

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MEDIANTE EL
MANTENIMIENTO DE HABILIDADES MENTALES CON EL MODELO
COGNIART EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROMES DEMENCIALES EN
CASA HOGAR PARA MILITARES RETIRADOS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA
OCUPACIONAL**

PRESENTA:

P.L.T.O. MAGDALENA ZÚÑIGA LARA.

DIRECTOR DE TESIS:

M.D.P.I. ARTURO MARTINEZ COSME

ASESORES:

M. EN A.T.I. IMELDA MARTÍNEZ FLORES

TOLUCA, MÉXICO, 2022

**“INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MEDIANTE EL
MANTENIMIENTO DE HABILIDADES MENTALES CON EL MODELO
COGNIART EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROMES DEMENCIALES EN
CASA HOGAR PARA MILITARES RETIRADOS”.**

RESUMEN

El presente proyecto de tesis, tuvo como propósito conocer el nivel cognitivo que tenían los residentes de Casa Hogar para Militares Retirados y el grado de habilidades mentales que les permitían o les impedían realizar sus Actividades de la Vida Diaria antes y después de usar el Modelo COGNlart.

Para recoger la información se aplicaron las pruebas “**AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)**” la cual mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, y “**EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MOCA)**” que evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación, ambas realizadas al inicio y después de la aplicación del Modelo COGNlart (que es un libro que busca generar una dualidad entre dos procesos de gran importancia en personas con demencias, la estimulación cognitiva a través del desarrollo del arte y el fenómeno de un proceso generacional) donde aquel adulto con demencia pueda fortalecer sus lazos afectivos, creatividad y estimularse cognitivamente, por medio del trabajo cooperativo con otras personas con la finalidad de estimular la funcionalidad desde el seno familiar y diversos centros de atención.

Como resultado de este proyecto de tesis, se concluyó, determinando que en adultos mayores con síndromes demenciales se mantuvo en un 100% la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de acuerdo a las habilidades mentales mediante el modelo COGNlart en Casa Hogar para Militares Retirados superando lo propuesto al inicio de este trabajo, apoyando y promoviendo el uso del Modelo COGNlart y el trabajo de Terapeutas Ocupacionales diseñando y guiando a adultos mayores con algún síndrome demencial para así lograr mayor independencia en sus Actividades de la Vida Diaria y mejorar incluso sus habilidades mentales con el apoyo siempre del cuidador primario.

ABSTRAC

The purpose of this thesis project was to know the cognitive level that the residents of the Home for Retired Military had and the degree of mental abilities that allowed or prevented them from carrying out their Activities of Daily Living before and after using the COGNlart Model. .

To collect the information, the tests "AUTONOMY FOR ACTIVITIES OF DAILY LIVING (BARTHEL)" were applied, which measures the person's ability to perform ten basic activities of daily living, and "MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)" that evaluates the following cognitive domains: attention and concentration; executive functions, memory, language, visuospatial abilities, conceptual reasoning, calculation and orientation, both performed at the beginning and after the application of the COGNlart Model (which is a book that seeks to generate a duality between two processes of great importance in people with dementia, cognitive stimulation through the development of art and the phenomenon of a generational process) where that adult with dementia can strengthen their affective ties, creativity and stimulate themselves cognitively, through cooperative work with other people in order to stimulate functionality from the family and various care centers.

As a result of this thesis project, it was concluded by determining that in older adults with dementia syndromes, independence in the Activities of Daily Life (AVD) was maintained at 100% according to mental abilities through the COGNlart model in a Home for Retired Military, exceeding what was proposed at the beginning of the study. this work, concluding, supporting and promoting the use of the COGNlart Model and the work of Occupational Therapists designing and guiding older adults with some dementia syndrome in order to achieve greater independence in their activities of daily living and even improve their mental abilities with the support always from the primary caregiver.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	8
I.1. MARCOS DE REFERENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	8
1.2. MODELOS EN GERIATRA	9
I.3. ABORDAJE COGNITIVO DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	14
I.4 INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	14
I.5. HABILIDADES MENTALES.....	15
I.6. MODELO COGNlart.....	17
I.7. ENVEJECIMIENTO NORMAL.....	18
I.8. PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO	19
I.8.1. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	21
I.8.2. DETERIOROS Y CAMBIOS FÍSIOLOGICOS	22
I.9. DEMENCIA	24
I.10. ALZHEIMER	25
I.11. ADULTO MAYOR Y DEMENCIA.....	26
I.11.1 CLASIFICACIÓN	27
I.12. ARTE Y DEMENCIA	28
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
III. JUSTIFICACIÓN.....	32
IV. HIPÓTESIS.....	33
V. OBJETIVOS	34
V.1 OBJETIVO GENERAL	34
V.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	34
VI. MÉTODO.....	35
VI.1 DISEÑO DE ESTUDIO	35
VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	38
VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	38

VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	39
VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	39
VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	41
VI.7 DISEÑO DE ANÁLISIS	42
VII. <i>IMPLICACIONES ÉTICAS</i>.....	43
VIII. <i>ORGANIZACIÓN</i>.....	44
IX. <i>RESULTADOS</i>.....	45
X. <i>CONCLUSIÓN</i>	63
XII. <i>BIBLIOGRAFÍA</i>	64
XIII. <i>ANEXOS</i>	66

I. MARCO TEÓRICO

I.1. MARCOS DE REFERENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Podemos definir Marco de Referencia (MAR) como un conjunto de teorías y conocimientos procedentes de diferentes áreas de conocimiento (biología, psicología, etc.) acerca del conocimiento humano que constituyen los fundamentos científicos de la práctica de la Terapia Ocupacional. Todos estos conocimientos se integran en teorías complejas que ofrecen explicaciones sobre el funcionamiento normal y patológico del individuo. En Terapia Ocupacional existen principalmente dos marcos primarios de referencia, que son relevantes para la práctica profesional en diferentes ámbitos. Estos son el Marco Primario de Referencia fisiológico y el Marco Primario de Referencia Psicológico.

✓ Marco Primario de Referencia Fisiológico

Centra su atención en aspectos biológicos de la persona. Mediante la valoración de los síntomas y signos objetivos de la enfermedad, lesión o trastorno, se puede llegar a identificar la causa que produce disfunción. Una vez que esta ha sido identificada, se puede poner los medios para eliminarla, corregirla, compensarla o amortiguarla, mejorando con ello la situación disfuncional de la persona.

✓ Marco Primario de Referencia Psicológico

Como tal fue constituido principalmente en el siglo XIX. Fue entonces cuando se dieron planteamientos científicos que relacionaban diversos trastornos mentales como causas fisiológicas y psicológicas. Y fue sobre todo en la segunda mitad del siglo cuando se potenció la aplicación de una manera considerable.

La psicología aporta a la profesión de Terapia Ocupacional diferentes teorías que ayudan a comprender y explicar el comportamiento humano. El sentido holístico de la profesión requiere el entendimiento del ser humano y la manera en la que procesa y reacciona ante cada situación.

Los marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial son:

➤ Marco conductual

Recoge métodos y técnicas derivados de la psicología experimental, predominando los diseños de caso único.

La evaluación conductual ocupa un papel fundamental en el proceso de atención, pretende un análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto a nivel filosófico, cognitivo y motor.

➤ Marco Cognitivo Conductual

En los finales de la década de los sesenta, la intervención psicológica sale del contexto institucional, ampliando el campo de atención al abordar problemas de menos gravedad, pero de gran incidencia en la población general. Resultaba necesario contar con el sujeto y que este se responsabilizará de su tratamiento.

Si el marco conductual representó, como tantos otros, una aproximación a la explicación del comportamiento humano, se produce dentro del mismo un proceso de evolución interna que cristaliza en el marco cognitivo-conductual.

Las hipótesis que surgen sobre la estructura de la mente y el procesamiento de la información se plasman en programas informáticos, de tal forma que puestos en funcionamiento llegarán a poder confirmarlo presupuestos en la medida en que sean capaces de obtener resultados similares a los humanos tanto en procesos satisfactorios como en los patrones de errores más comunes (Inteligencia Artificial). Partiendo del planteamiento de que la conducta humana se origina a partir de los procesos cognitivos internos, los pensamientos son los agentes intermediarios entre los estímulos del medio y las relaciones sobre este de la persona.

➤ Marco Humanista

Se centra en el concepto que la persona tiene de sí misma, considerando a los seres humanos como auto determinante y creativo de su propia existencia. El objetivo es aumentar al máximo el potencial humano, considerando cada actuación de forma optimista, como una forma de la propia persona.

El principal objetivo de la psicología humanista consiste en contribuir al desarrollo de un entorno digno y ajustado al ser humano, con la creación de condiciones óptimas que permitan el desarrollo personal de cada uno, responsabilizándose al mismo tiempo con la sociedad a través de actuaciones científicas y prácticas. (1)

1.2. MODELOS EN GERIATRA

Los modelos de Terapia Ocupacional están configurados a partir de las teorías de la profesión y de la ocupación humana y sirven para proporcionar unidad e identidad dentro de la disciplina.

MODELO DE LAS DESTREZAS ADAPTATIVAS DE MOSEY.

Mosey desarrolló un modelo biopsicosocial en el cual el foco de atención se centra en la mente, el cuerpo y el entorno del usuario en el cual establece una serie de premisas filosóficas básicas fundamentales acerca del individuo y su relación con el entorno humano y no humano de las cuales sobresalen las siguientes:

- ✓ Cada persona tiene derecho a una existencia significativa, que incluye productividad, placer y diversión, amor y un entorno seguro y sustentador.
- ✓ Cada individuo tiene una necesidad inherente de juego, trabajo y descanso que se mantiene de forma equilibrada.
- ✓ Cada persona tiene el derecho de elegir personalmente dentro del contexto de la sociedad.
- ✓ Toda persona puede alcanzar su potencial únicamente a través de la interacción intencionada con el entorno humano y no humano.
- ✓ La terapia ocupacional se centra en la promoción de la independencia a través de estrategias dirigidas a mejorar la participación de los pacientes en más papeles sociales (ejecuciones ocupacionales) y desarrollar los componentes de esta ejecución (destrezas físicas, cognitivas, psicológicas y sociales).

Se afirma que hay seis destrezas adaptativas conformadas por diversos componentes, las cuales se presentan en un orden secuencial.

a).- Destreza perceptivo motora. Capacidad de recibir, seleccionar, combinar y coordinar la información vestibular, propioceptiva y táctil para su utilización funcional

b).- Destreza cognitiva. Capacidad de percibir, representar y organizar la información sensorial para pensar y resolver problemas

c).- Capacidad de interactuar en pareja.

d).- Capacidad de interactuar en grupo.

e).- Auto identidad. Capacidad de percibirse a sí mismo como una persona relativamente autónoma, holista y aceptable, que tiene permanencia y continuidad en el tiempo.

f).- Identidad sexual. Capacidad de percibir la naturaleza sexual de uno mismo como buena y participar en una relación sexual a un plazo largo relativo, orientada a la satisfacción mutua de las necesidades sexuales. (2)

MODELO DE CONDUCTA OCUPACIONAL

En este modelo el propósito del terapeuta ocupacional, es «prevenir y reducir las incapacidades resultantes de la enfermedad» el cual está destinado a ayudar/asistir a todas las personas de cualquier edad y capacidad. Para el uso de este modelo tomaremos en cuenta algunas estrategias terapéuticas en la intervención de los pacientes las cuales son:

- ✓ Aumentar la fortaleza de la persona promoviendo la competencia y el logro del individuo.
- ✓ Incorporar los intereses personales e incrementar la exploración ocupacional por mero placer.

- ✓ Apoyar/ayudar a los adultos a explorar las capacidades para la conducta ocupacional y la expresión de sentimientos mediante el juego o las actividades de ocio.
- ✓ Utilizar una diversidad de medios para ayudar a la persona a identificar ocupaciones satisfactorias y experimentar con roles funcionales apropiados.
- ✓ Desarrollar la capacidad de adaptar la respuesta subjetiva de uno y la conducta externa con el fin de encontrar y satisfacer un rol funcional y atender las demandas de una ocupación.
- ✓ Promover habilidades/destrezas de manejo con la persona que experimenta dificultades en el autocuidado (actividades de la vida diaria), en el trabajo y en el ocio.
- ✓ Establecer una relación de colaboración, dado que la persona es parte activa del proceso de cambio. (2)

MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA DE KIELHOFNER

La teoría del modelo de la ocupación humana (MOH) de Kielhofner (1985) se centra de forma muy clara en las ocupaciones humanas. No obstante, el modelo se dibuja sobre distintas áreas de conocimiento.

El MOH se basa en la premisa de que la ocupación es un aspecto de la experiencia humana, siendo la interacción del individuo con el entorno lo que entendemos como conducta ocupacional.

Según Kielhofner y Burke, el «sistema humano abierto» está construido sobre tres subsistemas: el volitivo (SSV), el habituacional (SSH) y el ejecutivo (SSE). Ordenados de manera jerárquica, todos los subsistemas se influyen entre sí.

El MOH es un intento de conceptualizar las dinámicas subyacentes de la conducta humana.

El SSV está motivado por el impulso innato del ser humano hacia el dominio y la exploración. Podemos distinguir en su conformación tres subsecciones diferentes:

- ✓ Las causas personales, que están relacionadas con la percepción que el individuo tiene de sí mismo sobre su competencia o incompetencia en este mundo.
- ✓ Los valores, esto es, lo que uno siente como correcto o importante. Son los que van a determinar si un individuo quiere o no involucrarse en una ocupación.
- ✓ Los intereses, es decir, lo que uno prefiere o disfruta haciendo.

