

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGÍA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGO**

**TEMA:
ESTUDIO DEL ESTADO COGNITIVO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS
MAYORES DEL BARRIO SAN VICENTE DE LA PARROQUIA DE
YARUQUÍ, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO A
AGOSTO DEL 2015**

**AUTOR:
ALFREDO ANDRÉS AGUILAR ANDRADE**

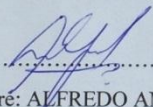
**TUTORA:
ELSYE DALILA DE LAS MERCEDES HEREDIA CALDERÓN**

Quito, mayo del 2016

Cesión de derechos de autor

Yo ALFREDO ANDRÉS AGUILAR ANDRADE, con documento de identificación N° 171441136-8, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del trabajo de titulación intitulado: ESTUDIO DEL ESTADO COGNITIVO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN VICENTE DE LA PARROQUIA DE YARUQUÍ, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO A AGOSTO DEL 2015, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de PSICÓLOGO, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

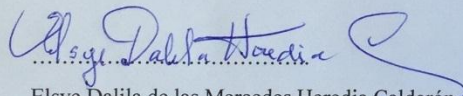
En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.


.....
Nombre: ALFREDO ANDRÉS AGUILAR ANDRADE
Cédula: 171441136-8
Fecha: Mayo del 2016

Declaratoria de coautoría del docente tutor/a

Yo, Elsy Dalila de las Mercedes Heredia Calderón declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de ESTUDIO DEL ESTADO COGNITIVO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN VICENTE DE LA PARROQUIA DE YARUQUÍ, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO A AGOSTO DEL 2015, realizado por Alfredo Andrés Aguilar Andrade, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, mayo del 2016

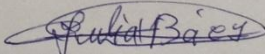

Elsy Dalila de las Mercedes Heredia Calderón
CI: 1703976033

CERTIFICADO

Quito, 21 de Diciembre del 2015

A quien corresponda:

El grupo de adultos mayores de San Vicente de Yaruquí, certifica que, el señor Alfredo Andrés Aguilar Andrade con cédula de ciudadanía 171441136-8, alumno de la Universidad Politécnica Salesiana de la carrera de Psicología, realizó la investigación "Funciones cognitivas, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento en el barrio San Vicente de la Parroquia Yaruquí en el período Junio-Agosto del 2015." Y se autoriza hacer uso de la información obtenida en la investigación, respetando los términos de confidencialidad acordados en los consentimientos informados individuales firmados por los participantes.


Sra. Julia Magnelia Báez Arias

Presidenta

CI: 170375387-9

Índice

Introducción	1
1. Planteamiento del problema.....	2
2. Justificación y relevancia.....	16
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Marco conceptual.....	18
4.1 Envejecimiento poblacional	18
4.2 El envejecimiento desde la teoría del ciclo vital o life span.....	19
4.3 Desarrollo cognitivo	21
4.4 Áreas de la cognición	26
4.5 Declives y deterioro cognitivo en el envejecimiento.	29
5. Variables	33
6. Hipótesis	36
7. Cronograma de actividades.....	37
8. Marco metodológico	38
8.1 Perspectiva metodológica:.....	38
8.2 Diseño de la investigación.....	38
8.3 Tipo de investigación	38
8.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos	39

9. Población y muestra.....	42
9.1 Población	42
9.2 Tipo de muestra	42
9.3 Criterios de la muestra.....	42
9.4 Fundamentación de la muestra	42
9.5 Muestra.....	43
10. Descripción de los datos producidos	44
11. Presentación de los resultados descriptivos	46
12. Análisis de resultados	63
13. Interpretación de los resultados	66
14. Presupuesto	73
Conclusiones	74
Referencias.....	77
Anexos	80

Índice de Tablas

Tabla 1 *Cronograma de Actividades realizadas 2015 – 2016*..... 37

Tabla 2 *Presupuesto de la investigación*..... 73

Índice de Figuras

Figura 1. Estado Cognitivo Minimental.....	47
Figura 2. Estado Cognitivo Por Edad.....	48
Figura 3. Estado Cognitivo Por Género	48
Figura 4. Estado Cognitivo Por Estado Civil.....	49
Figura 5. Estado Cognitivo Por Escolaridad.....	50
Figura 6. Orientación Temporal.....	51
Figura 7. Orientación Espacial.....	52
Figura 8. Fijación.....	53
Figura 9. Atención Y Cálculo.....	54
Figura 10. Memoria.....	55
Figura 11. Nominación.....	56
Figura 12. Repetición.....	57
Figura 13. Comprensión.....	58
Figura 14. Lectura.....	59
Figura 15. Escritura.....	60
Figura 16. Dibujo.....	61
Figura 17 Estado Cognitivo GDS.....	62

Resumen

La presente investigación da cuenta del estado cognitivo que presentan los adultos mayores del barrio San Vicente de la parroquia de Yaruquí, durante el período comprendido entre mayo y agosto 2015. Para ello se utilizó el Examen Cognoscitivo Minimalista que evalúa: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. Además se aplicó la Escala de Deterioro Global de Reisberg para corroborar los resultados. Con los datos adquiridos mediante estos test se realizó el análisis del estado cognitivo, teniendo en cuenta, también, las notas de observaciones realizadas en el proceso de investigación y los respectivos fundamentos teóricos. Como conclusión se obtuvo que los adultos mayores, en su mayoría, no presentan deterioro en el área cognitiva, y los que lo presentan, lo hacen en un grado leve, además de mostrar que no solamente existen áreas cognitivas que se han deteriorado sino otras que se han mantenido.

Palabras clave: Envejecimiento, estado cognitivo, deterioro cognitivo, adultos mayores, San Vicente

Abstract

This research realizes the cognitive status presenting older adults in the neighborhood San Vicente Parish Yaruquí, during the period between May and August 2015. This minimal Cognitive Examination that assesses used: temporal orientation, spatial orientation, attention and calculation, memory, naming, repetition, comprehension, reading, writing and drawing. In addition, the Global Deterioration Scale of Reisberg was applied to corroborate the results. With the data acquired by these test analysis was performed cognitive status, taking into account also notes observations made in the research process and their basis theorists. As a conclusion was obtained that older adults, mostly have no deterioration in cognitive area, and those who have, do it in a slight degree, and show that there are only cognitive areas that have deteriorated but others they have remained.

Keywords: Aging, cognitive status, cognitive impairment, elderly, San Vicente

Introducción

El presente trabajo titulado Estudio del estado cognitivo que presentan los adultos mayores del barrio San Vicente de la parroquia de Yaruquí, durante el período comprendido entre mayo a agosto del 2015, se enfoca en determinar cómo se encuentran los adultos mayores en relación a su cognición, ya que es un área muy importante a tomarse en cuenta cuando se habla del tema del envejecimiento.

Este estudio además representa solamente una parte de un estudio de mayor envergadura llamado *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*, llevado a cabo de igual manera con la misma población.

Este trabajo toma como base la propuesta del llamado curso de la vida o life-span, donde se sostiene que los cambios que experimentan las personas a lo largo de su vida y en todas sus áreas de desarrollo es un constante proceso de adaptación y modificaciones.

Posteriormente se realizó una tabulación de los datos producidos y su debido análisis para así poder determinar el estado cognitivo que presentan los participantes, tanto de forma individual como su resultado global.

Se obtuvo como resultado que a pesar de ser un grupo con escasa o nula escolaridad, dedicada principalmente a labores manuales, no existe un déficit cognitivo significativo, más bien se encuentran en su mayoría dentro de los parámetros normales para su edad, esto se puede explicar desde los procesos propios que han formado al desarrollarse en comunidad, crear lazos y estrategias que los mantienen activos y frenan el deterioro cognitivo.

1. Planteamiento del problema

Desde mediados del siglo XX, en el mundo se evidencian cambios significativos con respecto a la vejez, sobre este tema la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que: Desde 1980 se ha podido apreciar que el número de personas adultas mayores se ha duplicado, y desde una mirada hacia el futuro, en los próximos 35 años esta situación se agudizará, puesto que afirma que entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. (OMS, 2016, pág. 1)

En este mismo sentido, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), con base al censo del 2010 realizó una proyección para el Ecuador, al 2014, señalando que el porcentaje de la población de personas mayores de 65 años sería del 6,7%, equivalente a 1'077.587 habitantes. Como se ve, el mundo en general y el Ecuador en particular, experimenta un incremento de las personas mayores de 60 años que va en aumento y en consecuencia, se genera la necesidad de enfocar la atención en este grupo poblacional.

En el 2002, la OMS realiza la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con el objetivo de definir políticas para poder hacer frente al reto que representa el tema del envejecimiento poblacional en el siglo XXI, priorizando tres ámbitos: las personas de edad y el desarrollo, la creación de un entorno favorable para los adultos mayores y fomentar la salud y el bienestar en la vejez (ONU, 2003, pág. 13). En esta Asamblea se da énfasis a reconocer las características comunes del envejecimiento y los problemas a los que se enfrentan, presentando recomendaciones para atender esta problemática. De este modo, se destaca los derechos de las personas mayores, la

formación de programas que atiendan a sus necesidades y sistemas preventivos para generar una vejez más saludable. Se define allí, como política fundamental el envejecimiento activo, el mismo que la OMS define como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida” (OMS, 2001, pág. 2). De este modo se busca una mejora en la calidad de vida de las personas durante toda la vida.

En estas circunstancias, adquiere relevancia comprender el desarrollo humano y el envejecimiento. Por su parte, el envejecimiento humano, entendido como proceso a lo largo de toda la vida, supone entender el paradigma del curso de la vida, para explicar el desarrollo de los seres humanos Lalibe d Epinay Christian (2011) señala que el enfoque del curso de la vida designa:

“El estudio interdisciplinario del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana), mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre (a) los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos; (b) el curso de vida como institución social, desde el doble punto de vista: el de las regulaciones sociales y culturales de la cual es objeto y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y el de sus perspectivas biográficas; (c) el contexto socio-histórico y los cambios que este experimenta” (Lalibe d Epinay, 2011, pág. 20).

A partir de este concepto, se entiende que el desarrollo es un proceso continuo, influido por factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos. Y todos ellos están mediados por diversos contextos socio-históricos, los mismos que en conjunto determinan trayectorias vitales que van produciendo desarrollos particulares, a lo largo de toda la vida.

El enfoque del curso vital o life span, pone en juego nuevas concepciones; como lo señala Pinazo, “la defensa de una visión compleja del desarrollo; el acento en la cultura y la historia como factores que determinan trayectorias evolutivas y, por último, el énfasis en la adaptación como aspecto clave del desarrollo a lo largo de la vida” (Pinazo, 2005, pág. 151).

Al hablar de la visión compleja del desarrollo, se refiere a que durante el proceso de vida del individuo intervienen múltiples factores que tienen una influencia mutua. Por otra parte, ese transcurrir tiene procesos de pérdida y ganancia en todas sus etapas, incluyendo la de la vejez, pero sin dejar de lado que en esta última etapa se dan claros déficits de ciertos factores, pero también de ganancia o de mantenimiento, como en todos los anteriores.

Al referirse a la importancia que tiene la historia y la cultura en la trayectoria evolutiva del sujeto, donde no se deja de lado las influencias biológicas, pero éstas irán ligadas al entorno sociocultural en el que se desenvuelve la persona, el cual restringe o potencia al sujeto, dictándole, por ejemplo, lo que la cultura espera de éste, el camino que debería seguir, facilitando o dificultando así su curso evolutivo.

Al tratar el tema de la adaptación como clave para el desarrollo, se entienden que ésta es primordial para el sujeto, pues es el protagonista y gestor de sus circunstancias (hasta donde las circunstancias biológicas, culturales, históricas lo permiten), siendo por lo tanto un ente activo, pudiendo generar y responder a los cambios. Así, el desarrollo de un individuo aparece como un proceso particular, complejo y dinámico. Como se ha expresado, el continuo desarrollo de una persona se ve influenciado desde múltiples aspectos que van a generar en el individuo un proceso continuo de ganancias, y pérdidas en cada una de sus etapas.

A partir de estas definiciones, se va superando la concepción del envejecimiento solo como proceso deficitario y se entiende que el envejecer es un proceso que se inicia desde el mismo momento del nacimiento y que su ocurrencia se da a lo largo de toda la vida, incorporándose en ese proceso factores biopsicosociales así como coyunturales históricos comunes a las diferentes cohortes, así como circunstancias particulares propias de cada individuo. En este sentido, el desarrollo psicológico que experimenta cada sujeto es influido por múltiples factores y adquiere características particulares marcadas por las trayectorias por las que pasa cada sujeto a lo largo del ciclo vital.

Dentro del ámbito de desarrollo psicológico, el proceso cognitivo aparece como una construcción constante y dinámica que se va adquiriendo en interrelación con los entornos y que permite a cada sujeto ir alcanzando estructuras que le permiten desenvolverse en el mundo, tener una perspectiva de sí mismo y del entorno y dirigir su vida frente a sus circunstancias.

En este sentido, se define la cognición como: “la adquisición sucesiva de estructuras lógicas cada vez más complejas, que subyacen a las distintas tareas y situaciones que el sujeto es capaz de ir resolviendo a medida que avanza su desarrollo.” (Arbeláez, 2000, pág. 1). Es decir la cognición aparece como una estructura que se va gestando a lo largo de la vida del sujeto y en relación directa con los contextos sociales y culturales por donde transita. En este mismo sentido se define a la estructura cognitiva como “la forma o patrón que toma la cognición de los individuos en cada uno de los estadios piagetanos”. (como se cita en Rosas & Sebastián, 2003, pág. 12).

Urbano y Yuni (2005), describen el desarrollo cognitivo a lo largo del curso vital, tomando las propuestas de Piaget e investigaciones posteriores, a través de las siguientes fases:

- Etapa sensorio-motriz de 0 a 18/24 meses
- Etapa pre-operacional de 2 a 7 años
- Etapa de las operaciones concretas de 8 a 12 años
- Etapa de las operaciones formales de 12 años en adelante
- Pensamiento post- formal (no incluido por Piaget)

En la etapa sensoria- motriz, el niño parte de contar con reflejos innatos que le sirven para adaptarse y satisfacer sus necesidades básicas. Así, el niño se relaciona con el medio y en ese intercambio va también estructurando su cognición.

En la etapa pre- operacional el niño ha adquirido representaciones mentales y es capaz de emplear símbolos para entender y representar su entorno.

En la tercera etapa, de las operaciones concretas, el niño ya puede utilizar la lógica para reflexionar sobre los acontecimientos que le rodean, sacando así sus propias conclusiones.

En la etapa de las operaciones formales, a partir de los 12 años, aparece ya el uso de la lógica formal, donde el pensamiento es más complejo y abstracto. (Yuni & Urbano, 2005, págs. 119-139).

Según Piaget “el desarrollo intelectual y cognitivo alcanzaría su máximo despliegue en el periodo de la adolescencia a partir del pensamiento formal o abstracto. Este es el tipo de pensamiento característico de la vida adulta” (Yuni &

Urbano, 2005, pág. 141). Es decir el pensamiento formal posibilitaría la resolución de problemas bajo la perspectiva de una única solución.

Investigaciones posteriores a Piaget, señalan el desarrollo de una nueva forma de pensamiento adulto, conocido como posformal. Éste se caracteriza por un pensamiento complejo, multidimensional y multidireccional, que incluye diversas perspectivas, interrelaciones, contradicciones y apertura a las visiones de los demás; considera la relatividad de las conclusiones y las diversas posibilidades que se puede tener a partir de las mismas. Este tipo de pensamiento está directamente vinculado con el contexto socio-cultural propio de cada individuo.

El modelo de Piaget ha realizado variados intentos para sistematizar la naturaleza del pensamiento en el proceso de envejecimiento normal y de entre ellos se destacan dos: El pensamiento divergente y las operaciones dialécticas.

El pensamiento divergente se caracteriza por el planteamiento de nuevos problemas y por el descubrimiento de nuevos procedimientos heurísticos (Arlin, 1975). Riegel (1973) interpreta la teoría de Piaget desde la perspectiva dialéctica y así, las operaciones dialécticas resultan ser el pensamiento maduro hacia el cual progresa el individuo desde cualquiera de los estadios de Piaget o sea que no es necesario el paso por una secuencia ordenada de los estadios. Este hecho está indicando que una persona puede ejecutar en un área un nivel de pensamiento y en otra área otro nivel de pensamiento.

El pensamiento post formal encuentra los problemas y descubre nuevas cuestiones a las que hay que responder, es un pensamiento relativo.

Parecería que en los ancianos existe un cambio cualitativo en el pensamiento que lo hace diferente a los estadios anteriores. (como se cita en Cornachione, 2008, pág. 113).

Como se puede ver el desarrollo cognitivo es un proceso que acompaña a cada sujeto a lo largo de la vida y permite a los individuos percibir el mundo y a si mismos, reflexionar sobre ellos y responder. De este modo, entre otros, le permite solucionar los problemas que se le presentan y adaptarse frente a los diferentes contextos y la satisfacción de sus propias necesidades. El desarrollo cognitivo está directamente vinculado a las condiciones y circunstancias vitales así como a las demandas del medio, las mismas que tienen un carácter social e histórico.

