



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA**



**DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

PROBLEMA:

**DETERIORO COGNITIVO Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE
UN ADULTO MAYOR DE 88 AÑOS DEL CANTÓN URDANETA DE LA
PROVINCIA DE LOS RÍOS**

AUTOR:

ALAVA MURILLO GINGER ZULAY

TUTOR:

MSC. VERA ZAPATA JUAN ANTONIO

BABAHOYO- LOS RÍOS – ECUADOR

2023

DEDICATORIA

Quiero dedicar este estudio de caso a las personas que han sido fundamentales en mi vida y que han contribuido de manera significativa en mi camino hacia este logro. En primer lugar, a Dios, por darme la vida y por permitirme llegar hasta aquí, en este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre y a mi padre, por ser los pilares de mi vida, por enseñarme la importancia del esfuerzo y la perseverancia, y por siempre creer en mí.

A mi querido hermano, el cual ha sido mi compañero en cada paso del camino, compartiendo risas, desafíos y triunfos. Espero que este pequeño logro sea un testimonio de mi gratitud hacia ellos.

Ginger Zulay Alava Murillo

AGRADECIMIENTO

De igual manera agradezco a Dios, por haberme conducido hasta este punto, por ser mi apoyo y fuente de fortaleza en los momentos difíciles y cuando muchas veces pensé en dejar todo. A mis queridos padres, por su apoyo inquebrantable a lo largo de este viaje académico. Gracias por creer en mí, por alentarme a seguir mis sueños y por ser mi fuente inagotable de amor y motivación. Asimismo, agradezco a mi hermano, por su apoyo constante y por estar a mi lado en cada paso del camino.

Por último, pero no menos importante mi más sincero agradecimiento a todos los docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica de Babahoyo, quienes compartieron sus conocimientos durante el transcurso de mi carrera.

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como tema: “Deterioro cognitivo y su repercusión en la calidad de vida de un adulto mayor de 88 años del cantón Urdaneta de la provincia de los Ríos”, con el fin de analizar cómo afecta el deterioro cognitivo en la calidad de vida de un adulto mayor, además determinar las principales capacidades cognitivas afectadas mediante una evaluación psicológica. Se lograron obtener los resultados utilizando métodos y recursos psicológicos, incluyendo la historia clínica, la observación clínica, la realización de entrevistas clínicas y la utilización de pruebas psicológicas como el Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y la Escala de calidad de vida WHOQOL - BREF.

Los resultados obtenidos respaldan la teoría planteada en este estudio de caso y concluyen que existe una relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores. Además, proporcionan pautas para establecer un esquema terapéutico de intervención que aborde la sintomatología presente.

Palabras claves: deterioro cognitivo, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The topic of this case study is: "Cognitive impairment and its impact on the quality of life of an adult over 88 years of age in the Urdaneta canton of the province of Los Ríos", in order to analyze how cognitive impairment affects the quality of life of an older adult, in addition to determining the main cognitive abilities affected through a psychological evaluation. The results were obtained using psychological methods and resources, including clinical history, clinical observation, clinical interviews and the use of psychological tests such as the Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) and the WHOQOL Quality of Life Scale - BREF.

The results obtained support the theory proposed in this case study and conclude that there is a relationship between cognitive deterioration and the quality of life of older adults. In addition, they provide guidelines to establish a therapeutic intervention scheme that addresses the present symptoms.

Keywords: cognitive impairment, quality of life, older adults.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE.....	VI
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	3
3.1. Objetivo General.....	3
3.2. Objetivo Específicos	3
4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	3
5. MARCO CONCEPTUAL	4
5.1. Deterioro cognitivo	4
5.1.1. Funciones cognitivas	5
5.1.2. Alteraciones en las funciones cognitivas debido al proceso de envejecimiento ..	5
5.1.3. Causas del deterioro cognitivo	6
5.1.4. Tipos de deterioro cognitivo.....	6
5.1.5. Factores de riesgo del deterioro cognitivo.....	7
5.2. Calidad de vida	7
5.2.1. Dimensiones de Calidad de vida	8
5.2.2. Envejecimiento y Calidad de Vida.....	10
5.2.3. Factores determinantes en la calidad de vida del adulto mayor	11
6. MARCO METODOLÓGICO.....	13

6.1.	Tipo y enfoque de investigación.....	13
6.1.1.	Tipo de investigación	13
6.1.2.	Enfoque.....	13
6.2.	Técnicas e instrumentos de investigación.....	13
6.2.1.	Técnicas	13
6.2.2.	Instrumentos	15
7.	RESULTADOS.....	17
7.1.	Descripción del caso	17
7.2.	Sesiones	17
7.2.1.	Primera sesión	17
7.2.2.	Segunda sesión	18
7.2.3.	Tercera sesión.....	18
7.2.4.	Cuarta sesión	19
7.2.5.	Quinta sesión	19
7.3.	Situaciones detectadas	19
7.4.	Soluciones Planteadas.....	21
8.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	23
9.	CONCLUSIONES.....	25
10.	RECOMENDACIONES.....	26
11.	REFERENCIAS	27
12.	ANEXOS	30

CONTEXTUALIZACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo en los adultos mayores es la pérdida total o parcial de las funciones cognitivas, afectando su capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas y aumentando el riesgo de caídas y lesiones, teniendo así un impacto negativo para su calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 50 millones de personas a nivel mundial se ven afectadas por el deterioro cognitivo. Además, se calcula que entre el 5% y el 8% de la población general de 60 años o más experimenta este problema en algún momento específico (López et al., 2021). Estas cifras alarmantes han llevado a la comunidad internacional a centrar su atención en el estudio y la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el deterioro cognitivo.

En Ecuador, los adultos mayores (AM) constituyen aproximadamente el 8% de la población total, y en los últimos nueve años ha habido un aumento del 78% en este grupo demográfico. A medida que la población envejece, también se observa un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, siendo el deterioro cognitivo una de las más preocupantes y costosas. Esto se debe al daño irreversible que causa y a los altos costos sociales, familiares y económicos que genera (León y León, 2017).

En la ciudad de Babahoyo, ubicada en la provincia de Los Ríos, se llevó a cabo un estudio por parte de León Samaniego y colaboradores en el cual se investigó a adultos mayores de entre 65 y 85 años de edad. Utilizando el test de MoCA, se observó que las características más relevantes del deterioro cognitivo (DC) eran el tener instrucción básica (100%), la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial (83,8%) y diabetes (75%) (Samaniego et al., 2018), por medio del cual evidenciaron una asociación entre el deterioro cognitivo en adultos mayores y la falta de educación básica, así como la presencia de enfermedades crónicas lo que puede llegar a afectar su calidad de vida.

Por tal motivo, ante la problemática contextualizada se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿El deterioro cognitivo repercute en la calidad de vida de un adulto mayor de 88 años del cantón Urdaneta de la provincia de los Ríos? Esta pregunta busca entender cómo el deterioro cognitivo afecta la vida de un adulto mayor en esta comunidad.

2. JUSTIFICACIÓN

El deterioro cognitivo se caracteriza por la disminución de la memoria, la atención, el razonamiento y otras funciones cognitivas. Puede manifestarse en diferentes grados, desde problemas leves de memoria hasta enfermedades graves como la demencia, afectando negativamente la calidad de vida de los adultos mayores de múltiples maneras como reducir su independencia, incapacidad para realizar actividades diarias, afectar las relaciones sociales y su bienestar emocional. Además, puede tener un impacto económico en términos de costos de atención médica y cuidado.

El estudio de caso sobre la repercusión del deterioro cognitivo en la calidad de vida de los adultos mayores es importante para comprender su impacto en las tareas diarias, relaciones sociales y toma de decisiones. Ayuda a identificar necesidades, desarrollar intervenciones y concienciar a la sociedad sobre esta problemática, mejorando la atención y el bienestar de esta población vulnerable. Es trascendente porque va a permitir tener información relevante que aporte a la comunidad científica, contribuirá al avance del conocimiento en el campo de la gerontología, la psicología y la atención médica, y puede proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud, los cuidadores y los familiares que trabajan con adultos mayores que experimentan deterioro cognitivo.