El SSH ordena las conductas en papeles y patrones. Funciona organizando los patrones de acción que se convertirán en las respuestas del sistema. Con el fin de llevar a cabo las distintas ocupaciones, las destrezas deben ensamblarse en procesos y éstos, a su vez, organizarse en rutinas. La ocupación humana implica la adopción de una variedad de papeles o roles en la vida, y el individuo tiene que reconocerlos y adaptar su conducta de acuerdo con ello.

Este subsistema consiste en:

- ✓ Los papeles o roles, es decir, las expectativas interiorizadas de la forma en que uno se comporta en relación con situaciones o personas.
- ✓ Los hábitos, que son las actividades automáticas o rutinarias que realizamos de manera más o menos cotidiana.

El SSE es el que capacita al individuo para ser competente en la realización de las tareas, de los procesos y de las interacciones. Esta capacitación se produce a través de las distintas destrezas (perceptivomotrices, procesales y comunicativas) que posee el individuo, cada una de las cuales tiene, además, un componente neurológico, simbólico y musculoesquelético. (2)

MODELO DE DISCAPACIDAD COGNITIVA DE ALLEN

Este modelo está basado en la teoría de la discapacidad cognitiva, que refleja la incapacidad de un individuo para procesar la información necesaria para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera segura. La teoría de la discapacidad cognitiva está relacionada con el aprendizaje, cuando el aprendizaje está bloqueado o restringido por un proceso patológico, la capacidad del individuo para realizar actividades de manera segura está también mermada. Esta teoría intenta describir estas dificultades o restricciones, aunque su objetivo principal es identificar las capacidades conservadas.

Con este modelo intentaremos explorar en la práctica para las personas con dificultades a adaptarse a la discapacidad con habilidades de terapia ocupacional ya que, según palabras de Allen, la discapacidad está causada por una situación médica que restringe la manera de operar del cerebro.

Los niveles cognitivos miden la capacidad para aprender a adaptarse a una discapacidad. Un individuo se adapta a una discapacidad durante el proceso de realizar una actividad. Para participar en las actividades el individuo debe procesar la información a través del sistema sensitivomotor. Según la autora, este sistema es un medio de aprendizaje abierto a través de la formación de asociaciones sensitivomotoras, la utilización de los modelos sensitivomotores almacenados, la

intervención de nuevos modelos sensitivomotores y la especulación sobre las posibles acciones motrices.

Hay seis niveles cognitivos que bosquejan el grado de discapacidad (handicap), del más profundo (nivel 1) al más seguro (nivel 6) como se puede observar (tabla1), clasificados en una escala ordinal, para describir los distintos modelos sensitivomotores. Los seis niveles marcados por Allen se subdividen a su vez en modos (del decimal 0 al 9), lo que ofrece un total de 52 modelos de ejecución o modos de realización que van en la escala del 0,9 al 6,0, cada uno de los cuales es un «patrón de conducta o de resolución de problema».

Tabla 1 Niveles cognitivos de Allen

0	Coma
1	Acciones automáticas
2	Acciones posturales
3	Acciones manuales
4	Acciones dirigidas a un objetivo
5	Acciones exploratorias
6	Acciones planeadas

Según el modelo, se puede predecir, a través de los niveles cognitivos, la realización/ejecución por el sujeto de los subcomponentes físico y cognitivo de las distintas tareas de la vida diaria. Las intervenciones a cada nivel proporcionan apoyo y estimulación ambiental para maximizar las capacidades funcionales, disminuir la confusión y posibilitar a la persona mantener un sentido de competencia o valía a pesar de que pueda haber deterioros significativos. En general, el terapeuta ajusta las demandas de la tarea al modo de ejecución del individuo en cada momento. A su vez, el terapeuta debe buscar un cambio hacia modos de ejecución superiores mediante la estimulación sensorial del siguiente modo. Cuando el paciente haya procesado la información dada se trabajará para afianzarla y se intentará un modo superior. En caso de que el paciente la ignore o rechace, o le cause frustración, dicho estímulo será retirado y las demandas de la tarea se mantendrán ajustadas a la situación funcional actual del individuo. De igual manera deben tratarse los ajustes en situaciones de declinar funcional. Quizá la mayor aportación del modelo es el esfuerzo que ha hecho para analizar todas las AVD de acuerdo con los niveles establecidos, pudiendo con ello elaborar un plan de atención y cuidados ajustado a las necesidades individuales del paciente, siempre en colaboración con la familia y/o los cuidadores. (2)

I.3. ABORDAJE COGNITIVO DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL

El enfoque de terapia ocupacional consiste en restaurar y mantener el mayor nivel posible de independencia funcional y calidad de vida; esta meta se persigue a través del análisis y selección de abordajes, métodos, técnicas y actividades apropiadas que permitan al individuo, adquirir o mantener las habilidades adaptativas requeridas y los hábitos que necesita y, por tanto compensar aquellos que se hayan perdido o estén deteriorados de manera irrecuperable, para seguir desempeñando su vida de manera deseada y significativa para el paciente.

Para alcanzar este propósito, es necesario que se evalúen las necesidades del paciente, identifique los problemas de desempeño y las destrezas requeridas para satisfacer esas necesidades y ponga los medios adecuados para conseguir que la persona se aproxime con éxito a los resultados esperados tanto como de un punto de vista personal como social.

Un enfoque centrado en el cliente permitirá valorar capacidades y motivaciones, llegando a consensuar con éste objetivos de tratamiento, actividades a entrenar y orden de las mismas.

I.4 INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

El concepto de independencia en Terapia Ocupacional es “Estado auto dirigido de ser caracterizado por la habilidad de un individuo para participar en ocupaciones necesarias y preferidas de manera satisfactoria, independientemente de la cantidad o tipo de ayuda externa deseada o requerida”.

Los Terapeutas Ocupacionales consideran que el cliente debe ser independiente considerando los componentes de las actividades desempeñadas por sí mismo, las ocupaciones adaptadas o con modificación del ambiente, uso de variados dispositivos o estrategias alternativas o supervisión de la actividad por otros.

Para la realización de las distintas actividades de la vida diaria, es necesario poner en funcionamiento las habilidades motoras, cognitivas y comunicativas, así como crear o mantener hábitos y rutinas que favorezcan la automatización de nuevas rutinas y movimientos a causa del deterioro funcional causado por la enfermedad. La actividad, en sí misma, es utilizada como fin y como medio para motivar y hacer partícipe al anciano en el proceso de recuperación de autonomía. (3)

Según la tercera edición (2014) del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, Dominio y proceso de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) la cual define las actividades de la vida diaria (AVD) como actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. AVD también se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida diaria (APVD). Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar”. (4)

La dependencia se define como la incapacidad de una persona para poder desenvolverse satisfactoriamente sin ayuda debido a la presencia de limitaciones físico-funcionales, cognitivas o de una combinación de ambos tipos de limitaciones. Asimismo, es posible ser inválido sin ser dependiente, y viceversa. Esta concepción es la clave para diferenciar los conceptos de independencia y de autonomía: si la clave de la primera es la capacidad funcional determinada según los parámetros señalados, la ausencia de la autonomía es la noción del ejercicio del autogobierno. Este concepto también influye los elementos siguientes: libertad individual, privacidad, libertad de elección, autocontrol e independencia moral, y libertad para experimentar el yo en armonía con los propios sentimientos y necesidades. (5)

I.5. HABILIDADES MENTALES

Cuando se habla de habilidad mental o del pensamiento se refiere a la capacidad que tiene una persona de llevar a cabo una serie de procesos mentales para resolver un problema, tomar una decisión o hacer una elección. Cada persona tiene diferentes habilidades, en mayor o menor grado, y estas influyen en su manera de actuar, de ver el mundo y de relacionarse con los demás.

La memoria es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera una información determinada o un suceso concreto. Es el proceso psicológico que nos permite aprender.

Se entiende por funciones ejecutivas el conjunto de habilidades y procesos cognitivos que nos permiten adaptarnos con éxito al medio y resolver problemas a partir de la integración de las diferentes informaciones disponibles, pudiendo realizar conductas propositivas gracias a ellas. En general se puede considerar que se encargan de controlar y autorregular la actividad mental y los recursos cognitivos, participando en aspectos como la motivación o la moral además de en el procesamiento de la información y el control de la conducta.

Algunas de las principales y más importantes son las siguientes.

1. Razonamiento

Ser capaz de emplear las distintas informaciones y ver las posibles conexiones entre ellas, así como elaborar posibles explicaciones.

2. Planificación

Esta función ejecutiva es la que nos permite elaborar planes de actuación. Permite generar una serie de pasos que nos llevarán a una meta concreta.

3. Fijación de metas

Vinculada a la motivación, se trata de la habilidad que nos permite decidir, cómo invertir nuestras energías y hacia dónde dirigir nuestras conductas.

4. Toma de decisiones

Se trata de la habilidad que nos permite determinar qué opción escoger entre las múltiples que se nos pueden presentar.

5. Inicio y finalización de tareas

Aunque puede parecer extraño, iniciar las tareas en un momento concreto supone una actividad cognitiva importante. Lo mismo ocurre con la capacidad de determinar cuándo debe finalizarse una acción.

6. Organización

Se trata de la capacidad de aunar y estructurar la información de manera eficiente y útil.

7. Inhibición

La capacidad de inhibición es otra de las funciones ejecutivas y una de las más relevantes. Se trata de la habilidad que nos permite regular nuestras actuaciones mediante la detención de la conducta. Hace que seamos capaces de resistir impulsos concretos, cesar una acción e impedir que informaciones inocuas interfieran en nuestra conducta.

8. Monitorización

Se refiere a la habilidad de mantener la atención sobre la tarea y regular qué y cómo estamos haciendo lo que estamos haciendo.

9. Memoria de trabajo verbal y no verbal

Se trata de la capacidad para almacenar la información de manera que el sujeto pueda operar con ella más adelante. Tanto a nivel verbal como no verbal.

10. Anticipación

Esta capacidad permite prever de antemano los resultados de una acción y/o sus consecuencias.

11. Flexibilidad

La capacidad de ser flexible es la que nos permite cambiar nuestro modo de actuar o pensar ante posibles cambios ambientales o modificar acciones en marcha.

Uno de los trastornos en los que estas alteraciones suceden son las demencias, en las que el proceso neurodegenerativo provoca una afectación que dificulta mantener las funciones ejecutivas.

La memoria es una característica del ser humano que nos ayuda a organizar, retener y recuperar datos y experiencias de nuestra vida. Cuando alguna de estas tres acciones falla o se deterioran nos influye en nuestras relaciones personales, familiares y, en general, en todo el ámbito social.

La recuperación del déficit ejecutivo depende de varios factores, entre ellos, la etiología, la extensión y la localización del daño neural.

Las personas con deterioro en el funcionamiento ejecutivo presentan graves dificultades para organizar y utilizar eficientemente las capacidades conservadas, muestran un comportamiento inconsistente y en ellas resulta difícil confiar en una adecuada generalización de los aprendizajes. (6)

I.6. MODELO COGNIart

COGNIart (anexo 6) es un libro que busca generar una dualidad entre dos procesos de gran importancia en personas con demencias moderadas, la estimulación cognitiva a través del desarrollo del arte y el fenómeno de un proceso generacional; donde aquel adulto con demencia pueda fortalecer sus lazos afectivos, creatividad y estimularse cognitivamente, por medio del trabajo cooperativo con personas jóvenes ya sean nietos, sobrinos, hijos y cuidadores con la finalidad de estimular la funcionalidad desde el seno familiar y diversos centros de atención.

La persona con demencia, presenta diversas características en la ejecución de sus procesos volitivos y habituación de tareas, comprendiendo áreas de funcionamiento tan grandes para el ser humano como las actividades de la vida diaria, trabajo y esparcimiento.

COGNIart será una herramienta clave para iniciar la estructura de estimulación base en los usuarios, fomentando la actividad bajo objetivos terapéuticos y aprovechando de forma productiva espacios de ocio y tiempo libre. COGNIart no es un simple libro de colorear o entretener, es una fusión del conocimiento, la praxis diaria, la trascendencia y el amor por la familia.

En el libro de COGNIart encontrará una serie de láminas con creativos diseños, dirigidos para personas adultas con deterioro cognitivo, cada uno está diseñado bajo una estructura metodológica que dirige al usuario a promover los periodos de atención y concentración, por lo cual se recomienda seguir el orden preciso de los pasos para concretar objetivos definidos. (6)

I.7. ENVEJECIMIENTO NORMAL

Denominamos envejecimiento a todos los cambios biológicos estructurales y funcionales que acontecen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senectud. Se trata de un proceso deletéreo, dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de éste y su medio ambiente. Los cambios biológicos producen, en los órganos, pérdida de función y una disminución de la máxima capacidad funcional, pudiendo muchos sujetos seguir con su capacidad de reserva funcional (variable entre las personas y, también, entre los diferentes órganos de cada persona) más allá de las necesidades comunes. Los sistemas de reparación, durante la época posmadura no van a ser capaces de eliminar completamente las lesiones de la acción de envejecer sobre las células, tejidos y órganos, produciéndose, como resultado, el deterioro progresivo de los sistemas por acumulación de lesiones.

El envejecimiento fisiológico es aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, les permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que les rodea. La fisiología está enfocada a la estructura y función de los sistemas biológicos corporales. El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedades, altera los diversos parámetros e impide o dificulta la correspondiente adaptación. Así pues, cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica, el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico. (2)

El envejecimiento es un proceso irreversible, continuo y progresivo que solo concluye con la muerte del individuo. Ocurre en todos los seres vivos y lleva al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional, lo que aumenta su labilidad ante situaciones de estrés.