Los procesos cognitivos se refieren a las funciones mentales, de entre las que se destacan: la atención, la memoria, la inteligencia, el pensamiento y el lenguaje.

La atención es una función que permite, focalizar, identificar y detener estímulos relevantes en la conciencia del individuo (Hernández, 2006, pág. 39).

La función de la memoria permite identificar, retener y evocar información. Posibilita, entre otros, el recuerdo, la ubicación del pasado y el presente, la diferenciación de lo real y lo imaginario; la consciencia de si y de los otros. Esta función está estrechamente vinculada a la atención y la consciencia. (Hernández, 2006, pág. 44).

Pinazo, por su parte, al referirse a la memoria la señala como: “sistema que permite al organismo que lo posee obtener y representar información del entorno,

mantenerla durante períodos variables de tiempo y recuperarla y usarla de manera adecuada en el momento oportuno” (Pinazo, 2005, pág. 188). Es decir la memoria aparece como una función compleja, como un sistema de captación y uso de la información, directamente relacionado con la capacidad de funcionar desde la psique, con datos que permitan tomar decisiones y adaptarse a diversas circunstancias.

Se distingue, a su vez, diferentes tipos de memoria: la memoria de trabajo u operativa, la cual es un “sistema de capacidad limitada que permite procesar y mantener temporalmente la información que necesitamos en cada momento” (Pinazo, 2005, pág. 189). Este tipo de memoria por lo tanto no se encarga solamente del almacenamiento de información sino también del procesamiento de ésta, estando así relacionada con lo que se conoce como atención. Esta es la capacidad que tiene el individuo de enfocarse en una tarea, como se dijo anteriormente.

Finalmente está la memoria a largo plazo, la cual es un “almacén de capacidad y persistencia virtualmente ilimitada” (Pinazo, 2005, pág. 190). Aquí se encuentra el conocimiento de nuestro pasado y nuestro mundo, dividiéndose en dos, la memoria declarativa y la memoria no declarativa. La primera se entienda como la memoria en la que sus contenidos se pueden expresar en términos lingüísticos. El segundo caso es la memoria cuyos contenidos son más bien alejados de lo lingüístico, como por ejemplo habilidades motoras.

Dentro de la memoria declarativa, la memoria semántica se relaciona con “nuestros conocimientos generales sobre las cosas que nos rodean y sobre el lenguaje. Se trata de un conocimiento que compartimos con los demás y ello es lo que nos permite comunicarnos y sentir que formamos parte de una misma realidad”

(Pinazo, 2005, pág. 203) y a la memoria episódica, que se refiere a recuerdos de personas, objetos, lugares de los que se ha tenido experiencias o momentos a lo largo de la vida.

La inteligencia, aparece como una función mental compleja, que involucra la abstracción y simbolización, es decir, a través de la abstracción se captan aspectos esenciales de un objeto o situación. “La inteligencia es una capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia.” (González, 2011, pág. 3). La inteligencia entonces aparece como una función altamente compleja. Dentro de la inteligencia se distinguen: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada.

La inteligencia fluida está relacionada con el procesamiento de las relaciones percibidas, extracción de correlatos, mantenimiento de amplitud de consciencia inmediata en el razonamiento, abstracción en la formación de conceptos y resolución de problemas. Este tipo de inteligencia aumenta al inicio del ciclo vital y al final disminuye.

Cornachione (2008) al hablar de la inteligencia fluida, dice lo siguiente:

“La inteligencia fluida se puede medir con pruebas que incluyen velocidad o sin ella pero que incluyen contenido figural, con pruebas con contenido simbólico o semántico. El poder extraer una regla que rige una serie de números es una forma de medirla y también con tareas que no dependen de la educación ni de la aculturación” (Cornachione, 2008, pág. 109).

La inteligencia cristalizada se relaciona con el conocimiento y habilidades adquiridas en el transcurrir vital. Ésta por tanto va aumentando a lo largo de la vida, con la experiencia. Sobre este tipo de inteligencia tenemos que:

la inteligencia cristalizada se puede medir a través de la resolución de un problema aritmético o de la definición de palabras y también se la puede reconocer en la amplitud del conocimiento, en la experiencia, en el pensamiento cuantitativo, en el juicio y en la sabiduría. (Cornachione, 2008, pág. 109).

Por tanto, la consideración de la función de la inteligencia en las personas mayores va a estar vinculada a los tipos de inteligencia.

Hernández (2006) al referirse al pensamiento, expresa que:

Es la función más compleja y elaborada de psiquismo. Nos permite crear y comunicar ideas...El pensamiento es una función dependiente de la función de conciencia que nos permite acceder a los procesos cognitivos superiores de simbolizar y conceptualizar, saber y comprender (pág. 76).

El pensamiento por lo tanto al ser un proceso cognitivo que cada vez se va especializando más, pasa por distintas etapas de desarrollo, las mismas que describe Piaget.

El lenguaje es una herramienta básica de comunicación humana. “Este es un conocimiento que compartimos con los demás y nos permite comunicarnos y sentir que formamos parte de una misma realidad”. (Pinazo, 2005, pág. 203). El lenguaje da paso por lo tanto a la comunicación entre las personas mediante la palabra.

Desde la perspectiva de se puede apreciar que “El lenguaje es un código socializado, vehículo de la comunicación, y expresión del pensamiento y las emociones” (Hernández, 2006, pág. 57). El lenguaje se da después de haber adquirido el pensamiento abstracto.

En esta perspectiva, en relación a la cognición, durante el transcurrir vital el sujeto va experimentando un proceso de cambios que involucra adquisiciones y deterioros.

Se ha demostrado que muchas de las capacidades cognitivas de las personas mayores no siempre son de deterioro e irreversibles, sino que éstas son evitables, dando así que algunas pueden mantenerse e incluso llegar a desarrollarse aún más.

Urbano y Yuni hablan de que se han hecho diversas investigaciones como las realizadas por Horn, J. y Donaldson, G. 1977; Baltes, B. y Shaie, K. 1974; Schaie, K. 1974 que sostienen que con el pasar de los años la capacidad verbal va a continuar desarrollándose, si bien disminuye la velocidad de respuesta pero se compensa por este aumento de las capacidades verbales, teniendo así que en la adultez mayor se conservan las capacidades de aprendizaje. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 142).

El desarrollo de la cognición puede presentar fortalezas y déficits. Al hablar de déficit cognitivo normal en los adultos mayores se puede ver por ejemplo que lo biológico tiene déficits y por lo tanto decaen las habilidades viso-espaciales como la resolución de rompecabezas o la copia de figuras. Al respecto Yuni & Urbano, señalan: “con la edad se manifiestan ciertas alteraciones en los tres niveles de memoria (memoria sensitiva, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo) las causas son diversas y varían de sujeto a sujeto” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 117).

La memoria sensorial se ve comprometida ya que al deteriorarse los sentidos, orgánicamente la información no se percibe de igual manera que en etapas anteriores del desarrollo del sujeto.

La memoria a corto plazo no suele mostrarse diferente a la de los jóvenes a menos que ésta demande tareas más abarcativas ya que requieren de más atención y además en las personas mayores la recuperación de la información es más lenta.

La memoria a largo plazo, por su parte, parecería que no muestra modificaciones conforme se envejece, aunque se observa procesos de lentificación y se cumple la Ley de Ribot de que los acontecimientos más recientes son los primeros en olvidarse mientras que los más antiguos están más presentes en los adultos mayores.

Desde la psicopatología, el deterioro vinculado a las funciones cognitivas, según el manual diagnóstico DSM-V o el CIE10, está representado principalmente por la demencia. Ésta se define como:

Síndrome adquirido, producido por una patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores provocando una incapacidad funcional en el ámbito social y/o laboral. Esta alteración de funciones se refleja al menos en tres áreas de la actividad mental de las siguientes: memoria, lenguaje, función espacial, personalidad, abstracción y razonamiento matemático. (Berriel & Pérez, 2007, pág. 29).

Es decir que en el caso de una patología cognitiva se van a evidenciar síntomas que, si bien tienen un origen orgánico, van a manifestarse en el

funcionamiento cerebral en funciones como la memoria, el lenguaje, la función espacial, la personalidad, la abstracción y el razonamiento matemático.

De acuerdo a lo expuesto, el envejecimiento es un proceso continuo en el que se muestran tanto pérdidas como ganancias a nivel cognitivo. Estas se relacionan con factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que están presentes en el transcurrir vital de los individuos. Por tanto, se hace necesario conocer cuáles son las condiciones de desarrollo cognitivo que las personas presentan y que no son iguales, dado que van a depender de esas trayectorias personales.

Por otra parte, en la Parroquia Yaruquí diversas instituciones como el Hospital y el GAD (Gobierno Autónomo Descentralizado), han manifestado interés por desarrollar intervenciones vinculadas a la estimulación cognitiva y en concreto, en el barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí, existe un grupo de personas adultas mayores que se reúnen regularmente y han expresado preocupación por la presencia de fallas mnémicas y otros déficits que quisieran sean observados e intervenidos.

Por su parte la Carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana se encuentra desarrollando la investigación: Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento, con grupos de adultos mayores de la ciudad de Quito, con el propósito de conocer sobre los procesos de envejecimiento, desde los contextos particulares donde se han desarrollado estos grupos, de modo que estos datos puedan orientar futuras intervenciones para esta población.

Considerando el envejecimiento como un proceso a lo largo de toda la vida, donde intervienen factores biopsicosociales y condiciones históricas y culturales en la que la dimensión cognitiva tiene especial relevancia en el desempeño y calidad

de vida de las personas y que la cognición puede presentar tanto déficits como deterioro susceptibles de ser intervenidas, así como fortalezas; considerando además la preocupación de diversas instancias de la comunidad y particularmente del grupo de adultos mayores del barrio San Vicente respecto a la atención de este grupo etario y teniendo en cuenta la investigación que está desarrollando la Carrera de Psicología en grupos de adultos mayores, tomando un aspecto de ésta, se plantea el siguiente interrogante

¿Cuál es el estado cognitivo que presentan los adultos mayores del Barrio San Vicente de Yaruquí, durante el período comprendido entre mayo a agosto del 2015?

2. Justificación y relevancia

La importancia de esta investigación, se debe a que el estado cognitivo de las personas adultas mayores pueden sufrir un declive significativo, que puede ser retrasado o compensado, mediante estimulación y calidad de vida apropiada. Esto se ha visto como un problema por parte del Hospital de Yaruquí, el cual ha manifestado su preocupación, además de que los mismos adultos mayores se ven interesados en formar parte de este estudio pues se preocupan de su estado cognitivo. Por tanto conocer cuál es el estado cognitivo contribuirá a posibilitar futuros programas que atiendan a las necesidades específicas de esta población.

Por otra parte la información que se obtenga puede dar luces para generar estrategias para estimular el desarrollo cognitivo en las generaciones venideras ya que el envejecimiento es un proceso de toda la vida.

La detección de indicios de procesos demenciales puede contribuir a encaminar otro tipo de tratamiento o cuidados para quienes se encuentren en este caso.

Los datos obtenidos permitirán cambiar la mirada que se tiene de la vejez, no sólo de las personas externas a ésta, sino también la propia mirada de las personas que ya se encuentran en esta etapa de modo que puedan trabajar en sus propios procesos cognitivos

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el estado cognitivo que presentan los adultos mayores del Barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí durante el período comprendido entre mayo a agosto del 2015.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el estado cognitivo que muestra la población investigada considerando las áreas de: orientación, memoria, atención, lenguaje y habilidad viso-espacial.
- Detectar en cuál o cuáles de estas áreas existe deterioro.
- Evidenciar indicios sobre la existencia o ausencia de deterioro cognoscitivo.

4. Marco conceptual

4.1 Envejecimiento poblacional

Desde mediados del siglo pasado el mundo experimenta un aumento progresivo de la población de personas adultas mayores lo cual ha traído como consecuencia que se observe en todos los países y a diferentes ritmos, en la distribución por edades, un porcentaje incrementado de este grupo etario.

Respecto al envejecimiento poblacional, la OMS señala que: “El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.” (OMS, 2016, pág. 1).

La población de personas mayores está incrementándose gradualmente y su esperanza de vida también es mayor. El hecho de que las personas mayores vivan más años implica nuevas condiciones a enfrentar tanto para los propios adultos mayores como para la sociedad en general. Uno de estos cambios refiere la Organización Mundial de la Salud, indicando que: “el 80% de las personas de edad vivirán en países de ingresos bajos y medianos”, (OMS, 2012, párr 6). Por lo tanto ellos precisarán de recursos para hacer frente a las necesidades que surgen con el aumento de los años vinculadas a problemas de salud y cuidados.

La OMS, en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid en el año 2002, buscando enfrentar el fenómeno del envejecimiento poblacional plantea

políticas encuadradas en el denominado envejecimiento activo. Éste según la OMS, es definido como:

Proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo (OMS, 2012, párr 1).

Es decir, se trata de trabajar en los diferentes ámbitos que implican el desarrollo a lo largo de la vida.

Es por ello que el indagar sobre la realidad de este grupo humano y en particular sobre su condición cognitiva adquiere importancia, pues se están presentando nuevos retos a ser tratados, entre estos el mantener las capacidades cognitivas, crear estrategias para evitar su deterioro, determinar cómo inciden ciertos factores para que se dé un déficit cognitivo o cuáles estimulan el desarrollo de la cognición.

4.2 El envejecimiento desde la teoría del ciclo vital o life span

Al envejecimiento se lo ha tratado de entender desde distintos enfoques, para el presente trabajo se tomará como punto eje la teoría del ciclo vital, pero antes de esto hay que delimitar qué se entiende por envejecimiento.

Según Castañedo, al hablar del envejecimiento, lo define como “el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (como se cita en Rodríguez, 2011, pág. 15).

Por otra parte, Rocío Fernández Ballesteros señala que: “La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital” (Fernández Ballesteros, 1996, pág. 1). Se tiene así que la vejez sería la última etapa del ciclo vital y el envejecimiento, se va dando a través del transcurrir vital.

Tanto el envejecimiento como la vejez van a estar influenciados por varios factores como son el biológico, psicológico, social, geográfico, histórico, económico, entre otros; el primero por qué al ser éste el transcurrir del sujeto, se va a ver entrelazado con estos, y la vejez al ser una etapa más en este desarrollo se ve influenciada por todas las etapas anteriores que vivió el individuo y que a su vez fueron marcadas por estos factores.

Teniendo esto en cuenta, la teoría del ciclo vital explica el envejecimiento como un proceso complejo que se da a lo largo de toda la vida, que está caracterizado por influencias biológicas, psicológicas y socioculturales, multidireccionales y complejas. En este sentido, destaca:

la defensa de una visión compleja del desarrollo; el acento en la cultura y la historia como factores que determinan trayectorias evolutivas y, por último, el énfasis en la adaptación como aspecto clave del desarrollo a lo largo de la vida (Pinazo, 2005, pág. 151).

Es decir que esos múltiples factores van a determinar la carrera evolutiva del sujeto, y además el hecho de que cada individuo al desenvolverse entre todos estos factores se convierte en un ser único. En este proceso, cada período del desarrollo es importante. Además el sujeto es un ente activo que va construyéndose a través de estos factores y al mismo tiempo interviene activamente para adaptarse ante las

diversas situaciones en un proceso que se caracteriza por la presencia de pérdidas y ganancias. Estas consideraciones se aplican en todo el curso vital, incluida la vejez.

El desarrollo de la persona se va a ir dando para alcanzar cada vez una mayor capacidad para adaptarse teniendo un nivel de funcionamiento más elevado; para poder alcanzar esto se deben sumar además dos aspectos que son el mantenimiento y la regulación de la pérdida. En el primer caso el funcionamiento actual se sostiene de forma estable cuando se presenta alguna pérdida; y en el segundo caso el sujeto debe reorganizar su funcionamiento en niveles inferiores pues no posee la capacidad de mantener la estabilidad pues se ha generado una pérdida de recursos.

Es de gran importancia la cultura, la historia, el entorno; ya que aunque son importantes los factores internos como el biológico y psicológico, estos influyen y a su vez son influenciados por múltiples factores externos que van a hacer que el individuo busque uno u otro camino en su desarrollo, configurándolo de cierta manera que marca su carrera evolutiva.

Se tiene así que al analizar a esta población se va a poder entender cómo se ha dado su desarrollo evolutivo, como su entorno, sus vivencias, el marco geográfico en el que se desarrollan han influido en este caso en su cognición, en qué áreas ha estimulado y en qué otras se encuentran falencias al no ser de importancia para estas personas.

