



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA  
EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)  
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO  
CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SU INFLUENCIA EN LAS  
FUNCIONES EJECUTIVAS DE UN ADULTO MAYOR DEL CENTRO  
GERONTOLÓGICO EL BUEN VIVIR BABAHOYO**

**AUTOR:**

**ANGELICA AMIRELIS ARTEAGA BERMELLO**

**TUTOR:**

**MSc: FRANCISCO AMAIQUEMA**

**BABAHOYO - ENERO /2020**



## **RESUMEN**

El adulto mayor atraviesa por una serie de cambios en diferentes aspectos, estos cambios son normales pero acompañados a estos se presentan también el deterioro cognitivo, y más aún cuando el adulto se rodea de factores de riesgo, uno de ellos es el aislamiento y es así como el adulto va perdiendo sus capacidades en la ejecución de las diferentes actividades que involucran a los procesos mentales, es por eso que este estudio propone la estimulación cognitiva para mejorar las funciones ejecutivas, dirigido al caso de un adulto mayor en donde se aplican técnicas de estimulación cognitiva adaptadas a su condición, para este caso se realizaron un conjunto de técnicas, como la entrevista, la observación, test psicométricos cada una de ellas con su respectivo instrumento, que ayudaron a establecer un diagnóstico para posterior a esto elaborar un diseño psicoterapéutico.

Palabras claves: Estimulación cognitiva, funciones ejecutivas.

## **ABSTRACTS.**

The elderly adult is going through a series of changes in different aspects, these changes could be normal but along with these changes, cognitive deterioration also occurs, and even more when the elderly adult is surrounded by risk factors, one of them is isolation and is like this how the elderly adult starts losing his abilities in the execution of different activities that involve mental processes, that's why this study proposes cognitive stimulation to improve executive functions, aimed to the elderly adult where cognitive stimulation techniques are applied according to their condition, for this particular case a set of techniques were implemented, such as the interview, the observation, psychometric tests, each of them with their respective instrument, which helped to establish a diagnosis to develop a psychotherapeutic design afterwards

Keywords: Cognitive simulation, Executive functions

## INDICE

RESUMEN .....	I
ABSTRACTS .....	I
INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	2
OBJETIVO GENERAL .....	2
SUSTENTOS TEÓRICOS .....	3
ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	3
EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	4
OBJETIVO DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	6
BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	6
Reserva cerebral.....	6
La neuroplasticidad .....	7
Nuevos aprendizajes .....	7
FUNCIONES EJECUTIVAS.....	7
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	11
OBSERVACIÓN DIRECTA .....	11
ENTREVISTA.....	11
TESTS PSICOMÉTRICOS .....	11
Escala Minimental .....	12
Escala de Lawton y Brody .....	12
Índice de Barthel .....	12
RESULTADOS OBTENIDOS .....	13
PRESENTACIÓN DEL CASO .....	13
Sesión # 1 .....	13
Sesión #2 .....	13
Sesión # 3 .....	14
Sesión #4 .....	14
Sesión #5 .....	14
Sesión #6 .....	14
SITUACIONES DETECTADAS (HALLAZGOS).....	15
Resultados de test aplicados .....	15
Área somática.....	15
Área afectiva: .....	15
Área cognitiva.....	15
Área conductual .....	16

RESULTADOS OBTENIDOS .....	17
CONCLUSIÓN.....	19
RECOMENDACION.....	20
Bibliografía .....	21

# INTRODUCCIÓN

Este proyecto tiene la finalidad de conocer cuál es la influencia de la estimulación cognitiva en las funciones ejecutivas de un adulto mayor del Centro Gerontológico del Buen Vivir en Babahoyo siguiendo la línea de investigación de asesoramiento psicológico con la sublínea asesoría y orientación educativa, personal, sociofamiliar vocacional y profesional. Este tema es crucial porque la población del adulto mayor sufre deterioro natural, este deterioro además sigue su curso progresivo por la falta de estimulación en estos procesos. Lo que se pretende es dejar evidencia del efecto que tiene la estimulación en el adulto mayor al realizar sus funciones.

A medida la vida del adulto mayor transcurre es vulnerables , expuesto diferentes factores riesgo que lo rodean, como por ejemplo el aislamiento que puede ser causado por la familia y la sociedad, es decir que mientras más aislado se encuentre el adulto sus procesos irán en declive, evitar que todos estos factores influyan en el daño cognitivo es el propósito del tema de investigación, además con la pertinente estimulación se evitaran posibles patologías que suelen verse como características de la vejez.

Se expondrá el caso está dirigido a un adulto mayor de 84 años que se encuentra en el asilo en modalidad residente hace 1 año 8 meses, con discapacidad visual y además discapacidad motora gruesa, en esta investigación se utiliza el enfoque cualitativo, con alcance correlacional, corte transversal y el tipo de investigación es no experimental también se utilizó técnicas, como la entrevista, la observación, la aplicación de test, con herramientas como la historia clínica, guía de observación y los reactivos psicométricos.

## **JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se ejecuta en el centro gerontológico el “Buen Vivir” en la ciudad de Babahoyo, trabajando en las cogniciones de un adulto mayor de 84 años residente del centro. Su estado mental presenta un notable deterioro en sus funciones ejecutivas, la meta justamente es evitar el deterioro futuro y mantener sus cogniciones. Se estudia la influencia de la estimulación en su memoria, atención y en todas sus funciones.