El envejecimiento se caracteriza por ser:

- Universal: encontrándose en todos los seres vivos.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: cada especie tiene una velocidad de envejecimiento. La declinación funcional varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función.
- Intrínseco: no se debe a factores ambientales modificables.

La prevención, el tratamiento de las enfermedades y el mejoramiento de los factores ambientales, ha hecho que la sobrevivencia se prolongue. La mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y muere generalmente alrededor de los 80 años. Por lo tanto, el envejecimiento no es un fenómeno genéticamente programado; la extensión de vida de un determinado organismo depende de un límite fijado para cada especie y de la selección natural del material genético. Los factores externos son importantes en su modulación. Dentro de éstos se encuentran el estilo de vida y los hábitos como la alimentación, tabaquismo, ejercicio, medio ambiente, entre otros, así como el desarrollo de enfermedades crónicas que aceleran el envejecimiento. La modificación de estos factores puede atenuar el envejecimiento.

Es importante diferenciar lo que es envejecimiento usual del envejecimiento exitoso o saludable. El primero sería aquel libre de enfermedades, pero con riesgo de contraerlas y con capacidad funcional normal o baja; en cambio, la vejez exitosa es aquella libre de enfermedades, con bajo riesgo de enfermar (con un buen control de los factores de riesgo) y elevada capacidad funcional y mental, manteniendo una vida activa dentro de la sociedad (relación interpersonal y actividad creativa o productiva). El objetivo final de la prevención geriátrica sería llegar a un envejecimiento exitoso donde nuestros ancianos sean funcionalmente activos dentro de la sociedad, autónomos y libres de discapacidad, con una mejor calidad de vida. (7)

I.8. PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

En el proceso del envejecer se pueden diferenciar cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. Estos factores son los mismos que van a influir en la enfermedad.

Los cambios que se producen en los diversos órganos y sistemas del organismo de la persona que envejece pueden, en no pocas ocasiones, confundirse con los síntomas de una enfermedad, y es que la enfermedad en los mayores posee unas peculiaridades que no permiten destacar nítidamente sus perfiles. Puede ser difícil distinguir, en ocasiones, la enfermedad del envejecimiento normal. En el anciano las enfermedades asientan sobre un organismo envejecido, y este envejecimiento hace que el sujeto sufra una pérdida o menoscabo en la reserva funcional. Por tanto, estímulos de baja intensidad pueden causar enfermedad en el individuo mayor. Esta predisposición se denomina fragilidad, y es más frecuente conforme avanza la edad.

La tendencia a enfermar es uno de los rasgos característicos del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. En la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto, por lo que no podemos hablar de

enfermedades de la vejez, sino de enfermedades en la vejez. Algunas son muy comunes y más prevalentes en los ancianos, tales como artrosis, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, estreñimiento, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, neoplasias, deterioro cognitivo, infecciones, osteoporosis, fracturas de cadera, etc. La mayor parte de las enfermedades en el anciano responden a los principios de la patología general y a sus manifestaciones sintomáticas. No obstante, la disminución de la reserva funcional en órganos y sistemas, sus cambios y la falta de capacidad de adaptación condicionan que, en muchos casos, la expresión de los signos y síntomas de la enfermedad en el anciano sea diferente a la del adulto y joven. Se habla entonces de presentación atípica de la enfermedad en el anciano, que se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Síntomas inespecíficos.
- ✓ Manifestaciones oligosintomáticas o ausencia de síntomas.
- ✓ Multicausalidad: el cortejo causal, con un factor principal y varios secundarios, es una propiedad destacada en el perfil diferencial de la vejez.
- ✓ Pluripatología, ya que son diversos los sistemas y funciones que participan en la enfermedad. Al igual que en la etiología, se puede distinguir uno principal y los demás subordinados. Es constante que los sistemas cognitivos y psíquicos se vean siempre afectados.
- ✓ Tendencia a la cronicidad, debido a la lentitud en la reparación de las lesiones y de los trastornos funcionales, que no serán únicos, sino siempre diversos.
- ✓ Riesgo de invalidez, por efecto de la dificultad de alcanzar el grado óptimo de recuperación funcional en las últimas fases de la enfermedad, siempre con afectación múltiple de órganos y sistemas.
- ✓ Prudencia terapéutica basada en la vulnerabilidad de los ancianos, referida en este caso a la acción de los fármacos y al habitual empleo de varios de ellos a la vez.

El hecho constitucional del envejecer se sustituye por la historia de enfermedad del individuo y por el estado de salud o enfermedad previo a la aparición de la enfermedad. El código genético mantiene una gran relevancia como factor etiológico en la enfermedad de la vejez. Lo mismo sucede con el estado premórbido, la situación en la que se encuentra el anciano antes de presentarse cualquier proceso, tal y como sucede en los cuadros que han de resolverse mediante intervenciones quirúrgicas. La historia de sus enfermedades anteriores permitirá anticipar cómo evolucionará un proceso que se asemeje a aquellos. La personalidad y la biografía matizarán la respuesta personal a la acción patógena. Y, por último, el entorno será otro elemento causal de notable importancia en el inicio y en la evolución de cualquier proceso patológico.

Según su evolución, la enfermedad en el anciano, al igual que en otras edades, puede clasificarse del siguiente modo:

- ✓ Enfermedad aguda, de corta duración, con un incremento en sus atenciones, que dará lugar, en ocasiones, al internamiento hospitalario.
- ✓ Enfermedad crónica, de larga duración, con un curso estable o con frecuentes descompensaciones, que pone a prueba al medio asistencial, tanto al enfermo como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal. Son numerosas en esta edad, y precisan de un prolongado esfuerzo asistencial. Una buena proporción de estos enfermos incapacitados ha de ingresar en centros residenciales para dependientes.
- ✓ Enfermedad terminal, de naturaleza irreversible, con previsible final a corto plazo, aunque a veces se prolonga. Son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y residencias como en las unidades de cuidados paliativos. (2)

I.8.1. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La imagen del cuerpo de un anciano es la de un cuerpo cansado, deteriorado, más lento, más torpe y menos bonito del que desearíamos conservar para toda la vida. Pero un cuerpo envejecido es también un cuerpo lleno de sensaciones, emociones, sentimientos y necesidades. El paso de los años ha producido en él modificaciones, tanto internas como externas, debidas al proceso natural y al envejecimiento de las células, tejidos y órganos.

Es necesario asumir estas transformaciones que sufre nuestro cuerpo al llegar a la vejez como un momento evolutivo más en el devenir de nuestra vida. Esas modificaciones nos instan a buscar nuevas formas de utilización del cuerpo para llevar una vida acorde con las necesidades y requerimientos del momento presente.

El anciano sólo siente su cuerpo a través de las molestias que le producen las modificaciones propias de su edad. Mantener y potenciar el mayor dinamismo corporal posible y promover su autonomía y bienestar son algunos de los factores imprescindibles para vivir una vejez sana y disfrutar de una buena calidad de vida, elemento indispensable para cualquier otro tipo de dinamización.

Con la edad, nuestro cuerpo sufre una serie de modificaciones, fruto del proceso natural de envejecimiento. Los ancianos ven disminuidas sus posibilidades motrices;

son menos ágiles y dinámicos, se cansan con mayor facilidad ante un menor esfuerzo y su respiración es más irregular y costosa. Sobrevienen dificultades en la ingestión de los alimentos, problemas para mantener el sueño continuo y una mayor lentitud en las respuestas genitales. Las funciones nerviosas no quedan al margen de ese proceso. Los viejos tienen menos agilidad mental, pierden memoria y tienen una menor capacidad de aprendizaje.

La imagen externa del ser humano también sufre una serie de transformaciones: el cuerpo de un anciano no es ya un cuerpo erguido, firme y predispuesto en todo momento a cualquier acción; es un cuerpo flácido, arrugado y con deformidades. Sus movimientos son lentos, a veces imprecisos, temblorosos y rutinarios. Aparecen arrugas muy marcadas en la cara. Los ojos se hundén, los cabellos se vuelven ralos y blancos, la voz se hace temblorosa y se produce una pérdida progresiva de la dentadura.

Una de las manifestaciones más importantes de estas alteraciones la constituyen las caídas accidentales, un riesgo al que se ven abocados los ancianos debido a esa pérdida de facultades que se experimenta conforme se avanza en edad. El número de ancianos fallecidos por caídas accidentales es mayor a medida que aumenta la edad, siendo otro riesgo el de los accidentes domésticos. (8)

I.8.2. DETERIOROS Y CAMBIOS FÍSIOLOGICOS

Numerosos son los cambios fisiológicos que van presentándose durante el proceso de envejecimiento.

La disminución de la masa y de la fuerza muscular no le permite enfrentar con éxito los requerimientos de mayor fortaleza y de mayor rapidez en la movilidad. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles sus huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse más rápidamente.

Existe un envejecimiento cutáneo, tanto a nivel de la epidermis, como de la dermis y del tejido subcutáneo, el cual disminuye su contenido de grasa y de los apéndices cutáneos.

A nivel cardiovascular, se produce una disminución de la “compliance” vascular arterial, con la subsecuente elevación de la presión arterial (sin llegar a grados de hipertensión) y disminución del flujo sanguíneo (la aterosclerosis hace más evidente este problema) con el resultado de isquemia de algunos órganos (corazón, cerebro, riñones, etc.).

En el aparato respiratorio hay una disminución de la elasticidad pulmonar y un aumento de la rigidez torácica, que no permiten una buena contracción-distensión pulmonar, con el consecuente déficit en el intercambio de gases.

El aparato digestivo también presenta algunos problemas. La masticación, el flujo salival y el sentido del gusto están disminuidos. El tiempo del tránsito intestinal está retardado, con una disminución de la inervación, acompañándose de alteraciones en la absorción y la actividad enzimática (lactasa ↓). La motilidad colónica está disminuida, con una tendencia al estreñimiento o constipación y a la formación de divertículos. Hay un déficit en la contracción de la zona anal, con disminución de la elasticidad de la pared muscular y de la inervación, por lo que puede haber incontinencia fecal con mayor facilidad. El hígado está disminuido de tamaño, y tanto el número de hepatocitos y del flujo sanguíneo se encuentran disminuidos. El páncreas está disminuido de peso y de tamaño con disminución de las glándulas acinares y de la secreción pancreática. El vaciamiento de la vesícula biliar es más lento y hay una tendencia a la formación de cálculos biliares.

En el aparato renal se producen algunos cambios, comenzando por los riñones, los cuales se encuentran disminuidos de peso, de tamaño y de volumen. Desde el punto de vista endocrinológico, existe una disminución de la función testicular y ovárica con el detrimento de las hormonas sexuales como la testosterona (la libido sexual) y de los estrógenos (climaterio y menopausia).

El aparato genito-urinario de la mujer sufre una atrofia de la mucosa uretral y vaginal (disconfort e infecciones urinarias), una atrofia, hiperplasia o ulceración vulvar (prurito, sequedad, dolor) y una relajación del piso pélvico (cistocele, rectocele, prolapso uterino, incontinencia urinaria), mientras que en el hombre se agranda la próstata (obstrucción e infección urinaria) y hay una menor secreción de fluidos, así como de espermatozoides.

Neurológicamente se aprecia una atrofia cerebral por disminución del número de neuronas, así como de dendritas, enzimas y receptores, y una disminución de la síntesis de neurotransmisores, tanto catecolinérgicos como dopaminérgicos, que explican de algún modo la disminución cognitiva (memoria, concentración, atención, capacidad visuo-espacial, conceptualización, inteligencia general) y las fallas en la coordinación de movimientos, que se presentan frecuentemente en este grupo etario.

Las enfermedades degenerativas cerebrales normalmente afectan a las capacidades mentales, alterando progresivamente todo el conjunto de funciones necesarias para

desarrollar una vida adaptada e independiente. El sensorio se presenta una disminución del umbral sensitivo en general, una disminución de la acomodación ocular, una opacificación de los lentes intraoculares, un adelgazamiento de la retina, con los consabidos problemas de la disminución de la agudeza visual y de la visión nocturna. También a una mayor frecuencia de elevación de la presión intraocular. En los oídos se produce una esclerosis de los huesecillos y una disminución en la audición de alta frecuencia, así como una menor irrigación vascular, lo cual explican los problemas auditivos.

La olfacción y la gustación pueden encontrarse disminuidas discretamente. En cuanto al sistema hemato-inmunológico, hay una disminución de la reserva medular ósea (lenta y a veces inadecuada recuperación del balance sanguíneo), una disminución de la función de las células T y un aumento en la formación de auto-anticuerpos, con las consecuencias clínicas de una respuesta hematopoyética retardada, un rápido desarrollo de infecciones, sobre todo de tipo viral o micobacteriano y de presencia de pruebas falso-positivas (ej.: Factor Reumatoide). Finalmente debemos enfatizar que la Edad Fisiológica puede ser más “vieja” o más “joven” que la Edad Cronológica, dependiendo de la reserva fisiológica o funcional de algunos órganos considerados como “claves”, como son el cerebro, el corazón, los pulmones y los riñones. (9)

I.9. DEMENCIA

Las demencias son enfermedades cada vez más frecuentes. La edad es el principal factor de riesgo para sufrir una demencia.