4.3 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo, entendido éste como la capacidad de conocer, aparece como el resultado de un proceso paulatino de aprehensión de la realidad que tiene por base la presencia de una estructura cerebral. En este sentido Urbano y Yuni (2005) señalan que “En el curso vital, el desarrollo cognitivo se explica por las

transformaciones que experimentan los procesos de equilibrio en la interacción del individuo y el medio, ya sea por cambios producidos en el sujeto, en el entorno, o por las interacciones entre ambos” (pág. 117). Es así que, el sujeto que va envejeciendo va construyendo continuamente una estructura cognitiva marcada por los contextos en los que se desenvuelve.

Este punto es relevante ya que dentro del área de la salud mental de los adultos mayores la cognición es uno de los principales problemas que se presenta al llegar a la vejez. Se comienzan a generar cambios y déficits muy propios de la edad pero que normalmente suelen causar ciertos problemas para los adultos mayores además del rechazo que genera en las demás personas pues se han creado también ciertos estereotipos de los que es difícil salir con respecto a la figura de los adultos mayores.

El sujeto en su proceso de aprehensión y captación del mundo realiza una actividad de conocimiento. Ésta supone el soporte biológico de una estructura cerebral superior que funciona como el decodificador de todos los estímulos provenientes del exterior y los transforma en impulsos nerviosos, los cuales se constituyen en la energía que pone en movimiento a la estructura cognitiva y desencadena todos los procesos de cognición. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 111).

Se tiene así que esta estructura va a ser la que va a realizar el intercambio de información del sujeto hacia el medio y viceversa, siendo el propio sujeto el que va a ir generando o diseñando su propia arquitectura cerebral, dependiendo de cómo se adapte al medio, por lo que gracias a esta plasticidad, “el cerebro de una persona... es una estructura biológica que tiene cualidades únicas, dadas por la impronta en su

estructura de una experiencia cultural y subjetiva irrepetible y temporalmente irreversible”. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 111).

A partir de los conceptos señalados (Gómez, Brainerd, Yuni & Urbano) operativamente, para fines de la presente investigación, se define a la cognición de la siguiente manera:

Adquisición sucesiva de estructuras lógicas, cada vez más complejas que desarrolla una persona a lo largo de la vida, las mismas que se expresan en las funciones mentales, tales como memoria, atención, orientación, inteligencia, lenguaje, entre otras, las mismas que subyacen a las distintas tareas y situaciones que el sujeto es capaz de ir resolviendo, a medida que avanza su desarrollo.

Dentro de la cognición se encuentran los procesos cognitivos, los cuales se entienden como:

Los procesos cognitivos suponen el soporte biológico de una estructura cerebral superior que funciona como el decodificador de todos los estímulos provenientes del exterior y los transforma en impulsos nerviosos, los cuales se constituyen en la energía que pone en movimiento a la estructura cognitiva y desencadena todos los procesos de cognición. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 111).

Como ya se ha dicho, todo el desarrollo evolutivo del individuo es influenciado por múltiples factores y el desarrollo cognitivo no podía darse de diferente manera por lo que la cognición va a ir generándose o esculpiéndose por todos estos factores y obviamente la propia capacidad del sujeto para poder adaptarse a estos.

“Pasamos por períodos de neuro-desarrollo que están tanto genética y socialmente determinados, como sometidos a inasibles procesos azarosos. Y es sólo basándose en esto es que nuestros cerebros adquieren las potencialidades que los caracterizan” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 112). Con esto se entiende que existen momentos del desarrollo donde se potencian ciertas capacidades en el sujeto de una manera más rápida y fluida que si se dan en un estadio tardío o temprano, esto no quiere decir que si por algún motivo no se logró cumplir con las metas establecidas para el desarrollo cognitivo va a ser algo imposible de retomar ya que gracias a la plasticidad cerebral es posible adquirir estos conocimientos, pero puede que de una forma más lenta, cómo suele pasar en la vejez al tratar de aprender cosas nuevas. Se entiende como plasticidad cerebral a “la capacidad de una neurona para adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones” (Pinazo, 2005, pág. 210), es decir, la capacidad que tienen las neuronas para crear nuevas conexiones para conservar sus capacidades o generar unas nuevas.

El conocimiento por lo tanto proviene de esta interacción del sujeto sobre su medio, es decir sobre esta multiplicidad de factores que actúan sobre él también. Según Piaget, “el desarrollo de la estructura intelectual supone una construcción progresiva que se produce entre el sujeto y su medio.” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 113). Al irse dando dicha construcción de forma progresiva, se pueden establecer períodos o estadios que suponen un orden constante, siendo cada uno de estos necesario para poder avanzar a un estadio de desarrollo mayor.

En el primer estadio, se encuentra la inteligencia senso-motor (0 a 18/24 meses), donde el niño resuelve situaciones concretas ya que “no ha adquirido la noción de los límites de su cuerpo; razón por lo cual no puede establecer la diferencia entre lo propio y lo ajeno”. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 119).

El segundo estadio es el del pensamiento pre-conceptual y simbólico (2 a 4 años), donde el niño va a pasar por tres eventos que van a influir en su desarrollo cognitivo, ampliándolo, estos son el destete, la marcha y la adquisición del lenguaje, éstos “se influyen mutuamente porque permiten al niño realizar un proceso de individuación y diferenciación de los vínculos simbióticos con la madre que le permite explorar el mundo y a sí mismo desde una perspectiva nueva: la representación”. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 122).

El tercer estadio es el del pensamiento intuitivo (4 a 7 años) donde el niño comienza a interrogarse sobre los “por qué” de las cosas. Este pensamiento “supone un progreso sobre el pensamiento preconceptual, pues este último acciona sobre figuras simples, en tanto que la intuición alcanza la configuración de conjunto, pero siempre ligada a la perfección”. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 127).

El siguiente estadio es el del pensamiento concreto (8 a 11 años) donde el niño tiene que aprender modalidades de socialización, es decir que el niño “orienta su actividad intelectual y su energía a la adquisición de los conocimientos necesarios para desenvolverse en los diversos intercambios con los otros”. (Yuni & Urbano, 2005, pág. 131).

El estadio que sigue es el del pensamiento formal (11 – 12 años) en éste los adolescentes comienzan a incrementar sus habilidades para entender el mundo, este pensamiento “se desprende de lo concreto y toma en cuenta lo posible, generando enunciados o hipótesis que den cuenta de realidades referentes a un espacio y tiempo que excedan el aquí y el ahora” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 134), siendo este tipo de pensamiento el que caracteriza a la vida adulta.

Según Piaget “el desarrollo intelectual y cognitivo alcanzaría su máximo despliegue en el periodo de la adolescencia a partir del pensamiento formal o abstracto, el cual caracterizaría el tipo de pensamiento de la vida adulta” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 141). Existen investigaciones que abordan a la inteligencia más allá de los estadios propuestos por Piaget, interesándose en la inteligencia, en la adultez y vejez en donde esta nueva forma de pensamiento “le permite a la persona mayor utilizar formas básicas de pensamiento y combinarlas con otras más abstractas o viceversa” (Yuni & Urbano, 2005, pág. 141), a este tipo de pensamiento se lo conoce como pensamiento post-formal; por lo que es en estas etapas en las que se centrará este estudio.

Además se tiene que en el desarrollo cognitivo durante la vejez y con el pasar de los años la capacidad verbal va en aumento, ya que la persona conserva su capacidad de aprendizaje aunque disminuye en la velocidad de captar y reproducir la información, esta lentificación puede darse por la cantidad de datos almacenados que posee el sujeto y debe discriminar.

4.4 Áreas de la cognición

Las áreas de la cognición son múltiples, sin embargo, en el presente trabajo se abordan como principales a la atención, memoria, lenguaje y la habilidad visoespacial.

Hay que tener en cuenta que la memoria no es una estructura sino más bien la suma de diversos sistemas de memoria. Dentro de esta memoria que podríamos llamar global se encuentra la memoria sensorial que es la que “registra la estimulación exterior durante unas fracciones de segundo y antes de desvanecerse

completamente” (Pinazo, 2005, pág. 189), la cual sería la que captamos con nuestros sentidos, relacionando así la percepción con la memoria.

La memoria de trabajo u operativa, la cual es un “sistema de capacidad limitada que permite procesar y mantener temporalmente la información que necesitamos en cada momento” (Pinazo, 2005, pág. 189), este tipo de memoria por lo tanto no se encarga solamente del almacenamiento de información sino también del procesamiento de ésta, estando así relacionada con lo que se conoce como atención.

Finalmente está la memoria a largo plazo, la cual es un “almacén de capacidad y persistencia virtualmente ilimitada” (Pinazo, 2005, pág. 190), aquí se encuentra el conocimiento de nuestro pasado y nuestro mundo, dividiéndose en dos, la memoria declarativa y la memoria no declarativa. La primera se entienda como la memoria en la que sus contenidos se pueden expresar en términos lingüísticos. El segundo caso es la memoria cuyos contenidos son más bien alejados de lo lingüístico, como por ejemplo habilidades motoras.

La memoria semántica, en cambio, según Pinazo: “hace referencia a nuestros conocimientos generales sobre las cosas que nos rodean y sobre el lenguaje. Se trata de un conocimiento que compartimos con los demás y ello es lo que nos permite comunicarnos y sentir que formamos parte de una misma realidad.” (Pinazo, 2005, pág. 203). La memoria episódica, se refiere a recuerdos de personas, objetos, lugares de los que se ha tenido experiencias o momentos a lo largo de la vida.

Orientación: Tanto la orientación temporal como espacial permite al sujeto tener conciencia de sí mismo y las relaciones con el entorno que tiene el sujeto.

Atención: Es la capacidad que tiene el individuo de enfocarse en una tarea, permitiéndole focalizar los estímulos relevantes para el sujeto.

Memoria: Es un mecanismo o proceso que permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente.

Lenguaje: Es una herramienta básica de comunicación humana, es importante pues si se encuentra alterada se pueden detectar ciertos desórdenes como afasias, alexias, agrafias, acalculia. Además mediante el lenguaje se puede dar a notar cómo se encuentra la velocidad del pensamiento, es decir si se encuentra acelerado o lento.

Habilidad viso-espacial: relacionan la habilidad perceptual con respuestas motoras.

Además de estas áreas a tomarse en cuenta, cabe recalcar que al querer determinar el estado cognitivo de los adultos mayores es necesario nombrar a la inteligencia, entendida ésta como la “capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia” (González, 2011, pág. 3). A ésta, se la debe dividir en dos: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. En la década de 1960, Cattell y Horn categorizaron a la inteligencia de esta manera, entendiendo a la inteligencia fluida como la “inteligencia que hace que todo tipo de aprendizaje sea rápido y completo.” (Berger, 2009, pág. 119), esta es flexible, permite realizar inferencias y relacionar conceptos, forman parte de esta la memoria a corto plazo y el pensamiento abstracto.

Por otra parte está la inteligencia cristalizada, que es la “capacidad intelectual que refleja conocimientos acumulados” (Berger, 2009, pág. 120), aquí tenemos toda la información, datos y conocimientos que la persona experimente a lo largo de su vida, como son los datos, fórmulas, fechas, etc.

Berger señala la necesidad de medir los dos tipos de inteligencia, pues mientras la inteligencia fluida disminuye a partir de los veinte años debido a que se

comienza a dar una lenificación, la inteligencia cristalizada va en aumento. Así señala: “Para obtener un panorama general del potencial intelectual de la persona se debe medir tanto la inteligencia fluida como la inteligencia cristalizada.” (Berger, 2009, pág. 120).

Para el presente trabajo investigativo se plantea el uso del “Examen Cognoscitivo Mini-Mental” de Folstein, M., Folstein, S., Mc Hugh, P. y Fanjiang, G., (2002), que es utilizado ampliamente para realizar un cribado con el objeto de detectar rápidamente la existencia de deterioro cognitivo a través de la valoración de las siguientes áreas:

Orientación temporal y espacial (nivel de consciencia), fijación (memoria a corto plazo), atención y cálculo (atención y lenguaje), memoria (memoria a largo plazo), nominación (lenguaje), repetición (lenguaje), comprensión (lenguaje y atención), lectura (lenguaje), escritura (lenguaje), dibujo (habilidad viso-espacial).

En un segundo momento, a futuro, se podría incluir otros reactivos para evaluar la inteligencia fluida y cristalizada, como el WAIS IV, puesto que al ser un test que integra diversos aspectos intelectivos, da como resultado una evaluación completa del perfil cognitivo, pero muestra complicaciones, si se considera que el estudio se dirige a un grupo numeroso, con niveles educativos bajos y no siempre dispuesto a someterse al conjunto de sub-pruebas implicadas, que por lo demás involucra tiempo y retos cognitivos que para esta población puede resultar frustrante y poco motivante.

4.5 Declives y deterioro cognitivo en el envejecimiento.

Las personas que envejecen suelen mostrar signos evidentes de declive cognitivo como el de las fallas mnémicas; muchas personas se quejan de no poder

prestar atención por un tiempo prolongado o no recordar ciertas cosas, lo que refuerza el estereotipo del adulto mayor olvidadizo e incluso algo torpe y lento en su forma de ser.

Debe tenerse en cuenta que la cognición en la vejez va a sufrir un declive debido al deterioro biológico general que incluye el cerebro, sin embargo, también suele ser común asociar la edad con la presencia de enfermedades de tipo demencial, que aparecen en algunos casos y cuyos primeros síntomas son precisamente esos declives. Se debe realizar por lo tanto una discriminación entre el declive cognitivo y el deterioro patológico, cuyas formas más frecuentes son las demencias. En los aspectos a tomarse en cuenta para hacer esta discriminación se tiene que considerar: las características sensoriales, la lenificación, la educación y la edad. Tomando en cuenta una visión que incluye la parte biológica, “desde una perspectiva neuropsicológica se reconoce con frecuencia una disminución en la capacidad para codificar, retener y evocar información nueva, en las habilidades viso-espaciales y la velocidad de procesamiento de información” (como se cita en Mias Carlos, 2015, pág. 20)

Es evidente que durante el envejecimiento varias habilidades van a comenzar a decaer: disminución del recuerdo de detalles, memoria no verbal, procesamiento de la información, disminución de la memoria y la sociabilidad, entre otros pero estas habilidades son consideradas como declives que entran dentro de lo esperable y no siempre como deterioro. Sin embargo estas manifestaciones requieren ser estudiadas, ya que muchas veces estas quejas pueden ser olvidos benignos o los primeros indicios de deterioro de la memoria; en cuyo caso se trataría de un problema patológico, en tanto pueden ser indicios de demencia. (Mias, 2015, págs. 19-21)

Por otra parte, se debe considerar que hay muchas características comunes entre una determinada población, con iguales o similares características, pero además, no todas las personas muestran los mismos déficits que otros ya que sus habilidades cognitivas responden a condiciones biopsicosociales y culturales de cada uno, al cumplir un ciclo vital único. Es decir cada persona envejece de modo particular.

Cabe recalcar que muchas veces los déficits que se dan en los adultos mayores no se deben a un declive de las capacidades como tal sino que al darse un deterioro orgánico, por ejemplo, de los sentidos, se dificulta el procesar, entender, atender, captar la información. Es por esta razón que notan diferencias en la comparación con los jóvenes.

Dentro del declive normal se encuentran factores que pueden atribuirse a la edad y aunque éstos son deficitarios, siguen entrando en la categoría de normal, teniendo en cuenta que “el supuesto declive de la inteligencia no se muestra en la mayoría de personas hasta edades muy avanzadas, generalmente más de 75 u 80 años” (Pinazo, 2005, pág. 162), dependiendo del tipo de desarrollo que haya llevado al sujeto a lo largo de su vida.

Hay que tener en cuenta que dentro de un proceso normal y ayudado por la propuesta del envejecimiento activo se puede desacelerar el proceso de deterioro cognitivo en unas áreas, en otras mantener el mismo estado e incluso en algunas áreas llegar a mejorar; para que esto suceda, se debe prestar atención a tres tipos de procesos, la selección, la optimización y la compensación, dándonos así un buen envejecer.

“El deterioro severo de las funciones cognitivas es uno de los síntomas fundamentales de la demencia, es decir, del envejecimiento patológico” (Pinazo, 2005, pág. 186). Dentro del deterioro cognitivo patológico se van a generar enfermedades demenciales donde la enfermedad de Alzheimer es la más común, correspondiéndoles casi el 50% de todos los casos.

Katzman define a la demencia como “un síndrome de deterioro cognitivo progresivo que ocurre en el adulto, y es lo suficientemente severo como para interferir funcionalmente en la vida social, laboral, familiar y personal del mismo.” (Rossell, Rubio, & Rico, 2004, pág. 167).

Según el DSM-IV, “un diagnóstico de demencia involucra múltiples déficits cognoscitivos, que incluyen un deterioro de la memoria y, al menos, una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia, o una alteración de la capacidad de ejecución.” (Rossell et al., 2004, pág. 168).

Desde la teoría del ciclo vital y una perspectiva psicológica, “una demencia es una compleja construcción histórica que culmina en una desorganización de un grupo o colectivo en, al menos, cinco planos: somático, cognitivo, psico-afectivo, psicosocial y sociocultural/histórica” (Berriel & Pérez, 2007, pág. 43).

