bingo • Mesas • Sillas Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)
17/11/2016	Recuerda la secuencia	Incentivar memoria reciente a través de la actividad “recuerda la secuencia” favoreciendo	memoria	Para la actividad se dividirá al grupo en dos subgrupos, estos subgrupos se encontraran ubicados en un extremo del salón, mientras que en otro extremo se encontrara dispuestas en	Físicos: • Colores • Secuencias • Cinta	• Modelo dinámico de la cognición (toglia)

		desempeño autónomo en actividades de auto mantenimiento	la pared una serie de colores, cada grupo deberá enviar un representante hasta la serie, quien tendrá que observarla por 60 segundos para posteriormente volver a su lugar y plasmarla en una hoja en blanco haciendo uso de colores, dicho recorrido deberá ser realizado por todos los integrantes del grupo hasta que uno finalice primero.	Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)
18/11/2016	Juegos de antaño	Promover memoria procedimental por medio de la actividad “juegos de antaño” favoreciendo el desempeño en actividades de ocio y tiempo libre	Para el desarrollo de la actividad se contara con las instrucciones por parte de la terapeuta ocupacional en formación, en primera medida se crearan cuatro grupos, los cuales tendrán que pasar por cuatro estaciones, rana, bolos, trompo y domino por las cuales cada participante hará su intervención, los puntos serán acumulados por grupo hasta escoger el grupo ganador, estas	Físicos: • Rana • Bolos • Trompo • Domino Humanos: • Adultos mayores	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)

			actividades requieren de una serie de habilidades cognitivas para ser desempeñadas de forma satisfactoria.	• Terapeuta ocupacional en formación	
21/11/2016	Juguemos lotería	Promover periodos de atención mediante la ejecución de la actividad “juguemos lotería” afianzando autonomía en el desempeño de actividades de autocuidado	La actividad iniciara con las instrucciones por parte de la terapeuta ocupacional en formación, seguido a esto se ubicara a los usuarios en las respectivas mesas y sillas para iniciar con el juego, la terapeuta ocupacional en formación indicara la imagen que se debe tapar según sea el caso, los adultos mayores tendrán que prestar atención para alcanzar el objetivo del juego y memorizar la imagen socializada por la terapeuta ocupacional en formación, la actividad finalizara cuando todos hayan encontrado sus imágenes.	Físicos: • Juego de lotería • Sillas • Mesas Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)
22/11/2016	Mural y recuerdos	Fortalecer atención a través de la expresión	La actividad dará inicio con las indicaciones de la terapeuta	Físicos:	• Modelo dinámico de

		artística incentivando integralidad en ejecución de actividades básicas de auto mantenimiento	ocupacional en formación, posteriormente se dispondrá de papel de azúcar el cual cubrirá dos metros de largo, allí los adultos mayores plasmaran los recuerdos que presentan con mayor prevalencia haciendo uso de pintura y pinceles podrán plasmar frases, palabras o dibujos, con esta actividad se pretende fomentar la evocación de recuerdos de forma escrita y oral favoreciendo los procesos cognitivos.	• Papel de azúcar • Pinceles • Vinilos • Cinta Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)
23/11/2016	Recuerdos grupales	Favorecer memoria mediante la expresión oral de recuerdos facilitando la autonomía en actividades de higiene mayor y menor	La actividad consistirá en conformar una mesa redonda para establecer un dialogo activo entre los usuarios y la terapeuta ocupacional en formación, cada usuario expresara una copla, chiste o adivinanza partiendo de la imagen que mostrara la terapeuta ocupacional en formación, con el fin	Físicos: • Mesas • Sillas • Imágenes Humanos:	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento

			de generar una interacción interpersonal entre los adultos mayores mientras se propicia la evocación de recuerdos tanto remotos como recientes a través de una actividad del interés de la población.	• Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	ocupacional (reilly)
24/11/2016	Cine antiguo	Promover concentración mediante la actividad facilitando el desempeño en actividades de ocio y esparcimiento	La actividad iniciara con la organización de los usuarios en sillas frente al televisor, se iniciara con la proyección de una película antigua de su época, con el objetivo de estimular los recuerdos del pasado, posteriormente se realizara una retroalimentación guiada por la terapeuta ocupacional en formación conociendo el sentir de los adultos mayores frente a los recuerdos que se han despertado durante la proyección.	Físicos: • Televisor • Dvd • Parlantes Humanos: • Adultos mayores • Terapeuta ocupacional en formación	• Modelo dinámico de la cognición (toglia) • Modelo del comportamiento ocupacional (reilly)
25/11/2016	Muestra	Fortalecer memoria y	Se realizara una muestra cultural	Físicos:	• Modelo