Hay unas características generales, comunes a las demencias más frecuentes:

- ✓ Son enfermedades de larga duración (p. ej., la enfermedad de Alzheimer evoluciona por término medio durante 8 años);
- ✓ Afectan tanto al área psicológica de la persona como a la función física;
- ✓ Suponen una pérdida global de autonomía, generando una gran dependencia, y
- ✓ Su evolución es progresiva y los síntomas varían durante las diferentes fases, lo que condicionará las atenciones y recursos necesarios al estadio evolutivo en que se encuentre el enfermo.

Las demencias son enfermedades, fundamentalmente, de la inteligencia. Esta función condicionará todo el deterioro de funciones superiores que afectará a la vida relacional del individuo. Hay que tener en cuenta que se trata de procesos adquiridos y diferenciarlos de otros trastornos congénitos.

Durante el curso evolutivo se pueden presentar las siguientes circunstancias:

- ✓ Alteración del pensamiento abstracto.

- ✓ Pérdida de la capacidad de juicio.
- ✓ Cambios en la personalidad.
- ✓ Síndrome afasopraxoagnósico. (2)

Los síndromes demenciales constituyen un serio y creciente problema de salud en países con alta expectativa de vida como el nuestro. A pesar de su creciente importancia, la demencia es un grupo sindrómico el cual no se centra en una sola patología, frecuentemente es infra diagnosticada e infravalorada. En los síndromes demenciales hay un deterioro global del funcionamiento cerebral que incluye déficit de memoria, disminución de los periodos de atención concentración, disminución de la capacidad para resolver los problemas cotidianos, pérdida de capacidad para la ejecución de habilidades perceptivo-motoras, entre otros; así mismo de acuerdo al área cerebral afectada se lesionan sistemas comunicativos, de comprensión, razonamiento o respuestas reflejas; solo el estado de conciencia y parte de la memoria afectiva se ha visto que permanece concentrada o por lo menos su deterioro es más lentificado, esto se constata con diversos programas de musicoterapia en los cuales se han visto respuestas adaptativas inmediatas. (6)

I.10. ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia en los mayores, es un trastorno grave, degenerativo, producido por la pérdida gradual de neuronas cerebrales, cuya causa no es del todo conocida. La enfermedad afecta a las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Es una deficiencia en la memoria a corto plazo (se olvidan las cosas que acaban de suceder) y a largo (se eliminan los recuerdos de la infancia), asociada con problemas del pensamiento, del juicio y otros trastornos de la función cerebral y cambios en la personalidad.

En las etapas iniciales, el enfermo refiere síntomas inespecíficos: cefaleas, molestias difusas, etc. Suele presentar un progresivo desinterés por las aficiones habituales, que traduce la dificultad para llevarlas a cabo correctamente. Se suelen apreciar cambios de carácter y aumento de la irritabilidad. Disminuye la autoestima y son frecuentes los períodos de tristeza y otros síntomas depresivos. El enfermo tiene dificultades para llevar una vida social autónoma.

A medida que progresa la enfermedad, aparecerán dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): utilización de los medios de transporte, administración del dinero, actividades domésticas, etc. El paciente estará cada vez

más desorientado en el espacio y en el tiempo. Tendrá dificultades para reconocer a las personas (vecinos, amigos) y olvidará el nombre de las cosas.

En las fases iniciales disminuye la memoria de retención y de sucesos recientes, así como la capacidad de aprendizaje y, a medida que la enfermedad progrese, se irán perdiendo también los recuerdos más antiguos.

En las etapas intermedias aumenta progresivamente la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria: vestido, alimentación, higiene, control de esfínteres, etc. Son frecuentes los trastornos comportamentales: ansiedad, síntomas psicóticos, insomnio y otros. Aparecen trastornos del equilibrio y de la marcha. La pérdida de memoria es grave: el paciente es incapaz de reconocer a los familiares más cercanos. La desorientación resulta muy importante: el enfermo no sabe si se trata de la mañana o de la tarde, del día o de la noche. Se pierde incluso en el interior de su propio domicilio.

En los estadios más avanzados no podrá hablar ni entender lo que se le dice. La situación terminal de la enfermedad se define por el encamamiento, la tendencia a la anquilosis en flexión y la afasia. Al final, se produce la muerte por alguna de las complicaciones secundarias a esta situación. (2)

I.11. ADULTO MAYOR Y DEMENCIA

La disminución de la mortalidad, el control de la natalidad y la creciente esperanza de vida han determinado que una gran parte de la población alcance la vejez y en consecuencia quede expuesta al desarrollo de deterioro cognitivo o demencia, entidades patológicas que suelen estar ligadas a la edad.

Algunas personas envejecen muy exitosamente y no revelan indicios de dificultades cognitivas; sin embargo, es más frecuente el envejecimiento normal, condición que se asocia a comorbilidades como hipertensión arterial o diabetes mellitus, lo que contribuye a explicar la existencia de mínimos defectos cognitivos como el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento mental o algunas dificultades en memoria episódica.

Más allá de este deterioro fisiológico aparece el concepto clínico de deterioro cognitivo leve (DCL) el cual dice relación con un estado cognitivo caracterizado por déficits subjetivos y objetivos leves de la cognición, anormales para la edad, pero sin compromiso esencial de las actividades funcionales del sujeto, es decir, aun cuando corresponde a una condición patológica, no alcanza los criterios de demencia. Su importancia radica, en que, por el supuesto de su base patológica, representaría un

estado prodrómico de una futura demencia y, por ende, una oportunidad única para intervenciones precoces que pudieran prevenir la progresión del trastorno. La demencia, por otra parte, puede ser definida como un síndrome de deterioro cognitivo-conductual adquirido, de naturaleza orgánica y que provoca una significativa afectación de la funcionalidad social y laboral diaria, sin alteración del nivel de conciencia.

Existen numerosas y variadas causas de demencia, las que pueden agruparse globalmente en etiologías degenerativas y no degenerativas. Entre las primeras, destacan la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal y entre las segundas, las de origen vascular, infeccioso, nutricional, metabólico y traumático. Cada una de ellas tiene sus particularidades patológicas, semiológicas y clínicas aun cuando comparten defectos cognitivos, alteraciones del comportamiento y la progresiva pérdida de funcionalidad. (7)

I.11.1 CLASIFICACIÓN

Las demencias podrían clasificarse con arreglo a diferentes criterios:

- ✓ Según la edad de aparición, hablamos de seniles y preseniles (aunque hoy en día esta clasificación no se utiliza).
- ✓ Dependiendo de su evolución, son reversibles e irreversibles (el deterioro podría detenerse en las causadas por enfermedades vasculares, intoxicaciones, infecciones y tumores).
- ✓ Según la causa, se pueden clasificar en primarias (Alzheimer) y secundarias (asociadas a enfermedades orgánicas). Las demencias primarias tienen su origen en trastornos neuronales difusos de carácter lento y progresivo o degenerativo, y las secundarias están causadas por enfermedades neurológicas focales o multifocales de etiología o fisiopatología conocida (tumores) o por procesos sistémicos.
- ✓ Según el área afectada las demencias pueden ser corticales y subcorticales; la distinción entre ambas sólo es posible en los primeros estadios de la enfermedad, después ya no se distinguen. La demencia cortical se caracteriza por los fallos cognitivos (memoria, lenguaje y juicio), mientras que la subcortical se manifiesta con una mayor alteración de la personalidad y el humor. La demencia producida por la enfermedad de Alzheimer es típica de afectación cortical. (8)

I.12. ARTE Y DEMENCIA

Arteterapia es la disciplina que utiliza la producción de imágenes para ayudar al individuo a restablecer su capacidad natural de relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de forma satisfactoria. El propósito principal es el de corregir o tratar problemas, tanto psicológicos como afectivos o sociales, trascendiendo lo puramente estético. Lo fundamental, por tanto, es el proceso que utiliza la persona para comunicar su interioridad a través de un lenguaje plástico, no verbal.

El Arteterapia también puede utilizarse para aumentar la confianza en uno mismo, la autoestima o la coordinación motriz.

Uno de los ejes fundamentales del tratamiento consiste en que la persona sea consciente de su enfermedad y la reconozca para que aprenda a aceptarla y a actuar sobre ella, usándose la terapia del arte para esa autoexploración y expresión del conflicto. (10)

El arte es una forma de expresión sensitiva, más aún el arte contemporáneo, que se ha basado en la integración de los cinco sentidos, de diferentes ámbitos como la expresión musical, plástica, corporal, teatral, etc. Sabemos que nos ayuda a explorar nuevas ideas, emociones, conceptos, sentimientos, que se encuentran en nuestro interior y están esperando a ser descubiertos.

Utilizamos el arte como un medio o vehículo de ayuda a los grupos de Tercera Edad para recuperar su equilibrio y protagonismo social y, en definitiva, para lograr una educación más humanista.

“El proceso de memorización se inicia a nivel sensorial: cuanta más atención se presta a aquello que queremos recordar, más fácilmente podrá recordarse”. Los sentidos nos van a ayudar a conseguir una serie de detalles y características de lo percibido uniéndolo a nuestros recuerdos y a lo que conocemos. De esta manera enlazamos las estrategias cognitivas ya desarrolladas por la persona con aquellos nuevos estímulos que llegan a través de los sentidos.

El arte actual, por conectar con temas y motivos conocidos por las personas mayores, permite que descifren e interpreten esas obras desde su imaginación. De esta manera están activando sus capacidades creativas y procesos cognitivos ayudando a estimular la memoria.

El arte y, más concretamente el arte contemporáneo, tiene unos valores (educativos, creativos, estéticos y de interpretación de la realidad), estos valores permitirán

diferentes niveles de implicación (emotivo, experiencial, cognitivo y a nivel memorístico) entre las personas mayores durante la intervención con materiales artísticos para estimular la memoria cotidiana. (11)

El uso del arte como elemento clave desde la actividad propositiva busca promover componentes cognoscitivos como la Atención-concentración, Gnosias, Praxias, Memoria, Orientación y Lenguaje desde enfoques creativos. El uso de la gráfica, el color y la armonía del espacio desarrolla potenciales, afectos y casualidades vitales en los individuos. (6)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impacto económico que representa el gasto por el trabajo no remunerado en salud que se deriva del cuidado de las personas afectadas por la demencia en el continente americano es de aproximadamente 236 billones de dólares. En caso de México, el costo total de **cápita** estimado es de \$6,157 dólares para el cuidado de una persona con demencia. La proporción de pacientes con demencia que requieren atención especializada es del 40% del total de los afectados. El gasto de bolsillo catastrófico alcanza hasta al 60% de las familias que asumen el cuidado de una persona afectada por la demencia.

El impacto económico que tiene el cuidado de una persona afectada con la Enfermedad de Alzheimer (EA), la falta de una cura que evite el deterioro progresivo, la discapacidad y la dependencia; la fuerte carga física y emocional para la familia y los cuidadores, así como las limitaciones prevalentes en el sistema de salud a este respecto nos confrontan frecuentemente con dilemas éticos. (13)

El empleo del modelo COGNiart en adultos mayores con síndromes demenciales en casa hogar para militares retirados con la intervención de Terapia Ocupacional, brindó mayor independencia de las actividades de la vida diaria a dichas personas adultos mayores para mejorar su salud y con ello tener una mejor calidad de vida. Se estima que entre los años 2010 y 2050, el número total de personas dependientes a nivel mundial casi se duplicará, pasando de 349 millones a 613 millones, y más de un tercio de estas personas (de 101 a 277 millones) serán personas adultas mayores. El incremento del número de personas adultas mayores dependientes es desproporcionadamente mayor en países emergentes y en vías de desarrollo.

En virtud de que el principal determinante de la dependencia, en la edad avanzada, es la demencia.

La Enfermedad de Alzheimer (EA), es un padecimiento crónico, neurodegenerativo y progresivo caracterizado por alteraciones en los procesos cognitivos, la conducta y el estado de ánimo; generador de discapacidad y dependencia en quienes la padecen. La EA es el tipo de demencia más frecuente que afecta a las personas mayores. De acuerdo con el reporte mundial sobre la EA, en el año 2010, cerca de 35 millones de personas adultas mayores en el mundo la sufren. Se estima que para el año 2030 esta cifra se incremente a 66 millones para alcanzar una cifra de 115 millones de personas afectadas para el 2050. Esto significa que se presenta un nuevo caso de demencia cada 4 segundos.

En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México, en este contexto, una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de nuestros mayores es la discapacidad que genera la demencia. Algunos de los factores de riesgo socio-demográficos para la aparición de la demencia son: la desventaja social, el analfabetismo, que propician la exposición temprana a factores de riesgo que alteran el proceso biológico del envejecimiento y la multimorbilidad en particular cardiovascular y metabólica (diabetes). Por otra parte, el acceso limitado a los sistemas de salud y la calidad de atención médica heterogénea a este respecto, propician un diagnóstico tardío; y la ausencia de un sistema de cuidados a largo plazo hace que la carga de los cuidados recaiga totalmente sobre las familias. De los factores de riesgo más significativos asociados con el desarrollo de la EA en adultos mayores en México es la presencia de diabetes y el síndrome metabólico. (13)

Por lo que llego a la siguiente pregunta de investigación:

En adultos mayores con síndromes demenciales en casa hogar para militares retirados: ¿La Independencia en las AVD se mantendrá de acuerdo a las habilidades mentales mediante el modelo COGNlart?

III. JUSTIFICACIÓN

Justificación académica

Para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional, contribuir a la difusión y a las intervenciones de la carrera en terapia ocupacional, a su vez promover el interés del terapeuta ocupacional egresado o en formación para contribuir en la red de tratamientos existentes para el adulto mayor con algún grado de demencia en pos del beneficio de la diversificación la intervención y de los sujetos con dificultad en las actividades de la vida diaria por causa de algún grado de demencia.

Justificación Económica

Apoyar en el tratamiento ocupacional de la persona con demencias, reduciendo gastos, a los familiares y el estado para evitar la fuga económica por parte de familiares y del país a nivel nacional de billones de pesos, tratando el problema de trabajo no remunerado en salud, que deriva de cuidados para personas con demencias en beneficio de su bienestar económico.

Justificación Social

Se estima que un alto porcentaje de pacientes adultos mayores con algún tipo de demencia, son abandonados o reclusos en centros de día o residencias permanentes ya que no se cuenta con los conocimientos adecuados acerca de dicho padecimiento para el cuidado apropiado de atención a pacientes con pérdida progresiva de la memoria, del lenguaje (afasia), de la capacidad de realizar tareas previamente aprendidas (apraxia), de la capacidad de reconocer lo previamente aprendido (agnosia), alteraciones ejecutivas (planeación, organización, secuenciación y abstracción) (13) a causa de algún tipo de demencia.

Justificación Científica

Se busca que este trabajo pueda servir de base para un abordaje desde Terapia Ocupacional de demencia en México.

IV. HIPÓTESIS

Hi.

En adultos mayores con síndromes demenciales se mantendrá en un 50% la independencia en las AVD de acuerdo a las habilidades mentales mediante el modelo COGNlart en casa hogar para militares retirados.

Ho.

En adultos mayores con síndromes demenciales no se mantendrá en un 50% la independencia en las AVD de acuerdo a las habilidades mentales mediante el modelo COGNlart en casa hogar para militares retirados.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la independencia en las AVD de adultos Mayores con síndromes demenciales mediante el mantenimiento de habilidades mentales con el modelo COGNIart en adultos mayores de la casa hogar para militares retirados.

V.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar la independencia en las AVD de adultos mayores con síndromes demenciales antes y después de una intervención de acuerdo a la edad, sexo y deterioro.
- Evaluar las habilidades mentales de AVD de adultos mayores con síndromes demenciales antes y después de una intervención de acuerdo a la edad, sexo y deterioro.
- Realizar una intervención de acuerdo al Modelo COGNIart, con relación al nivel de deterioro cognitivo.
- Identificar el mantenimiento de las AVD después de la intervención

VI. MÉTODO

VI.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es un enfoque mixto, de tipo observacional, descriptivo y longitudinal. (Describe por qué es mixto, observacional, etc....)

VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	Ítems
Actividades de la vida diaria (AVD)	Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo.	Autocuidado de la persona que tiene algún tipo de demencia para una mejor calidad de vida.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dependencia total ✓ Dependencia severa ✓ Dependencia moderada ✓ Dependencia escasa ✓ Independencia 	Anexo 3. Índice de Barthel:
Habilidades mentales	Capacidad que tiene una persona de llevar a cabo una serie de procesos mentales para resolver un problema, tomar una decisión o hacer una elección.	Habilidades mentales para poder realizar las Actividades de la Vida Diaria independientemente.	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0-25 puntos Indica probable trastorno cognitivo. ✓ 26-30 puntos Se considera normal. 	Anexo 4 Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 ✓ 1 	Anexo 5 Test de Alteración de memoria.
Modelo COGNlart	Serie de láminas con creativos diseños, dirigidos para personas adultas con deterioros cognitivos.	Dirige al usuario a promover los periodos de atención y concentración.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Anexo 6 Alebrijes libro #1 atención y concentración.

Edad	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo	Diferencia entre un rango de edad el grado de demencia prevalente.	Cuantitativa continua	✓ Años	Anexo 1 Ficha de identificación
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Identifica por medio de este rango el predominio de demencia entre hombres y mujeres.	Cualitativa nominal	✓ Femenino ✓ Masculino	Anexo 1 Ficha de identificación

VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

Adultos mayores residentes de casa hogar para militares retirados con 60 o más años con dificultades en las actividades de la vida diaria por problemas de habilidades demenciales. **Qué tipo de muestra seleccionaste y por qué**

VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Todos los adultos mayores residentes de casa hogar para militares retirados con dificultades en las actividades de la vida diaria por problemas de síndromes demenciales.
- ✓ Todos los adultos mayores residentes de casa hogar que acepten participar y firmen el consentimiento informado (anexo 1)
- ✓ Todos los adultos mayores residentes de casa hogar que debido a tener algún grado de demencia no puedan dar su consentimiento, pero sus familiares acepten y firmen el consentimiento informado para participar en el estudio (anexo 1)
- ✓ Todos los adultos mayores residentes de casa hogar para militares retirados mayores de 60 años.

VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Militares retirados que no sean residentes de casa hogar para militares retirados.
- ✓ Militares retirados de casa hogar que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Militares retirados que no presenten demencia
- ✓ Militares retirados de casa hogar que no acepten firmar el consentimiento informado (anexo 1) o en su defecto que los familiares no acepten que el paciente participe.
- ✓ Militares retirados de casa hogar que no se encuentren dentro de la edad marcada.
- ✓ Militares retirados que no asistan a todas las sesiones.

VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ✓ Pacientes residentes de casa hogar para militares retirados que no acepten estar de acuerdo a participar en el programa.
- ✓ Militares retirados que no deseen participar o se ausenten el día y horario de las sesiones establecidas.
- ✓ Militares retirados que lleguen a fallecer.

VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La entrevista clínica debe realizarse en presencia de un informador fiable, pues la conciencia que tiene el paciente de sus trastornos puede ser parcial o nula. La anamnesis permite precisar los primeros síntomas (trastornos cognitivos o psicoconductuales), su antigüedad y su modo de aparición (brusco, progresivo o insidioso) y su evolución (agravamiento progresivo, en escalones o fluctuante, estabilidad, mejoría). (Anexo 2)

Índice de Barthel

El índice de Barthel se ha utilizado ampliamente desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones. Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, donde 0 es la dependencia total y 100 es la máxima independencia. Las actividades que se evalúan son comer, asearse, controlar las heces y la orina, bañarse, vestirse, usar el WC, trasladarse de la cama o silla, desplazarse, usar escaleras.

Es una medida con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y de aplicar. Además, sirve como estándar para la comparación con otras escalas y su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física. (Anexo 3)

Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)

El instrumento de evaluación cognitiva de Montreal, se diseñó para la detección de trastorno Neurocognitivos leve y estadios tempranos de demencia. Evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación. (Anexo 4)

VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

Se valoró a la totalidad del personal de adultos mayores que se encuentra en la casa hogar para militares retirados con anamnesis y las pruebas estandarizadas de manera individual o grupal según requerimientos para evaluar el nivel de cognición que tiene cada uno de ellos y de ahí se inició con la intervención la cual constó de aplicar el modelo COGNlart el cual consta de:

✓ Fase 1:

Se recabaron datos personales de los sujetos de estudio, los cuales debieron presentar algún tipo de demencia y cumplir con los criterios de inclusión al estudio.

✓ Fase 2:

Se les hizo de su conocimiento el proceso de estudio y firmaron un consentimiento informado de aceptación para participar en dicho estudio y en su defecto el familiar firmó dando su consentimiento.

✓ Fase 3:

Se aplicaron pruebas estandarizadas (índice de Barthel, Test de Alteración de memoria y Evaluación Cognitiva Montreal) para evaluar el grado de demencia y las habilidades o disfunción en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

✓ Fase 4:

Se aplicó el modelo COGNlart a los pacientes que presentaron algún tipo de demencia y tenían dificultades en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

✓ Fase 5:

Se realizó una revaloración con las pruebas: índice de Barthel, Test de Alteración de memoria y Evaluación Cognitiva Montreal para evaluar el grado de avance en demencia y en habilidades obtenidas o mantenidas después del proceso de estudio.

✓ Fase 6:

Se entregaron resultados obtenidos después del estudio.

VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Casa hogar para militares retirados es un lugar donde el personal militar en situación de retiro con 60 o más años, solo(a) o con su cónyuge o concubina (o) pueden hacer uso de las instalaciones como casa de día o permanencia en las instalaciones.

La Casa hogar para militares retirados se encuentra ubicada en calle: La Mina 12, colonia: Los Pinos Jiutepec, C.P. 62563 Jiutepec, Morelos, México. Teléfono: 777 329 8603

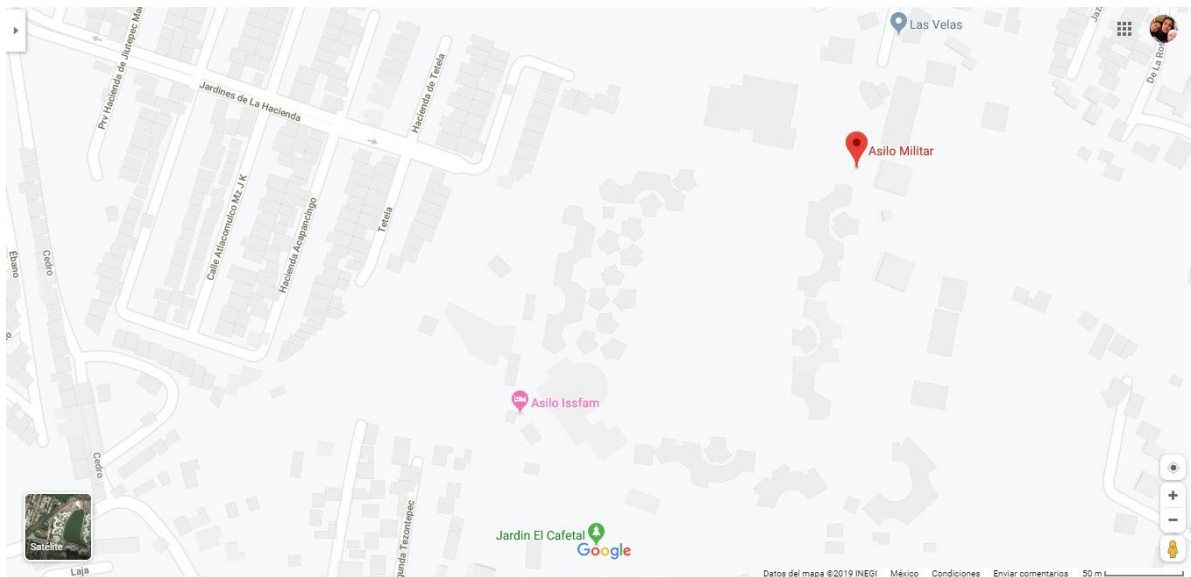


Imagen 1. Vista panorámica de la Casa hogar para militares retirados

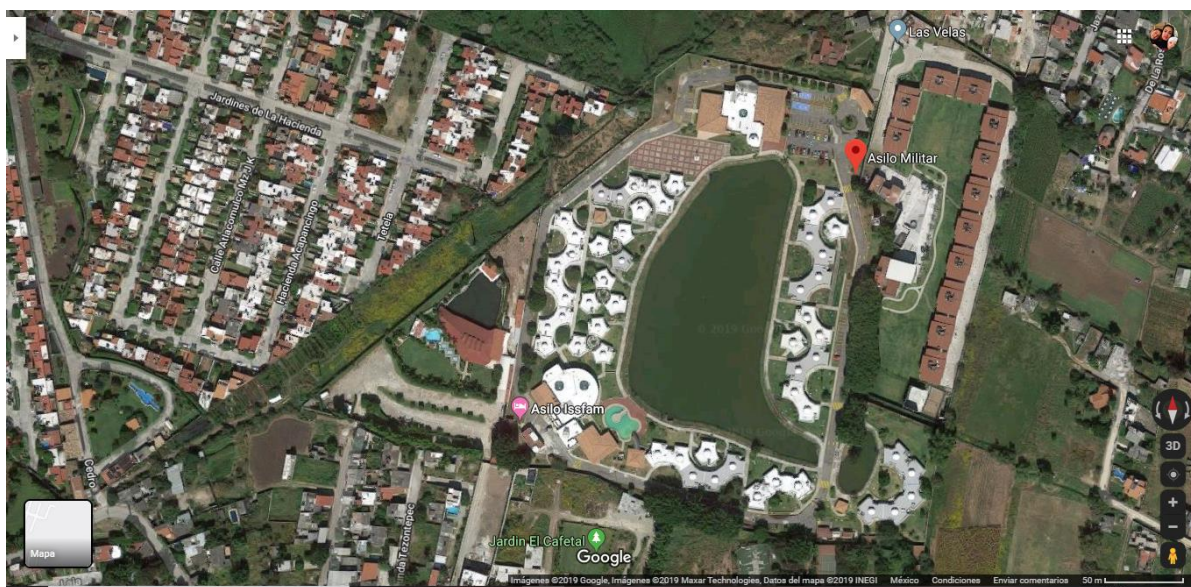


Imagen 2. Vista panorámica de la Casa hogar para militares retirados

Te sugiero una foto de la fachada principal de la casa.....

VI.7 DISEÑO DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos en esta investigación fueron tratados estadísticamente, con porcentajes y promedios representándose en tablas y gráficas, las cuáles se muestran en el apartado de resultados, con su interpretación correspondiente.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud, en Título Primero, Capítulo Único, Artículo 2º, El derecho a la protección de la salud. Fracción I El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; y II La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; Capítulo VII Salud Mental. Artículo 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental. (14)

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Capítulo II de los principios de Protección de Datos Personales, Artículo 6, Los responsables en el tratamiento de datos personales, deberán observar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley. (15)

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (16)

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

L.T.O. Magdalena Zúñiga Lara

Director de tesis:

M.D.P.I. Arturo Martínez Cosme.

Asesores:

M. EN A.T.I. Imelda Martínez Flores.

M.G. Alexis Omar Cruz Alvarenga.

IX. RESULTADOS

Dentro de los datos (variantes) obtenido en la aplicación de tesis “**INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES MENTALES CON EL MODELO COGNIART EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROMES DEMENCIALES EN CASA HOGAR PARA MILITARES RETIRADOS**”, edad, sexo, calificación obtenida en las evaluaciones realizadas (Barthel y MOCA) de las cuales se seleccionó la muestra a trabajar con el modelo COGNIart, posteriormente se repitieron las evaluaciones donde pudimos observar un resultado favorable en cuando al objetivo planteado dando un 100% del total de la muestra quien mantuvo su independencia en las Actividades de la Vida Diaria trabajando con el Modelo COGNIart durante un mes, incluso algunos de los sujetos de estudio aumentaron su calificación en algunas de las pruebas realizadas posteriormente a la aplicación del Modelo.

La primera fase en este proceso fue la selección de la muestra con un total de 35 pacientes (Tabla 1), de los cuales el 69% son del sexo masculino y 31% del sexo femenino. (Gráfico 1)

Tabla 1: Sexo

Sexo	Número
Hombres	24
Mujeres	11
Total	35

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación



Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

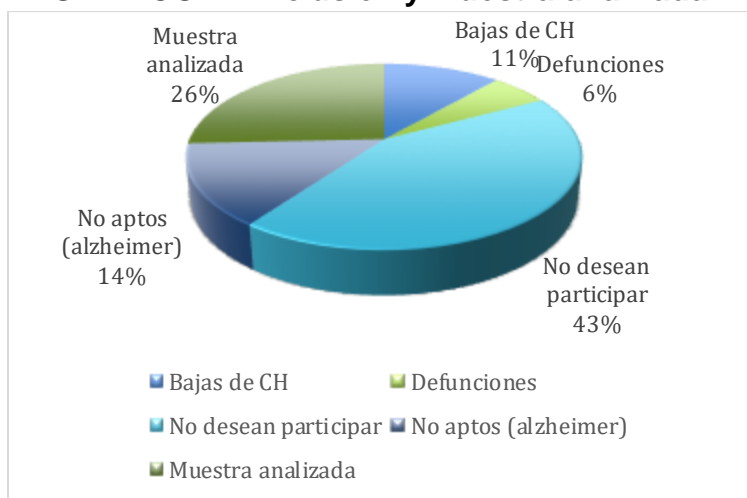
Teniendo una población total de 35 militares retirados el cual conforma el 100%, de los cuales 4 causaron baja del casa hogar (11%), 2 pacientes fallecieron durante el proceso de aplicación de tesis (6%), 15 no desearon participar en el proyecto por diferentes razones las cuales se mencionan en los motivos de exclusión (43%), de igual forma se encontraron 5 residentes (14%) con diagnóstico de Alzheimer motivo por el cual no se incluyeron en el proyecto ya que las pruebas y la aplicación del modelo no es para pacientes con dicho padecimiento, dando por resultado 9 pacientes con los cuales se trabajó de principio (pruebas estandarizadas) a fin (aplicación del modelo COGNlart) (Tabla 2), siendo un 26% del total de residentes de Casa Hogar para Militares Retirados (Gráfico 2).

Tabla 2: Exclusión y muestras analizadas

Población Total	35
Bajas de CH	4
Defunciones	2
No desean participar	15
No aptos (Alzheimer)	5
Muestra analizada	9

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

GRÁFICO 2: Exclusión y muestra analizada.



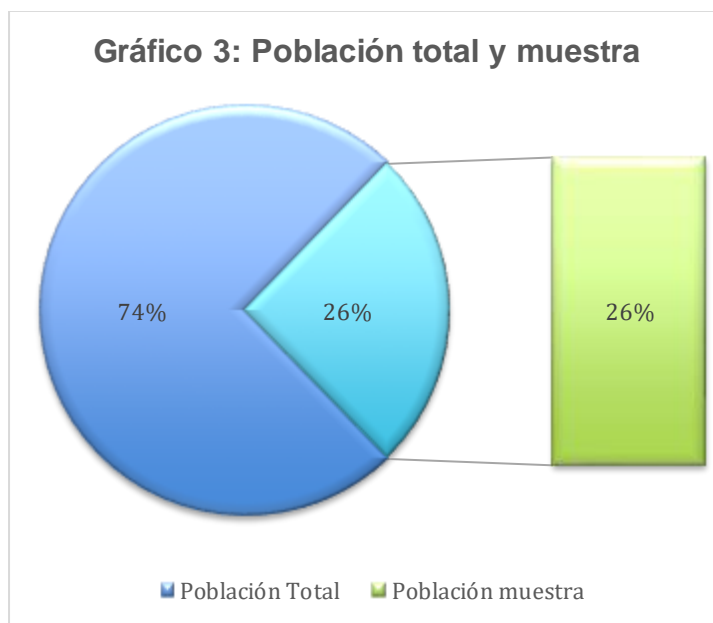
Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

Tomando en cuenta los datos anteriores se obtiene el total de la muestra a trabajar, la cual del total (100%) de población de Casa Hogar para Militares Retirados (35 militares retirados) solo se trabajó con el 26% (9 militares retirados) (tabla 3), que fueron los pacientes que cumplieron con los estándares requeridos para la aplicación de dicha tesis (Gráfico 3).

Tabla 3: Población total y muestra.

Población Total	35
Población muestra	9

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación



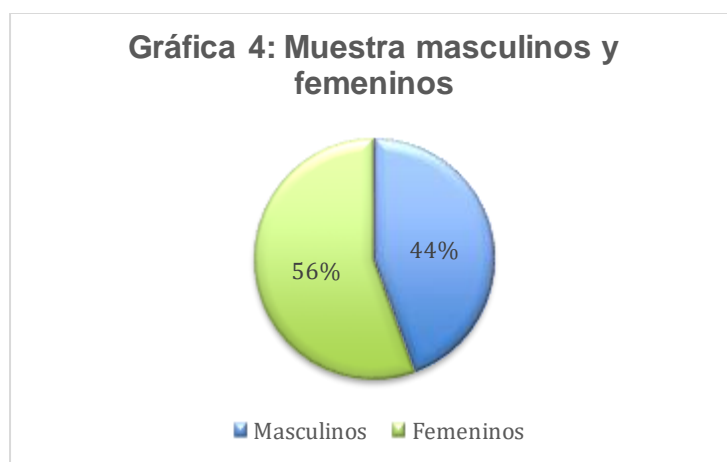
Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

De acuerdo con los estándares requeridos para la aplicación de tesis, se trabaja con una muestra de 4 masculinos que conforman el 44% (Tabla 4) y 5 femeninos que conforman el 56% de la muestra seleccionada (Gráfica 4).

Tabla 4: Muestra masculinos y femeninos

Masculinos	4
Femeninos	5

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación



Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

Al inicio de la aplicación de tesis se evaluó a la muestra seleccionada con 2 pruebas estandarizadas, la primera “**AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)**” (Tabla 5) la cual mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, donde 0 es la dependencia total y 100 es la máxima independencia (Gráfica 5), y “**EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MOCA)**” (Tabla 6) que evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación, donde el valor Normal $\geq 26 / 30$ (Gráfica 6), ambas pruebas ayudaron a detectar el déficit de dichas habilidades en cada sujeto y posteriormente poder trabajar en ello, donde se obtuvieron los siguientes datos:

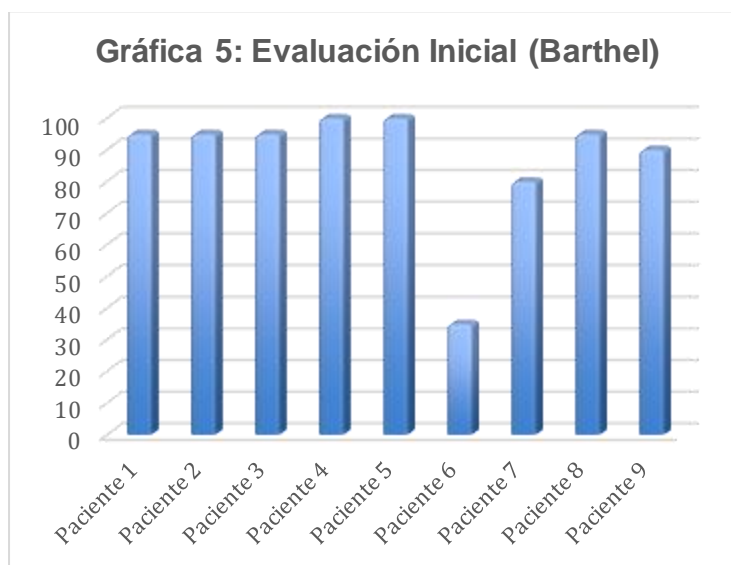
En la prueba inicial de la Evaluación de Barthel 1 sola persona (11%) fue quien obtuvo una calificación baja (35 de 100) mientras el resto de sujetos (8=89%) obtuvo

calificaciones ≥ 80 , fue con esta prueba que nos pudimos dar cuenta los déficit que tenía cada persona para realizar sus AVD.

Tabla 5: Evaluación Inicial (Barthel)

Pacientes	Resultado
Paciente 1	95
Paciente 2	95
Paciente 3	95
Paciente 4	100
Paciente 5	100
Paciente 6	35
Paciente 7	80
Paciente 8	95
Paciente 9	90

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación



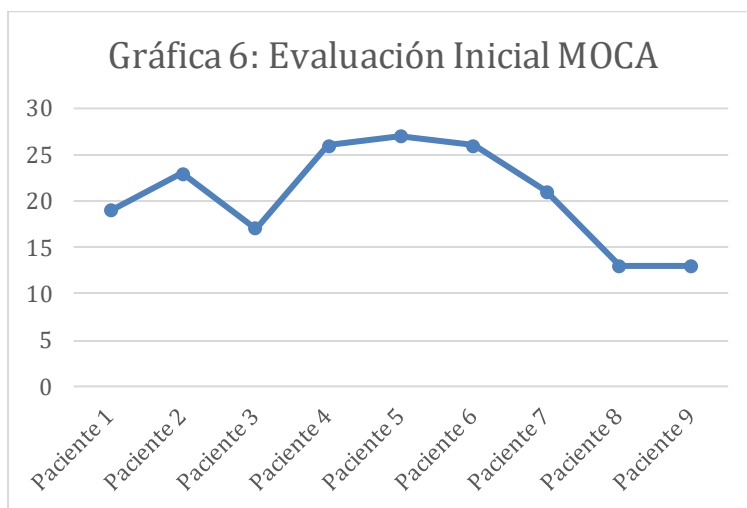
Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

Al aplicar la Evaluación inicial de MOCA, nos dimos cuenta que solo 3 personas (33%), se encuentran dentro del valor normal establecido en la prueba, el resto (6 personas) (66%) están por debajo del valor normal, lo que nos confirmó que dichas personas tenían algún déficit cognitivo.

Tabla 6: Evaluación Inicial MOCA

Pacientes	Resultados
Paciente 1	19
Paciente 2	23
Paciente 3	17
Paciente 4	26
Paciente 5	27
Paciente 6	26
Paciente 7	21
Paciente 8	13
Paciente 9	13

Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación



Fuente: Banco de datos recabados para esta investigación

Desglosando cada uno de los resultados de los dominios cognitivos (atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación) evaluados individualmente en mujeres y hombres en la **“EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MOCA)”** se

obtuvieron los siguientes resultados en mujeres (Tabla 7) (Gráfico 7) donde nos pudimos dar cuenta que las mujeres 4 y 5 se encontraron con mayores dificultades cognitivas en dicha prueba, y en hombres (Tabla 8) (Gráfico 8):

Tabla 7: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) Inicial Mujeres

	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 4	Mujer 5
Visoespacial/ejecutiva	5	5	3	1	0
Identificación	3	3	3	2	3
Atención	3	6	6	1	1
Lenguaje	3	3	1	2	0
Abstracción	2	2	2	1	1
Recuerdo Diferido	1	2	5	0	0
Orientación	2	6	6	3	3

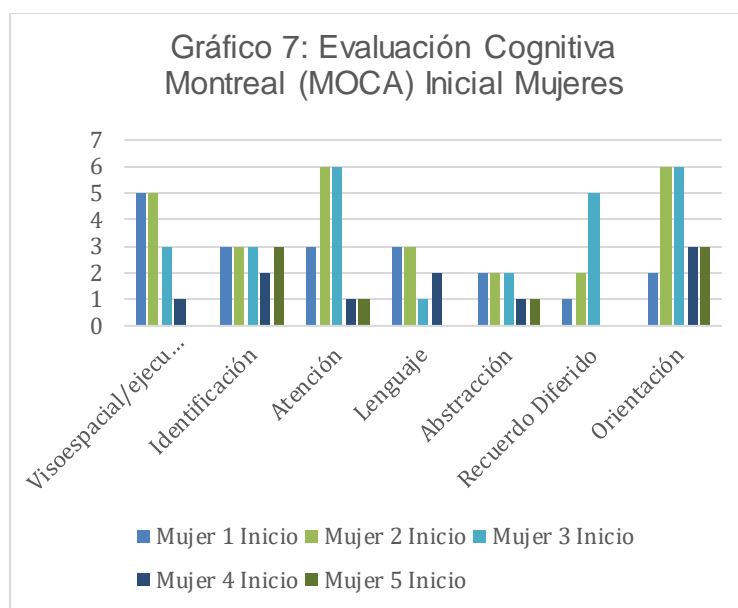
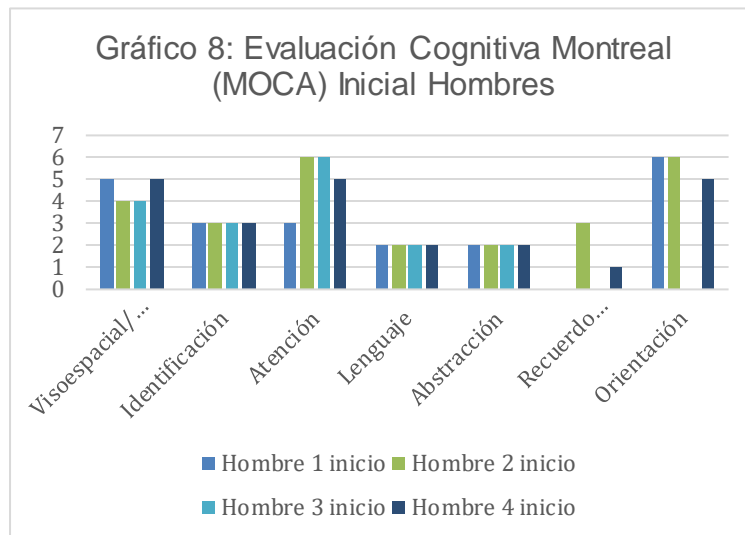


Tabla 8: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) Inicial Hombres

	Hombre 1	Hombre 2	Hombre 3	Hombre 4
Visoespacial/ejecutiva	5	4	4	5
Identificación	3	3	3	3
Atención	3	6	6	5
Lenguaje	2	2	2	2
Abstracción	2	2	2	2
Recuerdo Diferido	0	3	0	1
Orientación	6	6	0	5



Con estos resultados se determinó en qué habilidad cognitiva tuvieron deficiencia cada uno de los sujetos de estudio para posteriormente intervenir en el desarrollo de estas habilidades.