Por lo tanto, el beneficiario directo es el adulto mayor con el que se trabajó, ya que el análisis detallado de su deterioro cognitivo y su impacto en la calidad de vida proporcionará información específica sobre su experiencia, mejorando su atención y cuidado. A su vez, se genera un beneficio indirecto para la familia, ya que podrán comprender mejor las necesidades del adulto mayor y ajustar los cuidados. Además, los profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y trabajadores sociales, podrán utilizar los resultados de este estudio de caso para mejorar su enfoque terapéutico y brindar un mejor apoyo a los adultos mayores en esta situación.

Este estudio de caso es factible porque cuenta con las herramientas necesarias para realizarlo, como es el consentimiento de los familiares del adulto mayor, la disponibilidad y cooperación del paciente y los instrumentos y técnicas adecuadas para recopilar datos de manera efectiva, con el objetivo de proponer soluciones apropiadas para abordar la problemática y observar avances positivos.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. Objetivo General

- Analizar la repercusión del deterioro cognitivo en la calidad de vida de un adulto mayor de 88 años del cantón Urdaneta de la provincia de los Ríos.

3.2. Objetivo Específicos

- Evaluar el estado cognitivo de un adulto mayor utilizando instrumentos estandarizados.
- Determinar el efecto del deterioro cognitivo en la calidad de vida un adulto mayor.
- Elaborar un esquema terapéutico adecuado para abordar el deterioro cognitivo presente y mejorar la calidad de vida de un adulto mayor.

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Este caso de estudio se llevó a cabo siguiendo las pautas establecidas por la Universidad Técnica de Babahoyo, en el marco de la carrera de Psicología con la línea de investigación clínica y forense y una sub línea de evaluación psicológica clínica y forense. Esto se debe a que el estudio se enfoca en el tema del deterioro cognitivo y su repercusión en la calidad de vida.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Deterioro cognitivo

Se considera que el envejecimiento es el proceso en el cual se produce un declive gradual en el organismo, lo que resulta en cambios funcionales, morfológicos, psicológicos y bioquímicos que resultan en vulnerabilidad ante situaciones de estrés y, en última instancia, en la muerte. El deterioro o trastorno cognitivo es uno de los cambios más notables en la vejez, que puede ocurrir debido a la reducción de capacidades mentales relacionadas con la edad, estados depresivos, deterioro cognitivo leve y demencia (Camargo y Laguado, 2017).

Resulta importante adquirir una comprensión acerca del deterioro cognitivo en los adultos mayores, por ello León y León (2017) sostiene que:

El Deterioro Cognitivo en los AM es un estado en el cual el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia. Las personas que lo padecen, suelen tener problemas de convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual les lleva a disminuir su calidad de vida. (p.3)

Cuando se habla de deterioro cognitivo, es vital comprender qué características se ven afectadas cuando se desarrolla esta condición. La cognición es la capacidad del ser humano para procesar la información percibida a través de los sentidos, la cual se integra a la información previamente almacenada y se une a las características subjetivas de la misma; este proceso permite al individuo valorar e interpretar el mundo exterior. Aquellas personas que experimentan un proceso de envejecimiento cerebral normal o fisiológico conservarán esta capacidad a lo largo de toda su vida. Por otro lado, aquellas que atraviesen un envejecimiento anormal o patológico pueden experimentar variados niveles de deterioro en las funciones cognitivas superiores.

De igual forma el deterioro cognitivo en los adultos mayores puede tener un impacto significativo en su calidad de vida. A medida que las capacidades mentales disminuyen, las tareas diarias se vuelven difíciles, lo que puede llevar a una mayor dependencia y frustración. Además, la depresión y la ansiedad son riesgos emocionales, y los adultos mayores pueden experimentar una disminución en su calidad de sueño, así mismo afecta tanto a la persona afectada como a sus cuidadores, quienes asumen una carga adicional (Rivera y Villalba, 2018).

5.1.1. Funciones cognitivas

Son aquellos procesos mentales que tiene un individuo los cuales se involucran en la adquisición, selección, recepción, procesamiento, recuperación y uso de la información. Las funciones cognitivas incluyen una amplia variedad de procesos mentales, como la percepción, la atención, la memoria, el aprendizaje y el lenguaje, etc. Cada una de estas funciones desempeña un papel importante en cómo las personas procesan y comprenden el mundo que las rodea. Lupón et al. (2008) las dividen en cinco categorías distintas:

- **Percepción:** se refiere al proceso mediante el cual los organismos captan e interpretan la información del entorno a través de los sentidos (visión, oído, tacto, olfato, gusto). Es fundamental para comprender el mundo, permitiendo interpretar y responder a estímulos y situaciones.
- **Atención:** es la capacidad de enfocarse en un estímulo o tarea específico y de ignorar otros estímulos irrelevantes. Es una función cognitiva esencial que permite aprender, recordar, razonar y tomar decisiones.
- **Memoria:** es la capacidad de retener, almacenar y recuperar información y experiencias pasadas. Se divide en memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y otros tipos. La memoria permite aprender, adaptar y recordar eventos, habilidades y conocimientos a lo largo del tiempo.
- **Aprendizaje:** es el proceso mediante el cual los individuos adquieren conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos a través de la experiencia, la instrucción y la interacción con el entorno. Es un proceso fundamental en el desarrollo humano y en la adquisición de competencias a lo largo de la vida.
- **Lenguaje:** es un sistema de comunicación que utiliza signos y símbolos para expresar ideas, pensamientos y emociones. Es una característica distintiva de los humanos, capaz de transmitir información compleja. El lenguaje puede ser hablado, escrito o gestual, y es fundamental para la interacción social, la educación y la transmisión cultural.

5.1.2. Alteraciones en las funciones cognitivas debido al proceso de envejecimiento

El envejecimiento representa un proceso natural que tiene un impacto en las capacidades cognitivas. Es normal que a medida que una persona envejece experimente alteraciones en la

atención, la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas. Por ejemplo, puede ser más difícil recordar nombres o hechos detallados, o puede llevar más tiempo en procesar nueva información. No obstante, estos cambios no indican la aparición de una afección cognitiva. Es fundamental tener en cuenta que cada persona envejece de manera diferente y que el estilo de vida y la salud en general pueden influir en la velocidad y la gravedad de los cambios cognitivos.

Por lo consiguiente, hay otras formas de mantener la salud cognitiva, como hacer ejercicio con regularidad, mantenerse socialmente activo y desafiarse mentalmente con actividades como leer, aprender un nuevo idioma o armar rompecabezas.

5.1.3. Causas del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo puede ser ocasionado por diversos factores que afectan negativamente la función mental. Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (2016) plantea que existen varias causas entre las cuales menciona:

- Cambios en relación a la sociedad
- Cambios psicológicos
- Cambios en el organismo

Por otro lado, el deterioro cognitivo también puede ser causado por enfermedades psiquiátricas, eventos o enfermedades cerebrovasculares y enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y la enfermedad de Parkinson. Entre los síntomas y/o signos de sospecha de deterioro cognitivo podemos mencionar la pérdida de memoria, desorientación en el tiempo y lugar, problemas de pensamiento de emergencia abstracta, los problemas de lenguaje, la pobreza de juicio, se pierden cosas o se colocan en lugares inapropiados, se producen cambios inesperados y frecuentes en el estado de ánimo y el comportamiento, la pérdida de iniciativa y las dificultades para realizar las tareas familiares (Pérez, 2005).

5.1.4. Tipos de deterioro cognitivo

Chuquipul y Izaguirre (2018) categorizan el deterioro cognitivo en los siguientes niveles según su gravedad:

- **Normal:** no muestran cambios notables en las funciones cognitivas, ya que las modificaciones que se experimentan son inherentes al proceso de envejecimiento típico.

