

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADAS
EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TEMA:

**DETERIORO COGNITIVO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
HOGAR SAN VICENTE DE PAÚL, ANTIGUO CUSCATLÁN, OCTUBRE-
NOVIEMBRE, 2016.**

Estudiantes:

Patricia Yamileth Portillo Segovia

Ana Elizabeth Rauda Ramires

Lilian Estefany Valencia Rivera

Docente asesor:

Licda. Martha Lydia Arévalo de Argueta

Ciudad Universitaria, Noviembre 2016

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Lic. Luis Argueta Antillón

Rector de la Universidad Interino

Maestro Roger Armando Arias

Vicerrector Académico de la Universidad Interino

Ing. Carlos Villalta

Vicerrector Administrativo de la Universidad Interino

Dra. Leticia Zavaleta de Amaya

Secretaría General de la Universidad

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

Decana de la Facultad de Medicina

Licda. Dálide Ramos de Linares

Directora de la Escuela de Tecnología Médica

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Director de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

PROCESO DE GRADUACION APROBADO POR

Licda. Martha Arévalo de Argueta

Docente Asesor de Proceso de Graduacion de la Carrera

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Coordinador General de Procesos de Graduacion de la Carrera

Índice

INTRODUCCION	5
CAPITULO I.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	7
B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	9
C. JUSTIFICACION Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
D. OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos	12
CAPITULO II	13
MARCO TEORICO.....	13
A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	13
B. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
1.1 Prevalencia, Incidencia Y Diagnostico En El Salvador	15
1.2 Funciones Mentales según el clasificador Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)	18
1.2.1 Las funciones mentales específicas:.....	18
1.2.2 Funciones mentales globales:.....	19
2. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR.....	20
3. MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) O MINI EXAMEN MENTAL	24
CAPITULO IV	32
DISEÑO METODOLOGICO.....	32
A. TIPO DE ESTUDIO	32
B. POBLACION Y MUESTRA.....	32
C. MÉTODOS, TÉCNICAS Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	32
D. PROCEDIMIENTO	33
a. Recolección de Datos	33
b. Procesamiento de datos.....	34
CAPITULO V.....	35

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESUTADOS	35
CAPITULO VI.....	51
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56

INTRODUCCION

El deterioro cognitivo ha sido largamente reconocido por ser un acompañante de la vejez, dependiendo este tanto de factores fisiológico como ambientales, ya que es parte del proceso de vejez normal; no se puede generalizar a todos los adultos mayores que atraviesan por esta etapa de su vida ya que así como pueden haber algunos con alteraciones que tienden a significar una cronicidad progresiva, puede que haya otros que gocen de plena normo-funcionabilidad de sus funciones mentales sin presentar rasgos de un deterioro cognitivo.

El presente trabajo de investigación tiene como tema: Deterioro Cognitivo De Los Pacientes Adultos Mayores del Hogar San Vicente De Paúl, Antiguo Cuscatlán, Octubre- Noviembre, 2016. En el cual durante cuatro días se evaluó al total de la población del hogar, exceptuando los usuarios ingresados en la clínica Santa Rita perteneciente al hogar debido a su estado crítico de salud la población fue evaluada utilizando el Minimental State Examination (MMSE), o Mini Examen Mental, creado por Folstein en 1975 y avalado en Chile en 1999 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), actualmente considerada como el método más práctico para evaluar las funciones mentales en el adulto mayor; es una prueba de mucha utilidad para profesionales que trabajan con población geriátrica tales como médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

El trabajo está planteado desde el punto de vista de la disciplina de Terapia Ocupacional que ve al ser humano como un ser dinámico e integral que tiene que estar en constante actividad dado a que no hay una prueba de cribaje previa en el país que indique el grado

de deterioro cognitivo de cada adulto mayor previo a una evaluación concreta y específica de Terapia Ocupacional, se utilizó en este caso el MMSE, con los siguientes objetivos; Caracterizar a los pacientes adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl., Aplicar la prueba estandarizada Minimental State Examination (MMSE), a los adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl, Identificar los aspectos cognitivos deteriorados del adulto mayor, Clasificar a los adultos mayores según los resultados obtenidos con la prueba.

El trabajo consta de 6 capítulos; los cuales se dividen de la siguiente manera:

- Capítulo 1: En el cual se describen los aspectos generales y básicos del trabajo de investigación
- Capítulo 2: En el cual se presentan los antecedentes y fundamentación teórica del tema de investigación.
- Capítulo 3: Se ve plasmado la Operacionalización de las variables.
- Capítulo 4: Se describe el diseño metodológico de forma clara y concreta
- Capítulo 5: Se refleja el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante el proceso de investigación.
- Capítulo 6: Aquí el grupo presenta las conclusiones y recomendaciones en referencia al tema.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Actualmente el envejecimiento demográfico también llamado crecimiento en pirámide invertida; es el problema según la Organización Mundial para la Salud (OMS), que indica una sociedad que envejece rápido.

En un estudio publicado en el 2011 la Organización Panamericana de la Salud indico que el año 2010 el índice de las Américas fue de 53 adultos de más de 60 años o más por cada 100 niños menores de 15 años; y que aparte del envejecimiento un 10 a 15% de esa población padece algún tipo de síndrome geriátrico, dentro de los cuales se presentan alteraciones de las funciones mentales.

De acuerdo con el censo poblacional nacional del año 2007, la población adulta mayor representa poco más del 9,4% de la población del país. (1)

De ese 9,4% menos del 55% se encuentran institucionalizados, el país cuenta con 52 asilos de esos solo 2 son de tipo estatal, del total de instituciones mencionadas se tomó para este proceso de investigación el hogar de ancianos San Vicente de Paul ubicado en Antiguo Cuscatlán, que actualmente alberga a 73 adultos mayores de los cuales fueron evaluados 55 siendo la muestra de nuestra investigación ,toda la población fue evaluada exceptuando pacientes en estados críticos de salud, la necesidad de evaluar a esta

población se vio desde el punto de vista de Terapia Ocupacional que ve al ser humano como un ser dinámico e integral que tiene que estar en constante actividad sin caer en el sedentarismo, actividades monótonas o actividades poco adecuadas dado a que no hay una prueba de cribaje previa que indique el grado de deterioro cognitivo de cada adulto mayor.

La población seleccionada fue evaluada con la ficha de evaluación estandarizada Minimal State Examination (MMSE), o Mini Examen Mental, creado por Folteim en 1975 y avalado en Chile en 1999 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta prueba actualmente es considerada como el método más práctico para evaluar las funciones mentales en el adulto mayor; es una prueba de mucha utilidad para profesionales que trabajan con población geriátrica tales como médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales cada uno utilizando la prueba con los fines evaluativos propios de sus disciplinas. Como terapeutas ocupacionales por medio de esta prueba pudimos evaluar; funciones mentales específicas: atención, concentración, memoria a corto plazo, abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje, y capacidad de seguir instrucciones; funciones mentales globales: orientación en persona, espacio, tiempo estas funciones son las que se evaluaron con el fin de clasificar a la población de este centro según su deterioro cognitivo.

B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl, Antiguo Cuscatlán, Octubre- Noviembre, 2016?

C. JUSTIFICACION Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Las alteraciones de las funciones mentales son parte de los síndromes geriátricos que se presentan en algunos adultos mayores tomando en cuenta este aspecto, se ve la necesidad de clasificar y utilizar técnicas evaluativas que abarquen los aspectos elementales de las funciones mentales y sean adecuados para población salvadoreña tal es el caso de la prueba Minimental State Examination o (MMSE), prueba creada por Folteim en 1975, y avalada en Chile en 1999 por la Organización Panamericana de la Salud, prueba que no es considerada diagnostica pero si clasificatoria en el aspecto de deterioro de las funciones mentales y como instrumento clave para una atención integral de salud adecuada tanto para usuarios que no presentan deterioros crónicos o para los que si los presentan.