Obteniendo cada uno de los resultados de las evaluaciones estandarizadas (Barthel y MOCA) se comenzó a trabajar con el modelo COGNlart, el cual tiene como objetivo principal “generar una dualidad entre dos procesos de gran importancia en personas con demencias, la **estimulación cognitiva** a través del desarrollo del arte y el **fenómeno de un proceso generacional**; donde aquel adulto con demencia pueda fortalecer sus lazos afectivos, creatividad y estimularse cognitivamente, por medio del trabajo cooperativo con personas jóvenes ya sean nietos, sobrinos, hijos y cuidadores con la finalidad de estimular la funcionalidad desde el seno familiar y diversos centros de atención”.

Te sugiero que coloques:

Para las siguientes fotografías se contó con la autorización de los participantes de este estudio y familiares.



Fotografía 1: Plática informativa sobre el trabajo de tesis.



Fotografía 2: Trabajo hábitos, rutinas y orientación en tiempo y espacio.



Fotografía 3: Trabajo con el Modelo COGNlart individualizado



Fotografía 4: Trabajo del Modelo COGNlart grupal



Fotografía 5: Fortalecimiento sus lazos afectivos, creatividad y estimulación cognitiva.



Fotografía 6: Retroalimentación de la solución de ejercicios cognitivos



Fotografía 7: Actividad grupal con el Modelo COGNlart.

El modelo COGNlart fue trabajado por 30 días; cada día se realizó una actividad diferente, en cada sujeto de estudio se realizó en un horario y un lugar en específico, esto con la finalidad de establecer y trabajar rutinas y ubicación en tiempo y espacio, cada persona tuvo diferentes respuestas en cuanto a los ejercicios trabajados y al término de las actividades marcadas en el Modelo COGNlart (fotografías 1-7) se aplican nuevamente las pruebas estandarizadas (Barthel y MOCA), esto con el fin de comparar resultados obtenidos y comprobar si los objetivos planteados en la aplicación de esta tesis se cumplieron.

Los resultados obtenidos en mujeres (Tabla 9) (Gráfico 9) y hombres (Tabla 10) (Gráfico 10) son los siguientes:

Tabla 9: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) Final Mujeres

	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 4	Mujer 5
Visoespacial/ejecutiva	5	5	3	1	0
Identificación	3	3	3	3	3
Atención	4	6	6	2	1
Lenguaje	3	3	1	2	0
Abstracción	2	2	2	2	1
Recuerdo Diferido	1	2	5	1	0
Orientación	3	6	6	3	3

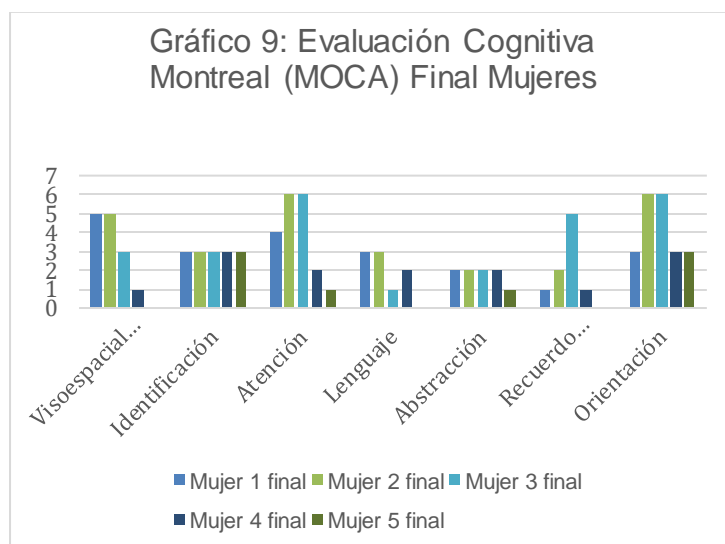
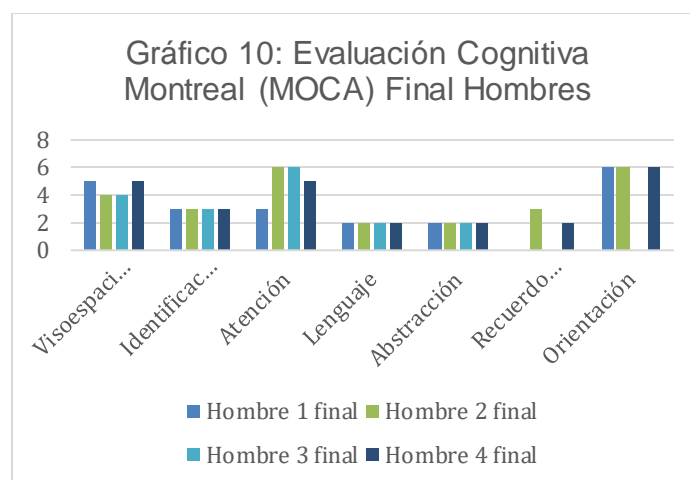


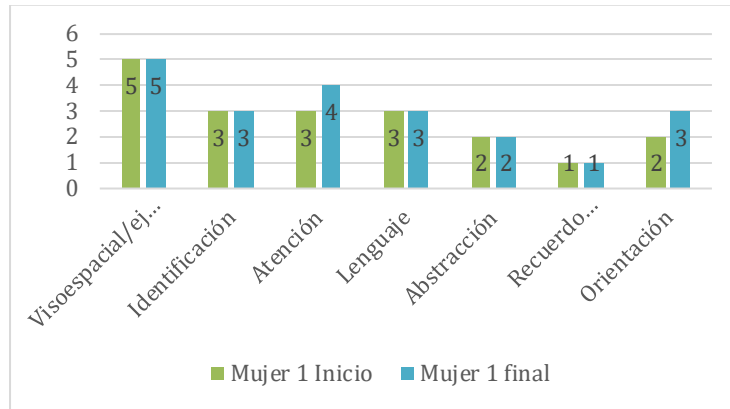
Tabla 10: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) Final Hombres

	Hombre 1	Hombre 2	Hombre 3	Hombre 4
Visoespacial/ejecutiva	5	4	4	5
Identificación	3	3	3	3
Atención	3	6	6	5
Lenguaje	2	2	2	2
Abstracción	2	2	2	2
Recuerdo Diferido	0	3	0	2
Orientación	6	6	0	6



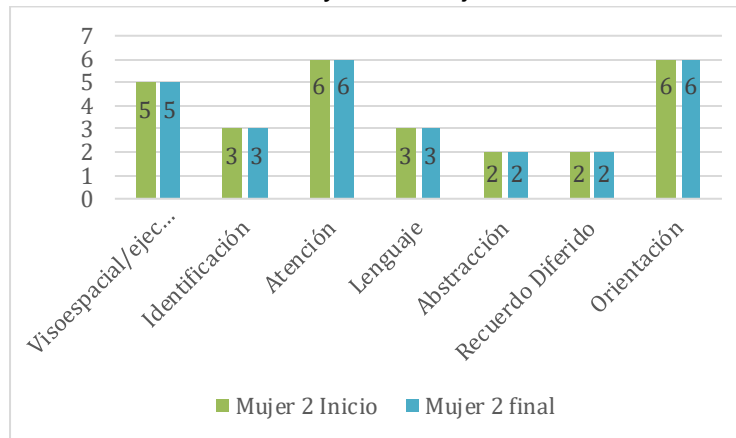
Si comparamos los resultados de las pruebas iniciales y finales de cada uno de los sujetos de estudio nos podemos dar cuenta que la mujer 1 se mantuvo en las pruebas de visoespacial/ejecutiva, identificación, lenguaje, abstracción y recuerdo diferido mientras que en las pruebas de atención y orientación hubo una mejora en el resultado de la segunda prueba (Gráfico 11).

Gráfico 11: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Mujer 1

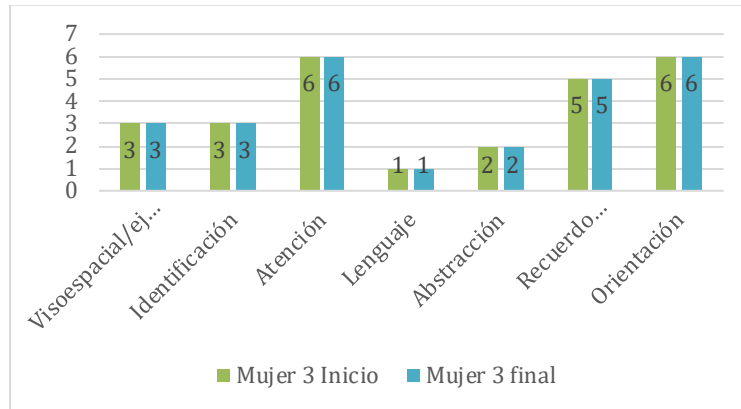


En las valoraciones realizadas en las mujeres 2 (Gráfico 12), 3 (Gráfico 13) y 5 (Gráfico 14), y en los hombres 1 (Gráfico 15), 2 (Gráfico 16) y 3 (Gráfico 17), todas las pruebas (visoespacial/ejecutiva, identificación, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación) se mantuvieron.

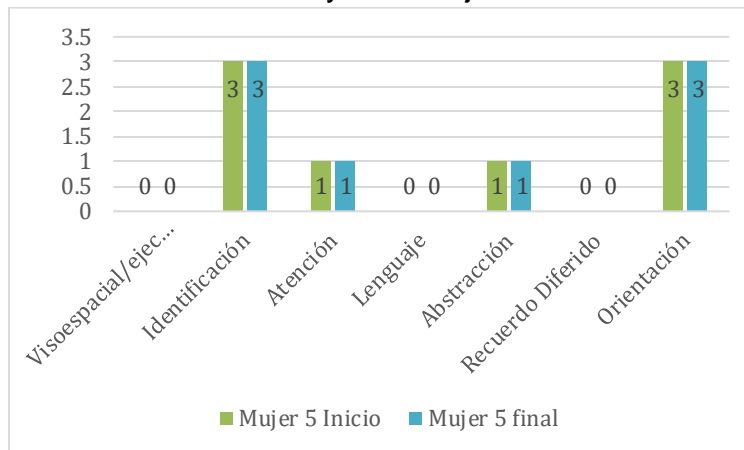
Gráfico 12: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Mujer 2



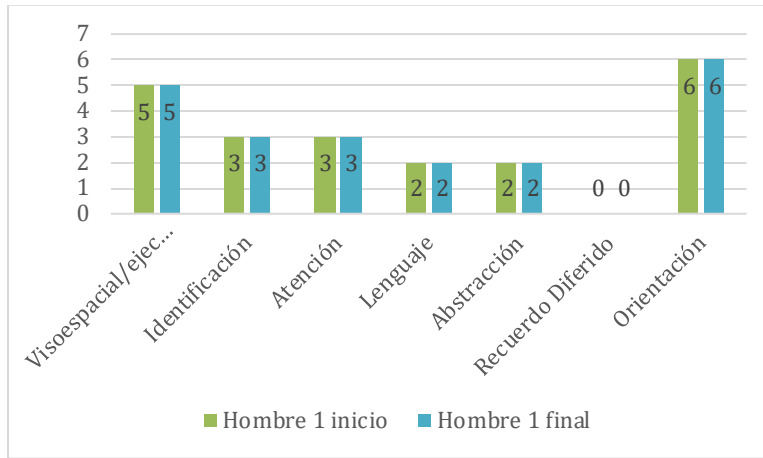
**Gráfico 13: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Mujer 3**