- **Leve:** cambios en la memoria u otros procesos mentales (como la atención, la concentración, la orientación y el lenguaje), su grado y duración no obstaculizan la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.
- **Moderado:** la persona muestra problemas al realizar tareas como administrar sus finanzas, planificar eventos y en actividades sociales, el grado de dependencia es limitado.
- **Demencia:** es una condición compleja y frecuente en los adultos mayores, clasificada como un síndrome clínico en el que múltiples áreas cognitivas muestran deficiencias en comparación con el nivel previo de funcionamiento cognitivo. Esto provoca una alteración en el funcionamiento general de la persona, ya que se asocia con síntomas físicos, emocionales y conductuales. Impacta significativamente la independencia y la capacidad de funcionar por cuenta propia.

5.1.5. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Los factores protectores son condiciones o elementos que aumentan la probabilidad de que ocurra un evento adverso o dañino, como enfermedades o accidentes. Antón y González (2017) mencionan los siguientes factores de riesgos para el deterioro cognitivo:

- Hipertensión arterial (HTA)
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- Obesidad y síndrome metabólico (SM)
- Tabaco
- Alcohol
- Insuficiencia cardíaca
- Homocisteína

5.2. Calidad de vida

Al referirse sobre que es la calidad de vida se puede emplear una variedad de términos, como bienestar, alcanzar los objetivos familiares y personales, contar con una alimentación saludable, tener un buen estado de salud, entre otras, Oñate y Gavilanes (2022) indica que:

La calidad de vida se define como una serie de condiciones que están presentes a lo largo de la vida del individuo, estas condiciones son un conjunto de factores que le permiten

gozar y satisfacer sus necesidades a fin de brindar bienestar al sujeto, las mismas pueden ser objetivas como las condiciones personales, culturales, económicas, sociopolíticas o ambientales y pueden dificultar o facilitar el desarrollo del sujeto y subjetivas donde el individuo realiza una valoración propia sobre su vida. (pp. 9721-9722)

Para Aranda (2018) la calidad de vida es la percepción que una persona tiene de su propia vida, y esta perspectiva está moldeada por la cultura, valores y normas de su entorno y está íntimamente relacionada con sus objetivos y expectativas, un concepto que se ve influenciado por la salud física, el bienestar psicológico, el grado de autonomía de la persona y su interacción con los aspectos sociales y económicos fundamentales de su entorno.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la calidad de vida como la evaluación global que una persona hace de su bienestar y satisfacción en distintos aspectos de su vida. No se limita únicamente a la ausencia de enfermedades o al acceso a recursos materiales, sino que abarca una perspectiva más integral y subjetiva de la vida. Engloba elementos físicos, psicológicos, sociales y ambientales que interactúan y afectan la experiencia de cada individuo (OMS, 1996).

5.2.1. Dimensiones de Calidad de vida

El nivel de bienestar físico, mental y social que experimenta una persona o comunidad se conoce como calidad de vida. Incluye factores como la salud, el nivel económico, el entorno social, la vivienda y el acceso a servicios. Es un concepto subjetivo que varía según los valores y las circunstancias, y se mide a través de factores como la satisfacción, la seguridad y las oportunidades disponibles.

Por otro lado, Robert Schalock es un experto en el estudio de la discapacidad intelectual y propuso un modelo de calidad de vida que consta de ocho dimensiones fundamentales (Verdugo et al, 2021), los cuales son:

1. Bienestar emocional

Entendida como la capacidad de experimentar y expresar emociones de manera adecuada y saludable, como la felicidad, la espiritualidad, la satisfacción en aspectos personales y generales de la vida, el auto concepto que se tiene un individuo a sí mismo, la seguridad o inseguridad, las habilidades o incapacidades que se cree tener. También, incluye aspectos relacionados con la

motivación, el estado de ánimo, el comportamiento, la depresión y la ansiedad, así como la falta de estrés (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

2. Relaciones Interpersonales

Esta dimensión se centra en las relaciones y conexiones sociales de una persona, incluye la intimidad, el afecto, la forma en como el sujeto interactúa entre dos o más personas, es decir la capacidad de establecer y mantener relaciones significativas con otras personas, como amigos, familiares y parejas románticas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

3. Bienestar Material

Hace referencia a la relación que tiene el individuo con lo material es decir acceso a recursos económicos y materiales suficientes para satisfacer las necesidades básicas para vivir una vida cómoda y segura, como la vivienda, los alimentos, el agua, los ahorros, el empleo, la ropa y el acceso a servicios básicos (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

4. Desarrollo Personal

Se centra en el crecimiento individual, en la adquisición de habilidades, conocimientos las competencias, la utilidad social, involucra la capacidad de establecer objetivos personales, el aprovechamiento de las oportunidades para crecer personalmente y aprender cosas nuevas o integrarse en el mundo laboral y alcanzar un sentido de logro y satisfacción (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

5. Bienestar Físico

Se refiere al estado de salud física, la capacidad funcional y el acceso a servicios de atención médica (general, preventiva, hospitalaria, a domicilio, etc.) y rehabilitación; en otras palabras, es la capacidad de estar sano y libre de enfermedad, también considera los factores de medicación, dolor y cómo influyen en la salud y le permiten realizar actividades normales. El bienestar físico permite desarrollar las actividades de la vida cotidiana sin limitaciones significativas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

Autodeterminación

Esto se basa en la capacidad de una persona de tomar decisiones y controlar su propia vida. Emergen las metas, los valores, los objetivos, las preferencias e intereses personales, estos aspectos permiten a las personas optar por defender ideas y opiniones. La autonomía personal, un derecho fundamental que todos tienen, el cual permite organizar la vida y tomar decisiones sobre temas que le competen (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

6. Inclusión Social

Se trata de la participación activa y equitativa de todas las personas en la sociedad, sin importar su origen, género, discapacidad, orientación sexual, edad u otras características personales. Incluye indicadores centrales como, aceptación, estatus, entorno laboral, roles, apoyo, integración y participación en la comunidad, actividades de voluntariado y entorno residencial. La medición de la inclusión puede basarse en la participación y en la accesibilidad, lo cual implica romper obstáculos que dificultan la integración social (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

7. Derechos

Esta dimensión se basa en la idea de que todas las personas tienen derechos fundamentales y deben ser tratadas con dignidad y respeto. Incluye aspectos como la igualdad de oportunidades, la justicia social y la protección de los derechos humanos. Es importante investigar el nivel de personas que conocen y disfrutan de los derechos propios de ciudadanía (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

5.2.2. *Envejecimiento y Calidad de Vida*

Todo individuo experimenta el envejecimiento como un proceso biológico inevitable, el cual es un declive del organismo en su totalidad. El sujeto deja de ser una persona autónoma con todas sus facultades intactas y presenta diversos déficits en su funcionamiento y capacidades, donde la persona en edad avanzada deja de ser una ente independiente y funcional y pasa a necesitar de un tercero para satisfacer sus necesidades básicas, lo que ejerce un impacto negativo en su calidad de vida.

En los adultos mayores se puede observar un marcado deterioro físico, cognitivo, psicológico y social dado que las capacidades de la persona comienzan a dirigirse hacia un declive notable, cabe recalcar que no ocurre en todos pero si en su mayoría, debido a que cada individuo envejece de manera distinta, es decir no existe un modelo de envejecimiento. A raíz de que la persona perciba cambios en sus capacidades en esta fase de la vida pueden experimentar sentimientos de frustración o se deprimen y esto los lleva a aislarse, ya que no son capaces de llevar a cabo las mismas actividades que solían realizar con normalidad en etapas anteriores.

Según estudios sobre la calidad de vida en adultos mayores, sostienen que el estado de salud física, las actividades recreativas y de tiempo libre, así como los recursos y servicios que reciben están vinculadas con la percepción positiva de las condiciones esenciales para satisfacer sus necesidades básicas (Gómez y Sabeh, 2015). Cuando esta satisfacción no está presente, surgen repercusiones negativas que afectan su salud y su percepción de la calidad de vida. Actualmente, la calidad de vida de los adultos mayores se considera un tema importante dentro de la sociedad, que abarca términos de bienestar integral los cuales están influenciados por el entorno en el que se desenvuelven.