5. Variables

Considerando que una variable es la “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 93) se establece como variable principal a estudiarse la cognición y como sub-variables que van a dar cuenta de ésta: orientación temporal y espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

Cognición: Adquisición sucesiva de estructuras lógicas, cada vez más complejas que desarrolla una persona a lo largo de la vida, las mismas que se expresan en las funciones mentales, tales como memoria, atención, orientación, inteligencia, lenguaje, entre otras, las mismas que subyacen a las distintas tareas y situaciones que el sujeto es capaz de ir resolviendo, a medida que avanza su desarrollo.

A partir de esta definición y considerando que para la investigación se toman en cuenta las áreas de exploración consideradas en el examen Mini-mental (Folstein, Folstein, Mc Hugh, & Fanjiang, 2002, pág. 10), se establecen las siguientes sub-variables de la cognición.

Orientación temporal y espacial: Permite al sujeto tener conciencia de sí mismo y las relaciones con el entorno que tiene el sujeto. “consciencia de la propia posición o dirección en el espacio y en el tiempo, ya sea en relación con la meta o con otras personas, situaciones y realidades físicas” (Wolman, 2010, pág. 248).

Memoria: “Sistema que permite al organismo que lo posee obtener y representar información del entorno, mantenerla durante períodos variables de tiempo y recuperarla y usarla de manera adecuada en el momento oportuno” (Pinazo,

2005, pág. 188). Permite entender cómo se encuentra la memoria a corto y largo plazo.

La memoria a corto plazo es un “recuerdo correcto o ejecución apropiada, inmediatamente o poco después de la presentación del material” (Wolman, 2010, págs. 228-229). Ésta se evalúa a través de la Fijación. Evaluando la capacidad de fijar y retener 3 palabras no relacionadas.

La memoria a largo plazo es “la capacidad de responder ante un estímulo, recitar una lista, recordar una asociación, etc., después de transcurrir un periodo prolongado a partir de la presentación del material” (Wolman, 2010, pág. 229). La misma que se evalúa en el factor Memoria pidiéndole recordar tres palabras antes utilizadas en la memoria de fijación

Atención: Permite determinar la capacidad que tiene el individuo de enfocarse en una tarea. “Selección y percepción de un estímulo determinado o de una gama de estímulos que forman parte de una situación estimulante compleja” (Wolman, 2010, pág. 99). Su evaluación se realiza a través del factor de atención y cálculo donde se pide que el sujeto vaya restando de tres en tres.

Lenguaje: Es importante pues si se encuentra alterada se pueden detectar ciertos desórdenes como afasias, alexias, agrafias, acalculia. El lenguaje es un “Sistema de expresión o comunicación de pensamientos y sentimientos a través de los sonidos del habla o símbolos escritos” (American Psychological Association, 2010, pág. 28).

El lenguaje verbal, no verbal; hablado y escrito se relaciona con el pensamiento. Se evalúan los siguientes factores:

Nominación: Se ve la capacidad del sujeto para reconocer y nombrar objetos comunes

Repetición: Evalúa la capacidad del sujeto para repetir con precisión una frase complicada.

Comprensión: capacidad que posee el sujeto para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja.

Lectura y escritura: Evalúa la capacidad de leer una frase simple y escribir una frase coherente.

Habilidad viso-espacial: Permite ver la coordinación perceptual y motriz del sujeto y si existe algún déficit en éstas. Evaluada a través del dibujo. “Los mecanismos de la visión espacial cruciales para todo comportamiento que supone un procesamiento de la información visual.” (American Psychological Association, 2010, pág. 566).

Se le pide a la persona copiar un dibujo, aquí se puede ver su destreza motora y perceptiva.

6. Hipótesis

Los adultos mayores del barrio de San Vicente de la Parroquia de Yaruquí presentan un deterioro en el área cognitiva, en relación a la orientación, memoria, atención, lenguaje y habilidad viso-espacial.

7. Cronograma de actividades

Tabla 1 Cronograma de Actividades realizadas 2015 – 2016

Fecha	2015								2016	
Actividad	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Presentación con el grupo de adultos mayores	X									
Llenado de fichas sociodemográficas y firma de consentimiento informado		X	X							
Aplicación de reactivos psicológicos			X	X	X					
Integración con el grupo de adultos mayores					X	X	X	X		
Tabulación y análisis de los resultados de obtenidos en los reactivos						X	X	X		
Devolución de información a los adultos mayores									X	
Entrega de información al Hospital y autoridades de la parroquia										X

Fuente: Investigación desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento, en proceso. UPS 2015

8. Marco metodológico

8.1 Perspectiva metodológica:

Se utiliza el enfoque cuantitativo de la investigación, considerando que: “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al., 2010, pág. 4). Por lo tanto, el presente trabajo se lo realizará mediante este método, ya que tenemos que el objeto de investigación es observable y medible, y mediante la recolección de datos y su posterior análisis, por medios estadísticos.

8.2 Diseño de la investigación:

Se entiende como diseño no experimental a “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández et al., 2010, pág. 149), siendo así, se tiene que este trabajo se basa en este tipo de diseño ya que no se manipula variables sino que se limita a determinar el estado cognitivo que poseen los adultos mayores del barrio San Vicente de Yaruquí que participan dentro de este estudio.

8.3 Tipo de investigación:

El estudio tiene un alcance descriptivo considerando que este: “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández et al., 2010, pág. 152). La presente indagación describe el estado cognitivo de la población estudiada.

8.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos:

Para conocer la condición cognitiva se recurre al uso del Examen Cognoscitivo Mini mental (MMSE), el cual tiene gran fiabilidad y validez. Es además un test de fácil aplicación y rápida, que permite explorar de manera breve el estado mental dentro de diferentes áreas. Se debe destacar que este test no pretende ser un instrumento diagnóstico por sí mismo, sino que es más bien un instrumento de cribado para una detección rápida de alguna alteración, que luego deberá ser corroborada por test más específicos. Su aplicación cumple con condiciones de privacidad y confidencialidad.

El Examen Cognoscitivo Mini mental, según sus propios autores:

ayuda para el examen clínico del estado mental cognoscitivo del individuo...

Puesto que se trata de una medición breve y cuantitativa, el MMSE puede utilizarse para detectar déficit cognoscitivo en un determinado momento, para seguir el curso de los cambios cognoscitivos a lo largo del tiempo y para evaluar la respuesta al tratamiento. (Folstein et al., 2002, pág. 9).

Es una prueba para administrarse de forma individual, sin límite de tiempo, si la persona que realiza la prueba tiene algún problema de audición o vista, puede usar un audífono o lentes, respectivamente.

Se marca con un aspa el “0” si la respuesta es incorrecta o el “1” si fue correcta.

El test explora: la orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión lectura, escritura y dibujo, además del nivel de consciencia.

Orientación temporal y espacial: Permite hacerse una idea del nivel de conciencia de sí mismo y las relaciones con el entorno que tiene el sujeto.

Fijación: Evalúa la capacidad de fijar y retener 3 palabras no relacionadas.

Atención: Es la capacidad que tiene el individuo de enfocarse en una tarea, en este caso ir restando de tres en tres.

Memoria: Evalúa la capacidad que tiene la persona de evocar las tres palabras aprendidas en fijación.

Nominación: Se ve la capacidad del sujeto para reconocer y nombrar objetos comunes

Repetición: Evalúa la capacidad del sujeto para repetir con precisión una frase complicada.

Comprensión: capacidad que posee el sujeto para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja.

Lectura y escritura: Evalúa la capacidad de leer una frase simple y escribir una frase coherente.

Dibujo: Examina la capacidad Viso-espacial del sujeto. Se le pide al sujeto copiar un dibujo, aquí se puede ver su destreza motora y perceptiva.

Además se utiliza la Escala de Deterioro Global de Reisberg, o conocido como FAST-GDS por sus siglas en inglés (Functional Assesment Stages- Global Deterioration Scale). Éste se basa en un sistema desarrollado por Barry Reisberg, director del Centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, donde se describen los 7 estadios del trastorno de Alzheimer los cuales son secuenciales, por lo tanto un

paciente no pasa del estadio 1 al 3 sin presentar características del 2. Usa este sistema de 7 estadios basado en el nivel de función de la persona y de sus actividades diarias. Se consulta a la persona sobre estas áreas y se obtiene en que estadio se halla.

La aplicación de la escala de Reisberg tuvo como objetivo comparar los resultados del Mini Mental y de esta manera confirmar o la validez de los resultados obtenidos.

Se realizarán las encuestas y los test para de esta manera poder recolectar los datos que sean relevantes para la investigación, posteriormente se los tabulará en cuadros y estos a su vez para una mayor comprensión serán representados en gráficos. Con base en los resultados obtenidos y el análisis estadístico de estos, se establecerá patrones y comparaciones entre ellos, para de esta forma determinar cómo se encuentra el estado cognitivo de los adultos mayores del barrio San Vicente, si es que existen casos de deterioro cognitivo significativo y en qué áreas se ha producido.

9. Población y muestra

9.1 Población

La población de la investigación se define como el “Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández et al., 2010, pág. 174). En este caso, la población constituyen las personas del grupo de adultos mayores del barrio San Vicente, en la Parroquia de Yaruquí.

9.2 Tipo de muestra

El tipo de muestra considerada es la dirigida o no probabilística, entendida como: “Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández et al., 2010, pág. 176).

Esta investigación es no probabilística puesto que obedece a los objetivos de la investigación como son el determinar el estado cognitivo de los adultos mayores voluntarios que forman parte del grupo de adultos mayores del barrio que se reúne cotidianamente en la casa barrial, identificar la presencia de trastornos cognitivos, determinar la áreas en las que existe un mayor deterioro cognitivo y detectar la existencia de deterioro cognoscitivo de tipo demencial

9.3 Criterios de la muestra:

La muestra considera a 30 personas adultas mayores de 60 años en adelante, vecinos del barrio San Vicente en Yaruquí: hombres y mujeres que participan voluntariamente en el estudio y que pertenecen al grupo que se reúne semanalmente en la Casa Barrial de San Vicente.

9.4 Fundamentación de la muestra:

Se trata de personas adultas mayores, hombres y mujeres del barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí quienes representan a esa población y han evidenciado su voluntad de participar, haciendo factible el desarrollo de esta indagación. El presente trabajo, considera la condición cognitiva y forma parte de la investigación mayor denominada “Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento”.

9.5 Muestra:

Treinta personas: 14 hombres y 16 mujeres; personas adultas mayores de 60 años y pertenecientes al grupo de adultos mayores del Barrio San Vicente de la Parroquia Yaruquí, quienes participan voluntariamente en la investigación.

10. Descripción de los datos producidos

Se realizó el Examen Cognoscitivo Mini-mental a 30 adultos mayores del Barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí, el grupo consta de 16 mujeres y 14 hombres, cuyas edades oscilan entre los 60 y los 96 años, estas personas son voluntarias para el estudio.

De estos, el 56% personas son casadas, siendo esta categoría donde se encuentra la mayor parte de la población de acuerdo a su estado civil, le siguen las personas que se encuentran viudas con porcentaje del 20%, a continuación los divorciados con el 10% y finalmente los solteros y las personas en unión libre que representan el 7% cada uno.

Al hablar de relaciones familiares el 87% de las personas expresan que presentan una aparente armonía en el hogar contra el 13% que dice tener dificultades. La mayor parte de ellos (67%) tienen vivienda propia; vivienda prestada y vivir arrimados representa el 13% cada uno y sólo el 7% arrienda una casa.

En cuanto a con quien viven el 43% de las personas viven con su pareja, el 23% viven solos, las personas que viven con sus hijos representa al 10% al igual que las personas que viven con su pareja e hijos y el 13% está dentro de la categoría de otros.

En el ámbito escolar la mayoría tiene primaria incompleta, siendo éstos el 53%, le siguen las personas que tienen sus estudios primarios completos con el 27%, el 13% son analfabetos y finalmente el 3% tanto para personas que han completado estudios superiores como la categoría de otros.

Dentro de sus ocupaciones están principalmente labores físicas como los quehaceres domésticos con el 53%, le sigue la agricultura con el 23%, el 7% se dedican a misiones caritativas, y el resto se dedica a artesanía, bordado o son comerciante.

Al preguntar sobre su estado de salud física responden el 60% de personas que consideran que su salud se encuentra en un estado regular, el 27% cree que su salud es mala y sólo un 13% considera encontrarse en un estado bueno de salud.

Cuando se pregunta sobre su salud psicológica la mayoría, con un 63%, responden que poseen un estado regular, un 33% dice tener un estado de salud psicológico bueno y sólo el 3% cree poseer un estado malo.

La mayor parte no practica deportes pues no les gusta mucho este tipo de actividades o no pueden realizarlas.

En cuanto a sus expectativas futuras los 3 puntajes más altos se encuentran en tener ingresos económicos con un 30%, le sigue conservar la salud con el 27% y en tercer lugar está el mejorar la salud con 13% de las personas.

11. Presentación de los resultados descriptivos

Los resultados que se muestran a continuación son los que destacan más y los cuales sirven para posteriormente poder realizar un análisis que de un mayor entendimiento a este trabajo.

El Examen Cognoscitivo Mini-mental, utilizado en la investigación evalúa las áreas de orientación temporal y espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

Cabe resaltar que el Mini Mental, relativiza los datos considerando la edad de la persona y su escolaridad, dando así que aunque existan puntajes iguales no todos van a tener el mismo resultado respecto al estado cognitivo el mismo que involucra esta consideración

Los resultados que se describen a continuación parten de los hallazgos globales y posteriormente se establecen agrupaciones por edad, género, estado civil y escolaridad, con el objeto de establecer la relación del estado cognitivo con estos factores.

Por otra parte se realiza un análisis comparativo con la Escala de Deterioro Global de Reisberg ya que éste ayuda a determinar si existe algún tipo de deterioro que podría llevar a la enfermedad de Alzheimer y en qué estadio se encontraría o si por el contrario no se ha dado ningún tipo de deterioro. Esta escala va desde un estado cognitivo normal hasta la demencia muy grave. Además al realizar esta comparación, se puede corroborar los resultados obtenidos.