Con este proceso de investigación se determinó el deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores utilizando el Minimental State Examination (MMSE), en el Hogar San Vicente de Paul, ubicado en Antiguo Cuscatlán, que actualmente tiene 73 adultos mayores.

Esta investigación se realizó para evaluar y clasificar a los usuarios según su deterioro cognitivo y los resultados de la investigación beneficiaran a la población del centro y en especial a los profesionales asistenciales del sector salud que están en el hogar para que puedan modificar la atención integral del adulto mayor con el enfoque de Terapia

Ocupacional para poder tener adultos mayores con funciones mentales clasificadas y tratadas según las necesidades de cada caso y no en forma generalizada.

El trabajo fue viable ya que la institución ha tomado a bien el hecho de que los adultos mayores que residen en el hogar que fueron evaluados con la prueba Minimental State Examination (MMSE), ya que es una prueba relativamente rápida, y en el país no hay estudios en los cuales hayan utilizado dicha prueba siendo este el primer hogar de adultos mayores en ser evaluado con el Minimental State Examination (MMSE).

La investigación sirve como aporte al proceso de formación académica ya que se verificó la aplicación de un instrumento estandarizado desde una perspectiva científica y los resultados sirven de referencia para futuras investigaciones, y será de utilidad también para los futuros profesionales que quieran conocer más acerca de este tema, y ahondar en el papel de la Terapia Ocupacional en los déficits de las funciones mentales y proponer intervenciones de la disciplina elaborando programas más adecuados a las condiciones de los pacientes y así estos puedan tener un mejor desempeño ocupacional y mejor calidad de vida.

D. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el Deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl, Antiguo Cuscatlán, Octubre- Noviembre 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl.
- Aplicar la prueba estandarizada Minimental State Examination (MMSE), a los adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl.
- Identificar los aspectos cognitivos deteriorados del adulto mayor.
- Clasificar a los adultos mayores según los resultados obtenidos con la prueba.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Hogar de Ancianos San Vicente de Paul, situado en el Municipio de antiguo Cuscatlán Departamento de La Libertad, es una institución de carácter religioso, contando con más de 25 años de existir en El Salvador, atendiendo a la población Adulta Mayor en situación de abandono familiar, brindándoles los cuidados básicos necesarios y demás atenciones que requieren los Adultos Mayores. (2)

Esta institución alberga de manera gratuita a personas adultas mayores que no cuentan con apoyo familiar y también a otros que son pensionados y que además tienen ayuda de los familiares.

La institución presta muchos servicios a la población que alberga entre ellos: servicios médicos, enfermería, psicología y cuenta con un área de Terapia Física y Terapia Ocupacional que tiene en su jefatura a la Licda. Cecilia González y una fisioterapeuta más; siendo solamente dos terapeutas para atender a los adultos mayores de la institución.

La institución tiene capacidad para albergar a 100 adultos mayores, pero actualmente cuenta con 73. Tiene como misión el asistir y velar en todo momento para proporcionar al adulto mayor ingresado lo necesario para que pasen sus días en un ambiente de paz, amor y tranquilidad; y como visión proporcionar ayuda a las personas pobres,

Abandonadas y desprotegidas de la tercera edad, haciéndolo posible, gracias a la ayuda de las empresas y personas altruistas que nos dan su donación para cubrir sus necesidades.

El Hogar San Vicente de Paul ha sido ya protagonista de varias investigaciones de otras áreas, pero en este caso, por primera vez se realizó una investigación para determinar el deterioro cognitivo utilizando la prueba estandarizada Minimental State Examination (MMSE) en los 73 adultos mayores, considerando el crecimiento en pirámide invertida de la población salvadoreña, la necesidad de una atención integral del adulto mayor, la presencia de más de algún síndrome geriátrico en los adultos mayores y más específicamente alteraciones en las funciones mentales, el sedentarismo, el poco personal del área de Terapia Física y Terapia Ocupacional y el aislamiento social. Esta prueba es actualmente el método más práctico para evaluar las funciones mentales en el adulto mayor siendo una prueba no diagnóstica pero que si ayuda a clasificar el grado de deterioro en las funciones mentales.

B. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR (3)

El deterioro cognitivo es generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva; es decir la capacidad para procesar el pensamiento, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Las funciones que se ven afectadas son : la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión y el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, la conciencia no se ve afectada, el deterioro cognitivo en ocasiones suele ir precedido por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

El deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual ya que es parte del proceso de vejez normal, pero también puede darse con mucha anticipación cuando hay afecciones de base de tipo neurológica o psiquiátricas llegando a estados demenciales o de postración.

1.1 Prevalencia, Incidencia Y Diagnostico En El Salvador

El deterioro cognitivo ha sido largamente reconocido como un acompañamiento de la vejez. La incapacidad para recordar el nombre de alguien conocido recientemente o el contenido de una corta lista del supermercado son experiencia familiares para todas las personas, y esta situación parece ser más común a medida que se envejece.

En El Salvador como en el resto del mundo la expectativa de vida se ha ampliado significativamente en cuanto a los últimos años, aumentando así la población de Adultos mayor y por consiguiente la demanda de servicios.

Según datos presentados por la Licda. Kenny Margarita Rodríguez Najarro en su ponencia y trabajo investigativo sobre la Situación del Adulto Mayor en El Salvador” hasta el año 2007, La población adulta Mayor era de 542,191, cabe destacar que dichos dato no se han actualizado ya que el último censo poblacional nacional se realizó en el 2007.

Con este número de adultos mayores se van agudizando así los problemas que enfrentan estas personas en cuanto a su estado de vulnerabilidad a raíz del envejecimiento el cual está regido por la modificaciones morfológicas, fisiológicas, alteraciones en las funciones mentales y sociales, estas modificaciones o alteraciones se presentan en la última etapa de la vida que para la mayoría es llamada vejez y para lo Organización Mundial para la Salud es desglosada de la siguiente manera las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad como consecuencia de la acción del tiempo sobre el organismo del ser humano generando así el deterioro paulatino del funcionamiento del cuerpo, de sus órganos y sistemas que sufren una disminución en su funcionamiento.

La institucionalización del anciano, falta de apoyo, el abandono y la marginación social por parte de la familia como de la sociedad misma, el deterioro propio de la edad, han generado que el anciano desarrolle afecciones múltiples alteraciones en sus funciones mentales como el apareamiento de eventos depresivos los cuales muchas veces no se le da la debida importancia, problemas o síndromes demenciales, finalizando en estados de postración.

Durante las últimas décadas, la población adulta mayor de nuestro país aumentado en dato especifico un 9,4% de nuestra población son adultos mayores; esto ha cambiado la visión sobre el deterioro cognitivo para muchos profesionales de la rama de medicina que trabajan con adultos mayores incluyendo los terapeutas ocupacionales. En el pasado estos problemas eran vistos como inevitables acompañamiento del envejecimiento, a menudo llamados “lapsos seniles” sin profundizar mucho en ello ya que eran vistos como algo “normal” debido al proceso de asimilación por lo que los adultos mayores tenían que pasar al ser asilados o institucionalizados.

Más recientemente, los profesionales de la salud han cambiado su forma de ver la “pérdida de memoria” o los “olvidos” como algo normal debido al envejecimiento e involucrando con ella las alteraciones de otras funciones mentales a tal punto que este deterioro en cierto grado es ahora considerado patológico y a su vez, indicativo de ciertos procesos que afectan a los adultos mayores.

El umbral para realizar una determinación es que la pérdida o alteración que involucra el deterioro cognitivo haya progresado de tal manera que el desempeño funcional en las

actividades de la vida diaria, no se realicen ya de forma independiente, por ejemplo, si alguien no puede manejar sus finanzas, o cubrir sus necesidades básicas mínimas (bañarse, comer, vestirse). Este grado de deterioro cognitivo se denomina demencia.

En el país como tal no hay fichas propias para la evaluación del estado cognitivo del adulto mayor, con frecuencia los diagnósticos médicos llegan cuando ya los usuarios adultos mayores se encuentran en estados demenciales ya progresados y con notable evolución; como terapeutas ocupacionales evaluamos la función mental como un todo integral, buscando siempre a independencia, mejoramiento y conservación de las funciones según sea el caso; en este proceso de investigación se utilizó una ficha de evaluación ya estandarizada y avalada, como método práctico para la evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores del hogar San Vicente de Paul.

1.2 Funciones Mentales según el clasificador Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Trata sobre las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como memoria, lenguaje y cálculo mental, las cuales se detallan así:

1.2.1 Las funciones mentales específicas:

Son definidas, como las capacidades que valoran la integridad de un sistema de organización de la información adquirida por medio de los sentidos, la rememoración del aprendizaje anterior, la integridad de los mecanismos cortico subcorticales que sustentan el pensamiento y la capacidad de tratar dos o más informaciones o eventos

simultáneamente; comúnmente son las que inicialmente sufren un deterioro evidente ya que es común y algunas veces el signo más evidente de los adultos mayores como lo son las alteraciones en la memoria más comúnmente en la memoria a corto plazo e inmediata y problemas de atención ya sea voluntaria o sostenida.

Las funciones mentales específicas abarcan:

- **Funciones cognitivas superiores:** juicio, formación de conceptos, meta cognición (organización y planificación), flexibilidad cognitiva, autoconocimiento (introspección), atención, conciencia)
- **Atención**
- **Memoria**
- **Percepción**
- **Pensamiento**
- **Funciones relacionadas con la sucesión de movimientos complejos**
- **Funciones emocionales**
- **Experiencias relacionadas con uno mismo y el tiempo**

Las funciones mentales específicas se adquieren por el aprendizaje social debido a que descansan en la observación del comportamiento de los demás.

1.2.2 Funciones mentales globales:

En referencia a las funciones mentales globales tienden a verse afectadas su mayoría y en forma casi conjunta; las funciones mentales globales abarcan:

- **Conciencia**
- **Orientación**
- **Temperamento y personalidad**
- **Motivación, control de impulso y apetito.**
- **Funciones del sueño**

Las funciones mentales globales no se adquieren por el aprendizaje ya que son de tipo innato y madurando conforme el ser humano crece.

2. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Ciertas características del proceso salud - enfermedad de los adultos mayores determinan que en este grupo exista un mayor riesgo de deterioro funcional que puede llevar a discapacidad y dependencia. La Terapia Ocupacional se encarga de fomentar un envejecimiento saludable que permita vivir una vejez activa y satisfactoria, es uno de los principales objetivos de los diversos profesionales que participan en la atención de las personas mayores basados desde el punto de la disciplina de Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo tal que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de los adultos mayores. Centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que se le atribuye un significado y una relevancia, ya que permiten desempeñar roles e integrarse a la sociedad.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales atribuibles a la vejez pueden incidir en la capacidad de realizar las ocupaciones diarias que solían llevar a cabo, y esto puede impactar en la calidad de vida. La Terapia Ocupacional colabora en la promoción de estilos de vida saludables, el buen uso del tiempo, la prevención de riesgos y el fomento una vida activa que permita entrenar diariamente las capacidades cognitivas y físicas.

Si existe algún nivel de dependencia, la Terapia Ocupacional actúa como un puente entre la realidad biomédica de la persona y su cotidianeidad. Como parte del equipo de salud, la Terapia Ocupacional se interesa por conocer de qué manera la enfermedad impacta, o podría hacerlo, en la capacidad de la persona para realizar las actividades que le son significativas y le permiten configurar su rutina y ejercer los roles en los que se ha involucrado durante su vida; para conocer esos aspectos hay una evaluación propia y específica de la Terapia Ocupacional y los aspectos que comprenden son: el Perfil Ocupacional y el Desempeño Ocupacional. (4)

El Perfil Ocupacional se define como la información que describe la historia y experiencias ocupacionales de la persona, patrones de la vida diaria, intereses, valores, y necesidades. Al usar un enfoque centrado en la persona, la información se reúne para comprender lo que en la actualidad es importante y significativo para la persona. Y para identificar la experiencia pasada y los intereses que pueden ayudar a comprender los factores y problemas actuales.

El Desempeño Ocupacional o Ejecución Ocupacional es definido como la habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este resulta con el logro de la ocupación o

de la actividad seleccionada y ocurre a través de una transacción dinámica entre la persona, el contexto y la actividad. La valoración del desempeño ocupacional incluye: ámbito ocupacional, los factores del paciente y el desempeño ocupacional propiamente dicho.

- a) El ámbito ocupacional incluye el contexto - entorno y las demandas de la actividad
- b) Los factores del paciente incluyen los factores personales, las funciones corporales y estructuras corporales.

El desempeño ocupacional valora las ocupaciones que el paciente realiza, las destrezas de ejecución y los hábitos de ejecución.

A partir de esto, la Terapia Ocupacional busca el desarrollo de otras habilidades en la persona, la potenciación de capacidades remanentes y/o la adaptación de los ambientes físicos y sociales en los que se desenvuelve, a fin de lograr mayor autonomía y satisfacción, tanto del individuo como de su familia, transformando de este modo el día a día en una potencial fuente de mantención y apoyo a la salud, la Terapia Ocupacional le trae al adulto mayor los siguientes beneficios:

Beneficios cognitivos:

- Ayuda a mantener o mejorar las habilidades verbales. A través de actividades rítmicas, por ejemplo, contribuye a la inteligibilidad del lenguaje.
- Estimula la memoria a diversos niveles, tanto a corto como a largo plazo, ayudando a la reminiscencia (evocación de recuerdos casi olvidados) y al aprendizaje.

- Ayuda a mantener la atención y a conectar la persona con la realidad.
- Incentiva la creatividad.

Beneficios físicos:

- Es relajante y disminuye la ansiedad y la angustia.
- Activa el sistema motor y favorece el equilibrio.
- A través del ritmo mejora la coordinación de los movimientos.
- A través de los pequeños ejercicios de psicomotricidad de seguir ritmos o tocar un instrumento ayuda a mejorar la movilidad de las articulaciones aumenta la fuerza muscular.

Beneficios sociales, emocionales y espirituales:

- Fomenta la participación, la interacción y la comunicación social en el grupo.
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima.
- Permite hacer aflorar las emociones.
- Mejora la expresión verbal y no verbal.

El hombre es un ser activo cuyo desarrollo se encuentra influenciado por la actividad propositiva. A través de su capacidad para la motivación intrínseca y sumada a esto una buena evaluación de Terapia Ocupacional los profesionales serán capaz de influir sobre su salud física y mental así como en su entorno físico y social a través de la actividad con un propósito.

3. MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) O MINI EXAMEN MENTAL

Los adultos mayores asilados del hogar san Vicente de Paul, fueron evaluados con la prueba Minimental State Examination (MMSE), con la cual se clasificó esta población de adultos mayores según su deterioro en las funciones mentales.

El MMSE fue desarrollado por Folstein en (1975) (5) como un método práctico que permitía establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium, dicha prueba con el pasar de los años ha sido modificada en más de tres ocasiones las más conocidas modificaciones son la de la universidad de salamanca y la versión aprobada y avalada en Chile en 1999 por la Organización Panamericana de la Salud, Las características esenciales que se evalúan son:

- Atención
- Concentración
- Memoria
- Abstracción(calculo)
- Capacidad de lenguaje
- Capacidad de seguir instrucciones
- Orientación en tiempo y espacio

Cabe mencionar que la orientación en persona dentro de la prueba no se le da ninguna ponderación o puntaje ya que la literatura fundamenta que la orientación en persona es

lo último que pierde un ser humano; ya cuando se encuentra en un grado de deterioro crónico postrativo.

Dicha prueba tiene ciertas características las cuales son:

- El MMSE es una prueba destinada para ser administrada de forma individual en adultos mayores.
- No tiene límite de tiempo.
- Se aplicó en un lugar propicio, confortable y sobre todo, libre de ruidos.
- El estado de salud es importante ya que en pacientes en estados soporosos, estados críticos de salud o que se encuentren en situación de discapacidad de tipo visual (ceguera), o auditiva (sordera) la prueba NO ES APLICABLE.
- El examinador creó una situación relajante y de confianza para el examinado.
- Se realizó una entrevista con el paciente antes de la toma de la prueba, con el objetivo de tener algunos datos del paciente y también para poder hablar de sus intereses y pasatiempos, con el fin de lograr que el paciente diera inicio a la prueba algo relajado.
- Además se valoró si el usuario aceptaba ser evaluado.
- Se hizo un esfuerzo por obtener una cooperación constante por parte del usuario y mantenerlo motivado, sin que esto signifique que se hagan observaciones sobre lo acertado equivocado de sus respuestas.

La calificación e interpretación de los resultados es la siguiente:

- La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona.

Para calificar el profesional realizó:

- Puntuó cada alternativa de respuesta (de acuerdo al valor dado, luego sumó todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima es de 30).

Puntuación e Interpretación de la puntuación.

27-30 puntos	Normal, la persona presenta no presenta ninguna alteración en sus funciones mentales.
26-24 puntos o menos	Deterioro leve
23 a 12 puntos	Deterioro severo
11 a 6 puntos	Deterioro crónico
5 puntos o menos	Postración

Desglosado de la siguiente manera:

Orientación en tiempo y espacio	10 puntos
Memoria	6 puntos
Atención y calculo	5 puntos
Percepción visual	2 puntos
Capacidad de lenguaje	1 puntos
Aprendizaje	6 puntos
Total	30 puntos

El formato del MMSE lleva el siguiente orden: (6)

Antes de comenzar con el MMSE es importante tomar nota de los datos generales del paciente:

- Nombre y Apellido del paciente
- Edad
- sexo
- Nivel educativo
- Enfermedades de base

Se muestra a continuación la definición de los términos (7) y el orden de la prueba MMSE; cabe mencionar que algunos de ellos en el clasificador Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) son llamadas funciones mentales.

1-ORIENTACION TIEMPO- LUGAR: es la acción de ubicarse y situarse en el tiempo, es la acción de ubicarse o reconocer el espacio circundante orientación espacial
(10 puntos)

- Preguntar día de la semana (1), fecha (1), mes (1), año (1) y estación del año (1).
- Preguntar sobre lugar de la entrevista (1), hospital (1), ciudad (1), provincia (1), país (1).

Se puede considerar correcta la fecha con ± 2 días de diferencia.

2- MEMORIA A CORTO PLAZO (6 puntos): también conocida como memoria primaria o memoria activa; es la capacidad para mantener en mente de forma activa una

pequeña cantidad de información entre 3 a 7 elementos, la duración de esta memoria está estimada en varios segundos.

Pedir al paciente que escuche con atención porque le va a decir tres palabras que debe repetir después (por cada palabra repetida correcta se otorga 1 punto).

Avisar al mismo tiempo que deberá repetir las palabras más tarde.

Casa (1), zapato (1) y papel (1). (3puntos)

Repita las palabras hasta que el paciente aprenda las tres.

SEGUNDA PARTE

• REGISTRO DE TRES PALABRAS MEMORIA A CORTO PLAZO

(3 puntos)

Pedir al paciente que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se da un punto.

3-ATENCIÓN Y CÁLCULO (5 puntos): Atención es el proceso conductual y cognitivo de concentración en un aspecto discreto y se puede considerar voluntaria o involuntaria; Calculo consiste en realizar operaciones lógicas y coherentes necesarias para prever el resultado lógico concebido de dichas operaciones.

Serie de 7. Pedir al paciente que reste de a 7 a partir de 100 y continúe restando de a 7 hasta que usted lo detenga. Por cada respuesta correcta dar 1 punto, detenerse luego de 5 repeticiones correctas. Comience preguntando ¿cuánto es 100 menos 7?

Otra variante, no equivalente a la serie de 7 es pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia delante. Correcta recibe 1 punto.

4- PERCEPCION VISUAL (2 puntos): es la interpretación o discriminación de los estímulos externos visuales relacionados con la experiencia y conocimiento previo. Mostrar una lapicera y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.

5- CAPACIDAD DE LENGUAJE ORAL (1 punto): aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren, modifican o se evalúan; habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores, como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción y la observación.

Pida al paciente que repita la siguiente oración: tres perros en un trigal.

6-APRENDIZAJE (6 puntos): se denomina aprendizaje al proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia. Dicho proceso puede ser entendido a partir de diversas posturas, lo que implica que existen diferentes teorías vinculadas al hecho de aprender.

- SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES (3 puntos)

Indique al paciente una orden simple. Por ejemplo: toma un papel con su mano derecha (1punto), dóblelo por la mitad (1 punto) y póngalo en el suelo (1 punto).

Por cada acción correcta el paciente recibe 1 punto.

- LECTURA (1 punto) pregunta omitible

Pida al paciente que lea la siguiente orden (escrita previamente), y la obedezca, no debe decirlo en voz alta (debe explicar este ítem del test sólo una vez).

“Cierre los ojos”

- ESCRITURA (1 punto) pregunta omitible.

Pida al paciente que escriba una oración, debe tener sujeto y predicado. Se acepta como válido el sujeto tácito. La oración debe tener un sentido.

- DIBUJO (1 punto) pregunta omitible.

Debe copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados).

Se considera correcto si las dos figuras tienen 5 lados y el cruce tiene 4 lados; previamente el evaluador explica de forma clara y sencilla como realizara la prueba.

La prueba MMSE no se considera diagnostica pero en este proceso de investigación se utilizó para clasificar a la población seleccionada y así ellos reciban una mejora en sus procesos integrales de salud y utilizando como base la terapia ocupacional para modificar los servicios integrales que promuevan mejor funcionabilidad del adulto mayor y planes terciarios de atención para los pacientes en estados más crónicos.