5.2.3. Factores determinantes en la calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida de los adultos mayores está determinada por una serie de factores interconectados que influyen en su bienestar general. Uno de los factores más destacados es la salud, tanto física como mental, la presencia de enfermedades crónicas, la movilidad reducida y el deterioro del funcionamiento pueden tener un impacto negativo en su salud. En cambio, contar con una sólida red de apoyo social, que incluye familiares y amigos, contribuye significativamente a su bienestar emocional.

Además, el acceso a una atención médica y tratamientos preventivos adecuados puede ayudar a mantener una mejor calidad de vida. La seguridad financiera también juega un papel importante, ya que las pensiones adecuadas y los recursos financieros permiten a las personas mayores enfrentar las demandas del día a día y disfrutar de experiencias enriquecedoras.

Por otro lado, la autonomía y la capacidad de toma de decisiones son cruciales para la calidad de vida en esta etapa, ya que mantener una sensación de control sobre su vida, incluso en la vida cotidiana, puede aumentar la autoestima y la satisfacción personal. Asimismo, el acceso a

un entorno amigable que se adapte a sus necesidades, como una vivienda segura y un transporte conveniente, contribuye a su salud física y mental.

6. MARCO METODOLÓGICO

Para completar el análisis de este caso de estudio se utilizó un tipo y enfoque de investigación en específico. Además, se utilizaron varios instrumentos comunes en el campo de la psicología, como la observación clínica, la entrevista psicológica, historia clínica y las evaluaciones psicológicas, para compilar información importante sobre el caso en cuestión.

6.1. Tipo y enfoque de investigación.

6.1.1. Tipo de investigación

La investigación descriptiva se utiliza cuando el objetivo es proporcionar una descripción detallada de la naturaleza y manifestación de diversos fenómenos, situaciones, contextos y eventos. El énfasis está en identificar las propiedades, características y aspectos esenciales de cualquier fenómeno a través del análisis (Sampieri et al., 2014).

Para el desarrollo del presente estudio se determinó el tipo de investigación descriptiva, ya que su objetivo es proporcionar una breve descripción del deterioro cognitivo y su repercusión en la calidad de vida de un adulto mayor. Además, busca recopilar información sobre fenómenos y comportamientos, centrándose en la recopilación de datos descriptivos.

6.1.2. Enfoque

El enfoque mixto se refiere a un conjunto de procesos rigurosos y metódicos de investigación que involucran la recopilación y análisis tanto de datos cuantitativos como cualitativos. Estos datos se integran y discuten conjuntamente para poder realizar inferencias basadas en toda la información recopilada, lo que conduce a una comprensión más profunda del fenómeno de estudio (Sampieri et al., 2014).

Por lo tanto, se adoptó un enfoque de investigación mixta, ya que tiene como objetivo describir determinadas situaciones y eventos que ocurren en el adulto mayor de manera cualitativa, y cuantitativa al evaluar las variables a estudiar utilizando los resultados de pruebas psicométricas.

6.2. Técnicas e instrumentos de investigación

6.2.1. Técnicas

De acuerdo con Arias (2012), se define como técnica de investigación al procedimiento o forma particular para adquirir datos o información. Estas técnicas son propias y específicas de cada disciplina, y complementan el método científico, el cual tiene una aplicación más amplia.

6.2.1.1. Observación Clínica.

La observación es una técnica que implica en la visualización sistemática de hechos, fenómenos o situaciones en la naturaleza o en la sociedad utilizando la vista. Este proceso se lleva a cabo con el propósito de alcanzar objetivos de investigación previamente definidos (Arias, 2012).

Por consiguiente, la observación desempeña un papel esencial en las investigaciones en psicología, siendo empleada para analizar las cualidades y conductas de la entidad en estudio. En este análisis de caso concreto, se empleó la observación para examinar al adulto mayor durante las sesiones. Se utilizó una guía de observación como herramienta para capturar los datos percibidos de manera directa durante las interacciones con el paciente, así como de manera indirecta a través de los informes proporcionados por personas cercanas en su entorno residencial.

6.2.1.2. Entrevista semi – estructurada.

Las entrevistas semi – estructurada ofrecen un nivel de flexibilidad mayor en comparación con las entrevistas estructuradas. Esto se debe a que se inician con preguntas previamente formuladas, las cuales pueden ser adaptadas según las necesidades y respuestas de los participantes. Una de sus ventajas principales radica en su capacidad para ajustarse a los individuos que están siendo entrevistados. Esto brinda amplias oportunidades para estimular la participación del interlocutor, aclarar conceptos, detectar posibles ambigüedades y reducir formalismo en la conversación. (Díaz et al., 2013).

Por lo tanto, se empleó la entrevista semi – estructurada para recopilar información y construir el historial clínico psicológico, con la finalidad de obtener información del paciente intervenido, incluyendo datos personales relevantes que permitan una comprensión más profunda de su situación.

6.2.1.3. Historial clínico.

Esta técnica se utiliza de manera común en pacientes con la finalidad de obtener información esencial, incluyendo antecedentes sociales, emocionales, físicos y biológicos, así como antecedentes familiares relacionados con estos mismos aspectos mencionados anteriormente. El propósito principal es contar con datos que permitan vincular la información obtenida en el test aplicado. Además, esta técnica sirve como un medio para llevar a cabo una exploración en profundidad del paciente

La historia clínica juega un papel fundamental en la práctica de la psicología porque permite comprender el estado de un paciente, identificar factores que pueden estar influyendo en sus problemas y desarrollar un plan de tratamiento individualizado y adaptado a sus necesidades específicas. Adicionalmente, la historia clínica facilita el seguimiento a largo plazo del paciente y la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas empleadas (Menéndez, 2012).

6.2.1.4. Test psicométricos.

Según Tovar (2007), los test psicológicos son herramientas empleadas en el ámbito de la psicología para medir y cuantificar diversos elementos de naturaleza psicológica, como las capacidades cognitivas, emocionales y la personalidad. Estas pruebas están concebidas para ser administradas y calificadas siguiendo un protocolo estándar, con el propósito de ofrecer una medida imparcial y comparable del aspecto que se está evaluando.

Los test psicológicos tienen aplicaciones en diferentes campos de la psicología, incluyendo el clínico, educativo y organizacional. No obstante, es relevante tener en cuenta que es necesario complementarlos con otras técnicas e instrumentos para lograr una evaluación completa y precisa.

6.2.1.5. Cómo los pensamientos crean sentimientos.

La técnica de cómo los pensamientos crean sentimientos, se refiere a la forma en que las personas interpretan los eventos que determinan la forma en que se comportan o sienten, permitiéndoles reconocer pensamientos y poder modificar la forma en que se interpretan y se dan las emociones (Leahy, 2018)

6.2.2. Instrumentos

Según Arias (2012), un instrumento de recolección de datos se refiere a cualquier medio, dispositivo o formato (ya sea en papel o digital) utilizado para adquirir, registrar o almacenar información.

6.2.2.1. Ficha clínica.

Una ficha clínica es un documento que se utiliza para registrar información relevante sobre un paciente, como su historia clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución a lo largo del tiempo. Estas fichas son esenciales para el trabajo de los psicólogos y otros profesionales de la salud mental porque brindan un marco organizado para recopilar, organizar y administrar la información clínica de los pacientes.

6.2.2.2. Cuestionario de preguntas.

Este instrumento empleado sirvió para realizar las entrevistas de una manera organizada y adecuada, ya que el cuestionario fue la guía para ejecutar las entrevistas con el sujeto de estudio, estas son preguntas semi – estructuradas aplicadas para recabar información precisa sobre el adulto mayor intervenido para lograr llegar a un correcto diagnóstico.

6.2.2.3. Guía de observación.

La guía de observación es una herramienta utilizada en varios campos, como la investigación, la educación, la psicología, la sociología y otros, para recopilar datos a través de la observación sistemática de un fenómeno o situación específica. El objetivo principal es registrar y analizar de manera objetiva el comportamiento, los eventos o los aspectos que se desean estudiar sin intervenir directamente en ellos.