Estado Cognitivo Minimental

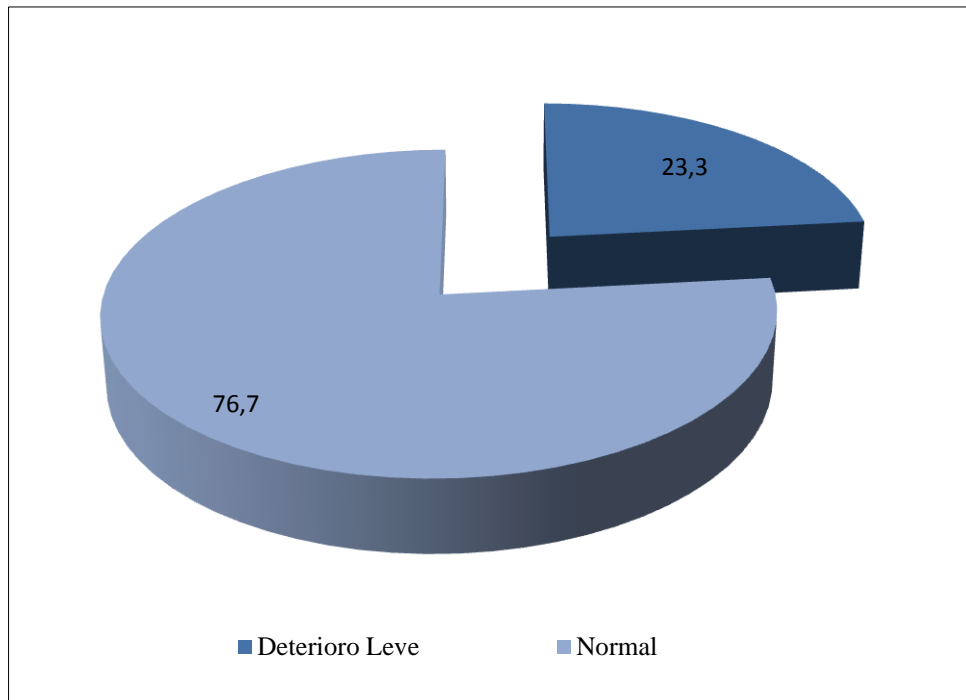
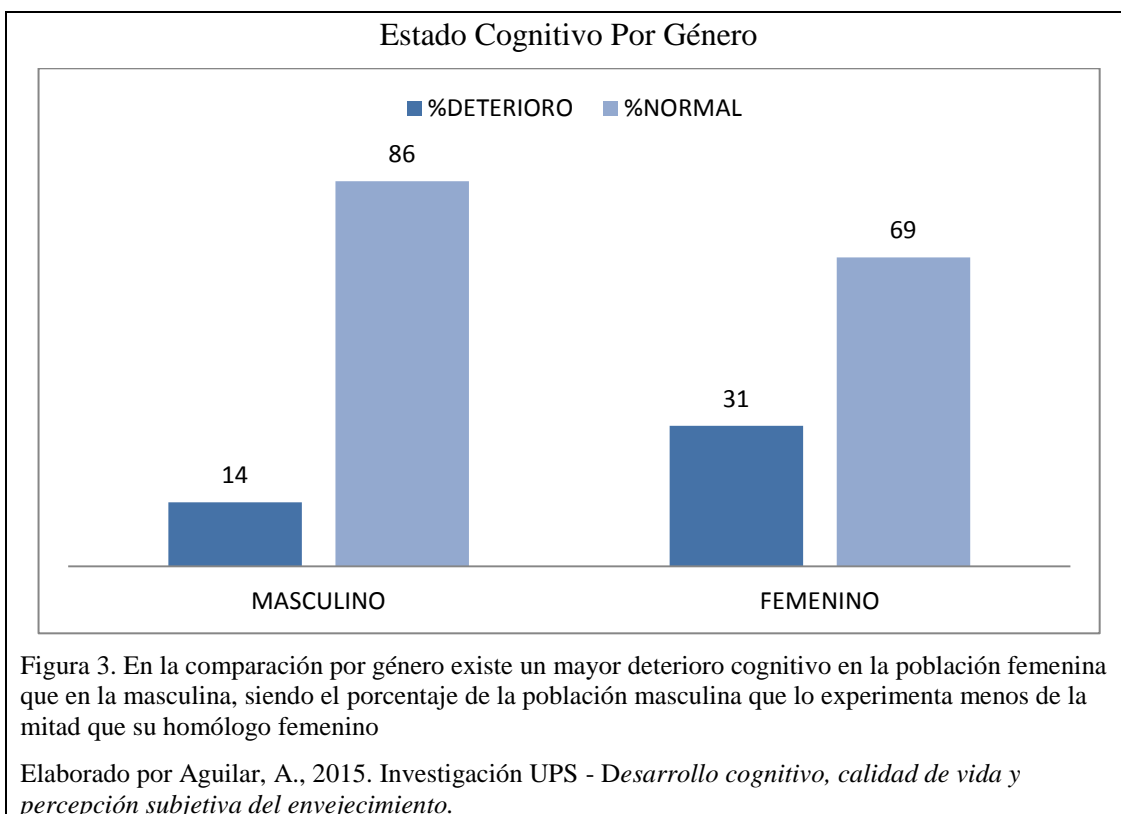
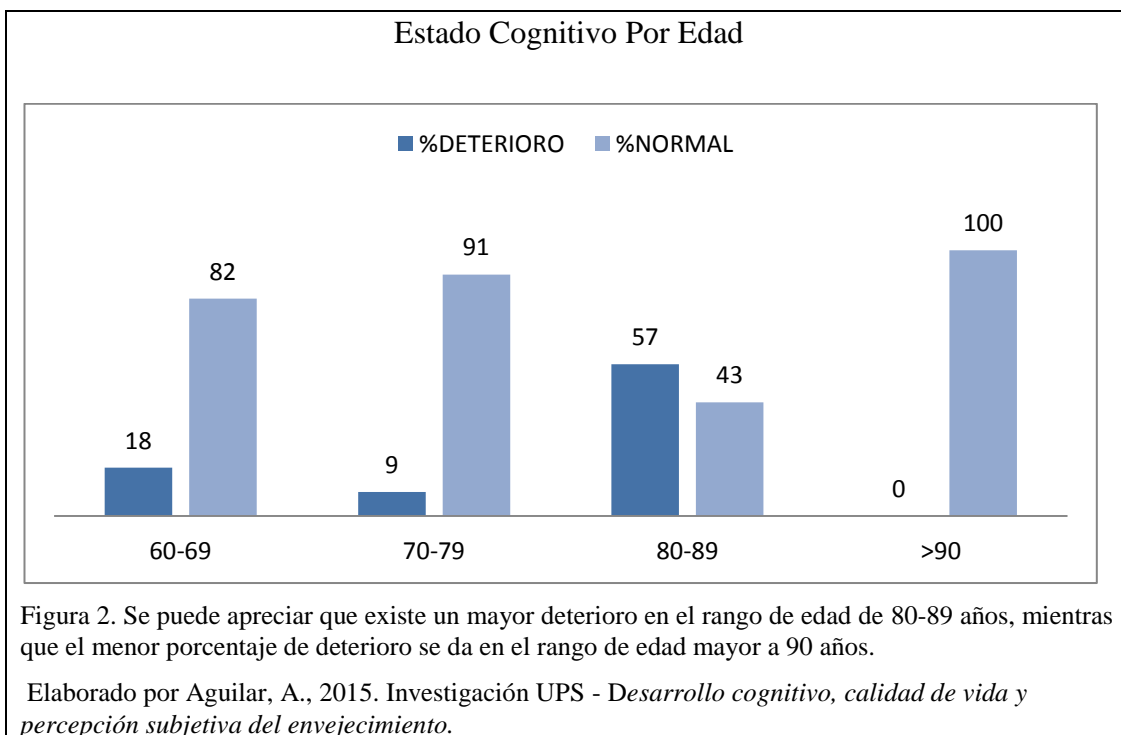
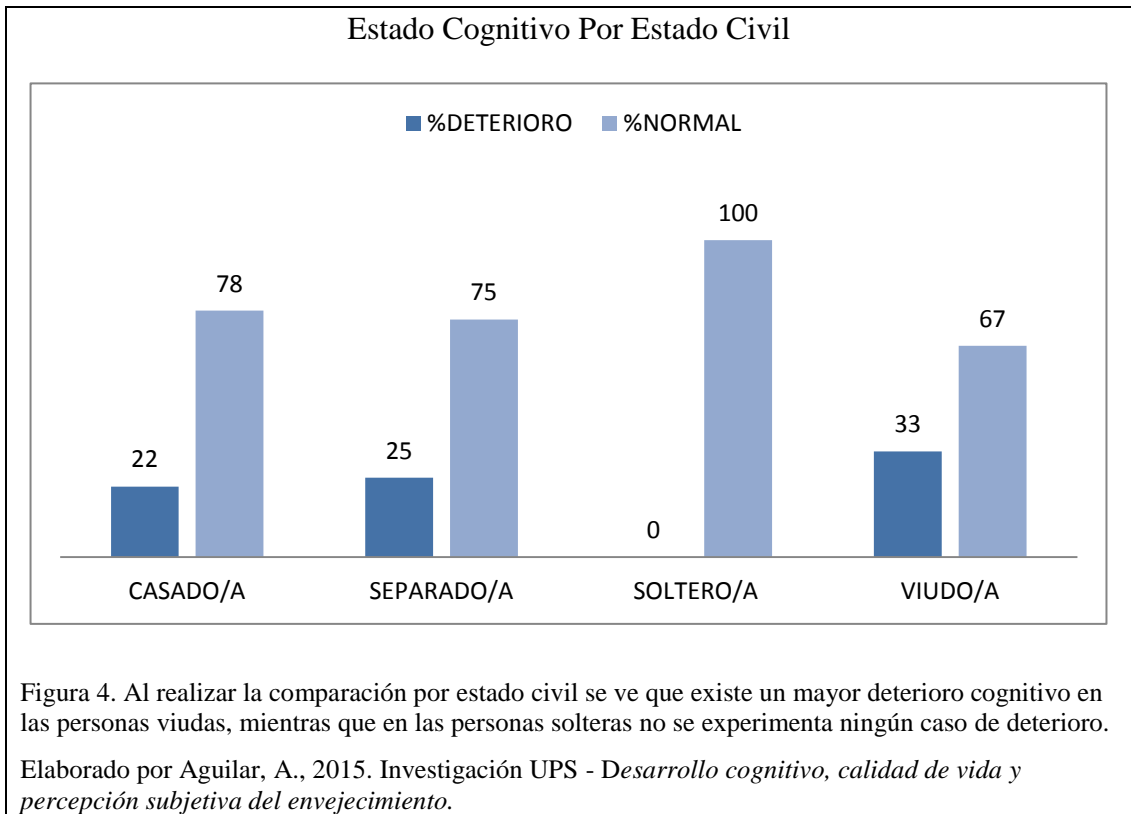
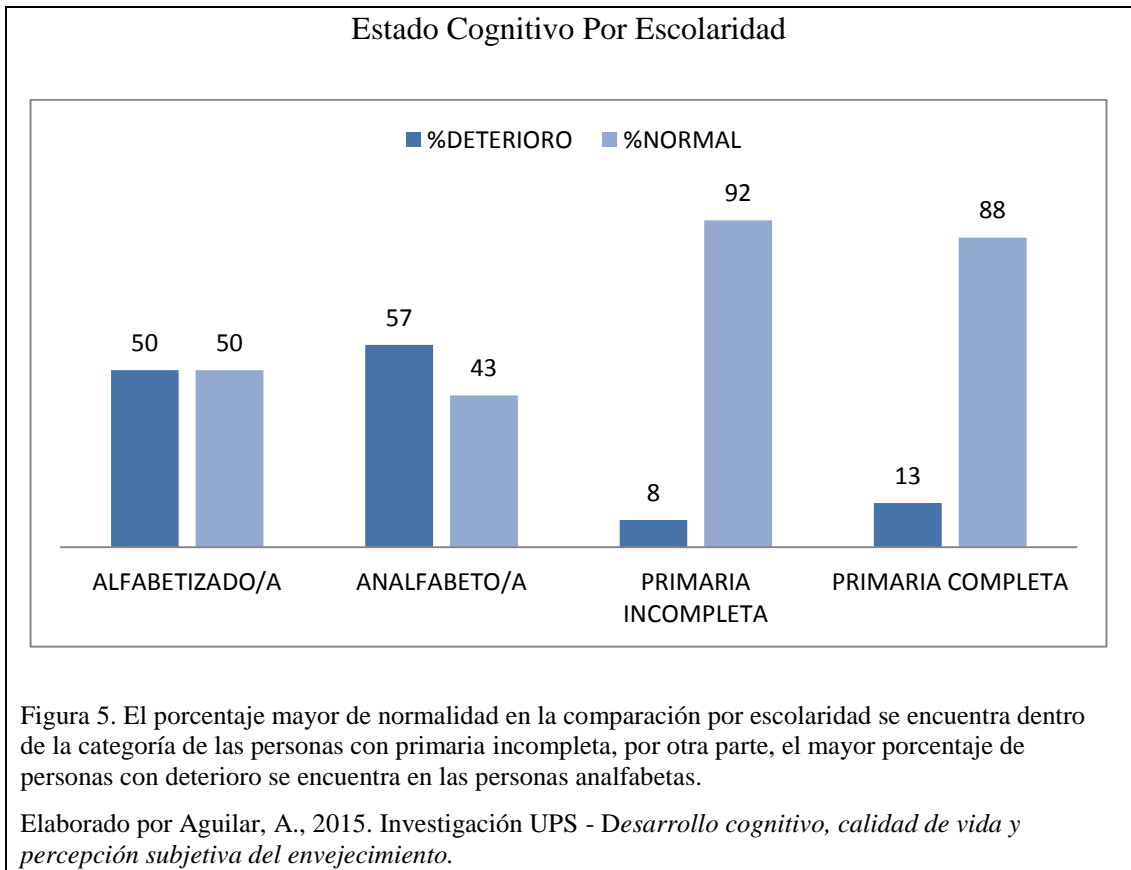


Figura 1. Estado cognitivo general según el Examen Cognoscitivo Mini mental, se puede apreciar que el 76,7% de la población se encuentra dentro del rango normal, mientras que el 23,3% posee un deterioro cognitivo leve.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*







Orientación Temporal

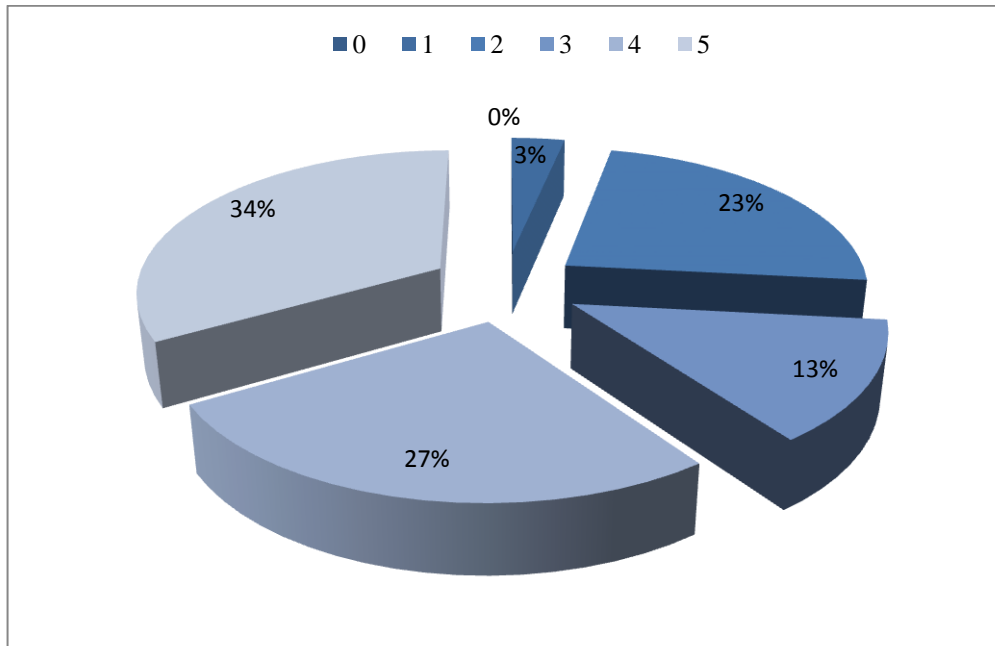


Figura 6. Un 34% lograron 5 puntos (el puntaje más alto), siguiéndole el 27% con un puntaje de 4. Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Orientación Espacial

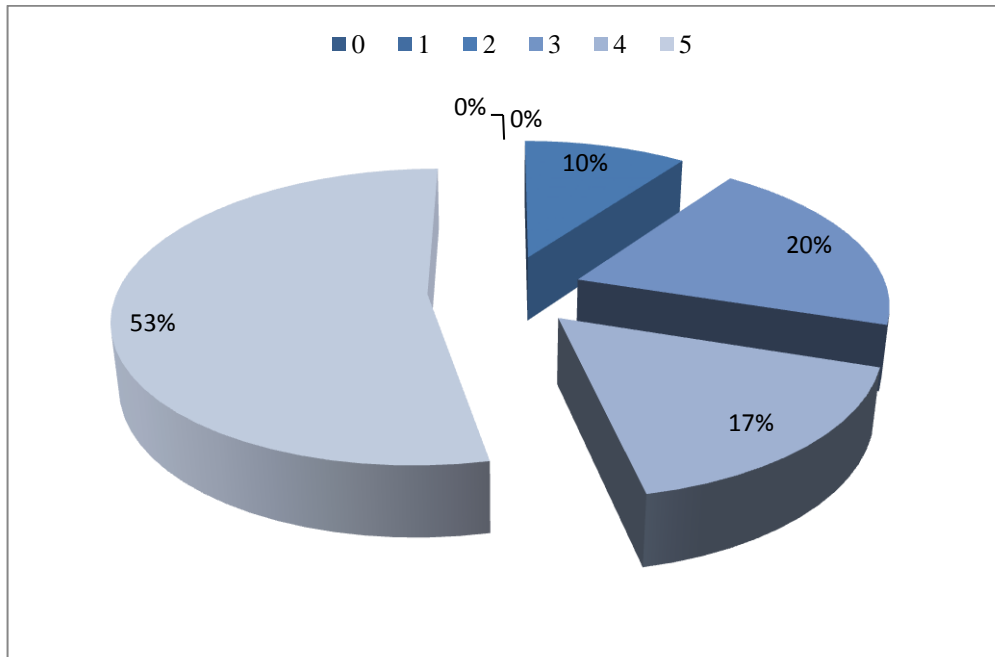


Figura 7. El 53% de la población alcanzó el puntaje más alto.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Fijación

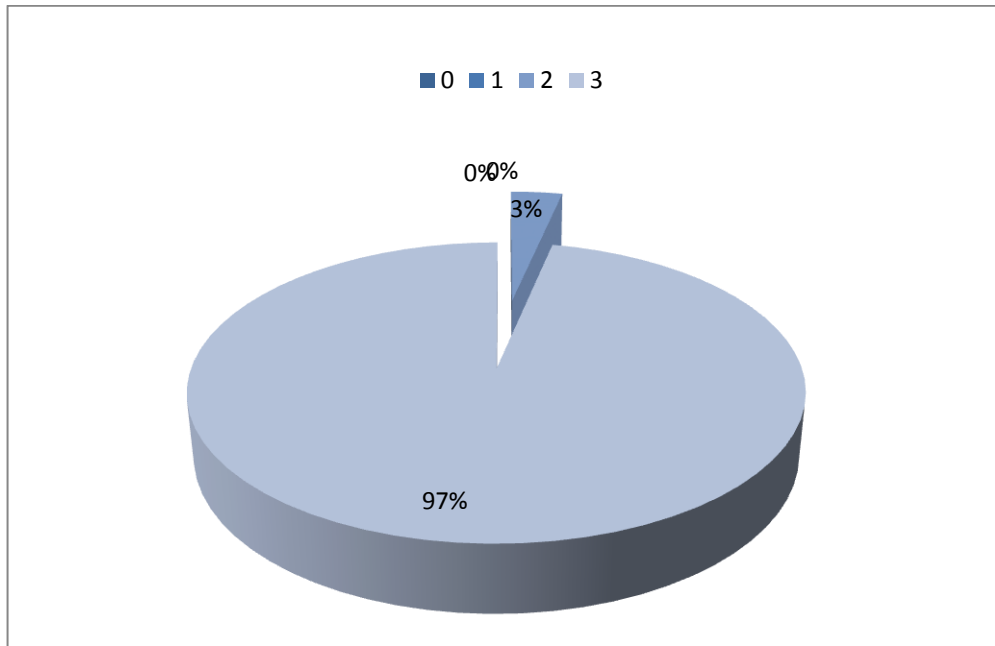


Figura 8. El 97% de los adultos mayor obtuvieron 3 puntos (el puntaje mayor) en esta área.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Atención Y Cálculo