cultural	atención mediante	compuesta de bailes, canto,			dinámico de
	actividades creativas	expresiones teatrales, relatos de		• Computado	la cognición
	y árticas favoreciendo	cuentos y leyendas hacia la		r	(toglia)
	el desempeño en	población en general con el fin de		• Parlantes	
	actividades de auto	promover la estimulación de la		• Faldas	• Modelo del
	mantenimiento	memoria remota y reciente, puesto		• Micrófono	comportamie
		que estas actividades han sido			nto
		ejecutadas en la primera fase y se	Humanos:		ocupacional
		quiere conocer el impacto generado			(reilly)
		por estas actividades.		• Adultos	
				mayores	
				• Terapeuta	
				ocupacional	
				en	
				formación	

Fuente: Ardila, S., 2016

Capítulo VI

Producto final

Para la finalización del proyecto de investigación se elaboraron dos productos finales, los cuales serán dejados tanto en el escenario de práctica como en la universidad de Pamplona respectivamente.

A la universidad de Pamplona

Como producto final de la investigación se realizó un artículo científico, donde se expone la temática abordada dentro del estudio, así como la correspondiente descripción de los resultados obtenidos en el mismo, de igual forma se llevó a cabo la solicitud de publicación del artículo en la revista “Ciencia en desarrollo” de la universidad pedagógica y tecnológica de Colombia (ver apéndice D)

Al escenario de práctica

Se elaboró una cartilla de estimulación cognitiva en el adulto mayor desde Terapia Ocupacional, la cual fue respectivamente entregada en la institución, donde se encuentra la importancia que posee la estimulación cognitiva en la tercera edad conservando las habilidades residuales y por ende la autonomía en el desempeño de actividades de la vida diaria, de igual forma se encuentran una serie de actividades planteadas a través de talleres con su respectiva descripción para facilitar su aplicación. (Ver apéndice E)

Conclusiones

Se logró recopilar la información sobre la población objeto de estudio, 50 adultos mayores residentes en la institución geriátrica, retomando la caracterización existente en dicha institución y extrayendo los datos relevantes para la investigación, donde se determinó que el 26% de la población presenta una edad comprendida entre 82 a 87 años.

Se evidencio que existe mayor prevalencia de adultos mayores institucionalizados de género femenino con un 52% de la población y un 48% de género masculino correspondientemente, de igual forma se observó que el 84% de la población no cuenta con ningún tipo de apoyo familiar lo cual se ve reflejado en la ausencia de visitas.

En la valoración de las habilidades cognitivas realizada en los adultos mayores a través del instrumento evaluación cognitiva (MMSE) Modificado, se evidencio que el área cognitiva que se encuentra afectada en mayor grado es la memoria con un 52% de la población que presenta dificultad para recordar tres palabras dichas con cinco minutos de anterioridad, así mismo se observa alteración en ubicación espacio temporal debido a que el 14% de la población valorada no conoce el día, mes y año en el que se encuentran.

El grado de autonomía se determinó mediante la aplicación del instrumento Índice de Katz (valoración de actividades de la vida diaria), encontrándose independencia en la ejecución de cinco de las seis actividades evaluadas: vestido, alimentación, movilidad, continencia y uso del W.C. en el 100% de la población, mientras que en actividades de baño se evidencio que un 18% presenta dependencia al requerir de ayuda para entrar y salir de la ducha.

Con base en los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de valoración se estableció e implemento un plan de acción encaminado hacia la conservación de las habilidades cognitivas residuales en los adultos mayores a través del plan de acción denominado “recuerdo mi pasado, activo mi futuro”, tomando como referencia la técnica de reminiscencia, dando respuesta al que hacer del terapeuta ocupacional en el área de geriatría

favoreciendo el desempeño integral y autónomo en actividades de la vida diaria de los adultos mayores institucionalizados.

La actividad basada en la técnica de reminiscencia permite la estimulación activa de la memoria en los adultos mayores, así como la atención, concentración, ubicación espacio-temporal, entre otras habilidades cognitivas, lo que la hace asertiva para ser retomada por los terapeutas ocupacionales en el tratamiento e intervención de adultos mayores que presenten deterioro cognitivo leve, con el fin de minimizar el riesgo de aparición de demencia.

Recomendaciones

Al escenario de práctica

Se recomienda generar espacios de estimulación cognitiva en el adulto mayor, favoreciendo así la conservación de las habilidades cognitivas residuales y la autonomía en el desempeño de actividades de la vida diaria de la población.

Identificar los gustos e intereses de los adultos mayores con el fin de vincularlos en actividades que generen motivación y agrado por su desarrollo, las cuales no solo cumplan el papel de divertir y sacar de la monotonía en la que se desenvuelven a diario, sino que representen también un impacto positivo para su bienestar integral.

A los cuidadores

Se recomienda retomar la cartilla de estimulación cognitiva en el adulto mayor, para desarrollar las actividades allí planteadas de forma cotidiana estableciendo horarios de aplicación de dichas actividades con el fin de conservar las habilidades cognitivas del adulto mayor mediante la estimulación de las mismas.

A los terapeutas ocupacionales en formación

Es pertinente explorar nuevas estrategias de intervención desde terapia ocupacional en la población geriátrica, partiendo de los intereses y características propias de los adultos mayores institucionalizados, así mismo se recomienda generar propuestas de investigación encaminadas hacia el desempeño integral de los adultos mayores en las diferentes áreas de ocupación, lo cual permite el desarrollo de una vejez digna y activa.

Al programa de Terapia Ocupacional

Incentivar propuestas de investigación dentro del área de la geriatría, puesto que es una población con múltiples necesidades donde el terapeuta ocupacional puede desempeñarse activamente y contribuir de forma notable con la calidad de vida de la población.

De igual forma se recomienda promover experiencias significativas con la población del adulto mayor, permitiendo a los terapeutas ocupacionales en formación priorizar en las

necesidades encontradas en la población generando así estrategias en pro de su bienestar tanto físico como mental potencializando su desempeño ocupacional.

Referencias

- Acuña, M. B. (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. Caracas: BL Consultores asociados. Servicio editorial.
- AOTA, O. T. (23 de Septiembre de 2010). *Marco para la practica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 2º Edicion*. Obtenido de Marco para la practica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 2º Edicion: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Apostolova, L., & Cummings, J. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment a systematic reviw of the literature. *Dementia and geriatric disorder*, 115.
- Bermúdez, G. (8 de Febrero de 2012). *Crónicas de Cúcuta*. Obtenido de Crónicas de Cúcuta: <http://cronicasdecucuta.blogspot.com.co/2012/02/126-75-anos-del-asilo-rudesindosoto.html>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodologia de la inevestigación*. Bogotá, Colombia: Pearson educación de Colobia, Ltda.
- Berrueta, M., Ojer, I. M., & Trébol, U. A. (2009). Terapia Ocupacional geriatria y gerontologia. *TOG*, www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf.
- Binegar, D. H. (2009). Can a direct IADL measure detect deficits in persons with MCI. *Current alzheimer research* , 49.
- Birren, J. R. (1977). Research of the Psychology of aging: principles and experimentation . *Handbook of the psychology of aging*.

- Brandt, J., A. E., N. E., S. J., K. M., Albert, M., y otros. (2009). Selectivity of executive function deficits in mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 154.
- Briones, G. (1995). *Metodos y tecnicas de investigación*. Antioquia: Trillas.
- Christianse, C. M. (2004). La importancia de las actividades diarias. *Formas de vida: estrategias adaptativas para necesidades especiales*, 12.
- Clark, F. (1991). Occupational science: academic innovation in the service of the occupational therapy's future. *America journal of occupational therapy*, 45.
- Congreso de la República. (2008). Obtenido de Eps Sura: <https://www.epssura.com/leyes/1081-ley-1251-de-2008>
- Constitucional, C. (1991). Obtenido de Constitución política de Colombia: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- Crepeau, E. C. (2011). *Willard and Spackman, Terapia Ocupacional* (11va ed.). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Cuetos, F. J., Rodriguez, & Menéndez, M. (2009). Semantic markers in the diagnosis of neurodegenerative dementias. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 154.
- Dámaso, S. G. (2014). *Fundamentos Bilógicos del Envejecimiento Neurocognitivo*. Obtenido de Open Course Ware: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-14.-fundamentos-biologicos-del/capitulo-14.-fundamentos-biologicos-del>
- DANE, d. a. (2005). *Censo general población adulto mayor*.

- Díaz Cabezas Ricardo, M. M. (2013). Prevalencia de Deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurológica Colombiana*.
- Durante, P., & Tarrés, P. P. (2001). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona: MASSON S.A.
- Escalona Díaz Consuelo Yamila, R. S. (2012). Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. *Medwave*.
- Fandiño, L. P. (2005). *Etica profesional*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/eticaprofesionalensalud/home/ley-949-de-terapia-ocupacional>
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., M, G., y otros. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 2.
- Garriga, J. (25 de Enero de 2010). *Plena Identidad*. Obtenido de Plena Identidad: <http://plenaidentidad.com/uso-terapeutico-de-los-mandalas/>
- Gomez, J. F. (1995). *Evaluacion de la salud de los ancianos*. Manizales.
- Grau, V. J. (1987). Envejecimiento cerebral. *Neurologia*, 47-53.
- Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la percepción y cognición*. Madrid: Panamericana.
- Havighurst, R. N. (1964). Developmental tasks and education. *The Gerontologist*, 24.
- Hernandez, A. M. (2016). *Actividades creativas y artisticas en Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial SINTESIS, S.A.

- Jaramillo, M., & Diez, V. P. (Diciembre de 2011). *Urosario.edu.co*. Obtenido de Urosario.edu.co:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2986/79152326-2012.pdf?sequence=1>
- Junqué, C. J. (1990). Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología*, 6.
- Kielhofner. (2004). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Philadelphia, USA: Editorial medica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la ocupacion humana, Teroria y aplicación* (3a Ed. ed.). Buenos Aires, Argentina: Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupacion Humana. Teoria y aplicación*. (4a Ed. ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana.
- Manly JJ, T. M. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Ann Neurol*, 9.
- Marcelo, G. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Argentina: Editorial Brujas.
- Ministerio de salud y protección social. (2005). *Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*. Bogotá: Ministerior de protección social.
- Morris, J. C. (2001). Mild cognitive impairment represents early stage Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 401.
- Neistadt, M. (1988). Occupational therapy for adults with perceptual deficits. *The American Journal Of Occupational Therapy*, Pubmed.go.

- OISS, O. i. (2013). *II informe del observatorio iberoamericano sobre adultos mayores*. Programa iberoamericano de cooperación sobre la situación de los adultos mayores en la región.
- Pellegrini, M. (2007). *Fundamentos del Paradigma de la ocupación en Terapeutas ocupacionales*. España: Ed. MAD.
- Petersen, R. C. (1995). Normal aging, mild cognitive impairment, and early Alzheimer's disease. *Neurologist*, 332.
- Polonio, B. (2011). *Terapia Ocupacional en Salus Mental*. España: Panamericana.
- Reed, K. y. (1999). *Concepts of occupational therapy*. 4ª ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. *Universidad de Murcia*, 28.
- Rogers J.C., H. M. (1991). Terapia Ocupacional Razonamiento Diagnóstico: Un componente del Razonamiento Clínico. *AmJ. Terapia de Ocupación*.
- Rosselli, M., & Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf.
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigacion* . Caracas: Panamericana .
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: Una mirada gerontológica actual* . Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.
- Salvarreza, L. (1988). *Psicogeriatría, teoría y práctica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Sampieri, R. F. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F Mexico: Interamericana editores S.A.
- Sanchez, C. A. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología*. Madrid: Sociedad Española de gerioatría y gerontología (SEGG).
- Smith, G., & Rush, B. K. (2006). Normal aging and mild cognitive impairment. *Geriatric neuropsychological assessment and intervention*, 123.
- Smith, H. L., & Hopkins, H. D. (1998). *Willard/Spackman. Terapia ocupacional*. (Octava edición ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Tappen, R. R. (2010). Evaluation of the functional activities questionnaire (FAQ) i cognitive screening across four american ethnic groups. *Clinical neuropsychology*, 656.
- Tobín, S. (1989). *The effects of institutionalization*. En K. Markides and C.L. Nueva York: Cooper E(ds).
- Unobrain. (22 de Febrero de 2016). Obtenido de Unobrain: <http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-forma-natural>
- Valencia C, L. A. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado. *Revista de neurologia*, 465-471.
- Vallejo Sanchez, J. M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 118-157.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2002). *Fundamentos de medicina: Neurología*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Willard, S. (2014). *Willard and Spackman, Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.

Winblad, B. P. (2004). Mild cognitive impairment -beyond ontroversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 240.

Apéndice

Apéndice A. Evaluación cognitiva MMSE Modificado

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
 Día mes _____
 Año _____
 Día semana _____
 Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

 Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____
 Total: _____

Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta Paciente
 Respuesta correcta

9 7 5 3 1

 Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

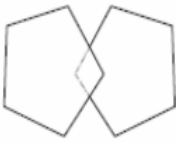
Toma papel _____
 Dobla _____
 Coloca _____
 Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____
 Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Correcto: _____

SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS
 TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.

SUMA TOTAL:

Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

¹ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile," OPS/OMS, 1999.

Apéndice B. Valoración de las actividades de la vida diaria – Índice de Katz

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
2. Vestido	Independiente. Coge la rota de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
3. Uso del W.C.	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa se asea los órganos excretores.
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y se acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción o defecación.
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parental.
PUNTUACION TOTAL	

Apéndice C. Consentimiento informado

Título del Estudio: LAS HABILIDADES COGNITIVAS Y EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

Investigador Principal: Slendy Johana Ardila Triana

Co-Investigadores: María Fernanda Cámara, Benito Contreras Eugenio

Entidad donde se desarrolla la investigación: Asilo Rudesindo Soto

Naturaleza Y objetivo de Estudio: Relacionar las habilidades cognitivas con el desempeño integral de actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados en el asilo Rudesindo Soto de Cúcuta

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización y disponibilidad para participar en este estudio sobre las habilidades cognitivas en el adulto mayor institucionalizados, que pretende conocer la relación existente entre estas y el desempeño integral de las actividades de la vida diaria

Procedimiento: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitara responder a una serie de preguntas donde sus respuestas deben ser lo más concretas y sinceras posibles, dicha información será utilizada únicamente para este estudio.

Riesgos asociados a su participación en el estudio: Participar en este estudio tiene para usted un riesgo mínimo ya que responderá a un cuestionario, el cual no afectara su integridad física o emocional.

Beneficios de su participación en el estudio: Participar en el estudio genera un beneficio directo para usted, debido a que participara de una serie de actividades plasmadas dentro de un plan de acción las cuales buscan favorecer sus habilidades cognitivas.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria, si usted decide no participar o no culminar el cuestionario en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad: Si usted decide participar, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Compartir los resultados: Los resultados de esta investigación se compartirán en tiempos adecuados en socializaciones. Pero la información personal permanecerá confidencial.

Conflicto de intereses: No se presenta conflicto de intereses.

Contactos: Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador principal Slendy Johana Ardila al correo electrónico: Slendercitha_92@hotmail.com

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización: Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los _____ días, del mes de _____ del año _____

Firma y cédula del participante

Declaración del investigador: Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas han sido contestadas en forma adecuada, así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado.

Fecha_____

Apéndice D. Carta transferencia de derechos de autor

TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Jueves 1 de diciembre de 2016

Señores editores:

Revista Ciencia en Desarrollo

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Tunja - Boyacá

Cordial saludo,

Por medio de la presente nosotros: Slendy Johana Ardila Triana y Benito Contreras Eugenio, nos permitimos enviar el manuscrito titulado "Las habilidades cognitivas y el desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor institucionalizado", con el fin de ser considerado para publicación en la Revista Ciencia en Desarrollo, dicho trabajo hace una serie de nuevos aportes y contribuciones en el campo de la investigación.

Su autor principal y coautores, abajo firmantes declaran:

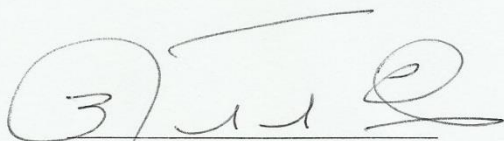
- * Que el manuscrito presentado es un trabajo original.
- * Que el manuscrito no ha sido previamente publicado en otras revistas.
- * Que el manuscrito no ha sido enviado simultáneamente a otras publicaciones.
- * Que todos los autores citados en el manuscrito han contribuido intelectualmente a su elaboración.
- * Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito enviado.
- * Que, si el artículo es publicado, se transfieren todos los derechos de autor a la editorial, sin cuya autorización no podrá reproducir cualquier tipo de material publicado en este documento.

Si el manuscrito es aprobado para su publicación, la revista Ciencia en Desarrollo, asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia, e incluir el artículo en las bases de datos a nivel nacional e internacional.

Stendy Johana Ardila Triana

Firma

Autor 1.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large '3' followed by several loops and a long horizontal stroke.

Firma

Autor 2.

A small, circular handwritten signature in black ink, with some internal scribbles.

Firma

Autor 3.

Apéndice E. Cartilla de estimulación cognitiva



Apéndice F. Evidencias fotográficas







Apéndice G. Asistencia de usuarios



Ana Francisca Diaz	
Blanca Marina Mancada	Blanca Marina M
Maria del Rosario Ibarra	Rosario Ibarra
Mercedes Ayala	Gildardo Alvarez
Maria de Jesús Tamayo	Maria Tamayo
Gildardo Alvarez	Mercedes Ayala de Espinel
Alvaro Harold Beltrán	Alvaro Beltrán
Cristobal Duarte	
Marco Antonio Parra	
Enrique Rodriguez	Enrique Rodriguez
Romelia Acosta de Camillo	Romelia Acosta
Margarita Garcia	
Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
Gladys Pios	Gladys Pios
Carmen Leticia Ortiz Sierra	Carmen Leticia Ortiz Sierra



ASISTENCIA DE USUARIOS
PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
1 de noviembre / 2016	Maria Adilia Angarita	<i>Adilia Angarita</i>
	Carmen Alicia Berman	
	Maria Helena Contreras	
	Zala Guerrero Acosta	
	Ana de Dios Medina	<i>Ana de Dios Medina</i>
	Olga Naranjo Cely	
	Maria Engracia Ruiz	<i>Maria Engracia Ruiz</i>
	Maria Antonia Sierra	<i>Maria A. Sierra Suarez</i>
	Hilda Maria Pineda	



ASISTENCIA DE USUARIOS

PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
31 de octubre /2016	Maria Odilia Angarito	Odilia Angarito
	Carmen Alicia Berman	Carmen Alicia Berman
	Maria Helena Contreras Acevedo	Maria Helena Contreras Acevedo
	Zaida Guerrero Acosta	Zaida Guerrero Acosta
	Elvira Maria Ibañez	Elvira Maria Ibañez
	Ana de Dios Medina	Ana de Dios Medina
	Olga Mariango Cely	Olga Mariango Cely
	Maria Engracia Ruiz	Maria Engracia Ruiz
	Margarita Sanchez	Margarita Sanchez
	Maria Antonia Sierra	Maria Antonia Sierra
	Hilda Maria Rueda	Hilda Maria Rueda



ASISTENCIA DE USUARIOS

PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
2 de noviembre 2016	Maria Odilia Angarita	<i>Odilia Angarita</i>
	Carmen Alicia Berman	
	Maria Helena Contreras	
	Ana de Dios Medina	<i>Ana de Dios Medina</i>
	Olga Narango Cely	
	Maria Antonia Sierra	<i>Maria A Sierra Suarez</i>
	Marco Antonio Parra	<i>Marco Antonio Parra</i>
	Buenaventura Aguado	<i>Buenaventura Aguado</i>



	Carmen Alicia	
	Maria León	Maria León
	Ana Medina	Ana Medina
	Rosario Ibarra	Rosario Ibarra
	Olga Naranjo	Olga Naranjo
	Carmen Leticia Nolasco	Carmen Leticia Nolasco
	Margarita Sánchez	Margarita Sánchez
	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	Margarita Forcia	
	Ana Francisca Díaz	
	Maria De Jesús Tamayo	Maria De Jesús Tamayo