**Gráfico 14: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Mujer 5**



**Gráfico 15: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Hombre 1**



**Gráfico 16: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Hombre 2**

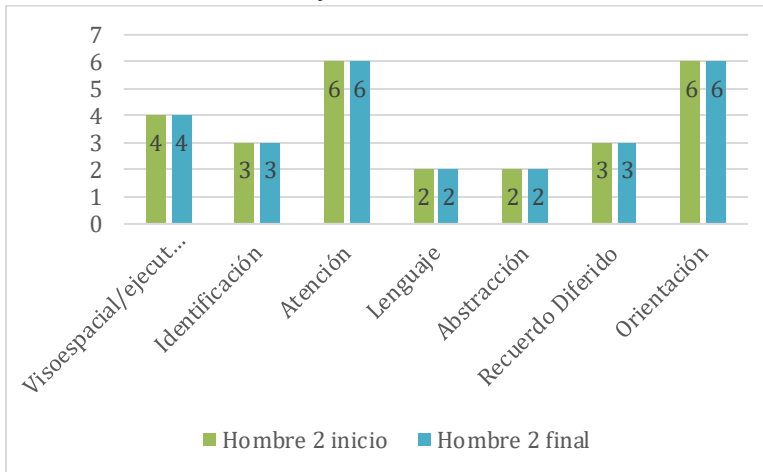
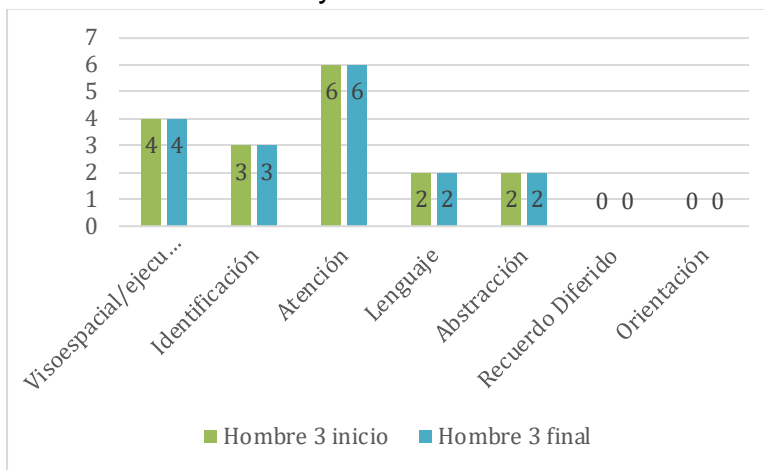
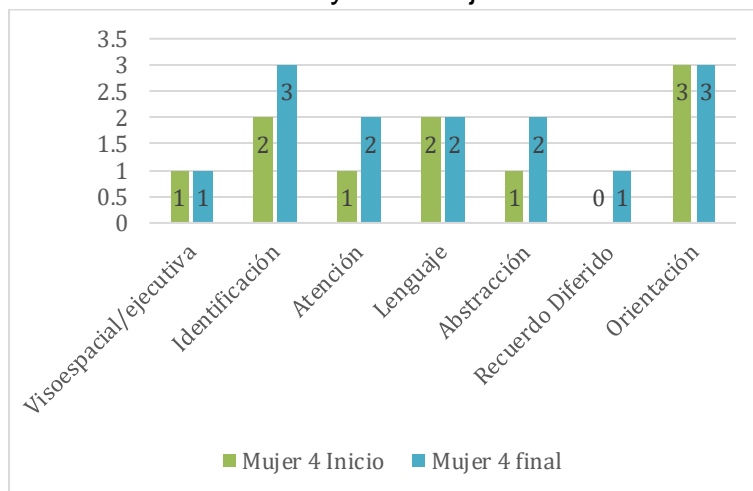


Gráfico 17: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Hombre 3



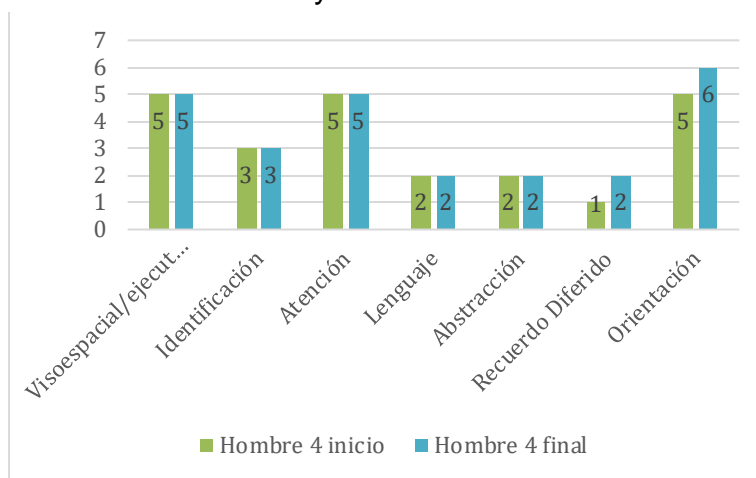
Mientras que en la mujer 4, las pruebas de visoespacial/ejecutiva, lenguaje y orientación se mantuvieron y en las pruebas identificación, atención, abstracción y recuerdo diferido se encontraron elevados los resultados en la segunda prueba en relación a la primera (Gráfico 18).

Gráfico 18: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Mujer 4



Por último las evaluaciones realizadas al hombre 4, nos arrojaron que en las pruebas de visoespacial/ejecutiva, identificación, atención, lenguaje y abstracción se mantuvo y en recuerdo diferido y orientación se tuvo un resultado favorable en la segunda prueba en comparación de la primera (Gráfico 19).

Gráfico 19: Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
Inicio y final Hombre 4



X. CONCLUSIÓN

Teniendo los resultados antes descritos, se da por concluida la aplicación de tesis **“INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES MENTALES CON EL MODELO COGNIART EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROMES DEMENCIALES EN CASA HOGAR PARA MILITARES RETIRADOS”** cumpliendo el objetivo general y los objetivos específicos satisfactoriamente y confirmando la necesidad que se tiene del área de Terapia Ocupacional en Adultos Mayores con síndromes demenciales para un buen tratamiento en el mantenimiento de habilidades mentales para la realización de Actividades de la Vida Diaria, identificando que después de la aplicación del Modelo COGNIart donde se trabajaron habilidades cognitivas, se mantuvo e incluso se superó el nivel de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria en la muestra seleccionada.

En adultos mayores con síndromes demenciales se mantuvo en un 100% la independencia en las AVD de acuerdo a las habilidades mentales mediante el modelo COGNIart en Casa Hogar para Militares Retirados superando lo propuesto al inicio de este trabajo de tesis, concluyendo y promoviendo el uso del Modelo COGNIart en adultos mayores con algún síndrome demencial para así lograr mayor independencia en sus Actividades de la Vida Diaria y mejorar incluso sus habilidades mentales con el apoyo siempre del cuidador primario realizando trabajos de memoria, secuencias, hábitos y rutinas, etc., siendo estos programados y guiados por Terapeutas Ocupacionales quienes son los expertos en estos temas y pueden crear y programar actividades de interés según las necesidades de cada sujeto, si bien en este trabajo se realizó en conjunto, también se pueden realizar programas individuales.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arnaiz BPLPDMBM. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional Alcocer A, editor. Madrid, España: Medica Panamericana, S.A.; 2001.
2. Pilar Durante Molina PPT. Terapia Ocupacional en Geriatria Principios y Practica. Tercera Edición ed. España: ELSEVIER MASSON; 2010.
3. Sánchez AIC. Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología Bases conceptuales y aplicación práctica C/Arboleda E, editor. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2010.
4. (AOTA) AAdTO. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Tercera ed. Mayor U, editor.; 2014.
5. Morelli JRRJGdS. Fisioterapia Geriátrica Práctica asistencial en el anciano. Primera ed. Interamericana de España SAU, editor. España: MCGRAW-HILL; 2005.
6. A. BVM. REHABILITACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS. Revista CES psicología. 2008 enero-junio; 1(1).
7. Alverenga AOC. Alebrijes: Atención y Concentración. Primera ed. "Chas" CJCB, editor. Costa Rica: COGNlart; 2018.
8. Aburto LC. Manual de Rehabilitación Geriátrica. Primera ed. Chile HCUd, editor. Santiago: <http://MedicoModerno.Blogspot.com>; 2011.
9. Calenti jCM. Principos de Geriatria y Gerontología. Primera ed. booksmedicos.org , editor. España: MCGRAW.HOLL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.; 2006.
10. Eduardo Penny Montenegro FMC. Geriatria y Gerontología para el médico internista. Primera ed. Eduardo Penny Montenegro FMC, editor. Bolivia: la hoguera investigacion; 2012.
11. Toscano PMD. Arteterapia. Principios y Ámbitos de Aplicación. In. Europa: Consejería de Educación y Ciencia.
12. González RO. Arte y Memoria: Estudio Cuasi-Experimental con Colectivos de Tercera Edad. 2010. Universidad de Valladolid.

13. Carrizales MdLR. Demencias, una visión Panorámica Carrizales MdLR, editor. San Luis Potosí, México: Universitaria Potosina; 2014.
14. Herranz. MS. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. 2011..
15. [Online]. [cited 2019 noviembre 28. Available from: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf.
16. [Online]. [cited 2019 noviembre 28. Available from: https://sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/09ce94e2-449b-403b-9999-8d85f1bf966b/ley_fed_prot_datos_personales.pdf.
17. [Online]. [cited 2019 noviembre 28. Available from: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
18. Zenewton A, Antonia G. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia. 2008;; p. 11.
19. Salagado A, Guilén F. Manual de Geriatria. 2nd ed. Barcelona: Masson; 1999.
20. Robert L, Joseph G, Itamar B. Geriatria clínica. 4th ed. México: Mc GrawHill; 2000.
21. Nuria RA. Manual de sociología gerontológica. Barcelona;; 2006.
22. Morales J, Rodríguez R, Encianas J, Trujillo Z, C.D'hyver. Geriatria. 1st ed. México: McGrawl-Hill Interamericana; 2005.
23. Mishara BL, Riedel RG. El proceso de envejecimiento. 3rd ed. España: Morata; 2000.
24. INEGI. Censo de población y vivienda. ; 2010.
25. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ; 2006.
26. CONAPO. Estimaciones y Proyecciones de Población 2005-2030. ; 2010.
27. Robledo G, Peña G, Lopera A, Zepeda P. Geriatria para el médico familiar México: Manual Moderno; 2012.

XIII. ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente.

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

Participar en la realización de las pruebas y actividades para la evaluación y seguimiento del programa de independencia de las actividades de la vida diaria mediante el mantenimiento de habilidades mentales con el modelo COGNlart en adultos mayores con síndromes demenciales en casa hogar para militares retirados.

Este programa es realizado por el Licenciado (a) en Terapia Ocupacional _____ de la Universidad Autónoma del Estado de México.

El propósito de esta intervención es llevar a cabo la evaluación y tratamiento de militares retirados adultos mayores con algún grado de demencia para el mantenimiento en las habilidades mentales y la independencia de las actividades de la vida diaria.

Si acepta participar en esta intervención terapéutica, se solicita que participe activamente en las actividades programadas las cuales giran en torno a las AVD.

El participar en este programa tomara en cuenta una cantidad de _____ sesiones de _____ minutos, las cuales podrán prolongarse a _____ meses de acuerdo a las habilidades, destrezas y objetivos alcanzados.

Los beneficios esperados de esta intervención terapéutica son lograr mantener las habilidades mentales a causa de algún grado de demencia para la realización independiente de las actividades de la vida diaria.

Confidencialidad.

La identidad del participante será protegida mediante la Ley de Protección de Datos. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados profesional y confidencialmente y solo serán usados para el presente programa.

Las sesiones podrán ser grabadas en vivo y estos solamente se utilizarán para medir el logro de los objetivos, sin ser publicadas en ningún medio de difusión.

Derechos.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que la participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del programa en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si usted tiene alguna duda o desea más información sobre el programa terapéutico, por favor comuníquese con _____ a través del correo electrónico _____.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de Consentimiento Informado.

He leído el contenido de este documento de Consentimiento Informado, así como los beneficios y objetivos del programa.

Nombre completo y firma del participante:

Fecha: _____ de _____ del _____.

Anexo 2

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Fecha de elaboración:			
Nombre:		Género:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	Lateralidad:	
Nacionalidad:		Religión:	Teléfono:
Domicilio:		Teléfono de emergencia:	
Persona a quien contactar en caso de emergencia:			

Antecedentes heredo-familiares

Si	No	Parentesco

Antecedentes personales no patológicos

• Alimentación:		
No. de comidas al día:	Cantidad:	Calidad:
Litros de agua al día:		
• Hábitos higiénicos:		
Baño diario:	Lavado de manos:	Cambio de ropa:
Higiene bucal:	Actividad Física:	
• Actividad física y actividades de ocio:		
• Ocupación		
Anterior:	Actual:	
Lugar de origen:	Lugar de residencia:	
• Toxicomanías:		
Alcoholismo:	Tabaquismo:	Drogadicción:
Otros:		

SEMIOLÓGIA DOLOR

ANTIGÜEDAD

LOCALIZACIÓN

IRRADIACIÓN

CIRCUNSTANCIAS

TIPO

ATENUACIÓN

TERAPÉUTICA EMPLEADA

OBJETIVO DEL PACIENTE

Anexo 3

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc. sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse caray manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
---	---------------	--

0	Dependiente	Necesita alguna ayuda
---	-------------	-----------------------

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza él apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse

0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
---	-------------	---

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o pequea ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuaci3n Total						