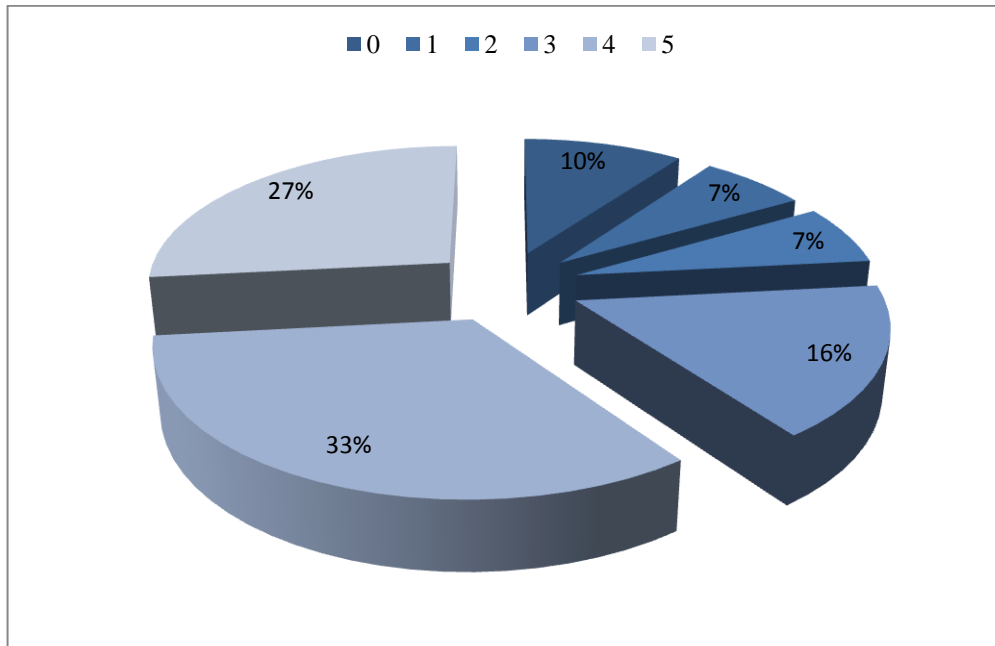


Figura 9. Se obtuvo un 60% entre los puntajes de 5 y 4 puntos.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Memoria

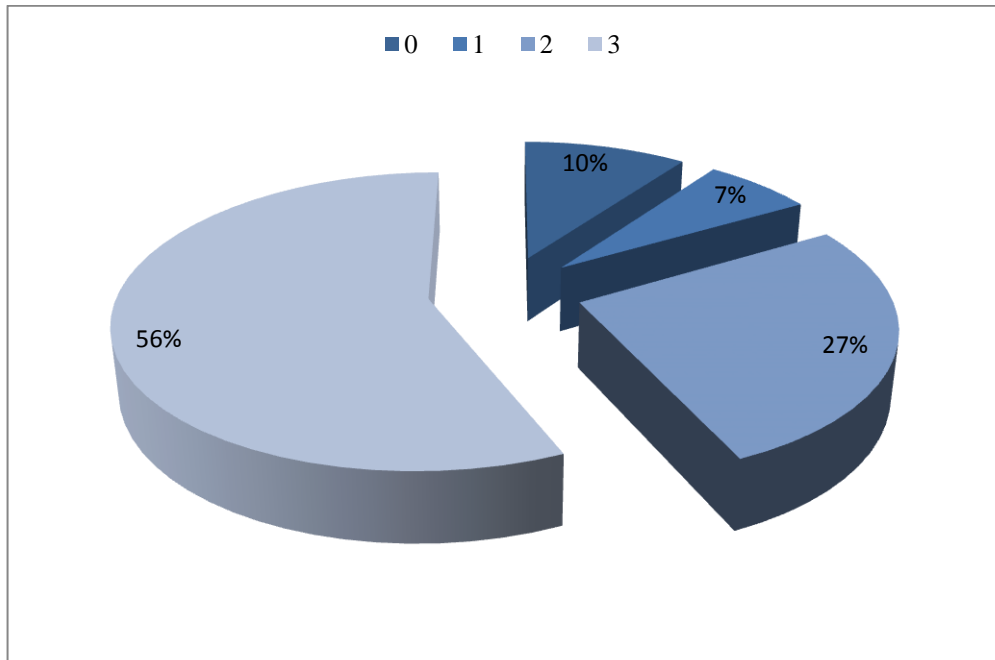


Figura 10. Existe un 56% de las personas que lograron el puntaje mayor.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Nominación

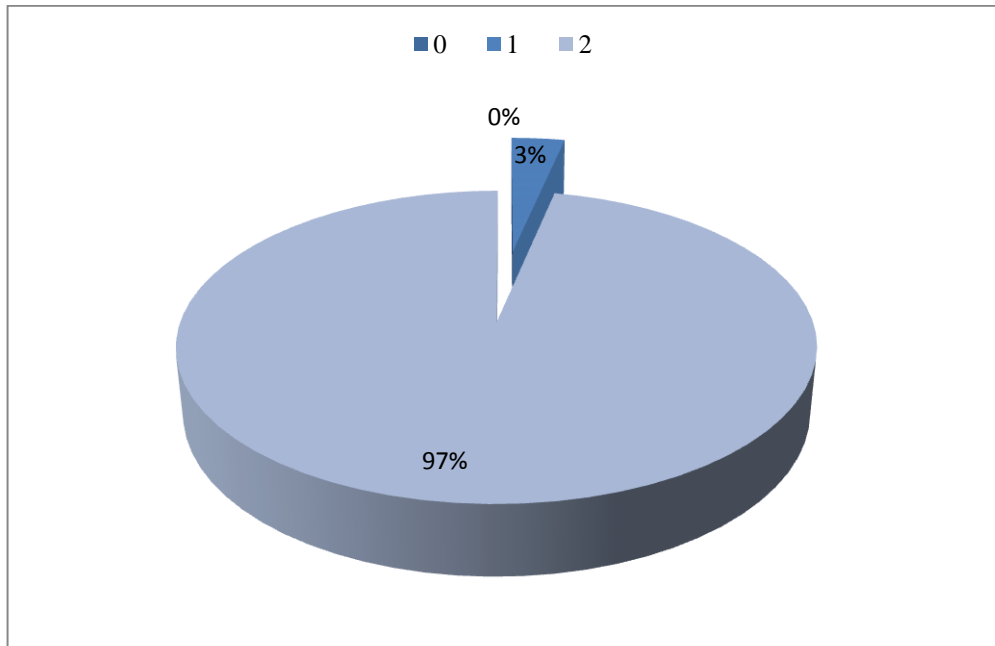


Figura 11. El 97% de los adultos mayores alcanzaron el valor máximo (2 puntos).

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Repetición

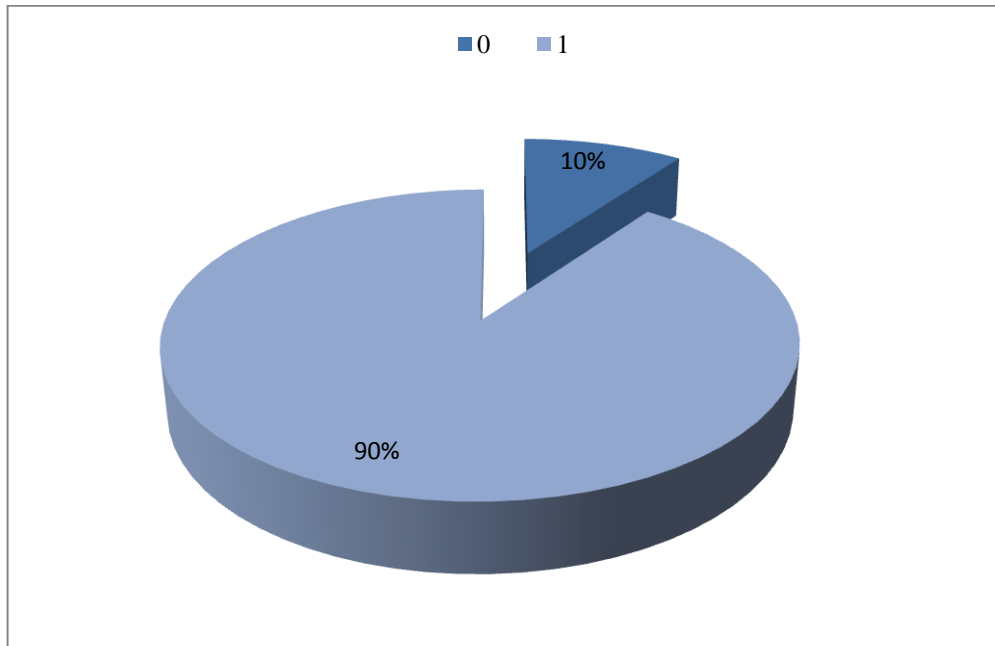


Figura 12. En esta prueba un 90% de las personas logró el puntaje más alto.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Comprensión

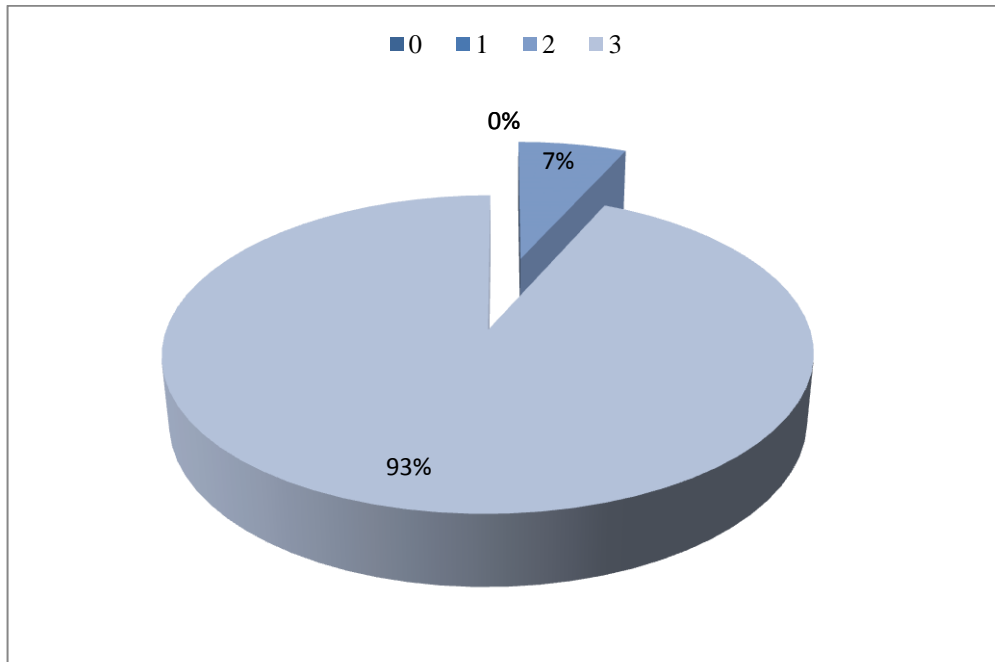
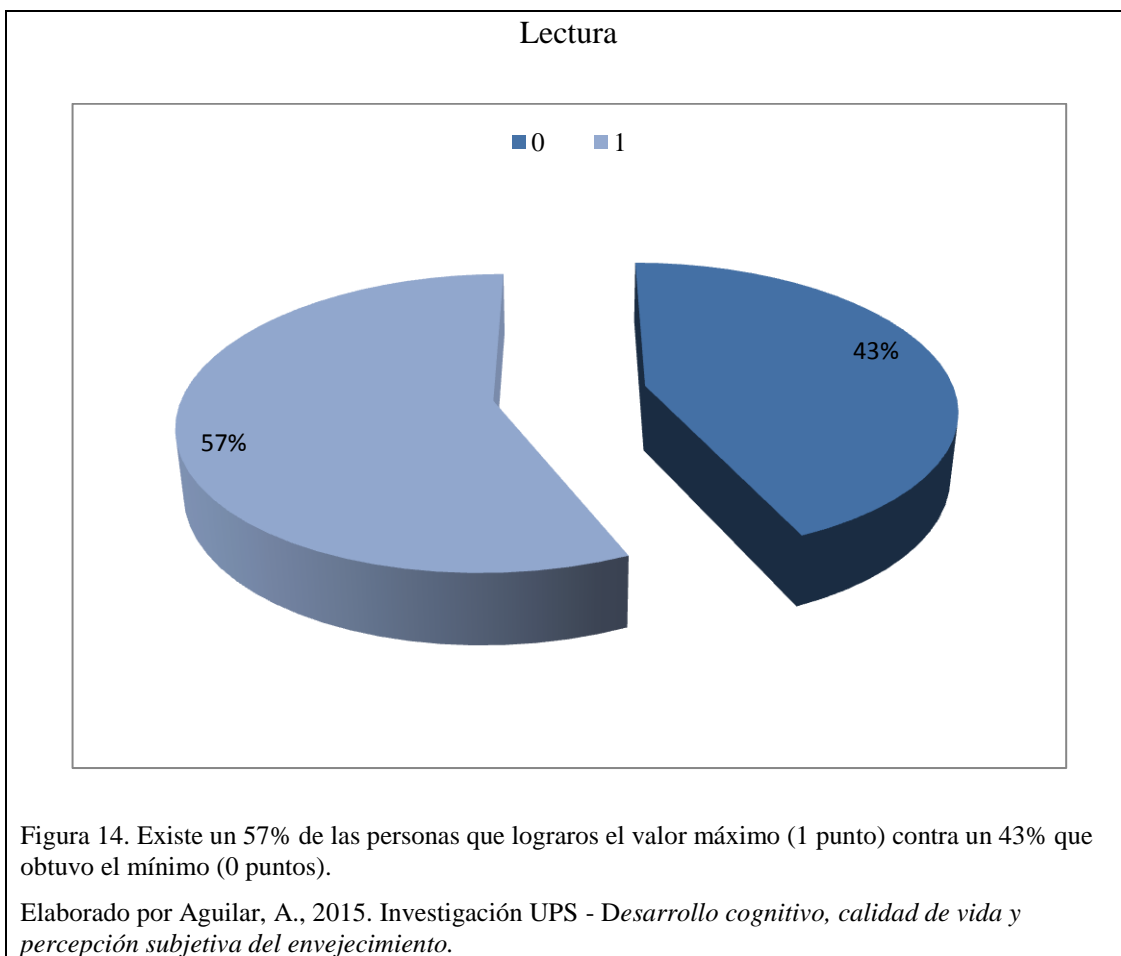


Figura 13. La puntuación máxima la obtuvo un 93% de los adultos mayores.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*