6.2.2.4. Test de Evaluación Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA) es una evaluación de corta duración diseñada con el propósito de facilitar la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia cuya aplicación lleva alrededor de 10 a 12 minutos.

El test MoCA consta de 19 ítems y comprende ocho dominios cognitivos que evalúan habilidades como la capacidad visuo-espacial/ejecutiva, la denominación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo diferido y la orientación. La puntuación máxima posible es de 30 puntos, y según las recomendaciones del autor, una puntuación igual o mayor a 26 se considera dentro de la normalidad, mientras que una puntuación de 17 o 18 se sugiere como punto de corte para detectar demencia (Pedraza et al., 2016).

6.2.2.5. Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (WHOQOL-BREF).

Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100 diseñado por la Organización Mundial de la Salud. El WHOQOL-BREF es un cuestionario que consta de 26 preguntas. Incluye dos preguntas generales que evalúan la calidad de vida y la satisfacción con el estado de salud y presenta 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas temáticas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. En este cuestionario, puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. Las respuestas se recogen utilizando una escala de tipo Likert, que ofrece cinco opciones de respuesta para cada pregunta (Espinoza et al., 2011).

7. RESULTADOS

7.1. Descripción del caso

Paciente adulto mayor de 88 años de edad de sexo masculino de nacionalidad ecuatoriana el cual asiste a consulta de forma voluntaria. Reside en su hogar junto a su esposa y su nieta de 35 años de edad. Tiene un total de 5 hijos, solo se relaciona con 4 de ellos. Lamentablemente, uno de sus hijos le ha retirado el habla y no lo visita debido a una disputa relacionada con la propiedad de tierras familiares, mediante la información recogida se puede acotar que desde hace un año ha estado experimentando cambios sutiles en su cognición. Su esposa ha notado estos cambios y le preocupan. Comenzó a olvidar nombres de personas cercanas, pero si las reconoce, así mismo olvida detalles de conversaciones recientes, muestra problemas para recordar dónde coloca objetos cotidianos, tiene dificultades para mantenerse concentrado y para encontrar palabras durante las conversaciones, ha perdido el apetito, tiene problemas al momento de conciliar el sueño, una o dos veces a la semana. De igual manera su esposa menciona que el antes solía salir a sentarse afuera a conversar con los vecinos y ahora se ha mantenido un poco aislado.

El presente estudio de caso se llevó a cabo en cinco sesiones terapéuticas con el paciente, en las que se desarrolló la historia clínica y las pruebas psicológicas. Los detalles se describen a continuación:

7.2. Sesiones

7.2.1. Primera sesión

Se efectuó el día viernes 21 de julio del 2023 en la casa del paciente a las 5:00 p.m. hasta las 5:40 p.m. la cual tuvo una duración de 40 minutos. En este encuentro inicial, se procedió a explicar en qué consistía el estudio de caso, detallando su objetivo y alcance. De igual manera se le informo sobre cómo se llevarán a cabo las sesiones terapéuticas y el horario que se seguirá. Cabe destacar que las sesiones se programaron teniendo en cuenta las disponibilidades y necesidades del paciente. Aunque se requirió un breve período para establecer una relación de confianza (rapport), una vez lograda, se procedió a recopilar información a través de una entrevista semi – estructurada. El objetivo de esta entrevista era crear un ambiente de confianza que permitiera obtener la máxima cantidad de información posible.

Después de completar la recopilación de información sobre su infancia y su vida adulta, el paciente menciona: "He notado que tengo olvidos frecuentes, no sé dónde dejo las cosas, a veces

tengo que pedir que me ayuden buscando y pienso que molesto con eso, me preocupa que más adelante no recuerde a mis hijos, no sé qué me está pasando o qué sucederá si esto se vuelve peor".

7.2.2. Segunda sesión

Durante la segunda sesión que fue realizada el día viernes 28 de julio del 2023 a las 10:30 a.m. hasta las 11:10 a.m. Se retomó un punto clave de la sesión anterior y se le hizo una pregunta de cómo se sentía con los olvidos que solía tener, en la cual indico que en ocasiones triste ya que cree que a veces su familia piensa que molesta mucho y que desde que tiene olvidos todo a comenzado a cambiar en su vida. Luego se procedió a darle una explicación detallada sobre el test de evaluación cognitiva Montreal (MoCA) el mismo que fue aplicado en esta sesión. El paciente participó de manera colaborativa, respondiendo a las preguntas y planteando dudas cuando era necesario, la aplicación de esta prueba permitió evaluar diversas áreas de la función cognitiva en el adulto mayor.

7.2.3. Tercera sesión

Esta sesión se realizó el día viernes 04 de agosto del 2023 a las 6:00 p.m. hasta las 6:40, teniendo una duración de 40 minutos. Al inicio de esta sesión se interactuó un poco con el paciente sobre que iba a realizar y de que se trataba la prueba psicológica, al pasar unos minutos se procedió a aplicar el cuestionario de evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (WHOQOL-BREF) el mismo que evalúa la calidad de vida en cuatro áreas principales: estado físico, estado psicológico, relaciones sociales y entorno. Las puntuaciones van del 1 al 5, donde un puntaje más alto indica una mejor calidad de vida. En el transcurso de la aplicación el adulto mayor mostro sentimiento de tristeza y mencionaba: "Ya estoy viejo no disfruto ahora la vida, no tengo suficientes energías para realizar actividades como antes las hacías, ya no sirvo para nada, no apporto nada en este mundo".

Durante la sesión, el adulto mayor se mostró receptivo y paciente mientras respondía a las preguntas del cuestionario, proporcionando respuestas claras y sinceras. También expreso: "Cada día que pasa se me hace difícil realizar las cosas, pero de igual manera hago un esfuerzo y salgo a caminar todas las noches, aunque a veces siento un poco de frustración porque me saben saludar y hay veces que se me olvidan los nombres de las personas y mi esposa es la que me lo recuerda".

7.2.4. Cuarta sesión

Esta cuarta sesión se efectuó el día viernes 11 de agosto del 2023 a las 5:30 p.m. hasta las 6:10 p.m. En esta sesión se tomó como punto de partida la sesión anterior y se dio inicio a la Terapia Cognitiva Conductual (TCC). Durante esta terapia, se explicó al paciente cómo se trabajará centrándose en sus pensamientos, los cuales generan sentimientos y comportamientos. Se procedió a la distinción entre hechos, pensamientos y sentimientos, con el objetivo de aplicar la técnica de manera adecuada.

7.2.5. Quinta sesión

La sesión número cinco se llevó a cabo el día viernes 18 de agosto del 2023 a las 10:30 a.m. hasta las 11:10 a.m. se retomaron aspectos de la sesión anterior en donde los pensamientos generaron sentimientos de tristeza y frustración. Por último, se realizó la devolución de la información recabada en las entrevistas y las pruebas psicométricas aplicadas tanto al paciente como a su familia y se planteó algunas sugerencias orientadas a contribuir significativamente a la mejora de sus funciones cognitivas y calidad de vida.

7.3. Situaciones detectadas

Durante el desarrollo de las cinco sesiones se pudo evidenciar que el paciente tenía síntomas usuales de deterioro cognitivo como olvidos frecuentes, dificultad para recordar palabras, pérdida de concentración durante las conversaciones y actividades.

En su primera sesión el no recordaba datos básicos de su persona como el día y el año de su nacimiento, el mes si lo recordaba, de igual forma tuvo dificultades para recordar aspectos de su infancia por lo cual para obtener una mayor información del adulto mayor se acudió a su esposa para que ayude con la información requerida, también menciono que el adulto mayor tenía problemas de sueño, disminución en el apetito y que desde que comenzó a tener estas dificultades con su memoria se mantiene un poco aislado, de igual manera se notó la preocupación del paciente por los problemas de memoria y olvidos que tiene.

En la segunda sesión se retomó la discusión sobre los olvidos del paciente y sus sentimientos al respecto. El paciente expresó sentirse un poco triste debido a la percepción de que podía molestar a su familia, asimismo se aplicó el test de evaluación cognitiva Montreal (MoCA), el cual que dio un resultado de 20 puntos lo que referencia a un rango bajo, esto significa probable

trastorno cognitivo, mostrando dificultad en cuatro dominios: visuoespacial/ejecutiva, atención, memoria, recuerdo diferido.

Durante la tercera sesión, se llevó a cabo una exploración de la calidad de vida del adulto mayor utilizando el Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud conocido como WHOQOL-BREF. Se observó una puntuación baja en los aspectos relacionados con el estado psicológico y la salud física, se detectaron pensamientos negativos durante el transcurso de la prueba como: "no apporto nada en este mundo", "ya no sirvo para nada". Además, se pudo constatar que las alteraciones en algunas funciones cognitivas están teniendo un efecto negativo en las actividades diarias de la persona adulta mayor.

En la cuarta sesión, se comenzó con la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), en la cual se pudo identificar pensamientos que afectaban su bienestar emocional, por lo cual en la quinta sesión se enfocó en abordar los pensamientos que habían generado sentimientos de tristeza y frustración. Además, se proporcionó retroalimentación de la información recopilada y se dieron sugerencias a tanto a la esposa del adulto mayor como a la nieta.

Según los resultados de los test aplicados y la sintomatología manifestada por el paciente, además de los criterios diagnósticos del CIE-10, se pudo constatar que el paciente presuntivamente obtiene un diagnóstico de trastorno cognitivo leve, mismo que se codifica en el CIE 10:

- F06.7 Trastorno cognitivo leve.

Tabla 1

Cuadro Psicopatológico

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
Cognitivo -Afectivo	Pérdida de concentración.	Trastorno cognitivo leve
	Dificultad para evocar recuerdos.	
	Dificultad para recordar palabras.	
	Pensamientos negativos.	
	Frustración.	

	Tristeza.
Conductual - social	Aislamiento
Somática	Problemas de sueño Cambios en el apetito

Nota: Sintomatología del paciente. **Fuente:** Elaborado por Ginger Alava Murillo (2023).

Conclusión diagnóstica: De acuerdo con el proceso llevado a cabo con el paciente, se ha llegado a un diagnóstico presuntivo de F06.7, que corresponde a un Trastorno Cognitivo Leve según el CIE-10.

7.4. Soluciones Planteadas

Con base en toda la información recopilada en el caso del adulto mayor de 88 años del cantón Urdaneta, ubicado en la provincia de Los Ríos, se determinó que el deterioro cognitivo repercute en su calidad de vida, por ello se llevó a cabo la siguiente propuesta terapéutica para el presuntivo diagnóstico, la cual se fundamenta en el enfoque de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Tabla 2

Esquema terapéutico-Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Nº de sesiones	Resultados esperados
Área Cognitiva - Afectiva: Pérdida de concentración, dificultad para evocar recuerdos, dificultad para recordar palabras. Pensamientos negativos,	Educar al adulto mayor acerca de sus síntomas y tratamientos. Mejorar las funciones cognitivas.	Psicoeducación. Estimulación cognitiva. Como los pensamientos crean sentimientos.	4	Se espera que el adulto mayor tenga una mayor comprensión acerca de su sintomatología y que opciones tratamiento puede tener. Se espera que mediante la estimulación continua se observen mejorías

frustración, tristeza.	Cambiar los patrones de pensamiento negativos del paciente.			notables en sus procesos mentales. Se espera cambiar los pensamientos negativos a funcionales.
Área Conductual –social Aislamiento.	Retomar actividades que le generen placer.	Entrenamiento de habilidades sociales. Programación de actividades.	2	Un incremento en la participación en actividades sociales.
Área Somática: Problemas de sueño, disminución del apetito.	Mejorar la gestión de los síntomas somáticos.	Técnica de relajación (Jacobson).	2	Reducción de los problemas de sueño y la estabilización del apetito.

Nota: Cuadro de propuesta de intervención psicoterapéutica. **Fuente:** Elaborado por Ginger Alava Murillo (2023).

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Autores como León y León conceptualizan el que deterioro cognitivo en adultos mayores es una condición en la que un individuo pierde las habilidades de razonamiento, comprensión y memoria y las personas que la padecen frecuentemente tienen problemas de coexistencia dentro del núcleo familiar, lo que a su vez resulta en una reducción en su calidad de vida. Por ello el motivo de este estudio de caso es de conocer como el deterioro cognitivo repercute en la calidad de vida de un adulto mayor del cantón Urdaneta, debido a esto, se requirió el uso de instrumentos psicológicos para evidenciar esta problemática.

En base a los resultados obtenidos, se logra constatar que el deterioro cognitivo no solo afecta la función cognitiva, sino que también influye en la calidad de vida y en el bienestar emocional del individuo. La presencia de pensamientos negativos, emociones como la tristeza y la frustración, así como las dificultades en las actividades diarias, subrayan la importancia de abordar este problema de manera integral en adultos mayores. Esto implica no solo brindar atención médica especializada y tratamientos cognitivos adecuados, sino también ofrecer apoyo emocional y psicológico para mitigar las repercusiones negativas en los afectados. La promoción de estrategias de afrontamiento efectivas y la implementación de programas de estimulación cognitiva pueden contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de estas personas y fomentar su independencia en la medida de lo posible.

Además, es importante destacar que los resultados de este estudio de caso no solo respaldan las afirmaciones de Víctor y Pérez sobre los síntomas del deterioro cognitivo, sino que también aportan una mayor comprensión de la complejidad de este fenómeno. La pérdida de memoria, la tendencia a perder objetos o colocarlos en lugares inapropiados, los cambios inesperados y frecuentes en el estado de ánimo y el comportamiento, junto con las dificultades para llevar a cabo las tareas cotidianas, son aspectos críticos que pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas afectadas por el deterioro cognitivo.

Por otra parte, se concuerda con lo que mencionaron Rivera y Villalba ya que se obtuvo relación con algunos de los resultados del estudio, los autores antes mencionados señalaron que el deterioro cognitivo tiene un impacto sustancial en su calidad de vida y que a medida que las capacidades mentales disminuyen, las actividades cotidianas se vuelven más difíciles, lo que puede resultar en una mayor dependencia y frustración para los adultos mayores. Asimismo, se destaca

el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en este grupo, así como la influencia negativa en la calidad del sueño. Esta situación no solo impacta a la persona directamente afectada, sino también a sus cuidadores, quienes asumen una carga adicional en la atención y el apoyo. En conjunto, estos factores resaltan la importancia de abordar el deterioro cognitivo en adultos mayores para mejorar su bienestar y calidad de vida, así como para brindar apoyo adecuado a quienes cuidan de ellos.

De igual manera, los resultados de este estudio respaldan la definición de calidad de vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el cual menciona que la calidad de vida se describe como la evaluación global que una persona hace de su bienestar y satisfacción en distintos aspectos de su vida. Se confirma que la percepción de calidad de vida abarca una perspectiva más integral y subjetiva de la vida, que va más allá de la ausencia de enfermedades o del acceso a recursos materiales. Esta evaluación engloba elementos físicos, psicológicos, sociales y ambientales, que interactúan de manera compleja y afectan la experiencia individual de cada participante. Por lo tanto, comprender la calidad de vida en su amplitud y profundidad implica tener en cuenta no solo la salud física, sino también la salud mental, las relaciones interpersonales, el entorno en el que se desenvuelve la persona y su capacidad para adaptarse a las adversidades. Esta perspectiva integral es esencial para abordar de manera efectiva el deterioro cognitivo en adultos mayores y, en última instancia, promover una mejor calidad de vida y bienestar para esta población vulnerable.

Autores como Gómez y Sabeh describen que la calidad de vida en adultos mayores está relacionada con varios factores, entre ellos, el estado de salud física, las actividades recreativas y de tiempo libre, así como los recursos y servicios que reciben. Estos aspectos están estrechamente ligados a la percepción positiva de las condiciones fundamentales para satisfacer sus necesidades básicas y mencionan que cuando esta satisfacción no está presente, pueden surgir repercusiones negativas que afectan tanto su salud como su percepción de la calidad de vida. Esto resalta la importancia de identificar y abordar las áreas en las que los adultos mayores pueden estar experimentando insatisfacción, ya que esto puede tener un impacto significativo en su bienestar general.

9. CONCLUSIONES

En relación al desarrollo del estudio de caso del paciente con deterioro cognitivo leve, se han alcanzado las siguientes conclusiones:

- El estudio realizado permitió analizar de manera detallada la repercusión del deterioro cognitivo en la calidad de vida de un adulto mayor de 88 años del cantón Urdaneta de la provincia de los Ríos. Los resultados obtenidos revelan que el deterioro cognitivo es un factor que influye significativamente en la calidad de vida de este grupo de población, lo que indica la importancia de abordar este problema de manera adecuada para mejorar su bienestar.
- Por consiguiente, durante el estudio de caso realizado en esta investigación, se pudieron observar hallazgos significativos. Al evaluar el estado cognitivo a través de la aplicación del instrumento psicológico (MoCA), dio un resultado de 20 puntos el cual hace referencia a un rango bajo, esto significa probable trastorno cognitivo, y se evidencio dificultades en áreas específicas como visuoespacial/ejecutiva, la atención, la memoria, y el recuerdo diferido. Esto demuestra la utilidad de estas herramientas para identificar de manera precisa las áreas afectadas por el deterioro cognitivo.
- El estudio demostró de manera concluyente que el deterioro cognitivo tiene un efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor evaluado. Este efecto se manifestó en varios aspectos de su vida cotidiana, incluyendo su capacidad para llevar a cabo tareas básicas, el bienestar emocional y disfrutar de aquellas actividades que antes le resultaban placenteras.
- Por último, los resultados obtenidos proporcionan una base sólida para la elaboración de un esquema terapéutico específico y adecuado para abordar el deterioro cognitivo presente en el adulto mayor. Este enfoque terapéutico, está centrado en mejorar las funciones cognitivas, modificar los patrones de pensamientos negativos, brindar psicoeducación y mejorar la gestión de los síntomas somáticos, ofrece una perspectiva holística y prometedora para mejorar su calidad de vida.

10. RECOMENDACIONES

En el caso de las personas mayores, es esencial brindar apoyo a aquellos que comienzan a experimentar un ligero deterioro cognitivo, ya que esto puede tener un impacto considerable en su bienestar físico y emocional, permitiéndoles llevar una vida más tranquila. Por ello se recomienda:

- La implementación de programas de intervención temprana y específica para adultos mayores con deterioro cognitivo para retrasar el avance del mismo. Estos programas deben incluir terapias cognitivas, actividades de estimulación mental y ejercicios diseñados para mejorar las funciones cognitivas. Esto garantiza que reciban la asistencia necesaria de manera oportuna, lo que contribuye a minimizar el impacto en su calidad de vida.
- Realizar evaluaciones periódicas del estado cognitivo de los adultos mayores utilizando instrumentos adecuados. Esto permitirá un seguimiento preciso de la progresión del deterioro cognitivo y la adaptación de las intervenciones según sea necesario.
- Fomentar la participación social activa de los adultos mayores con deterioro cognitivo en actividades comunitarias y grupos de apoyo. La interacción social puede ayudar a prevenir el aislamiento, promover el bienestar emocional y mantener un sentido de pertenencia en la comunidad, lo que contribuirá positivamente a su calidad de vida.

11. REFERENCIAS

- Antón, M., & González, J. L. (Junio de 2017). Patología asociada al deterioro cognitivo leve. Factores de riesgo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(S1), 20-23. doi:10.1016/S0211-139X(18)30075-1
- Aranda, R. M. (septiembre - octubre de 2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Obtenido de <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2418>
- Arias, F. G. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. Caracas: Espíteme. Obtenido de https://tauniversity.org/sites/default/files/libro_el_proyecto_de_investigacion_de_fidias_g_arias.pdf
- Camargo, H. K., & Laguado, J. E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. doi:http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79
- Chuquipul, P., & Izaguirre, C. (2018). *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, villa los reyes, ventanilla 2018*. LIMA – PERÚ. Obtenido de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, B. L., Torruco, G. U., Martínez, H. M., & Varela, R. M. (julio-septiembre de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003

- Gómez, M., & Sabeh, E. (2015). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*(9), 23-35. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/scielo.php/m45e12/e84e15>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Obtenido de https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/10/04._Libro.pdf
- Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. (2016). *Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios*. Obtenido de [isesinstituto: https://www.isesinstituto.com/noticia/que-cause-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores](https://www.isesinstituto.com/noticia/que-cause-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores)
- Leahy, R. L. (2018). *Técnicas de la terapia cognitiva*. Buenos Aires: AKADIA.
- León, G., & León, E. (118 de Agosto de 2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Revista Cumbres*, 4(1), 09 - 16. Obtenido de <https://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/295/110>
- López, N. B., Austria, R. A., Santander, H. J., Sanchez, M. B., & Estrada, C. E. (2021). Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. *Rev Enferm Neurol*, Vol. 20(Nº1), pp. 45-48. Obtenido de <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324/354>
- Lupón, M., Torrents, A., & Quevedo, L. (2008). Procesos cognitivos básicos. *Apuntes de Psicología en Atención Visual*. Obtenido de <https://www.studocu.com/co/document/universidad-catolica-luis-amigo/psicologia/procesos-cognitivos-basicos/4599089>
- Menéndez, O. F. (2012). La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría de la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental?*, 32(115), 547-566. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300007>

- OMS. (1996). ¿Que calidad de vida? *La gente y la salud*, 17, 385-387. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1
- Oñate, N. J., & Gavilanes, M. F. (27 de diciembre de 2022). Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 9718-9736. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4097
- Pedraza, O. L., Salazar, A. M., Soler, F. D., Castro, J., Castillo, P., Hernández, A., . . . Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Trabajos originales*, 221-228. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/0120-2448-amc-41-04-00221.pdf>
- Pérez, M. V. (Abril de 2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf>
- Rivera, J. C., & Villalba, C. Z. (octubre de 2018). *Deterioro cognitivo y su influencia en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor*. Obtenido de <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/831/995>
- Samaniego, G. L., Salvadores, R. T., Tumbaco, E. L., & Romero, U. H. (12 de septiembre de 2018). Deterioro cognitivo en el adulto mayor: una mirada al futuro. *Revista salud y bienestar colectivo*(3), pp. 07-20. Obtenido de https://sga.unemi.edu.ec/media/evidenciasiv/2019/12/05/articulo_201912518654.pdf
- Sampieri, H., Collado, F., & Lucio, B. (2014). *Metodología de la investigación*. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Tovar, J. A. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 8, 85-108.
- Verdugo, A. M., Schalock, R. L., & Gómez, S. L. (julio-septiembre de 2021). El modelo de calidad de vida y apoyos: la unión tras veinticinco años de caminos paralelos. *Siglo Cero*, 52(3), pp. 9-28. doi:<https://doi.org/10.14201/scero2021523928>

12. ANEXOS

Test de Evaluación Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: J.F.V.M. Fecha de nacimiento: 15/01/1935
Nivel de estudios: Secundaria J. FECHA: 28/01/2023
Sexo: Masculino

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA		Puntos					
	Copiar el cubo 	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)					
[X]	[X]	[✓]	[✓]	[X]	2/5		
IDENTIFICACIÓN							
[✓]		[✓]		[✓]		3/3	
MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas, haga dos intentos. Recuerdeslas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
1er intento		✓	✓	✓	X	X	
2º intento		✓	✓	X	X	X	
ATENCIÓN Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. [✓] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. [X] 7 4 2		1/2					
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [X] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		0/1					
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [✓] 93 [X] 86 [X] 79 [X] 72 [X] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		2/3					
LENGUAJE Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando las puertas entran en la sala. [✓] Espero que al entregar el mensaje una vez que ella se lo pide. [✓]		2/2					
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [✓] _____ (N ≥ 11 palabras)		1/1					
ABSTRACCIÓN Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [✓] tren-bicicleta [✓] reloj-regla		2/2					
RECUERDO DIFERIDO Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente. 1/5
Optativo		[✓]	[X]	[X]	[X]	[X]	
Pista de categoría		✓	X	X	X	X	
Pista elección múltiple		✓	X	✓	X	✓	
ORIENTACIÓN [✓] Día del mes (fecha) [✓] Mes [✓] Año [✓] Día de la semana [✓] Lugar [✓] Localidad		6/6					
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocates.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL Añade 1 punto si tiene < 12 años de estudios.		21/30	

Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (WHOQOL-BREF).

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

No

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

No

Gracias por su ayuda

HISTORIA CLINICA

Fecha: 23/07/2023

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: J.F.V.M.

Edad: 88

Lugar y fecha de nacimiento: 15/01/1935

Género: masculino

Estado civil: unión libre

Religión: católico

Instrucción: secundaria incompleta

Ocupación: sin ocupación

Dirección: XXXX

Teléfono: XXXX

Remitente: sin remitente

1. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente varón de 88 años que se remite a la consulta desde atención primaria debido que ha estado experimentando cambios sutiles en su cognición, su esposa ha notado estos cambios y le preocupan.

2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Hace un año el adulto mayor ha experimentado cambios en su cognición, tiene dificultad para recordar nombres de personas conocidas y detalles de conversaciones recientes. También presenta dificultades para mantener la concentración durante actividades cotidianas y problemas para encontrar cosas en su casa.

3. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES

Sin patologías

4. HISTORIA PERSONAL

4.1 ANAMNESIS

(Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

Relato de la esposa: “El embarazo y parto de mi suegra según lo que me contaba hace muchos años fue sin complicaciones, el proceso de lactancia fue sin inconvenientes, lo que es el desarrollo de la marcha y el lenguaje fue dentro de rangos normales y logró el control de esfínteres a los 3 años de edad. El desarrollo de sus habilidades de autonomía fueron adecuadas para su edad, lo que le permitió funcionar de manera independiente en la vida diaria y sobre las enfermedades mi bisabuelo las comenzó a tener ya de adulto”.

4.2 ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Culmino sus en la primaria sin problemas y la secundaria solo hasta 4to año porque sus padres eran de bajos recursos económico.

4.3 HISTORIA LABORAL

Empezó sus laborales de jornalero desde sus 18 años de vida, donde se dedicaba a sembrar y cosechar arroz, maíz, y soya. Presentaba buena relación con sus compañeros de labores.

4.4 ADAPTACIÓN SOCIAL

Siempre ha sido muy sociable, aunque desde que comenzó a tener problemas con su memoria se ha mantenido un poco aislado.

4.5 USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses).

Le gusta ver programas de televisión y sale a caminar en su andador por las noches.

4.6 AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Ha experimentado relaciones afectivas significativas a lo largo de su vida como el nacimiento de sus hijos, incluyendo también la relación con su esposa, la cual la ha compartido durante muchos años y sobre su psicosexualidad ya no tiene vida sexual activa hace muchos años.

4.7 HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros).

Fumaba y tomaba alcohol cuando era joven, pero se controlaba, no era adicto.

4.8 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Relato de la esposa: “En el ámbito alimenticio ha perdido el apetito se le debe está insistiendo que para que coma y veces tiene dificultades al momento de conciliar el sueño, una o dos veces a la semana”.

4.9 HISTORIA MÉDICA

Tiene antecedentes médicos de hipertensión arterial, una condición que ha estado controlando con medicamentos durante varios años.

4.10 HISTORIA LEGAL

No ha tenido problemas legales.

4.11 PROYECTO DE VIDA

No tiene expectativas sobre su futuro.

5. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

5.1 FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente presente vestimenta acorde a su edad, lenguaje claro y se muestra colaborador en las sesiones.

5.2 ORIENTACIÓN

Sin alteración

5.3 ATENCIÓN

Ha tenido dificultades para mantenerse concentrado durante largos períodos de tiempo y se distrae fácilmente durante conversaciones o actividades.

5.4 MEMORIA

Ha notado dificultades para recordar nombres de personas conocidas, detalles de conversaciones recientes y eventos importantes. A menudo olvida dónde dejó objetos cotidianos.

5.5 INTELIGENCIA

Aparentemente normal.

5.6 PENSAMIENTO

Ha experimentado un enlentecimiento en la resolución de problemas y la toma de decisiones, lo que le causa frustración.

5.7 LENGUAJE

Lenguaje aparentemente normal.

5.8 PSICOMOTRICIDAD

No se observan problemas significativos en la coordinación motora.

5.9 SENSOPERCEPCION

Aparentemente sin alteración.

5.10 AFECTIVIDAD

Ha experimentado episodios de frustración, tristeza y preocupación debido a sus dificultades cognitivas.

5.11 JUICIO DE REALIDAD

Su juicio de la realidad parece estar preservado.

5.12 CONCIENCIA

El paciente está consciente de sus dificultades cognitivas y muestra preocupación por ellas.

6. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Test de Evaluación Montreal Cognitive Assessment (MoCA).
- Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (WHOQOL-BREF).

7. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo -Afectivo	Pérdida de concentración. Dificultad para evocar recuerdos. Dificultad para recordar palabras. Pensamientos negativos. Frustración. Tristeza.	Trastorno cognitivo leve
Conductual - social	Aislamiento	

Somática	Problemas de sueño Cambios en el apetito	
-----------------	---	--

8. FORMULACIÓN DEL CASO (Describir, factores predisponentes, eventos precipitantes, factores perpetuantes, el tiempo de evolución)

Factores predisponentes: deterioro cognitivo.

Eventos precipitantes: no se han identificado eventos específicos que precipitaron el inicio de los síntomas cognitivos. El inicio de los síntomas parece haber sido gradual.

Tiempo de evolución: hace 1 año.

9. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

F06.7 Trastorno Cognitivo Leve.

10. PRONÓSTICO

Pronóstico favorable, ya que es consiente.

11. RECOMENDACIONES

- Psicoeducación
- Incentivar a realizar actividades que estimulen la mente, como rompecabezas, crucigramas, o juegos de memoria.
- El contacto regular con amigos y familiares puede mejorar el estado de ánimo y la cognición.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. ¿Cómo ha notado usted cambios en su memoria o habilidades cognitivas? ¿Puede describir algunos de estos cambios?
2. ¿Ha tenido dificultades para realizar tareas que antes realizaba con facilidad?
3. ¿Ha experimentado cambios en su estado de ánimo o en la forma en que se relaciona con otras personas?
4. ¿Ha notado cambios en su vida social y sus relaciones con amigos y familiares debido al deterioro cognitivo?
5. ¿Ha participado en programas o servicios que le hayan ayudado a mantener su calidad de vida?

FICHA DE OBSERVACION CLINICA
MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: J.F.V.M.

Edad: 88 años

Sexo: masculino

Lugar y Fecha de nacimiento: Urdaneta, 15/01/1935

Instrucción: Secundaria

Fecha: 21 de julio del 2023

Tipo de Observación: Clínica

Nombre del observador (a): Ginger Alava

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1.Descripción física y vestimenta.

Paciente adulto mayor de 88 años de edad. Presenta una complexión delgada y una estatura de alrededor de 1.60 metros. Su cabello es mayormente canoso y está peinado hacia atrás. Viste una camisa de manga larga de color azul claro y pantalones de tela oscuros. Presenta calma al estar frente al observador, mostrando una actitud colaboradora, orientada en tiempo y espacio.

2.2.Descripción del ambiente.

La observación se lleva a cabo en el interior de su hogar. La habitación es espaciosa y bien iluminada por luz natural que entra a través de las cortinas de tela. Hay una cómoda de madera en una esquina, sobre la cual se encuentra una pequeña colección de libros y algunas fotografías familiares enmarcadas. El ambiente transmite una sensación de calidez y comodidad.

2.3.Descripción de la conducta.

Mostraba actitud tranquila y siempre dispuesta a colaborar.

Comentarios: Muestra una conducta tranquila, su vestimenta y apariencia física son acordes a su edad, y no se observan signos de malestar físico.

Aplicación del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA).



Revisión de los avances del estudio de caso.