CAPITULO III
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl	Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento; fase en la cual el cuerpo y las facultades cognitivas van en deterioro.	Son los adultos mayores que se encuentran en el Hogar San Vicente de Paúl quienes no cuentan con apoyo familiar y otros son pensionados y que por la edad se supone tienen deterioro cognitivo	Datos generales: -Edad -Sexo -Nivel educativo -Tiempo de institucionalización -Enfermedades de base
Deterioro cognitivo	Es la perdida de las funciones cognitivas que se produce con el envejecimiento normal, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual.	La mayoría de adultos mayores presentan alteraciones en las funciones cognitivas que son progresivas en su deterioro, esto dependerá de su estado físico y el ambiente que rodea al anciano del hogar san Vicente de paúl.	Minimental State Examination (MMSE) -Orientación en tiempo y espacio -Atención y Calculo -Memoria -Aprendizaje -Percepción visual -Lenguaje Administración de la prueba -Tiempo -Estado del paciente Escala de deterioro y Clasificación de los adultos mayores -Normal -Deterioro leve -Deterioro severo -Deterioro crónico (demencia) -Postración

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó en esta investigación es descriptivo y transversal.

Descriptivo porque se realizó una descripción del deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del Hogar San Vicente de Paúl, con el fin de poder dar ideas de intervención más integrales para cada uno de los pacientes y no hacerlo de forma generalizada; Transversal porque se realizó en un rango de tiempo específico ya que solamente se realizara una evaluación y no se realizaron evaluaciones posteriores.

B. POBLACION Y MUESTRA

La investigación se realizó en el Hogar San Vicente de Paul situado en Antiguo Cuscatlán. Dicha institución cuenta con una población de 73 adultos mayores albergados, de los cuales se evaluaron 55 ya que 9 personas estaban ingresadas en la clínica Santa Rita que está ubicada dentro del hogar en un estado de salud postrativo, 5 de ellas no se encontraban en el hogar, 2 tenían discapacidad auditiva y visual por lo tanto la prueba no fue aplicable, y 2 personas no quisieron colaborar en la realización de la prueba.

Dentro de la fundamentación teórica explica que la Organización Mundial de la Salud toma en cuenta al adulto mayor en una edad a partir de 60 años, sin embargo el Hogar San Vicente de Paúl acepta a personas de a partir de 50 años y los toma como personas en una edad avanzada.

MÉTODOS, TÉCNICAS Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El método que se utilizó fue el de observación, entrevista y evaluación de las funciones mentales los cuales por medio de una guía llamada Minimental State Examination (MMSE) o Mini Examen Mental, el cual consta de 6 categorías a evaluar relacionadas con las funciones mentales globales y específicas, y cada uno de estos aspectos tiene una puntuación.

La evaluación que se realizó a cada usuario duro alrededor de 15 a 20 minutos, en los cuales se hizo introducción teniendo una plática previa con el usuario; al terminar la evaluación se hará una sumatoria de los puntajes obtenidos y el total máximo será de 30 puntos y el mínimo será de 5 o menos, las evaluaciones se realizaron en 4 días, en el horario de 8-12 de la mañana.

En esta investigación no se realizó validación de instrumento ya que el instrumento está estandarizado y avalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

D. PROCEDIMIENTO

a. Recolección de Datos

La recolección de datos se hizo a través de la prueba estandarizada Minimental State Examination (MMSE) sobre las funciones mentales globales y específicas que consta de 6 categorías.

b. Procesamiento de datos

Los datos son presentados por medio de tablas de frecuencia de las variables identificadas y cuentan con su respectivo análisis e interpretación al final de todos los datos, para tal efecto los datos se procesaran con los programas de Word.

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESUTADOS

I. ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SAN VICENTE DE PAÚL

TABLA 1
POBLACION META

Adultos Mayores	Fc	%
Evaluados	55	75%
No evaluados	18	25%
Total	73	100%

Fuente: Expedientes de los pacientes

Análisis: Inicialmente la población a evaluar eran las 73 personas que están en el Hogar San Vicente de Paúl, sin embargo solo se pudo evaluar a 55 que correspondían al 75 % de esa población, ya que el resto que equivale al 25 % de la población, 9 personas estaban ingresadas en la clínica de la institución, 2 tenían una situación de severa discapacidad, 5 no se encontraban en la institución cuando se realizó la evaluación y 2 no quisieron participar. Por lo que la muestra entonces consistió en los 55 adultos mayores que si fueron evaluados y quienes de aquí en adelante se reportaran como el 100% de la población.

TABLA 2
SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES EVALUADOS

Sexo	Fc	%
Masculino	22	40%
Femenino	33	60%
Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: De los 55 adultos mayores evaluados, el 60% eran del sexo femenino y 40% del sexo masculino.

TABLA 3
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES EVALUADOS

Rangos de Edad	Fc	%
51 – 60 años	3	5%
61 – 70 años	4	7%
71 – 80 años	12	22%
81 – 90 años	23	42%
91 - 100 años	11	20%
> 100 años	2	4%
Total	55	100%

Fuente: Expedientes de los pacientes

Análisis: Como puede observarse en la tabla 3, la mayoría de las personas evaluadas, se encuentran en el rango de 81 -90 años, lo que equivale al 42% de la población, en segundo lugar los del rango de 71 – 80 años y en tercer lugar el rango de 91 – 100 años con un 20% y 22% respectivamente.

TABLA 4
NIVEL EDUCATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES EVALUADOS

Nivel Educativo	Fc	%
Educación Básica	29	53%
Educación Media	8	15%
Educación Superior	9	16%
Sin Nivel Académico	9	16%
Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: podemos observar que la mayoría de la población se ha cursado educación básica con el 53 %, un 16% cuenta con educación superior y el mismo porcentaje corresponde a las personas que no cursaron ningún grado, en cuanto al resto culminaron sus estudios en educación media.

TABLA 5
TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACION DE LOS ADULTOS MAYORES
EVALUADOS

Tiempo de Institucionalización	Fc	%
< 1 año	15	27%
1 – 5 años	23	42%
6 – 10 años	11	20%
11 – 15 años	5	9%
16 – 20 años	1	2%
Total	55	100%

Fuente: expedientes de los pacientes

Análisis: la mayoría de la población tiene de 1 a 5 años de permanencia en la institución y que cuenta con el 42%, luego se observa que un 27% tiene un año o menos de institucionalizados, el 20 % corresponde a las personas que tienen de 6 a 10 años, el 9% de 11 a 15 años y el resto que corresponde al 2% una persona ha permanecido por 20 años en el hogar San Vicente de paúl.

TABLA 6
ENFERMEDADES DE BASE DE LOS ADULTOS MAYORES EVALUADOS

Enfermedades de Base	Fc	%
Hipertensión Arterial	14	26%
Alzheimer	3	5%
Secuela de ACV	3	5%
Diabetes	3	5%
Secuela de Fx de Cadera	4	7%
Artrosis de Rodilla	4	7%
Artritis Reumatoide	7	14%
EPOC	3	5%
Trastorno Bipolar	1	2%
Vitíligo	1	2%
Demencia Senil	3	5%
Enfermedad de Parkinson	1	2%
Trombosis	1	2%
Enfisema	1	2%
Cifoescoliosis	1	2%
Insuficiencia Venosa	1	2%
Retraso Mental Moderado	4	7%
Total	55	100%

Fuente: expedientes de los pacientes

Análisis: cómo podemos observar en la tabla 6 hay una mayor incidencia dentro de las enfermedades de base presión arterial que cuenta con el 26% de la población, seguido de artritis reumatoides con el 14%, 4 usuarios que padecen de retardo mental moderado, 4 con secuelas de fractura de cadera, 4 con artrosis de rodillas, todos ellos con 7% cada uno, seguido de esto tenemos 3 usuarios con secuelas de ACV, 3 con demencia senil, 3 con Alzheimer, con diabetes y 3 con EPOC, cada uno con un 5%, continuando se encuentran enfermedades diversa como vitíligo, insuficiencia venosa, Parkinson, trombosis, cifoscoliosis y enfisema; de las cuales solo se encontró un usuarios por cada una de las ya mencionadas patologías, correspondiendo a cada una un 2%.

II. DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES

A. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MINIMENTAL STATE EXAMINACION

1. Orientación

1.1 Orientación en tiempo

TABLA 7
ORIENTACIÓN EN TIEMPO
ASPECTOS EVALUADOS QUE ESTABAN AFECTADOS Y PUNTAJES
ALCANZADOS

Aspectos evaluados afectados					Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Día	Fecha	Mes	Año	Estación del año				
-	-	-	-	-	0 ítems	5 puntos	17	31%
1	2	2	2	1	1 ítems	4 puntos	8	15%
2	2	2	2	2	2 ítems	3 puntos	5	9%
3	11	2	11	3	3 ítems	2 puntos	10	18%
2	6	4	2	2	4 ítems	1 punto	4	7%
8	11	9	18	8	5 ítems	0 puntos	11	20%
16	32	19	35	16		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: Los 5 aspectos evaluados para identificar la deficiencia en orientación de tiempo, y se puede notar que el 31% de las personas no tienen afectada este rubro ya que alcanzaron el puntaje completo. Pero en segundo lugar hay 11 personas (20%) que tienen 0 puntos lo que significa que todos los aspectos esta afectados, en 3 er lugar 10 personas (18%) alcanzaron 3 puntos. Y se evidencia a manera general que de los ítems evaluados los que estaban más alterados eran la orientación en año y fecha refiriéndose al número del día en que estaban cuando se les evaluó.

1.2 Orientación en lugar

TABLA 8
ORIENTACIÓN EN LUGAR
ASPECTOS EVALUADOS QUE ESTABAN AFECTADOS Y PUNTAJES
ALCANZADOS

Aspectos evaluados afectados					Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Lugar Entrevista	Hospital	Ciudad	Provincia	País				
-	-	-	-	-	0 ítems	5 puntos	27	49%
1	1	1	1	1	1 ítems	4 puntos	5	9%
1	2	2	1	2	2 ítems	3 puntos	4	7%
		1	1	1	3 ítems	2 puntos	1	2%
3	2	5	7	3	4 ítems	1 punto	5	9%
13	13	13	13	13	5 ítems	0 puntos	13	24%
18	20	22	23	20		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: Se presentan los 5 aspectos evaluados para identificar la deficiencia en orientación en lugar; dentro del total de la población; 18 no sabían el lugar en el que se encontraban, 20 no recordaban el nombre de la institución, 22 la ciudad donde se ubica el hogar, 23 no recordaban la provincia (municipio) y 20 no recordaban el nombre de residencia. Y en general en esta área, 27 pacientes alcanzaron el puntaje máximo correspondiente a este aspecto, pero también un 24% de los pacientes tenían todos los ítems evaluados afectados, presentando alteraciones serias en cuanto a orientación en lugar.

2. Memoria

TABLA 9
MEMORIA
ENTRADA, REGISTRO Y REPETICION DE TRES PALABRAS

Aspectos evaluados						Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Entrada y registro de 3 palabras			Repetición de las 3 palabras						
1p	2p	3p	1p	2p	3p				
-	-	-	-	-	-	0 ítems	6 puntos	15	28%
	1	7	2	1	3	1 ítems	5 puntos	14	25%
	2	10	4	2	10	2 ítems	4 puntos	14	25%
		13		4	13	3 ítems	3 puntos	10	18%
		4			4	4 ítems	2 puntos	2	4%
						5 ítems	1 puntos	0	0%
						6 ítems	0 puntos	0	0%
	3	34	6	7	30		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: la Memoria, se evaluó a través de la entrada, registro y repetición de 3 palabras. En cuanto a la evaluación de entrada y registro de 3 palabras; e15 personas (28%) no tuvieron problema para la entrada, registro y repetición de las palabras alcanzando el puntaje máximo. 14 personas alcanzaron 5 puntos y 14 alcanzaron 4 puntos presentando dificultad para registrar 2 o 3 palabras y también para la repetición. Y puede notarse que lo que más se dificultó fue el registro y la repetición de la 3ra palabra.

3. Atención y Cálculo

TABLA 10
ATENCIÓN Y CÁLCULO
OPERACIÓN MATEMÁTICA (RESTA)

Aspectos evaluados afectados					Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Primera resta	Segunda resta	Tercera resta	Cuarta resta	Quinta resta				
-	-	-	-	-	0 ítems	5 puntos	11	20%
-	-	-	-	-	1 ítems	4 puntos	0	0%
-			3	3	2 ítems	3 puntos	3	5%
-		6	6	6	3 ítems	2 puntos	6	11%
-	20	20	20	20	4 ítems	1 punto	20	37%
15	15	15	15	15	5 ítems	0 puntos	15	27%
15	35	41	44	44		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: En esta prueba se le pedía al paciente que hiciera restas de 7 en 7 y puede observarse que solo 11 personas pudieron hacer las 5 restas, 15 personas tuvieron problema no realizando ninguna resta, 20 solo lograron hacer la primera resta, y 6 llegaron a hacer la segunda resta. Puede notarse que hubo dificultad para realizar principalmente la cuarta y quinta restas.

4. Percepción Visual

TABLA 11
PERCEPCION VISUAL
RECONOCIMIENTO Y NOMBRAMIENTO DE 2 OBJETOS

Aspectos evaluados afectados		Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Objeto 1	Objeto 2				
-	-	0 ítems	2 puntos	54	98%
-	1	1 ítems	1 puntos	1	2%
-	-	2 ítems	0 puntos	0	0%
0	1		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: el 98% de la población representa a los pacientes que respondieron al reconocimiento de 2 objetos; y el 2% que es representado por 1 persona únicamente no reconoció el segundo objeto.

5. Lenguaje

TABLA 12
LENGUAJE
REPETICION DE UNA FRASE

Aspectos evaluados afectados	Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
1 frase				
-	0 ítems	1 puntos	54	98%
1	1 ítems	0 puntos	1	2%
1		Total	55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: de los 55 adultos mayores 54 de ellas realizaron la repetición de frase sin problema representando el 98% de la población mientras la persona restante no lo realizó que representa el 2% de la población.

6. Aprendizaje

TABLA 13
APRENDIZAJE
SEGUIMIENTO DE ÓRDENES, ESCRITURA, LECTURA Y DIBUJO

Aspectos evaluados afectados						Ítems afectados	Puntaje asignado	Fc Paciente	%
Seguimiento de ordenes			Escritura	Lectura	Dibujo				
1p	2p	3p	4p	5p	6p				
-	-	-	-	-	-	0 ítems	6 puntos	7	13%
	3	1	1	1	1	1 ítems	5 puntos	7	13%
	2		1	3	4	2 ítems	4 puntos	5	9%
			10	15	20	3 ítems	3 puntos	15	27%
	4		5	5	10	4 ítems	3 punto	6	11%
	10	10	15	5	5	5 ítems	1 puntos	9	16%
6	6	6	6	6	6	6 ítems	0 puntos	6	11%
6	25	17	38	35	46	Total		55	100%

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: se presentan los tres aspectos a evaluarse en aprendizaje, obteniendo los siguientes resultados: un 13% equivalente a 7 personas obtuvo los 6 puntos lo realizaron de una forma correcta, un 13% equivalente a 7 personas obtuvo 5 puntos, un 9% equivalente a 5 personas obtuvo 4 puntos, un 27% que son 15 usuarios obtuvieron 3 puntos, 11% que representan a 6 personas obtuvieron 3 puntos, 9 personas obtuvieron 1 punto reflejando un 16%, y 6 personas no realizaron ninguna parte de la prueba. Aunque en general lo más afectado fue el dibujo, la lectura y la escritura. Y en menor grado el seguimiento de órdenes.

B. CATEGORIZACION DE LOS ADULTOS MAYORES EVALUADOS

TABLA 14
CONSOLIDADO FINAL Y CATEGORIZACION DE LOS ADULTOS
MAYORES EVALUADOS

Grado de deterioro cognitivo	Puntajes ganados	Fc	%	Aspectos afectados					
				O	M	A/C	PV	L	A
Normal	30 puntos	1	2%	-	-	-	-	-	-
	27-29 puntos	2	4%						x
Leve	26 puntos	7	13%			x			
	24-25 puntos	11	20%			x			
Severo	15-20 puntos	14	24%			x		x	
	12-14 puntos	10	18%	x		x			x
Crónico	9-11 puntos	5	9%	x	x	x			x
	6-8 puntos	2	4%	x	x	x	x		x
Postración	4-5 puntos	2	4%	x	x	x		x	x
	0-3 puntos	1	2%	x	x	x	x		x
TOTAL		55	100%	5	4	8	2	2	6

Fuente: Test Minimental State Examination (MMSE)

Análisis: Del 100% de la población que corresponde a 55 personas evaluadas, 33 mujeres y 22 hombre, 3 personas se encuentran sin ninguna alteración ni deterioro en sus funciones mentales, 18 presentan un deterioro leve, 24 personas presentan un deterioro severo, 7 presentan un deterioro crónico y 3 personas divididos en dos mujeres y un hombre se encuentran en estado crónico postrativo. Dentro de los aspectos que se evidencia más afectados se encuentra la atención y calculo con un valor de 8 puntos, seguido de aprendizaje que muestra un puntaje de 6, en orientación 5 puntos y los que menos se observan afectados son percepción visual y lenguaje.

INTERPRETACION DE LOS DATOS

Inicialmente la población a evaluar eran las 73 personas que están en el hogar San Vicente de Paul, sin embargo solo se pudo evaluar a 55 que correspondían al 75 % de esa población, ya que el resto que equivale al 25 % de la población, 9 personas estaban ingresadas en la clínica de la institución, 2 tenían una situación de severa discapacidad (ceguera y sordera), 5 no se encontraban en la institución cuando se realizó la evaluación y 2 no quisieron participar. Por lo que la muestra entonces consistió en los 55 adultos mayores que si fueron evaluados y quienes de aquí en adelante se reportaran como el 100% de la población.

Del 100% de la población encuestada mayoritariamente son mujeres siendo un total de 33 mujeres correspondiendo a un 60% de la población evaluada, y por el otro extremo se encuentran un 40% correspondiente a 22 hombres, observando así aunque sea mínima la diferencia hay un porcentaje mayor de mujeres asiladas en esta institución.

La edad promedio que tienen los usuarios del Hogar San Vicente de Paul oscila entre los 81-90 años de edad, seguido por los usuarios con edades oscilantes entre los 71- 80 y 91-100 años de edad estos usuarios en su mayoría son personas retiradas y pensionadas algunos de ellos no todos se han asilado de forma voluntaria; Solo dos personas rebasan los 100 años de edad observando que eran personas a pesar de su edad bastante independientes en relación con sus AVD.

De los 55 usuarios evaluados, 25 adultos mayores realizaron sus estudios hasta nivel básico, correspondiendo así un 53%, seguido por 8 personas que realizaron sus estudios

hasta educación media, correspondiendo esto a un 15% de la población, 9 usuarios manifestaron haber realizado estudios de tipo universitarios y/o superiores encontrándose entre ellos; contadores públicos, enfermeras graduadas, maestras etc. correspondiendo un 16% de la población. Y 8 personas que reflejan un 15% de la población que refirieron no haber estudiado, mas sin embargo dos personas manifestaron no haber estudiado pero si poder hacer pequeñas operaciones matemáticas y leer.

De los 55 adultos mayores evaluados, 23 de ellos que conforman un 42% de la población tienen entre 1 -5 años de estar residiendo en el hogar, 15 usuarios que representan un 27% tienen menos de un año de haber ingresado en la institución, 11% que representan un 20% tienen entre 6- 10 de estar asilados, 5 personas que reflejan un 9% tienen un tiempo de institucionalización que oscila entre 11-15 años, y solo una persona lleva 20 años de residir en el hogar.

De los 55 usuarios un 26% que corresponde a un total de 14 personas tienen como enfermedad de base hipertensión arterial, un 14% que son 7 personas padecen de artritis reumatoide, hay 4 usuarios que padecen de retardo mental moderado, 4 con secuelas de fractura de cadera, 4 con artrosis de rodillas, todos ellos con 7% cada uno, seguido de esto tenemos 3 usuarios con secuelas de ACV, 3 con demencia senil, 3 con Alzheimer, con diabetes y 3 con EPOC, cada uno con un 5%, continuando se encuentran enfermedades diversa como vitíligo, insuficiencia venosa, Parkinson, trombosis, cifoscoliosis y enfisema; de las cuales solo se encontró un usuarios por cada una de las ya mencionadas patologías, correspondiendo a cada una un 2%.

En la tabla 7 se presentan los 5 aspectos evaluados para identificar la deficiencia en orientación de tiempo, y se puede notar que los aspectos más comprometidos en el 20% de los adultos mayores son la fecha y año; en el 18% se obtuvieron 3 ítems afectados que son el día, fecha y año, y en lo menos afectado (9%) con 2 ítems es el día y la estación del año.

En la tabla 8 se presentan los 5 aspectos evaluados para identificar la deficiencia en orientación en lugar; Para detallar más aquí se evidencia que del total de 55 personas; 18 no sabían el lugar en el que se encontraban, 20 no recordaban el nombre de la institución, 22 la ciudad donde se ubica el hogar, 23 no recordaban la provincia (municipio) y 20 no recordaban el nombre del país.

En la tabla 9 se presenta los dos momentos de la evaluación de la memoria a corto plazo y para detallarse mejor se explica; 28% de la población no presentó dificultad ni alteración en la memoria al momento de registrar tres palabras que la prueba conlleva y repetirlas posteriormente, un 4% de la población correspondiente a 2 personas presentaron dificultad específicamente al momento de registrar y repetir la 3ª palabra.

En la tabla 10 se presenta la evaluación de atención y cálculo detallando lo siguiente: un 20% de la población correspondiente a 11 personas realizaron de forma correcta y sin dificultad la operación matemática que consistía en ir restando 7 a partir del número 100, un 5% correspondiente a 3 personas presentaron una ligera dificultad realizando 3 de las 5 restas que la prueba contenía, y un 37% solo realizaron una resta, y un 27% no realizó

ninguna resta algunos de ellos manifestando que con el pasar de los años ya no se recordaban de esas operaciones matemáticas y que se les resultaba bastante difícil.

En la tabla 11 se presenta los datos obtenidos de la evaluación de percepción visual, la cual consistía en reconocer y nombrar dos objetos los cuales eran un reloj y un bolígrafo un 98% correspondiente a 54 usuarios no tuvieron ninguna dificultad para reconocer los objetos; solo una persona no pudo ser capaz de reconocer ni nombrar el segundo objeto que era un bolígrafo.

En la tabla número 12 se presenta el aspecto a evaluarse en lenguaje, que es la repetición de una frase, detallando de la siguiente manera: un 98% equivalente a 54 usuarios repitió la oración sin problemas, y un 2% equivalente a 1 persona no repitió la oración que se le dijo.

En la tabla 13 se presentan los cuatro aspectos a evaluarse en aprendizaje, obteniendo los siguientes resultados: un 13% equivalente a 7 personas obtuvo los 6 puntos de esta pregunta al realizar de forma correcta todo lo que la prueba contenía, un 13% equivalente a 7 personas obtuvo 5 puntos, un 9% equivalente a 5 personas obtuvo 4 puntos, un 27% que son 15 usuarios obtuvieron 3 puntos, y un 11% que representan a 6 personas obtuvieron 3 puntos, 9 personas obtuvieron 1 punto reflejando un 16%, y 6 personas no realizaron ninguna parte de la prueba, manifestando diversas molestias principalmente problemas como el déficit visual.

Del 100% de la población que corresponde a 55 personas evaluadas, 33 mujeres y 22 hombre de forma global, 3 personas se encuentran sin ninguna alteración ni deterioro en sus funciones mentales, 18 presentan un deterioro leve, 24 personas presentan un deterioro severo, y 7 presentan un deterioro crónico y 3 personas divididos en dos mujeres y un hombre se encuentran en estado crónico postrativo; estos datos son basados según los resultados de la ficha de evaluación MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Se caracterizó a la población del hogar san Vicente de Paúl, encontrando una población meta de 73 personas dentro de ellas, 55 fueron evaluadas y 18 fueron imposible evaluarlas, contando con 33 pacientes del sexo femeninos y 22 pacientes masculinos; sus edades oscilan entre los 51 años y más de 100 ya que existen dos personas que rebasan los 100 años de edad observando que eran personas a pesar de su edad bastante independientes en relación con sus AVD.
- A lo largo de la investigación se concluye que el Minimental State Examination (MMSE), se puede utilizar para poder clasificar el estado cognitivo de los pacientes adultos mayores de una forma muy práctica dando a conocer resultados que detecten el nivel de deterioro cognitivo de la población adulta mayor y así poder ver enfoques diferentes de tratamiento para cada uno de ellos haciéndolo más personalizado y no generalizado.
- Se identificaron los aspectos cognitivos más afectados en la población del adulto mayor, siendo la atención y cálculo la categoría más afectada donde presentaron mayor dificultad para poder concentrarse y enfocarse en una actividad que requiere resolver un problema matemático; en segundo lugar se encontró la categoría del aprendizaje porque la mayoría de adultos mayores presentan baja visión por lo tanto

no lograron completar esa parte de la prueba; en tercer lugar queda la categoría de orientación en tiempo y espacio ya que la mayoría de los evaluados acertaron en las respuestas referentes al tiempo y al igual que en el lugar en donde ellos se encontraban; en cuanto lugar se encuentra la memoria; en quinto lugar la capacidad de lenguaje y por último la categoría de percepción visual ya que estas últimas categorías están afectadas en una mínima parte de las funciones mentales.

- Las 55 personas evaluadas, 33 mujeres y 22 hombres, y se categorizaron de la siguiente manera: 3 personas se encontraron sin ninguna alteración en sus funciones mentales; 18 presentan un deterioro leve; 31 personas presentan un deterioro cognitivo severo y tres personas divididas en dos mujeres y un hombre se encontraron en estado crónico postrativo; datos basados según la evaluación del Minimental State Examination (MMSE).

RECOMENDACIONES

- Que se utilice la técnica evaluativa Minimental State Examination (MMSE), para facilitar la clasificación de nuevos usuarios que ingresen a la institución.
- Que se propongan intervenciones dentro de la terapia ocupacional, elaborando programas más adecuados según las condiciones de cada paciente.
- Que los futuros investigadores amplíen más sobre el tema, para dar un mejor tratamiento de terapia ocupacional al adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. (DIGESTYC) MdEDGdEyC. Tomo IV Vol. I, municipios, características Generales, VI Censo de Población y V de Vivienda 2007. [Online]. 2007 [cited 2016 Agosto 8. Available from: <http://www.digestyc.gob.sv/>.
2. Carpio P, Herrera D, López F. Relaciones Familiares del Adulto Mayor en Situación de Abandono, Hogar San Vicente de Paul. 2012. Tesis.
3. UNOBRAIN. [unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-forma-natural](http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-forma-natural). [Online]. 2016 [cited 2016 Septiembre 8. Available from: <http://www.unobrain.com>.
4. Álvarez A, Martínez R. Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2da edición. [terapia-ocupacional.com/](http://www.terapia-ocupacional.com/). [Online]. 2010 [cited 2016 Septiembre 30. Available from: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
5. Folstein MF FSMP. [ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204). [Online]. 2012 [cited 2016 Agosto 8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>.

6. Salud OPdl. gericuba.com. [Online]. 2012 [cited 2016 Agosto 8. Available from:
WWW.sld.cub/sitios/gericuba.com.

7. Grieve J. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. 1st ed. Alvear MTD,
editor. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1995.

ANEXOS



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología de Medicina
Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Minimental State Examination (MMSE)

Objetivo

Determinar el deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del Hogar san Vicente de Paúl, Antiguo Cuscatlán.

Indicación

Conteste según lo solicitado en cada pregunta y coloque el puntaje correspondiente.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Nivel educativo: _____

Tiempo de institucionalización: _____

Diagnóstico de base: _____

1. Preguntar:

Día de la semana..... ()

Fecha..... ()

Mes..... ()

Año..... ()

Estación del año..... ()

Total: _____

2. Preguntar:

Lugar de la entrevista..... ()

Hospital..... ()

Ciudad..... ()

Total: _____

Provincia..... ()

País..... ()

3. Pedir que repita las siguientes palabras:

Casa..... ()

Zapato..... ()

Total: _____

Papel..... ()

4. Pedir que realice la siguiente resta:

$100-7=83$ ()

$83-7=76$ ()

$76-7=69$ ()

Total: _____

$69-7=62$ ()

$62-7=55$ ()

Variante 1: deletrear la palabra mundo de atrás hacia delante

O..... ()

D..... ()

N..... ()

Total: _____

U..... ()

M..... ()

5. Pedir que repita las palabras mencionadas anteriormente:

Casa..... ()

Zapato..... ()

Papel..... ()

Total: _____

6. Mostrar dos objetos y que los nombre:

Lapicero..... ()

Reloj..... ()

Total: _____

7. Pedir que repita la siguiente oración:

Tres perros en un trigal..... ()

Total: _____

8. Seguimiento de órdenes:

Tome un papel con su mano derecha..... ()

Dóblelo por la mitad..... ()

Póngalo en el suelo..... ()

Total: _____

9. Pedir que lea la siguiente frase y que realice lo que dice:

Nota: si el paciente no sabe leer, esta pregunta se anularía.

“Cierre los ojos”

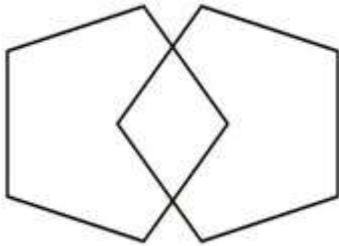
Total: _____

10. Pedir que escriba una oración simple con sujeto y predicado.

Nota: si el paciente no sabe escribir, esta pregunta se anularía.

Total: _____

11. Copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados).



Total: _____

Total de prueba: _____

Clasificación _____