Escritura

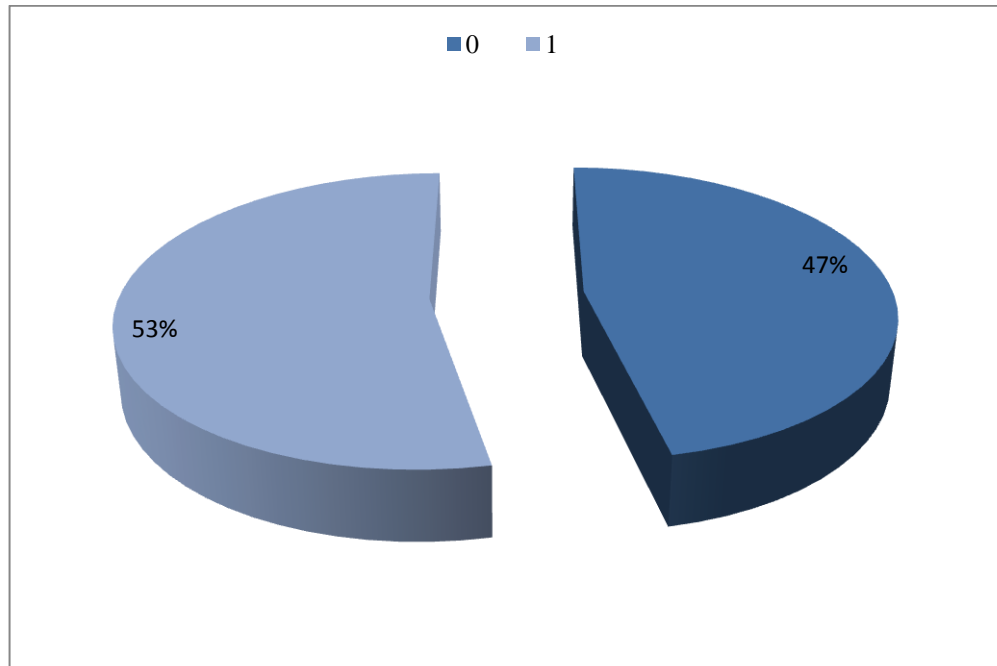
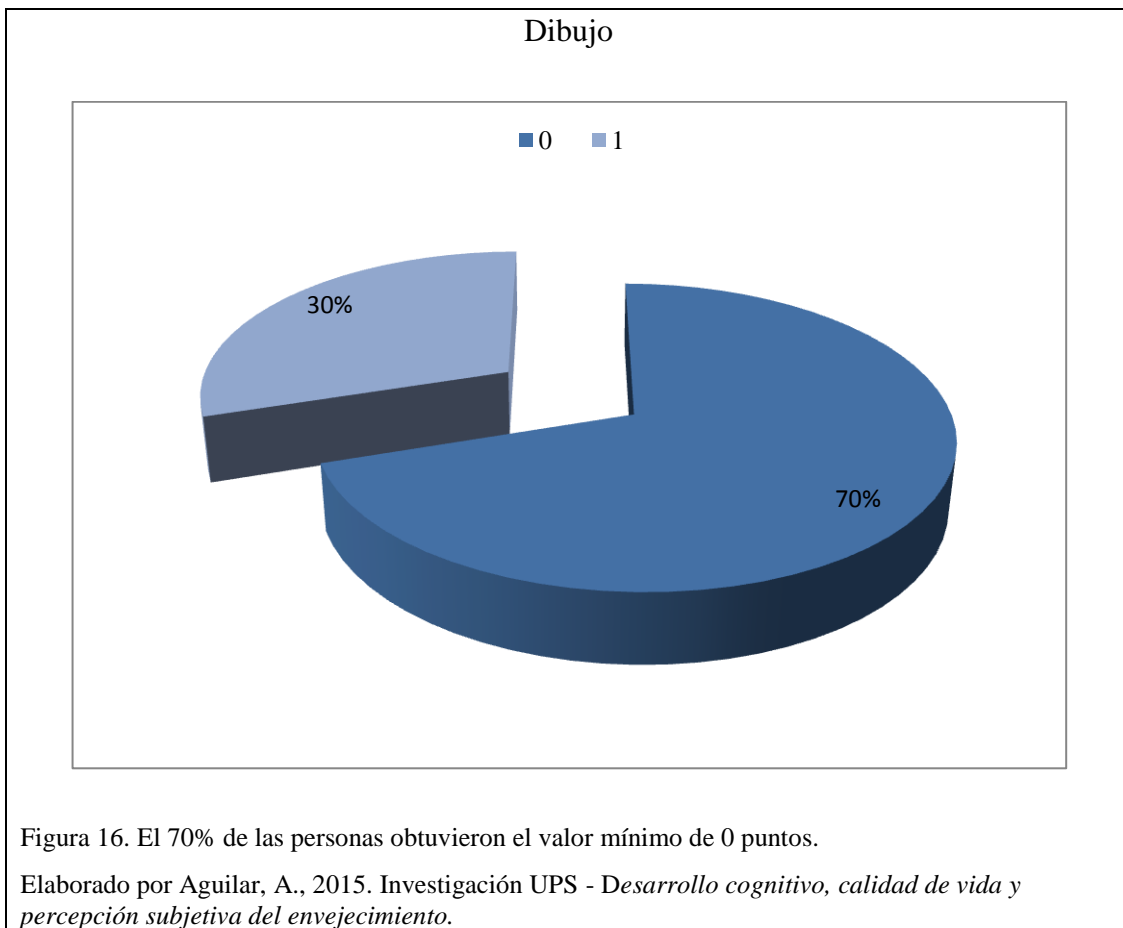


Figura 15. El 53% de los adultos mayores obtuvo un puntaje de 1, mientras que el 47% obtuvo 0 puntos.

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*



Estado Cognitivo GDS

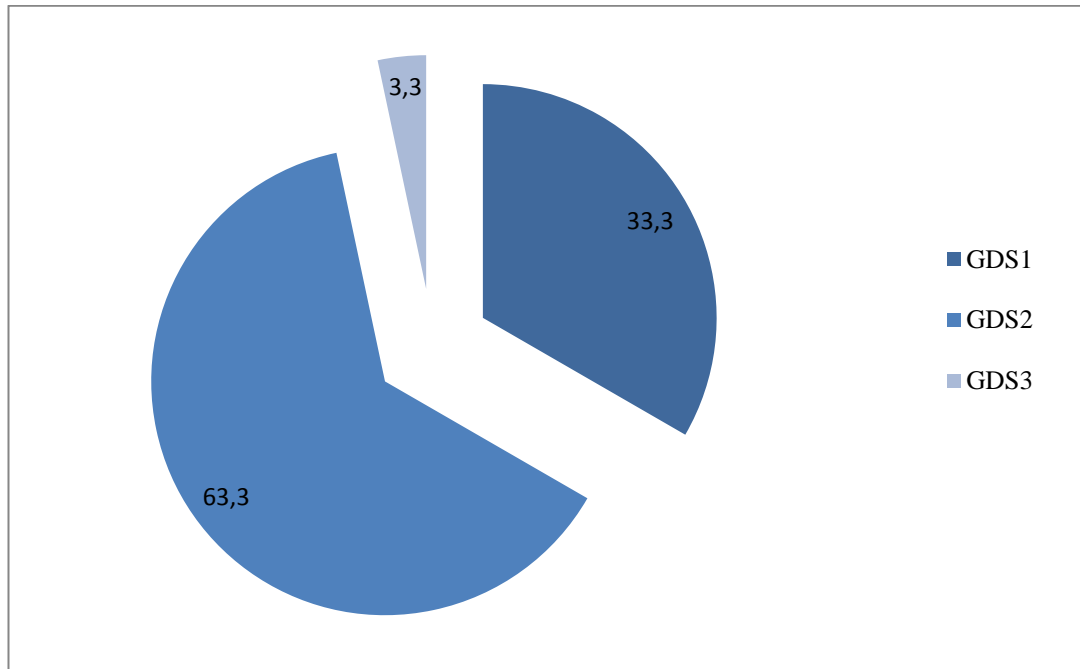


Figura 17 Los resultados del GDS de Reisberg muestra que la mayor cantidad de personas se encuentran dentro del estadio GDS2 (Déficit cognitivo muy leve), le sigue el estadio GDS1 (Ausencia de déficit cognitivo) y finalmente el estadio GDS3 (Déficit cognitivo leve).

Elaborado por Aguilar, A., 2015. Investigación UPS - *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

12. Análisis de resultados

Mediante los resultados obtenidos en la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini mental se visualiza que a pesar de que la cuarta parte de los adultos mayores presenta algún tipo de deterioro, éste en su mayoría es leve, lo que muestra que este tipo de población a pesar de su baja escolaridad, sus rusticidad, al dedicar su energía a labores manuales, han mantenido un estado cognitivo normal.

Se visualiza que en el rango de 80 a 89 años existe mayor deterioro que en los rangos anteriores, esto se debe a que el deterioro normal inicia a partir de los 75 a 80 años.

Al comparar el estado cognitivo por género se ve que el deterioro masculino se encuentra en menor porcentaje que el género femenino, esto podría darse debido a la diferencia de rol que mantienen en su vida cotidiana donde el hombre suele trabajar y socializar con otros mientras que muchas mujeres se dedican exclusivamente a quehaceres domésticos donde suelen pasar solas.

Al relacionar el deterioro cognitivo con el estado civil se observa que las personas viudas presentan un mayor deterioro, esto podría deberse al impacto emocional que presenta el hecho de perder a su pareja, lo que también podría ir disminuyendo sus lazos sociales.

Al comparar el estado cognitivo con el nivel de escolaridad se visualiza que las personas analfabetas presentan un mayor deterioro cognitivo, seguido por el grupo de personas alfabetizadas, lo que podría corroborar que el nivel educativo influye en el estado cognitivo, aunque también podría deberse a que estas personas no están familiarizadas a este tipo de test por lo que presentarían un resultado más pobre que los otros dos grupos.

En cuanto a la orientación temporal, se puede ver que más de la mitad de las personas presentan valores elevados, por lo que no se puede ver que exista deterioro en esta área. Esto puede deberse a que muchos al tener que trabajar y relacionarse con los demás deben manifestar esta cualidad.

En la orientación espacial no se encuentra mayor problema puesto que los dos puntajes mayores fueron obtenidos por el 70% de los adultos mayores. Podría relacionarse con el hecho de que muchos de los adultos mayores han vivido en ese sector la mayor parte de su vida.

Casi no se presenta problema en el área de memoria de fijación pues el 97% de los adultos mayores obtuvieron el mayor puntaje, teniendo así que la memoria a corto plazo no se ve comprometida.

En cuanto atención y cálculo no se ve mayor problema puesto que el 60% se encuentra dentro de las 2 mayores puntuaciones, y aunque existe un 10% significativo que sacó 0 puntos en este apartado se debe tener en cuenta que existen personas que no saben realizar las operaciones matemáticas requeridas.

Aunque como en el caso anterior, en la memoria existe un gran porcentaje de personas que alcanzaron al máximo puntuación (56%), se encuentra también un 10% que sacó el puntaje mínimo, lo se debe a que los adultos mayores prestan más atención a adquirir conocimientos prácticos que les sirva en su diario vivir y al no ser tan importante lo descartan.

Prácticamente no existe problemas en nominación ya que pueden nombrar a los objetos señalados, el 97% de las personas obtuvo el puntaje mayor.

En el área de repetición el 90% de las personas obtuvieron el puntaje de 1 punto (el máximo), por lo que parece no haber deterioro en esta área.

En cuanto a comprensión, el 93% de los adultos mayores sacó 3 puntos, que es el puntaje mayor, y el 7% restante sacó 2 puntos, por lo que no se vería mayor problema en esta área.

En el área de lectura, un 57% de las personas obtuvieron la máxima puntuación, por otro lado el 43% tuvieron la puntuación de 0, pero se debe tener en cuenta que existen personas analfabetas que en este apartado sacaron el puntaje mínimo debido a esta condición, por lo que el resultado puede estar alterado en este cuadro.

En la escritura el 53% de los adultos mayores obtuvieron el mayor puntaje, mientras que el 47 % el mínimo, pero se debe tener en cuenta que, al igual que en el punto anterior, al existir personas analfabetas éste resultado que se presenta en el cuadro puede mostrar algo que no es real.

En el último punto del examen se topa el área de dibujo, donde se puede apreciar que apenas el 30% de las personas obtuvo el valor máximo de 1 punto, mientras que el 70% sacó el valor de 0 puntos; en este apartado se debe notar que existe una persona que por motivo de discapacidad visual o motora no pudo realizar el dibujo por lo que el resultado variaría un poco.

Al realizar el análisis mediante el GDS de Reisberg se ve que la mayor parte de los adultos mayores (63,3%) presentan un déficit funcional subjetivo, es decir que sí existe algún tipo de olvido o deterioro pero que es lo esperado para su edad. Además le sigue con un 33,3% las personas que no presentan deterioro cognitivo ni de forma objetiva ni subjetiva, terminando con el valor de 3.3% de las personas que tienen apenas un déficit cognitivo leve.

13. Interpretación de los resultados

El análisis del estado cognitivo de los adultos mayores del barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí parte de la obtención de datos de las áreas de memoria, atención, lenguaje y habilidad viso-espacial.

Como tendencia a mencionarse se encuentra que la orientación temporal, con un 61% en los valores más altos, muestra que los adultos mayores de esta población presentan un nivel de conciencia normal ya que debido a su diario vivir tienen que tenerlo así ya que ellos se desenvuelven por sí mismos.

En las áreas de fijación y memoria que representan a la memoria a corto y largo plazo respectivamente se ve en la primera el 97% saca el valor mayor, mientras que en el segundo sacan el valor más alto sólo el 56% de los adultos mayores por lo que se vería que podría existir un problema en la memoria a largo plazo. Esto se debe a que los adultos mayores prestan más atención a conocimientos que les sirvan en el área práctica que es en la que ellos se desenvuelven, al no ser así lo olvidan con facilidad.

En atención y cálculo el 60% sacó los dos valores más altos, por lo que gran parte del grupo de adultos mayores poseen esta capacidad de enfocarse en una tarea dada y aunque muchos no sabían realizar cálculos matemáticos también se veía errores en los que poseían este conocimiento, esto se da ya que normalmente ellos al realizar sus cálculos necesitan hacerlo de una forma concreta y no abstracta como fue en el test. Este resultado es significativo si se considera la baja escolaridad, siendo el uso del cálculo una función que existe, solo en relación a las actividades prácticas de la vida diaria.

En las áreas relacionadas con el lenguaje como son nominación, repetición, comprensión, lectura y escritura, se obtuvieron resultados variados. En nominación se obtuvo un 97% de los adultos mayores con el valor máximo por lo que poseen la capacidad para reconocer y nombrar objetos comunes. Este resultado es coherente con estudios que refieren que el vocabulario se conserva y hasta se enriquece.

En repetición y comprensión se obtuvieron como valores máximos el 90% en el primero y el 93% en el segundo por lo que los examinados poseen la capacidad de repetir con precisión una frase complicada y de igual manera ejecutar una tarea compleja. Esta situación puede deberse ya que al estar relacionados por su forma de vivir a tareas que conllevan una repetición y procesos de seguir pasos establecidos lo hacen de una manera óptima.

En cuanto a la lectura y escritura se ve un declive en relación a los puntos anteriores ya que sólo el 57% de las personas lograron el valor máximo en lectura y el 53% en escritura. Se debe en gran parte a la falta de conocimientos de lenguaje escrito ya que este tipo de población al tener un tipo de vida donde lo que predomina son las labores manuales no vieron necesario el hecho de estudiar por lo que no poseen las capacidades de leer y escribir y provoca una baja en estos resultados.

Finalmente en el área de dibujo se aprecia que la habilidad viso-espacial se encuentra deteriorada ya que sólo el 30% sacó el puntaje de 1, mientras que el 70% tuvo un puntaje de 0. Esto se debe a factores de déficit sensorial o motriz puesto que en algunos casos las personas mayores no contaban con lentes para realizar esta prueba y en otros casos existía algún tipo de incapacidad a nivel motor lo que también les impedía el realizar esta labor, además de “la realización de tareas en

dibujo o copia de figuras también resulta afectada por el proceso de envejecimiento” (Cornachione, 2008, pág. 110).

El estado cognitivo va a ir presentando cambios en la etapa de la vejez y, como se ha visto, el estado que presenta cada persona puede variar mucho de una a otra según su transcurrir vital o como se ha desenvuelto esa persona sobre las circunstancias que se le han presentado.

Al hacer una comparación entre el Examen Cognoscitivo Mini-Mental y la Escala de Deterioro Global de Reisberg existe cierta similitud y congruencia si se lo analiza con detenimiento. Es cierto que mientras en el primero el porcentaje de personas normales versus personas con deterioro leve representa un valor de 76,7% a 23,3%, mientras que en el segundo se ven 3 valores, el que representa un valor normal del 33,3%, el 63,3% representa un deterioro muy leve, que viene a ser normal para su edad, y finalmente el 3,3% que es un déficit cognitivo leve. Para entender esto, en el estadio 1 (GDS1) existe una ausencia de déficit cognitivo de forma objetiva o subjetiva, en el estadio 2 (GDS2), el déficit cognitivo es muy leve, es un déficit normal para su edad donde se presentan normalmente quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. Finalmente, en el estadio 3 (GDS3), se da un déficit cognitivo leve. Las personas del grupo que se encuentran en este estadio han presentado dificultad para recordar palabras y nombres, tras la lectura retienen escaso material, olvidan la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor.

Por lo tanto, las personas que se encuentran en el estadio GSD2, al presentar un deterioro muy leve y a la vez estar dentro del rango normal para su edad, pueden representar ambos valores al compararse con el Mini-Mental y este a su vez al

mostrar que el 23,3% de las personas padecen de un deterioro leve, éste puede encontrarse en el rango de un deterioro muy leve (esperado para su edad) que dicta el GSD2 como en el de deterioro leve que representaría al GSD3. Se ve aquí que este grupo de adultos mayores ha tenido de cierta forma un buen desarrollo cognitivo a lo largo de su vida lo que ha hecho que lleguen a este punto de su existencia con un estado cognitivo óptimo para su edad. Esto no quiere decir que no existen áreas en las que se deba trabajar, crear estrategias, generar nuevos conocimientos, pero en general se encuentran dentro de un estado esperado.