ASISTENCIA DE USUARIOS

PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
21 de noviembre 2016	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	Olga Narango	Olga Narango
	Margarda Sanchez	Margarda Sanchez
	Rosario Ibarra	Rosario Ibarra
	Margarda Garcia	
	Carmen Alicia Bermón	
	Maria Helena Contreras	
	Kristobal Duarte	



	Maria Engracia Ruiz	Maria Engracia Ruiz
	Zaira Guerrero	
	Maria de Jesús Tamayo	Maria Zomogowoyo
	Ana Francisca Diaz	
	Cristobal Duarte	
	Pamela Acosta de Carrillo	Engracia Ruiz
	Margarita Garcia	
	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	Gladys Rios	Gladys Rios
	Carmen Leticia Navas	Carmen Leticia Navas



ASISTENCIA DE USUARIOS

PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
22 de noviembre/2016	Maria León	Maria León
	Ána Medina	Ána Medina
	Rosario Ibarra	Rosario Ibarra
	Olga Narciño	Olga Narciño
	Carmen Leticia Navas	Carmen Leticia Navas
	Margarita Sánchez	Margarita Sánchez
	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	Carmen Alicia Berman	
	Margarita García	



	Marco Antonio Parra	Marcos Aravena
	Rosario Ibarra	Rosario Ibarra
	Maria Ingrida Ruiz	Maria Ingrida Ruiz
	Ana Francisca Diaz	
	Mercedes Ayala	Mercedes Ayala de Espinel
	Cristobal Cuatrecasas	
	Eradio Acevedo Gomez	
	Alvaro Harold Betancur	Alvaro Betancur
	Enrique Rodriguez	
	Hernan de Jesus Cuadras	Hernan de Jesus Cuadras
	Luis Sandoval	Enrique Rodriguez
	Buenaventura Aguado	Buenaventura Aguado



ASISTENCIA DE USUARIOS
PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
11 de noviembre 2016	Olga Narango	Olga Narango
	Margarita Sánchez	Margarita Sánchez
	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	Odilia Angarita	Odilia Angarita
	Maria León	Maria León
	Elvira María Ibáñez	Elvira María Ibáñez
	Ana Francisca	Ana Francisca
	Margareta García	Margareta García
	Maria Helena	Maria Helena



ASISTENCIA DE USUARIOS

PLAN DE ACCIÓN "RECUERDO MI PASADO, ACTIVO MI FUTURO"

FECHA	NOMBRE	FIRMA/HUELLA
3 de noviembre 2016	Margarita Sanchez	Margarita Sanchez
	Olga Naranjo	Olga Naranjo
	Cecilia Camargo	Cecilia Camargo
	*Margarita Garcia Romelia Acosta	Margarita Garcia
	Margarita Garcia	
	Carmen Alicia Berman	
	Maria Helena Contreras	



	Luis Sandoval	
	Ricardo Morales	
	Ercio Acevedo Gómez	
	Apelina Contreras Higuera	
	Buenaventura Agudelo Villamizar	
	Heinán de Jesús Gómez	
	Carmen Leticia Navas	<i>Carmen Leticia Navas</i>
		<i>fernando</i>
	Edyris Piro	<i>Edyris Piro</i>
	Cecilia Camargo	<i>Cecilia Camargo</i>
	Cristobal Duarte	
	Margarita Garcia	
	Marco Antonio Parra	<i>Marco Antonio Parra</i>
	Maria de Jesús Tamayo	<i>Maria de Jesús Tamayo</i>
	Eduviges Quintero	



	Ana Francesca Díaz	
	Blanca Marina Mancado	
	Fernanda Acosta de Canillo	<i>Fernanda Acosta</i>
	Maria del Rosario Ibarra	<i>Rosario Xarxa</i>
	Mercedes Ayala de Espinel	<i>Mercedes Ayala de Espinel</i>
	Maria de Jesús Tamayo	<i>Maria Zomoyo</i>
	Gildardo Alvarés	<i>Gildardo Alvarez</i>
	Jose Anibal Alvarés	<i>Anibal Alvarez</i>
	Alvaro Harold Bethán	<i>Alvaro Bethan</i>
	Cristóbal Duarte	
	Ismael Medina James	
	Marco Antonio Peña	
	Eduviges Cuintero	
	Enrique Rodríguez	
	Luis Felipe Mendosa	