La importancia de este trabajo radica en que el adulto mayor tenga un bienestar psicológico que garantice su calidad de vida. La investigación tendrá un valor teórico o sustento que será base para futuras investigaciones que se relacione con el tema estudiado, y cuyos beneficiarios directos serán las personas adultas mayores. La utilidad de estas técnicas de estimulación en un adulto mayor analizara los en las cogniciones del adulto.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, el estudio permitirá recoger evidencia sobre la relación las variables presentadas, además se validara la eficacia de la estimulación en la persona adulto mayor, los procesos cognitivos no se pueden mejorar como es evidente, pero si se puede evitar el progreso del deterioro, y que el adulto mayor pueda disfrutar de la vida, y es por eso la presente propuesta.

Realizar este estudio es factible porque la autora se encuentra realizando prácticas en la institución donde se realiza el caso, es el adulto está disponible para realizar la intervención, además el equipo interdisciplinario colabora en la propuesta presentada, no solo para el adulto elegido, sino para todos quienes se asilan en esta institución en las dos modalidades

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la influencia de la estimulación cognitiva en las funciones ejecutivas de un adulto mayor del centro gerontológico el buen vivir Babahoyo.

## **SUSTENTOS TEÓRICOS**

Actualmente hay investigaciones sobre el tema investigado, mencionamos aquí un estudio realizado en Bogotá-Colombia se realizó un programa a 40 adultos mayores en donde implementó un programa de EC para todos los adultos con un envejecimiento normal en donde de los procesos estimulados especialmente en la atención mejoraron, y sus puntuaciones en minimalmente aplicado, aumentaron (Fabio Vega Pozo, 2016).

### **ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

Para Agustín y Torjada (2014) la estimulación cognitiva es :

El conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas como, percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria lenguaje, procesos de orientación que mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denomina programas de entrenamiento cognitivo. La estimulación cognitiva no solo se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores, tales como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir sobre la persona adulta de forma integral (pág. 74).

Por lo consiguiente Puig (2012) afirma que:

El hecho de que el cerebro pueda responder positivamente al entrenamiento justifica la elaboración de programas de estimulación cognitiva. Su objetivo es mantener o aumentar el rendimiento del cerebro, así como buscar estrategias para enlentecer y compensar las fallas normales de atención y memoria. La importancia radica en que se ha observado que con la edad se debilitan algunos sentidos, como la vista y la audición, la sensibilidad táctil, la rapidez de aprendizaje y de reacción, la atención y la retención de nombres. Sin embargo, son funciones que sí pueden mantener bien entrenadas a través de la continua ejercitación (pág. 8).

Tomando en cuenta lo antes mencionado la vejez muchas veces viene acompañada de deterioro en los procesos mentales, la estimulación cognitiva se enfoca en mantener esos procesos y evitar el progreso del deterioro, mas no en intentar recuperar los que se han perdido, porque eso causaría frustración en el adulto, y hablando de procesos mentales o cognitivos, podemos distinguir dos, los procesos básicos y los procesos superiores, dentro de los procesos básicos encontramos, la percepción, la sensación, la atención y la memoria, y en los procesos cognitivos superiores tenemos el lenguaje, pensamiento y la inteligencia (Glober, 2018). Y es aquí donde influye la EC.

Se considera entonces que las tareas que se realizan en la EC no deben calificarse como pasivas, al contrario estas tareas necesitan esfuerzo intelectual y va de acuerdo a las capacidades de quien las esté realizando, y podemos decir que al aplicar EC no solo se trabaja en un solo proceso porque una actividad que estimula la memoria también demanda a que la persona deba estar atento a la información que debe aprender es así que la estimulación trabaja de forma integral.

En la EC es necesario tener en cuenta varios factores que favorecen o funcionan como factor de protección. González (2014), menciona que:

Deben considerarse en forma simultánea, tres elementos (triada) los cuales pueden aplicarse en la persona adulto mayor, ya que están apoyados en evidencia y pruebas empíricas irrefutables y son: aspecto social, aspecto físico y aspecto educativo. Esta triada indica que, para potenciar un mejoramiento cognitivo, todos sus elementos deben relacionarse entre sí, y deben formar parte de las estrategias para desarrollar una salud mental (pág. 6).

## **EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

a continuación se describen algunos ejercicios que estimulan los procesos mentales con las actividades que se realizan dentro de ellos:

- Ejercicio de atencion: aquí se presenta una matriz con figuras de arboles y estrellas y la consigna es la siguiente :ponga 1 debajo de la estrella , ponga dos debajo del arbol
- Ejercicio de copia: facilitar un dibujo con su nombre respectivo, luego observar y posteriormente cerrar los ojos y dibujar al costado el mismo dibujo con la palabra
- Ejercicio de percepcion: facilitar imágenes, de algun lugar o algun acontecimiento importante, describir de que se trata la imagen y mencionar algun recuerdo de ella
- Ejercicio de asociación: en una hoja se ponen 3 columnas cada una de ellas con diferentes indicadores que son, una fecha, mes y acontecimiento importante dentro del calendario, la consigna consiste usando varios colores unir las fechas con el mes y el acontecimiento correspondiente
- Ejercicio de visualización: se otorga una imagen de algun paisaje que tenga muchos detalles, debe observar la imagen y mientras lo hace describir cada objeto visualizado en ella
- Ejercicio de memoria : leer un texto informativo de unas 200 palabras en donde la persona debe contesta a preguntas relacionadas con el texto
- Ejercicio de leguaje: para este actividad se utilizan sopas de letras, las sopas de letras son ejercicios completos en donde trabaja entrenando a la memoria, lenguaje, percepción concentración y atención.
- Ejercicio de recuerdos de la vida: en una hoja la persona debe escribir unas vacaciones agradables, y que describa

- Ejercicio de atención: se coloca una cantidad de numeros en una fila de 5 una cantidad se repite y es la que se debe tachar, ademas de filas también consta de 5 columnas con el mismo procedimiento (Garcia, 2008, págs. 6-14).

## **OBJETIVO DE LA ESTIMULACIÓN GOGNITIVA**

Vygotsky propone el conceptode zona del desarrollo proximo cuando enlaza el espacio del proceso cognitivo que debe ser estimulado por la enseñanza a fin de obtener el aprendizaje que se plantea y lo define asi :

La distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinados a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (Vygotsky, 1979, pág. 133).

Según nuestro criterio basado en el autor es que la persona que está en la zona de desarrollo real (todo lo que sabe), pasa con la ayuda de un tutor con un superior conocimiento a la zona de desarrollo próximo y aquí se encuentran una serie de habilidades que son difíciles de lograr de forma independiente para posterior a esto llevarlo a la zona de desarrollo potencial donde realiza todas las funciones con ayuda.

## **BASES NEUROBIOLOGICAS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITVA**

### **Reserva cerebral**

La reserva cerebral es la capacidad que el cerebro tiene de tolerar cierta cantiad de lesion cerebral, se conoce que las personas que han tenido estimulacion cerebral a lo largo de la vida en forma de adquisicion de conocimientos, actividades sociales o fisicas tienen mayor reserva , es decir que sus cerebros son capaces de tolerar cierta cantidad de lesiones sin que aparezcan sintomas de enfermedades neurodegenerativas, esta reserva se desarrolla mediante los efectos de las experiencias de vida, tales como la educación, la

complejidad laboral, la actividad física, las actividades de ocio, el estilo de vida, el bilingüismo o la actividad cognitiva (Agustin & Torjada, 2014).

### **La neuroplasticidad**

La plasticidad neuronal es la capacidad que tiene el cerebro para adaptarse a los cambios o funcionar de otro modo, modificando las conexiones y redes que conectan a las neuronas. Nuestro perfil emocional, que se forma mediante una serie de circuitos neuronales durante los primeros años de vida, puede modificarse como consecuencia de experiencias causales (Puig, 2012).

### **Nuevos aprendizajes**

A lo largo de la vida de todo ser humano existe una capacidad de aprendizaje, más o menos limitada, que se pone de manifiesto en los posibles cambios de conducta, en la adecuación a nuevos estímulos y ambientes, en la mejora de actividades instrumentales y en la adquisición de nuevas estrategias y esquemas cognoscitivos. Dicha capacidad de reserva o almacenaje cognoscitivo se basa en la plasticidad adaptativa que posee el cerebro, es decir, el encéfalo tiende a modificarse estructural y funcionalmente mientras aprende o reaprende (Agustin & Torjada, 2014).

## **FUNCIONES EJECUTIVAS**

Joaquín Fuster fue quien en 1980 aportó este término de funciones ejecutivas, por medio de su teoría sobre la corteza prefrontal, en donde destaca la importancia de esta estructura sobre la conducta, pese a esto fue Muriel Lezak en 1989 quien le dio popularidad a este término, con este preámbulo se definen a las funciones ejecutivas como las habilidades de la mente que dan apertura a que se puedan elaborar la formulación de metas y la programación que las personas realizan para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Gómez, 2016).

Da Silva (2017) afirma que. “Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas responsables de la conducta humana compleja. Luego, es determinante caracterizar su desarrollo ya que estas contribuirán al éxito futuro en las determinadas áreas de la vida del individuo” (pág. 24). Entonces es importante enfocarse hacia la evolución progresiva de las funciones ejecutivas, ya que a través de éstas las personas desarrollan sus capacidades o habilidades en función a su proceso cognitivo. Para el buen desarrollo de las personas existen diversas situaciones, es por eso que el estímulo de las funciones ejecutivas nos ayuda a planificar detalladamente en función a las situaciones del comportamiento, y buscar la manera correcta en que la persona pueda adaptarse al medio, de tal forma que pueda gozar de una estabilidad plena, y alcance sus objetivos.

Verdejo-García y Antonie (2010) manifiestan que:

Las funciones ejecutivas se nutren tanto de recursos atencionales como de recursos amnésicos, pero su función es la de proporcionar un espacio operativo y un contexto de integración de estos procesos con objeto de optimizar la ejecución en función del contexto actual y de la previsión de nuestros objetivos futuros (pág. 288).

Entonces podemos mencionar que las FE están ligadas a diferentes situaciones que pasan en la vida de cada ser humano, es aquí donde se integran recursos amnésicos y atencionales, buscando el desarrollo íntegro de las habilidades cognitivas de cada persona para controlar la conducta, ayuda a resolver problemas o puede también relacionarse directamente con la toma de decisiones, todo lo mencionado en un contexto general sobre los recursos que se adoptan para fortalecer el desarrollo de cada persona, en función a los errores que se pueden dar si no se estimula a tiempo.

Tamayo Lopera, Merchan Morales, Hernandez Calle, Ramirez Brand y Gallo Restrepo (2016) refieren que las FE son un conjunto de procesos mentales diferentes e interdependientes, que controlan la cognición y la regulación de la conducta, tales como la resolución de problemas, la planificación, la memoria de trabajo, la toma de decisiones, el monitoreo y el control inhibitorio (pág. 22).

Podríamos suponer que las funciones ejecutivas se basan en la conducta y el comportamiento de las personas, la buena estimulación de éstas funciones, ayudarán a las personas a desarrollarse adecuadamente, y gozar de una vida plena en armonía, la no aplicación o la falta de estimulación o desarrollo de las funciones ejecutivas perjudicará en gran manera a las habilidades cognitivas del ser humano, es decir una persona podrá desarrollarse con un mal comportamiento, no sabrá tomar decisiones correctas y mucho menos resolver problemas que se le presenten a lo largo de su vida. Es indispensable que desde pequeños se realice esta clase de estímulo, porque es ahí donde la persona adquiere y desarrolla sus habilidades cognitivas.

Puerta-Morales y Urrego-Betancourt (2016) están de acuerdo:

Que las competencias ciudadanas buscan un equilibrio y desarrollo armonioso de las habilidades de los estudiantes para tomar decisiones, establecer criterios, trabajar en equipo, resolver problemas, comunicarse, negociar y participar. Si se estimulan las funciones ejecutivas en niveles tempranos de la educación, se puede promover con mayor eficacia la asimilación de comportamientos pro-sociales. (pág. 23).

Desde nuestro punto de vista se puede indicar que las FE juegan un papel muy importante en la vida de las personas, situaciones en las cuales la estimulación de éstas desde una temprana edad contribuirá de manera positiva al comportamiento de las personas, de tal forma que tendrán una vida estable emocional, mental y socialmente, eso es lo que se busca hoy en día en la sociedad, resultado de la forma de vivir en armonía, generando virtudes y cualidades positivas en las personas, es la estimulación de funciones ejecutivas desde una edad muy temprana.

La carencia del desarrollo de las funciones ejecutivas no es más que un retroceso en la vida de las personas, pues ellas adoptarían un subdesarrollo en sus habilidades cognitivas, serían personas incompetentes, de tal forma que sería muy difícil tratar con ellos y generar una población en la cual exista armonía y paz, por eso el trabajo se lo debe realizar a edad temprana, en la cual es fácil estimular y desarrollar habilidades cognitivas, enseñando

la comunicación, el trabajo en equipo, el bien estar para la sociedad, de tal manera que vayan adoptando conductas y comportamientos agradables para ellos y para todos los que los rodean.

El estudio de las funciones cognitivas, en poblaciones envejecidas analfabetas y con bajo nivel educativo no ha recibido la atención necesaria. Soto-Añari y Caceres-Luna (2012) refieren que:

Los estudios muestran un incremento significativo en la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo e inclusive demencia en poblaciones con bajo nivel educativo y/o analfabetas, este aumento de casos estaría asociado a la poca capacidad de afrontamiento cerebral y cognitivo observado en procesos neurodegenerativos y que estaría mediado por procesos educativos formales. Nos hemos propuesto comparar el rendimiento en funciones ejecutivas en poblaciones alfabetizadas y no alfabetizadas adultas mayores (pág. 127).

Y con lo antes expuesto nuestra opinión es que el aspecto cognitivo en muchas ocasiones está directamente relacionado con un bajo o nulo nivel académico, ya que al no estar las personas en situaciones de aprendizaje continuo, es muy difícil que desarrollen su capacidad cerebral, es decir no trabaja el cerebro de igual forma que una persona que aprende o ejercita cada día, esto genera que se atrofie, y al estar en esa situación, el rendimiento de sus funciones ejecutivas es muy bajo, por tal motivo van desarrollando problemas en su comportamiento, y esto puede afectar a lo largo de su vida.

A diferencia de aquellas personas que han tenido la oportunidad de educarse, sus funciones ejecutivas están aún más desarrolladas, ya que estas personas están en constante entrenamiento y ejercitando su cerebro cada día, es decir sus habilidades conductuales, de comportamiento tendrán un mayor rendimiento, y serán mucho más eficientes que aquellas personas que no han desarrollado sus habilidades cognitivas por medio de la estimulación de las funciones ejecutivas.

# **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

## **OBSERVACIÓN DIRECTA**

Se utilizó el instrumento de la guía de observación, el procedimiento fue observar al adulto con distancia de cien metros por un tiempo aproximado de 15 minutos el respectivo instrumento marcar con un lápiz las opciones indicadas y previamente planteadas, lo que se buscaba es conocer cómo se desenvuelve el adulto mayor en su entorno con la finalidad de identificar en qué condiciones se encuentra el adulto, si mantiene o no relaciones sociales o si se encontraba aislado, como se encuentra en el aspecto físico, si recibía o no las atenciones necesarias de acuerdo a su estado de salud.

## **ENTREVISTA**

En esta técnica se utilizó como instrumento la historia clínica, (ver en anexo) que es un cuestionario que recoge información del paciente, un poco extenso en donde se obtiene la información por medio de preguntas que se realizan al adulto y tiene como finalidad conocer en un principio los datos de filiación de la persona entrevistada, los antecedentes familiares incluidos allí la composición y dinámica familiar si hay algún registro de familiares que hayan presentado psicopatologías, la historia personal, laboral, su adaptación en el medio social, su historia afectiva, medica, legal , sus proyecciones futuras. Además permite hacer la exploración del estado mental que es crucial es esta investigación, porque justamente lo que se pretende es conocer el deterioro en las cogniciones del adulto, también permite recoger información sobre el estado psicopatológico del individuo y con todos los signos y síntomas se elabora un diagnóstico presuntivo que da paso para la meta psicoterapéutica.

## **TETS PSICOMETRICOS**

Se utilizaron 3 tets psicométricos para tener más bases al realizar diagnóstico presuntivo del adulto mayor, también determinar la dependencia del adulto al realizar las

distintas actividades diarias y así identificar cuáles son sus limitaciones y así realizar las actividades que sean pertinentes al caso, estos test son específicamente para realizar a los adultos mayores.

### **Escala Minimental**

Este instrumento (ver anexos) se describe una serie de consignas que el adulto debe seguir hay categorías dentro de las cuales deben responder a las preguntas y también se encuentran categorías que deben seguir consignas así que de acuerdo al resultado, permite saber si el paciente presenta cogniciones normales, si hay alguna sospecha psicopatológica, si hay algún deterioro o si tiene demencia. En esta escala también evidencian tareas que el adulto debe realizar y se incluyen algunos procesos cognitivos y se verifica cuáles son los procesos cognitivos que se encuentran en deterioro y que necesitan estimulación.

### **Escala de Lawton y Brody**

Esta escala (ver anexos) es un instrumento que contiene 8 ítems que corresponden a la realización de las actividades instrumentales que realiza el adulto en su diario vivir, cada uno con características que se deben puntuar acorde a la capacidad del mismo, permite identificar la dependencia con la gravedad del caso, o la autonomía que tiene el adulto al que se le aplica este test.

### **Índice de Barthel**

Este instrumento (ver anexos) consta de 10 ítems en los cuales se detallan actividades básicas que se realizan diariamente, se obtiene la información necesaria preguntándole directamente al cuidador o usuario principal del adulto, aquí debe contestar una serie de preguntas correspondientes a una categoría específica y el propósito es conocer los siguientes puntos de corte: dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa, o independencia

## RESULTADOS OBTENIDOS

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Adulto mayor de 84 años de edad, soltero, con instrucción básica, oriundo del cantón General Elizalde conocido también como Bucay provincia de Guayas, referido por la trabajadora social del Centro Gerontológico, pertenece al asilo en modalidad residente desde hace 1 año 8 meses, se encuentra solo sin referentes familiares, en su condición física presenta discapacidad visual hace 10 años y debido a esto su condición motora gruesa esta incapacitada por lo que se encuentra en silla de ruedas es un espacio del centro totalmente aislado.

Para el presente estudio de caso se realizaron 6 sesiones y se detallan a continuación:

#### Sesión # 1

El primer contacto se realizó el 25 de noviembre del 2019 aproximadamente a las 10 de la mañana, cabe recalcar que antes de iniciar la entrevista se realizó la observación directa al paciente, posterior a esto se inició con la entrevista con un tiempo de 40 minutos el objetivo recopilar datos de motivo de consulta en donde manifiesta lo siguiente *“ya no quiero la vida porque no tengo a nadie, me siento solo y triste, no hay nadie a quien le importe”*, además la sintomatología presentada, los datos familiares, la anamnesis también se realizó la exploración del estado mental.

#### Sesión #2

Esta segunda sesión se la realizó el lunes 27 de noviembre del 2020 aproximadamente a las 9 de la mañana con una duración de 30 minutos. Se aplicaron test psicométricos, escala de Yesavage, Escala de Minimental, e índice de Barthel. Todas las técnicas aplicadas fueron necesarias para identificar las alteraciones psicológicas por las que el paciente atraviesa.

### **Sesión # 3**

Esta sesión se realizó en día miércoles 11 de diciembre del 2019, con intervención de estimulación cognitiva, específicamente en su memoria, se tomó el modelo de un manual de prevención de deterioro cognitivo, había consignas específicas para este ejercicio las cuales se adaptaron dependiendo de la capacidad física del adulto mayor, a esta técnica de estimulación tomo un tiempo aproximado de minutos con reforzamiento breve dos horas más tarde.

### **Sesión #4**

Continuamos el viernes 27 de diciembre del 2019 en donde se inició con refuerzo de la sesión anterior, el adulto deber trabajar en dos procesos, atención y memoria, en el ejercicio utilizo un objeto con muchos detalles, el adulto debía utilizar su sentido táctil e identificar el nombre del objeto después de un tiempo dejar el objeto y comenzar a recordar sus características

### **Sesión #5**

El 6 de enero del 2020 se continuó con la quinta sesión pidiendo al adulto mayor que recuerde, la fecha actual y las actividades realizadas el día anterior, lo cual no recordaba ciertos detalles, para este ejercicio se tomaron 30 minutos de horas de la mañana, estimulando el área del lenguaje y concentración, además se trabajó con técnicas cognitivas denominadas programación de actividades (ver en anexo), que sean pertinentes al caso y lleven al adulto a la actividad física y social.

### **Sesión #6**

El 13 de enero del 2020 se realizó la sesión 6, aquí se revisaron si se efectuaron las actividades planteadas y se continuó con la ejecución ejercicios y en esta ocasión fueron de asociación de fechas, meses y eventos importantes del año según nuestro calendario, el adulto debería relacionar la fecha con el mes y el año. Aquí también se incluyó la técnica conductual de programación de actividades.

## **SITUACIONES DETECTADAS (HALLAZGOS).**

### **Resultados de test aplicados**

Se aplicaron 3 baterías psicométricas (ver en anexo) Obteniendo los siguientes resultados:

Minimental: deterioro

Índice de Barthel: Dependencia severa

Escala de Lawton y Brody: Dependencia total

### **Área somática**

El adulto presenta dificultad para conciliar el sueño, pérdida de movilidad motora gruesa a partir de su ceguera, poca energía para realizar actividades.

### **Área afectiva:**

El paciente manifestaba sentirse melancólico y solo, expresaba que desde niño se quedó viviendo solo debido a un distanciamiento afectivo, tuvo solo una hermana mayor, ella se casó y formó su familia, refiere que la relación con su padre nunca fue buena, con su hermana mantenía una relación más o menos estable, nunca se mantuvo ninguna relación formal, actualmente esa soledad lo acompaña, no tiene relaciones sociales dentro del centro ni fuera de él.

### **Área cognitiva**

Amnesia retrograda, dificultad para mantener la atención, y también dificultad para recordar algún aprendizaje, poca concentración y no mantiene ideas fijas.

## **Área conductual**

Se encuentra solo sin mantener relaciones sociales, no conversa con nadie ni realiza alguna actividad, la mayor parte del tiempo está en el mismo lugar y posición, además es dependiente al realizar las actividades básicas e instrumentales.

Concluida la evaluación de las áreas correspondientes, se procede a realizar el diagnóstico pertinente: Trastorno neurocognitivo mayor grave DSM-5 294 (F02.8)

Diagnóstico estructural del adulto mayor con DSM 5 por cumplir los siguientes criterios:

**A.** Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, pág. 602).

**B.** “Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, pág. 602).

**C.** “Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, pág. 602)

.

**Grave:** Totalmente dependiente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, pág. 603).

## RESULTADOS OBTENIDOS

Con el resultado de obtenido durante la investigación, se realizaron tres objetivos, posterior a esto se diseñó el esquema psicoterapéutico:

- Valorar el estado psicológico y mental del adulto mayor
- Diseñar técnicas apropiadas para el adulto mayor.
- Implementar técnicas de EC en el adulto mayor.

Tabla 2

Matriz de esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta psicoterapéutica	Técnica	Número de sesiones	Resultados obtenidos
<b>Soledad e inactividad</b>	Estimulación cognitiva para impedir el progreso del deterioro	Ejercicios de estimulación adaptados a su condición	4 sesiones	Durante el tiempo de la técnica aplicada el adulto mejoró en su orientación, además de esto recordaba pequeños detalles de la sesión anterior

				Se logró
				que el
				adulto
	Incluir al adulto			pueda
	en actividades	Programación	2 sesiones	manteners
<b>Sentimiento</b>	que estimulen su	de		e ocupado
<b>de</b>	motricidad fina y	de actividades	Incluidas es	realizando
<b>inutilidad</b>	gruesa y lo		la	actividade
	mantengan		estimulación	s en su día,
	ocupado			claro para
				esto fue
				necesario
				la ayuda
				de su
				cuidador

---

Esta tabla permite desarrollar la intervención psicoterapéutica adecuada y el número de sesiones pertinentes al caso.

La estimulación cognitiva necesita un reforzamiento continuo, ya que en las 4 sesiones aplicadas se realizaba un reforzamiento dos o tres días por semana por casi 15 minutos, y no es suficiente para que el adulto mejore en sus funciones ejecutivas puesto que sus procesos cognitivos van en declive y más aún cuando se encuentra rodeado de factores de riesgo como el aislamiento social.

En los logros se evidencia que el adulto se encuentra orientado en tiempo y espacio, porque ya podía recordar en donde se encontraba y el día en que estábamos, omitiendo la fecha pero no el mes ni el año, se debe considerar la ejecución de los ejercicios pertinente al caso y rodear al adulto de factores de protección, como incentivar quienes lo rodean de establecer un pequeño dialogo.

## CONCLUSIÓN

Este estudio se realizó a un paciente adulto mayor de 84 años del centro gerontológico del “Buen Vivir” en la ciudad de Babahoyo, se evidencia que el trabajo y desarrollo sobre las habilidades cognitivas mejorará la ejecución de las funciones ejecutivas de una persona adulto mayor, de tal forma que se pueda evitar un deterioro futuro en sus habilidades cognitivas y mantenerlas estables, es decir desarrollar un bienestar psicológico que garantice la calidad de vida de la persona adulto mayor; pese a que los procesos cognitivos no se pueden mejorar, se puede reducir el deterioro para que el adulto mayor disfrute de su vida plena.

Un programa de estimulación continua ayudará a la optimización eficaz del funcionamiento de procesos mentales, tales como percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria lenguaje; que ayudará al adulto mayor a desarrollarse de manera eficiente, de tal manera que pueda adaptarse al medio que lo rodea, garantizando así su estabilidad emocional.

Para la elaboración de este trabajo se cumplió con la línea de investigación de asesoramiento y prevención, y para lograrlo se establecieron algunas técnicas aplicadas para la recolección de la información, de las cuales se obtuvo datos suficientes para la ejecución del tema planteado, se realizó la observación directa siguiendo los lineamientos que establece esta técnica, observar al adulto mayor a cien metros de distancia alrededor de 15 minutos, otra técnica utilizada fue la entrevista mediante la historia clínica realizada al adulto mayor. Se aplicaron diferentes test psicométricos, para determinar la dependencia severa del adulto mayor al realizar las distintas actividades diarias se utilizó el índice de Barthel, para identificar su dependencia al realizar las actividades básicas se fue necesario la escala La Escala de Lawton y Brody así como la escala minimalista cuyo resultado fue demencia

Para la obtención de resultados en este estudio se realizaron en seis sesiones, en cada una se utilizó diferentes técnicas con diferentes herramientas que permitieron

evidenciar hallazgos psicopatológicos en el adulto mayor para posterior a esto diseñar el esquema psicoterapéutico para la respectiva intervención psicológica al adulto mayor y así mejorar la calidad del adulto mayor.

También esta recopilación de mostró que el adulto mayor se encontraba en un estado de tristeza ocasionado por la soledad desde su adolescencia, se observó que el estado de aislamiento alimentaban su tristeza, presento desorientación en tiempo, espacio y persona con desesperanza, se detectó el deterioro de su memoria, pues no mantenía recuerdos claros de largo y corto plazo. Finalmente se detectó factores que ponen en riesgo la salud mental del adulto mayor y que influyen en el deterioro cognitivo, por lo que se adaptaron técnicas que él pueda realizar y que estimulen sus procesos.

## **RECOMENDACION**

Se recomienda que se continúe con la colaboración de practicantes en los centros gerontológicos, los mismos que pueden evaluar y levantar casos de personas que sufren deterioro cognitivo, de tal manera que lleven a cabo proyectos que ayuden a las personas en este caso a los adultos mayores a desarrollar habilidades cognitivas, de modo que los ayuden a vivir de una mejor manera, que ellos puedan adaptarse al medio, desarrollando un comportamiento apto para su vida, por lo tanto es recomendable tomar en cuenta la salud tanto física como mental del adulto mayor, y generar planes de estimulación que los ayude a gozar de una vida plena

Además es importante destacar que se continúe la estimulación Cognitiva, porque dado el caso es necesario un reforzamiento para continuar con el progreso al que se ha llegado, y que se rodee al adulto con factores que lo protejan.

## Bibliografía

(s.f.).

Agustin, S. V., & Torjada, R. S. (2014). Estimulación Cognitiva : una revisión a la Neuropsicología. *THERAPEIA*, 73-93.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales* . Arlington, Estados Unidos: Panamericana.

Bausela, E. (2014). La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita. *Acción Psicológica*, 24.

Bonapersona, M. (15 de 02 de 2018). *Somosuno*. Obtenido de <https://www.somosuno.guru/la-plasticidad-cerebral-sirve/>

Da Silva, D. (2017). El estudio de las funciones ejecutivas en una población colombiana de niños y niñas de 7 a 11 años: su valor predictivo en el rendimiento escolar. (*Tesis Doctoral*). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Fabio Vega Pozo, O. R. (2016). Efecto de la implementación de un programa de Estimulación Cognitiva de una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11. doi:10.5839/renp.2016.11.01.03

GARCIA, L., BUENO, L., & JORDAN, A. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: programas de rehabilitación psicofuncional en los centros del día HERSIER. *REVISTA GERIATRICA*, 18-21.

García, R. (2008). *cuaderno de ejercicio de estimulación cognitiva*. Madrid.

Glober, M. (26 de 11 de 2018). *Psicología Online*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/cuales-son-los-procesos-cognitivos-basicos-4224.html>

Gómez, C. C. (14 de 03 de 2016). *hablemos de Neurociencia* . Obtenido de <https://hablemosdeneurociencia.com/funcion-ejecutiva/>

Gonzalez, E. d. (1 de 05 de 2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: una alternativa al mejoramiento cerebral. *Rvista Electronica Educare*, 18, 6.

GUILERA, J. (11 de 6 de 2015). *MENTELEX*. Obtenido de <https://blog.mentelex.com/funciones-ejecutivas/>

Puerta-Morales, L., & Urrego-Betancourt, Y. (2016). PROGRAMA EN FUNCIONES EJECUTIVAS PARA PROMOVER LAS COMPETENCIAS. *Revista de Pedagogía*, 23.

Puig, X. (2012). ESTIMULACION COGNITIVA. *CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ*, 8.

Soto-Añari, M., & Cáceres-Luna, G. (2012). Funciones ejecutivas en adultos mayores alfabetizados y no alfabetizados. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 127.

Tamayo Lopera, D. A., Merchán Morales, V., Hernandez Calle, J. A., Ramirez Brand, S. M., & Gallo Restrepo, N. E. (2016). Nivel de desarrollo de las funciones. *CES Psicología*, 22.

Verdejo-García, A., & Antoine, B. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 228.

Vygotsky, L. S. (1979). *internalizacion de las funciones psiquicas superiores*. barcelona : Crítica.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

## HISTORIA CLÍNICA

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Remitente: \_\_\_\_\_

### 2. MOTIVO DE CONSULTA

---

---

---

### 3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

---

---

---

### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

## **5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**

### **6. HISTORIA PERSONAL**

#### **6.1. ANAMNESIS**

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

---

---

---

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

---

---

---

#### **6.3. HISTORIA LABORAL**

---

---

---

#### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

---

---

---

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

---

---

---

#### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

---

---

---

**6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros)

---

---

---

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

---

---

---

6.9. HISTORIA MÉDICA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.10. HISTORIA LEGAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.11. PROYECTO DE VIDA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.2. ORIENTACIÓN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.3. ATENCIÓN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.4. MEMORIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.5. INTELIGENCIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.6. PENSAMIENTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.7. LENGUAJE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.8. PSICOMOTRICIDAD \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.9. SENSOPERCEPCION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.10. AFECTIVIDAD \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.11. JUICIO DE REALIDAD \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

---

---

---

**9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

**9.1. Factores predisponentes:**

**9.2. Evento precipitante:**

**9.3. Tiempo de evolución:**

**10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

**11. PRONÓSTICO**

**12. RECOMENDACIONES**

**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>

Firma del pasante



MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL <sup>1</sup> (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO		0	1
En qué Día estamos (fecha):			
En qué mes:			
En qué año			
En qué día de la semana			
¿Qué hora es aproximadamente?			
PUNTUACIÓN (máx. 5)			
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO		0	1
¿En qué lugar estamos ahora?			
¿En qué piso o departamento estamos ahora?			
¿Qué barrio o parroquia es este?			
¿En qué ciudad estamos?			
¿En qué país estamos?			
PUNTUACIÓN:(máx. 5)			
MEMORIA			
<p><b>CONSIGNA:</b> "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".</p> <p>*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.</p>			
		0	1
Papel			
Bicicleta			
Cuchara			
PUNTUACIÓN: (máx. 3)			



Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

<b>ATENCIÓN Y CÁLCULO:</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	<b>0</b>	<b>1</b>
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
<b>MEMORIA DIFERIDA</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	<b>0</b>	<b>1</b>
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
<b>DENOMINACIÓN</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
<b>REPETICIÓN DE UNA FRASE</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	<b>0</b>	<b>1</b>
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez":		
"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"		
	<b>0</b>	<b>1</b>
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
<b>LECTURA.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>ESCRITURA.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CONSIGNA:</b> "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>COPIA DE UN DIBUJO.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CONSIGNA:</b> "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		

**PUNTUACIÓN TOTAL:** (máx. 30 puntos)



FIRMA DEL EVALUADOR

**PUNTUACIONES DE REFERENCIA:**

27- 30	Normal
24 - 26	Sospecha Patológica
12-23	Deterioro
9-11	Demencia

**INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS**

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0

\* En estos casos lo que se debe hacer es tomar la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Por ejemplo:

Si el usuario tiene 78 años de edad, un nivel de 4 años de estudios y obtuvo una puntuación final de 22 puntos, tomando en cuenta lo indicado en la tabla se le debe sumar 2 puntos a su puntuación final que le daría un total de 24 puntos que dentro de las puntuaciones de referencia corresponde a un estado de sospecha patológica.

**Mini-Examen del Estado Mental (MEEM o Mini- Mental) de acuerdo a la versión de Reyes et al. (2004)  
INSTRUCTIVO<sup>2</sup>**

REACTIVOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO (5 puntos) ORIENTACIÓN EN EL LUGAR (5 puntos)	Pregunte la fecha del día de hoy. Luego pregunte específicamente por los datos omitidos.  Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta
MEMORIA (3 puntos)	Diga las tres palabras de manera clara y lenta, una por segundo. Al terminar pida su repetición y otorgue un punto por cada palabra correctamente repetida en el primer intento. Al terminar continúe diciéndolas hasta que el paciente pueda repetir las (mínimo 3 repeticiones, máximo 6). Si luego de seis repeticiones no logra aprenderlas no aplique el recuerdo.
ATENCIÓN Y CÁLCULO (5 puntos)	Puede apoyarse de la pregunta ¿Cuánto es 100 menos 7?... menos 7?, etc. Evite mencionar la cifra de la cual se está restando, es decir "93 menos 7 o 86 menos 7", etc., a menos que sea indispensable para que la prueba continúe. Dé un punto por cada resta correcta.
MEMORIA DIFERIDA (3 puntos)	Otorgue un punto por cada palabra correctamente evocada.
DENOMINACIÓN (1 PUNTO)	Evite que el usuario tome los objetos a menos que exista debilidad visual importante, trate de que la información llegue sólo por la vía visual. Se otorga un punto por cada objeto denominado correctamente.
REPETICIÓN DE UNA FRASE (1 punto)	Diga la oración una sola vez de forma clara y lenta pero sin fragmentar la oración. Califique con base en este único ensayo. Dé un punto si la repetición es correcta.
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN (3 puntos)	Mientras da la consigna mantenga el papel a la vista del paciente pero no permita que lo tome antes de que usted termine de dar las órdenes. Realice un solo ensayo y otorgue un punto por cada acción correctamente realizada.
LECTURA (1 punto)	Otorgue un punto sólo si la persona adulta mayor ejecuta la acción. Si únicamente lee la frase puntúe 0.
ESCRITURA (1 punto)	Utilice una hoja blanca. La frase debe ser escrita espontáneamente, no dicte ninguna oración. Debe contener sujeto, verbo y predicado. No califique ortografía.
COPIA DE UN DIBUJO.	Deben estar presentes 10 ángulos y dos intersecciones. Ignore temblor o rotación.

## ANEXO 3

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

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



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

**Puntuación total: 8 puntos.**

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

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

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

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

**FIRMA DEL EVALUADOR**

## **INSTRUCTIVO:º**

### **ESCALA DE LAWTON Y BRODY**

Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro de la persona adulta mayor.

#### **Descripción y normas de aplicación:**

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

#### **Fiabilidad, validez y limitaciones:**

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0,94). No se han reportado datos de fiabilidad. Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo. Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

## ANEXO 4

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

### ÍNDICE DE BARTHEL (IB) (Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)<sup>1</sup>

FICHA N° 3a

<b>Nombre del Usuario</b>		<b>Zona:</b>	<b>Distrito:</b>	<b>Modalidad de Atención:</b>	
<b>Nombre de la Unidad de Atención:</b>					
<b>Edad</b>	<b>Años</b>	<b>Meses:</b>	<b>Aplicado por:</b>		
<p>A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				<b>Fecha aplicación primer semestre</b>  <small>dd / mm / aa</small>	<b>Fecha aplicación segundo semestre</b>  <small>dd / mm / aa</small>
<b>1. COMER</b>					
0	Incapaz				
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.				
10	Independiente: (puede comer solo)				
<b>2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b>					
0	Incapaz, no se mantiene sentado.				
5	Necesita ayuda importante ( una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado				
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)				
15	Independiente				
<b>3. ASEO PERSONAL</b>					
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal				
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.				

<b>4. USO DEL RETRETE ( ESCUSADO, INODORO )</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
<b>6. DESPLAZARSE</b>			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
<b>9. CONTROL DE HECES</b>			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
<b>PUNTUACION TOTAL :</b>			

**Puntuación máxima total:** 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

**Puntos de corte:**

0 - 20	<b>Dependencia Total</b>
21 - 60	<b>Dependencia Severa</b>
61 - 90	<b>Dependencia Moderada</b>
91 - 99	<b>Dependencia Escasa</b>
100	<b>Independencia</b>
90	<b>Independencia *Uso de silla de ruedas</b>

**FIRMA DEL EVALUADOR:**



### **INSTRUCTIVO: 2**

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original.

El IB, se define como: "Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si él no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente.

Las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación en el IB del paciente; si él tiene requerimientos especiales para realizar sus AVD en el hogar (con excepción de adaptaciones generales), su puntuación será baja cuando éste no pueda realizarlas. Los ejemplos son: barandales en ambos lados, pasillos y puertas amplias para el acceso de sillas de ruedas, cuartos en el mismo nivel, barras o agarraderas en el cuarto de baño, en tina e inodoro. Para ser más valiosa la evaluación, una explicación de los requisitos ambientales especiales debe acompañar el IB de cada paciente cuando éstos estén indicados.

El IB de cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia. La carencia de mejoría de acuerdo al IB después de un periodo de tiempo razonable en el tratamiento indica generalmente un potencial pobre para la rehabilitación.