Al realizar la comparación del estado cognitivo por edad se ve que el mayor porcentaje de la población que posee algún tipo de deterioro se encuentra en el rango de edad de 80-89 años con un 57% siendo el valor más alto en comparación con las demás edades lo que tendría lógica pues el declive cognitivo se comienza a dar en edades mayores a los 75 u 80 años y aunque en las personas mayores a los 90 años existe un 0% de personas con deterioro, lo que daría a pensar que existe algún error en la estadística, se puede considerar como caso aislado ya que dentro de las personas mayores a 90 años sólo se encuentra una persona, la cual viene a representar el 100% por lo que no es un valor lo suficientemente importante como para descartar que el resultado sea correcto.

En cuanto a la comparación por género los hombres presentan sólo un 14% de deterioro mientras que las mujeres muestran un 31% de deterioro lo que podría deberse a que aunque en sus actividades diarias la mayoría se dedica a labores similares, muchas de las mujeres se dedican más a las labores domésticas que normalmente hacen que éstas se encuentren en un espacio cerrado (no todo el tiempo), por otro lado los hombres al dedicarse a la agricultura o a otras actividades que involucran a más individuos, pueden estar generando un mayor retraso en el

deterioro cognitivo debido a que tienen mayor socialización, intercambio de ideas, nuevas perspectivas de resolver un problema.

Dentro de la comparación por estado civil salta a la vista que existe un 0% de personas con deterioro en la categoría de solteros mientras que en los viudos se encuentra el porcentaje más alto con el 33%, aunque cabe destacar que los solteros correspondían apenas al 6,7% de la población.

Al tomar en cuenta la escolaridad se ve que los adultos mayores analfabetos presentan un 57% de deterioro contra un 43% normal en esta misma categoría, seguido de cerca por un 50% en las personas alfabetizadas. Hay que poner interés en que muchas de las personas alfabetizadas simplemente saben escribir cosas básicas y muchos otros apenas sus nombres, por lo que no han tenido un desarrollo en esta área de su cerebro, esto podría constatarse al ver que las personas con primaria incompleta y completa tienen valores menores en cuanto a deterioro cognitivo, con el 8% y 13% respectivamente. Como se vio anteriormente, la educación juega un papel importante en el desarrollo del sujeto y por obvias razones en el envejecimiento activo donde el deterioro es menos rápido en personas con mayor escolaridad ya que aprender a leer y escribir conlleva a una demanda de especialización por parte del cerebro generando nuevos tipos de conexiones.

Los adultos mayores examinados frecuentemente requirieron un lenguaje más simple que el que el test señala para asegurar su comprensión pues su lenguaje es básico, lo cual es comprensible dado su bajo nivel educativo.

Hay que tomar en cuenta la rusticidad de este grupo de adultos mayores ya que este ha sido el tipo de vida que han experimentado desde una temprana edad donde se prestaba más atención a las labores manuales y de campo antes que los

estudios. Por estos motivos se genera otro factor que es el tener pocas oportunidades de desarrollo tanto a nivel personal como cognitivo.

Se puede evidenciar así que la teoría del ciclo vital contribuye mucho para entender el desarrollo cognitivo y por qué es que se encuentran en su estado actual. Como se había visto, esta teoría tenía una visión integral del ser humano donde todos los factores que envuelven al ser humano como son la cultura, la historia, aspectos psicológicos, biológicos y muchos otros factores van a generar una trayectoria única en la vida del sujeto por lo que este va a presentar procesos de pérdidas y ganancias. El grupo investigado desarrolló su vida en relación cercana con los vecinos y respondiendo en forma directa y esforzada a las exigencias vitales. De este modo, se ha generado espacios de participación social donde se incluyen, colaboran en actividades sociales, deportivas, culturales recreativas, ayudan a mantenerse en actividad tanto física como mental, ralentizando su deterioro.

El hecho de que estos adultos mayores además de realizar sus labores en general de agricultura o quehaceres domésticos, tienen que desenvolverse por ellos mismos, muchos otros ir a trabajar fuera del barrio; pertenecen a un grupo donde se reúnen, intercambian ideas, generan nuevos conocimientos, tienen un espacio de recreación y socialización lo que va a ir generando en ellos un mantenimiento y por qué no un desarrollo en su estado cognitivo ya que ponen en juego sus capacidades dentro de las actividades que se realizan en este espacio, siendo el grupo un factor importante para su desarrollo cognitivo.

Se han producido cambios a nivel cognitivo en los adultos mayores, algunos de estos llegando a ser deficitarios y aunque muchos llegan a tener una gran preocupación respecto a esto, pues entre ellos mismos sienten que no son como antes, se sienten

más aliviados al descubrir que en realidad es un proceso normal del que no hay que preocuparse y que si existe alguna falencia que se puede llamar significativa puede conseguir medios para ir superándola.

En general se puede ver, por lo tanto, que se ha dado un deterioro normal en los adultos mayores, se ve que su capacidad verbal se ha mantenido o incluso desarrollado a pesar de que al momento de la evocación tarden un poco más por lo que simplemente al darles más de tiempo responden de una manera esperada para su edad.

También cabe señalar que en los adultos mayores se ha producido un proceso de lentificación, esto se debe que su velocidad para captar la información y luego dar una respuesta ha decaído por la edad. También se debe tomar en cuenta que existe en ellos un déficit sensorial por lo que aunque no existe un deterioro marcado se presenta un bajo rendimiento.

14. Presupuesto

Tabla 2 Presupuesto de la investigación

Actividad	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Movilización	\$ 4,00	35	\$ 140,00
Refrigerios	\$ 6,00	15	\$ 90,00
Copias de reactivos	\$ 0,10	30	\$ 3,00
		Total	\$ 233,00

Nota: Elaborado por Aguilar, A., 2015.

Conclusiones

El estado cognitivo que presentan los adultos mayores del Barrio San Vicente de la Parroquia de Yaruquí, en forma mayoritaria, muestra ausencia de deterioro cognitivo; solo un cuarto de ellos evidencian deterioro cognitivo leve. Estos resultados se dan, consideran su condición educativa baja o ausente para la mayoría.

Por otra parte, su condición cognitiva está relacionada con una forma de vida activa y en comunidad. Así, los adultos mayores investigados han logrado “adaptarse” a condiciones de vida, frecuentemente adversas, pero necesarias para su supervivencia y una forma de vida donde la interrelación con el barrio y con sus pares en los encuentros del grupo de adultos mayores ha logrado poner en juego, entre otras sus capacidades cognitivas. Las tareas colectivas que realizan, involucran: movilizarse, compartir experiencias, realizar actividades lúdicas, entre otras; así como mantenerse en labores para subsistir, trayendo como consecuencia el funcionamiento cognitivo.

La hipótesis que aseguraba la existencia de deterioro cognitivo no se confirma, puesto que solo se evidencia como tendencia grupal, la existencia de áreas con deterioro leve – calculo, lenguaje escrito y hablado y percepción viso espacial-; mientras que las demás áreas están conservadas en relación a la edad. Estos deterioros están relacionados con bajos estímulos educativos a lo largo de su vida y trayectorias ligadas a tareas agrícolas y labores domésticas, poco estimulantes de un desarrollo cognitivo mayor.

En general los adultos mayores, en su mayoría, presentan buen desempeño en las áreas de orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y

cálculo, memoria, nominación, y comprensión, siempre considerando su nivel educativo.

Los adultos mayores presentan, en cambio, déficit en factores del lenguaje, tales como: lectura y escritura y la habilidad viso- espacial manifestada en el dibujo. Este resultado está directamente vinculado a su escasa preparación académica así como a sus desempeños laborales alejados de estas habilidades y concentrados alrededor de labores agrícolas y domésticas. Además es necesario considerar que varios adultos mayores presentan problemas de motricidad y déficit de la visión; los mismos que afectan el desempeño en estas áreas. En consecuencia, surge la necesidad de buscar elementos protésicos para compensar o paliar las deficiencias de los sentidos, por una parte, y por otra desarrollar con el grupo, programas de estimulación cognitiva.

Al parecer no existe ningún caso de deterioro cognitivo que se pueda entender como significativo como para dar paso a una sospecha de un deterioro de tipo demencial en el grupo de adultos mayores.

Se observó por otra parte la dificultad presente en los adultos mayores respecto a mostrar lentitud en sus respuestas y cansancio fácil, lo cual al parecer está relacionado con una disminución de la velocidad de sus procesos sensoriales y procesos de conexión interneuronal. Este resultado es confirmado por varias investigaciones que confirman una disminución de la velocidad de los procesos cognitivos con la edad.

A partir de los datos obtenidos, surge la necesidad, a futuro, de realizar un estudio más exhaustivo respecto a las habilidades cognitivas, dado que el realizado contó con un número limitado de participantes y con instrumentos de screening o

cribado por lo que se necesitaría ahondar en el análisis, al menos de los participantes que han mostrado algún tipo de deterioro cognitivo, para de ser necesario comenzar algún tipo de plan de acción para que no degeneren en una enfermedad de tipo demencial o que de tenerla no se agudice.

Se evidencia la necesidad de seguir manteniendo el grupo de estos adultos mayores e irlo fortaleciendo ya que esto es el que sostiene al grupo, el que les ayuda en este caso a la socialización, recreación, desarrollo de vínculos y de nuevos conocimientos, potenciando así el desarrollo cognitivo gracias a la plasticidad cerebral.

Finalmente algo importante a tomarse en cuenta es el tema de la Escolarización, debido a que esta al demandar un mayor nivel de desarrollo y especialización a nivel cerebral va a ir generando nuevas estructuras y formas de relacionarse con el mundo por lo que se debería instaurar algún tipo de plan para escolarizar a las personas que son analfabetas o alfabetizadas.

Hay que recordar que estas recomendaciones no se deben realizar solamente con los adultos mayores sino que se debe realizarla desde una temprana edad ya que el envejecimiento es este proceso que dura toda la vida, logrando que cuando se llegue a la vejez no se den problemas en el estado cognitivo.

Referencias

- American Psychological Association. (2010). *APA. Diccionario conciso de psicología*. México: El Manual Moderno.
- Arbeláez, M. (2000). <http://www.utp.edu.co>. Obtenido de <http://www.utp.edu.co>: <http://www.utp.edu.co/~humanas/revistas/revistas/rev22/arbelaez.htm>
- Berger, K. (2009). *Psicología del Desarrollo Adulterez y Vejez*. Buenos Aires: Panamericana.
- Berriell, F., & Pérez, R. (2007). *Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Cornachione, M. (2008). *Psicología del desarrollo. Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Brujas.
- Davis, P. (2014). *Cognición y Aprendizaje* . SIL International.
- Fernández Ballesteros, R. (1996). *Psicología de la vejez*. Madrid.
- Folstein, M., Folstein, S., Mc Hugh, P., & Fanjiang, G. (2002). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: Tea.
- González, I. (2011). *La Inteligencia*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, G. (2006). *Psicopatología Básica*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Lalive D'Epinau, (2011) *“El curso de la vida: la emergencia de un paradigma interdisciplinario”* en: J. A. Yuni (Comp.) *La vejez en el curso de la vida*, Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Mias, C. (2015). *Quejas de memoria y deterioro cognitivo leve: Concepto Evaluación Prevención*. Argentina: Brujas.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid.
- OMS. (2001). *El Abrazo Mundial*. Ginebra.
- OMS. (2016). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int>:
http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
- OMS. (2016). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int>:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- ONU. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York.
- Ostrosky-Solís, F., & Lozano, A. (s.f.). *Evaluación neuropsicologica en el envejecimiento normal y en el envejecimiento patológico*.
- Pinazo, S. y. (2005). Gerontología. Actualización, innovación y propuesta. En S. y. Pinazo, *Gerontología. Actualización, innovación y propuesta* (pág. 151). Barcelona: Pearson Educacion.
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento* (pág. 15). Bogotá: Universidad del Rosario

Rosas, R., & Sebastián, C. (2003). *Piaget, Vigotski y Maturana: Constructivismo a tres voces*. Buenos Aires: Aique.

Rossell, N., Rubio, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Salvarezza, L. (2011). *Psicogeriatría Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Wolman, B. (2010). *Diccionario de Psicología*. Mexico: Trillas.

Yuni, J., & Urbano, C. (2005). *Psicología del Desarrollo Enfoques y Perspectivas del Curso Vital*. Córdoba, Argentina: Brujas .

Anexos

Anexo 1 Examen Cognoscitivo Mini-Mental



EXAMEN COGNOSCITIVO MINI-MENTAL ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Nombre:

Edad: Escolaridad completada:

Fecha: / / Examinador:

INSTRUCCIONES

Lo escrito en negrita debe ser leído al entrevistado en voz alta, de manera clara y despacio. Las alternativas a algunos ítems aparecen entre paréntesis. El examen debe realizarse en privado y en el idioma materno del entrevistado. Marque con un aspa (X) el "0" si la respuesta es incorrecta, o el "1" si la respuesta es correcta. Comenzar preguntando lo siguiente:

Si no le importa, quería preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Dígame por favor,

	RESPUESTA (anote la contestación)	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)	
¿Sabe en qué año estamos?		0	1
¿En qué estación o época del año estamos?		0	1
¿En qué mes estamos?		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?		0	1
¿Qué día del mes es hoy?		0	1

ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse, y anotarse en su caso, los lugares originales por los alternativos.

¿Me puede decir en qué país estamos?		0	1
¿Sabe en qué provincia estamos? (Comunidad Autónoma)		0	1
¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos?		0	1
¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital / Clínica / Casa: nombre de la calle)		0	1
¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)		0	1

FIJACIÓN

Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, series alternativas de palabras (LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que re-evaluarse al paciente.

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y le voy a pedir que las repita cuando yo termine. ¿Preparado? Éstas son las palabras: PELOTA (pausa), CABALLO (pausa), MANZANA (pausa).	PELOTA	0	1
¿Me las puede repetir? (Repetirlas hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).	CABALLO	0	1
	MANZANA	0	1

Ahora trate de recordar esas palabras; se las preguntaré en unos minutos.

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas le quedan? Siga quitando de 3 en 3 hasta que le diga "basta".

¿Cuántas monedas le quedan si a 30 le quitamos 3? (27)		0	1
Si es necesario: Siga, por favor (24)		0	1
Si es necesario: Siga, por favor (21)		0	1
Si es necesario: Siga, por favor (18)		0	1
Si es necesario: Siga, por favor (15)		0	1

tea Mini-Mental Status Examination. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975, 1998, 2001) - Adaptación española: Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el Grupo ZARADAMP (1979, 1999, 2001) - Copyright © 2002 by TEA Ediciones, S.A.U. - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En su beneficio y en el de la profesión, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Printed in Spain. Impreso en España.

MEMORIARESPUESTA
(anote la contestación)PUNTUACIÓN
(marque con un aspa)

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (No dar pistas)	PELOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CABALLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MANZANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMINACIÓN

Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, objetos comunes alternativos (por ejemplo, gafas, silla, llaves, etc.).

¿Qué es esto? (Mostrar un lápiz o bolígrafo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y esto ¿qué es? (Mostrar un reloj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPETICIÓN

<p>Ahora le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS. ¿Me la puede repetir ahora, por favor? <i>(Repetirla hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).</i></p>		
EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Separe la página adjunta cortando de arriba abajo por la línea de puntos y, a continuación, córtela por la mitad siguiendo la línea horizontal de puntos. Utilice la mitad superior de la página (en blanco) para las pruebas de Comprensión, Escritura y Dibujo que vienen a continuación. Utilice la mitad inferior de la página como estímulo para las pruebas de Lectura ("CIERRE LOS OJOS") y Dibujo (pentágonos entrelazados).

COMPRENSIÓN

<p>Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa), y póngalo en el suelo (o mesa).</p>		
COGER EL PAPEL CON LA MANO DERECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOBLARLO POR LA MITAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PONERLO EN EL SUELO (o MESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LECTURA

<p>Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí (Mostrar la hoja con el estímulo: frase escrita).</p>	CIERRE LOS OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-----------------	--------------------------	--------------------------

ESCRITURA

<p>Por favor, escriba una frase, ... algo que tenga sentido. (Si el paciente no contesta, decirle por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy) Coloque el trozo de papel en blanco (sin doblar) frente al paciente y proporcione un lápiz o bolígrafo. Dar un punto si la frase es comprensible y consta de sujeto, verbo y predicado. No tener en cuenta errores gramaticales u ortográficos.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

DIBUJO

<p>Por favor, copie este dibujo (Muestre los pentágonos entrelazados que sirven como estímulo). Dar un punto si el dibujo consta de dos figuras de cinco lados que quedan entrelazadas formando entre ambas una figura de cuatro lados.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

Alerta/
responde

Obnubilación

Estupor

En coma/
No responde

PUNTUACIÓN
TOTAL
(Suma de
todos los ítems)

(Máximo
30 puntos)

Anexo 2 Escala De Deterior Global De Reisberg

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero si para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e)disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos