

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES DE LA CASA DE DÍA DE ATOTONILCO DE
TULA POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA”**

Para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

PRESENTA

Clara Rocío Sánchez García

Director (a)

D.C.E Benjamín López Nolasco

Codirector (a)

M.C.E Ariana Maya Sánchez

Comité tutorial

Dra. Edith Arcei Cano Estrada

D.C.S Gabriela Maldonado Muñiz

D.C.E Benjamín López Nolasco

M.C.E Ariana Maya Sánchez



Junio de 2023

Asunto: Autorización de impresión formal.

M.C. MIGUEL ÁNGEL DE LA FUENTE LÓPEZ

Director de la Escuela Superior de Tlahuelilpan

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Clara Rocío Sánchez García, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es:

"NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DE DÍA DE ATOTONILCO DE TULA POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA "debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombre de integrantes del Jurado	Cargo	Firma
DRA. Edith Araceli Cano Estrada	Presidente	
D.C.S Gabriela Maldonado Muñiz	Secretario	
D.C.E Benjamín López Nolasco	Vocal	
M.C.E Ariana Maya Sánchez	Suplente	



Ex-Hacienda de San Servando S/N, Col. Centro,
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780
Teléfono: 771 71720 00 ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx



DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado principalmente al amor de mi vida que es MI MADRE; Josefa García Rivas quien me ha estado conmigo desde mis primeros pasos y ha sabido guiarme por buen camino, quien nunca ha soltado mi mano y me ha dejado sola en días difíciles.

Mi madre que con un esfuerzo enorme me pudo sacar adelante y brindarme la maravillosa oportunidad de estudiar una licenciatura, una persona que nunca se rindió, que creyó en mí aunque nadie más lo hiciera.

Otra de las personas a quien va dirigida esta dedicatoria es quien estuvo conmigo durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. A mi asesor, D.C.E Benjamín López Nolasco, por haberme orientado en toda esta etapa.

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad. Al formar parte de este hermoso reto, me he dado cuenta que es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para la concierne a la vida y a mi futuro.

Hoy quiero agradecer a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Escuela Superior de Tlahuelilpan (ESTL) por darme la oportunidad de formar parte de sus filas estudiantiles y desarrollarme como profesional, por vivir la etapa más bonita de vida en sus instalaciones. Al igual que me dio la oportunidad de conocer a personas maravillosas en toda la extensión de la palabra.

A mi asesor de tesis por brindarme todo el apoyo y guiarme en este gran camino que aún no termina, por hacerme ver mis aciertos como también mis errores, más que un asesor una excelente persona en toda la extensión de la palabra.

A mi madre, sin ella hoy este sueño no se hará realidad. ¿Qué es ella para mí?
– Una excelente mujer que no se dejó apagar por ningún obstáculo que se le atravesó en su vida, quien pudo sacar a sus hijos adelante sola, quien creyó en mis así miles de personas no apostaran nada. Me enseñó a valorar las cosas y agradezco por aun tenerla a mi lado y demostrarle que su hija pequeña lo está logrando.

RESUMEN

Introducción El deterioro cognitivo es una condición clínica entre el envejecimiento normal y un probable problema demencial como la enfermedad de Alzheimer **Objetivo** Medir el nivel de deterioro cognitivo en la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, antes y después de una intervención de enfermería **Materiales y Métodos** Estudio cuantitativo correlacional, con un universo de 50 adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula, Hidalgo. Se utilizó el instrumento Mini Mental State Examination de Folstein, este consta de 11 ítems cada pregunta con un valor de 0 a 1, dividido en 5 constructos: Orientación Temporal/Espacial, Fijación, Atención- Calculo, Recuerdo y Lenguaje. **Resultados** En una muestra de 53 adultos mayores, grupo de intervención de 50 de la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, los resultados de la primera medición del nivel de deterioro cognitivo fueron los siguientes: 36% presentaban nivel normal, 48% con sospecha patológica, 12% con deterioro y 8% con demencia posteriormente a la intervención de enfermería los resultados fueron los siguientes 54% con nivel normal, 38% con sospecha patológica y 8% con deterioro **Discusión** A partir de los datos obtenidos de la siguiente investigación se puede observar que después de la intervención el nivel de deterioro cognitivo disminuyó **Conclusión** Dicha intervención de enfermería “Conecta tu vida y tu mente” es importante como parte del tratamiento no farmacológico en adultos mayores con deterioro Cognitivo, ya que se basa en mantener las funciones y conservarlas el máximo tiempo posible.

Palabras Clave: Deterioro cognitivo, adulto mayor, intervención, enfermería

ABSTRACT

Introduction Cognitive impairment is a clinical condition between normal aging and a probable dementia problem such as Alzheimer's disease **Objective** To measure the level of cognitive impairment in the day home of the elderly in Atotonilco de Tula, before and after a nursing intervention **Materials and Methods** Quantitative correlational study, with a universe of 50 older adults from the day home in Atotonilco de Tula, Hidalgo. The Folstein Mini Mental State Examination instrument was used, consisting of 11 items each question with a value from 0 to 1, divided into 5 constructs: Temporal/Spatial Orientation, Fixation, Attention- Calculation, Recall and Language. **Results** In a sample of 53 older adults, an intervention group of 50 from the day home for the elderly in Atotonilco de Tula, the results of the first measurement of the level of cognitive impairment were as follows: 36% had a normal level, 48% with pathological suspicion, 12% with deterioration and 8% with dementia after the nursing intervention, the results were as follows: 54% with normal level, 38% with pathological suspicion and 8% with deterioration **Discussion** Based on the data obtained from the following In the investigation, it can be observed that after the intervention the level of cognitive deterioration decreased. **Conclusion** This nursing intervention "Connect your life and your mind" is important as part of the non-pharmacological treatment in older adults with cognitive deterioration, since it is based on maintaining the functions and keep them as long as possible.

Keywords: Cognitive impairment, older adults, intervention, nursing

Indice

Dedicatoria.....	1
Agradecimiento.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. JUSTIFICACIÓN.....	9
2.1 Antecedentes del estudio.....	11
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
IV. MARCO TEÓRICO.....	15
4.1 Deterioro Cognitivo.....	17
4.2 Deterioro Cognitivo leve.....	17
4.3 Deterioro Cognitivo moderado.....	17
4.4 Deterioro Cognitivo severo.....	18
4.5 Adulto Mayor.....	18
4.6 Intervención de enfermería.....	18
4.7 Modelo de adaptación de Callista Roy.....	19
4.8 Teoría del modelo de adaptación de Callista Roy.....	19
4.8.1 Utilización de pruebas empiricas.....	20
4.8.2 Principales supuestos.....	21
4.8.3 Afirmaciones teóricas.....	23
4.8.4 Aceptación por parte de la comunidad enfermera.....	23
4.8.4.1 Práctica profesional.....	23
4.8.4.2 Formación.....	24
4.8.4.3 Investigación.....	25
4.8.5 Desarrollos posteriores.....	25
4.8.6 Crítica.....	25
4.8.7 Generalidad.....	25
4.8.8 Precisión empírica.....	25

4.8.9 Consecuencias deducibles.....	26
4.8.10 Metaparadigmas.....	33
4.9 Relación del modelo de adaptación en el deterioro cognitivo..	36
V. HIPÓTESIS.....	37
VI. OBJETIVOS.....	38
6.1 Objetivo general.....	38
6.2 Objetivos específicos	38
VII. METODOLOGÍA.....	39
7.1 Tipo de estudio.....	39
7.2 Diseño metodológico	39
7.3 Límites de tiempo y espacio	39
7.4 Universo	39
7.5 Muestra.....	40
7.5.1 Criterios de selección	40
7.5.1.1 Criterios de inclusion	40
7.5.1.2 Criterios de exclusion.....	40
7.5.1.3 Criterios de eliminación.....	40
7.6 Variables	41
7.6.1 Definiciones conceptuales.....	41
7.6.2 Definición operacional.....	41
7.7 Instrumentos de medición.....	42
7.8 Procedimientos.....	43
7.9 Análisis estadísticos.....	44
7.10 Difusión.....	45
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	46
IX. RESULTADOS.....	52
X. DISCUSIÓN.....	56
XI. CONCLUSIÓN.....	58
XII. RECOMENDACIONES.....	59
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
XIV. ANEXOS.....	63

Anexo 1. Instrumento Mini Mental State Examination de Folstein	64
Anexo 2. Ficha de datos	68
Anexo 3. Constancia de participación en foro de investigación	69
XV. APÉNDICES.....	70
Apéndice 15.1 Solicitud aceptada	71
Apéndice 15.2 Operacionalización de las variables.....	72
Apéndice 15.3 Cronograma de actividades 2019.....	74
Apéndice 15.4 Carta de consentimiento informado.....	75
Apéndice 15.5 Recursos humanos, materiales y financieros	76
Apéndice 15.6 Plan de intervención.....	78

Indice de figuras

Figura 1. Modelo de adaptacion de Callista Roy.....	32
Figura 2. Diagrama de flujo de proceso de intervenci3n de enfermer3a "Conecta tu vida y tu mente".....	51

Indice de Tablas

Tabla 1. Caracteristicas sociodemograficas de la poblaci3n de estudio.....	52
Table 2. Resultados Pre y Post intervenci3n "Conecta tu vida y tu mente".....	54
Tabla 3. Prueba X de Pearson para nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores.....	55

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico experimentado por el ser humano; en tejidos, órganos y células se produce cambios irreversibles para la persona, se considera a la persona adulta mayor a partir de los 65 años de edad. Se pueden encontrar diferentes tipos de envejecimientos como son: individual, demográfico o poblacional, psicológico. El deterioro cognitivo es catalogado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. Las funciones cognitivas van sufriendo un deterioro en la memoria, orientación, juicio, comprensión, cálculo, conducta, personalidad y en el reconocimiento visual.

El presente trabajo de tesis se realiza con el fin de evaluar el deterioro cognitivo en una población adulta y que tanto influyen los factores mentales, sociales y psicológicos. En México hay 12.4 millones de personas de 60 años y más, esto representa 10.4% de la población total. Se pretende asegurar una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, sociales y psicológicos que estén presentes en su comunidad, aplicando actividades para que adquieran estrategias compensatorias y que estas le ayuden a mantener una buena calidad de vida de acorde a su edad. Para medir el nivel de deterioro cognitivo utilizaremos la herramienta MMSE. La intervención de enfermería está basada en el conocimiento y juicio clínico, que realiza personal de enfermería para obtener un resultado favorable.

El objetivo general del trabajo de tesis es el siguiente; Medir el nivel de deterioro cognitivo en la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, antes y después de una intervención de enfermería.

Se realizó la intervención de enfermería “Conecta tu vida y tu mente” en el municipio de Atotonilco de Tula, Hgo en la casa de día del adulto mayor en el periodo de Julio-Diciembre del año 2019 con una participación de 50 adultos mayores quienes presentaban un rango de edad de 50 a 90 años. Desarrollando un tipo de estudio Cuantitativo- Correlacional.

II. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso universal, continuo de carácter lento y complejo. La cognición se puede definir como la capacidad de los seres vivos para obtener información de su entorno y ser procesada por parte del cerebro, e interpretarla y darle un significado. En este sentido los procesos cognitivos dependen tanto de las capacidades sensoriales como del sistema nervioso central. ⁽¹⁾

El deterioro cognitivo en los adultos mayores puede generar un aumento de la mortalidad y se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud. La importancia de la detección del deterioro cognitivo nos ayuda a un mayor manejo del paciente y tener con certeza un diagnóstico de las causas reversibles y brindar apoyo a la familia. El deterioro cognitivo y el envejecimiento son procesos que traen cambios en el transcurso de la vida. Dichos cambios pueden presentarse de manera diferente entre los adultos mayores, como lo que sucede con algunas funciones cognitivas que pueden declinar o pueden incrementarse, lo que depende de otras cosas de aspectos familiares y condiciones psiquiátricas previas. ⁽²⁾

Es importante identificar a los individuos con deterioro cognoscitivo o demencia de manera oportuna y precisa, ya que las intervenciones que se realicen pueden prolongar la independencia funcional y conservar la calidad de vida del paciente y su familia; esto repercute directamente en la prevención de la sobrecarga del cuidador y en la desintegración familiar, así como se disminuye el riesgo de institucionalización del paciente con un impacto secundario en un menor costo para las instituciones de salud. ⁽⁴⁾

El deterioro de dichas capacidades funcionales hace susceptibles y vulnerables a los adultos mayores a una gran variedad de alteraciones patológicas. A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas. Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta

en su estado de cognición, y este riesgo puede llegar a aumentar cuando las condiciones ambientales, sociales y psicológicas son poco favorables. ⁽⁷⁾

El 61.9% de las mujeres y el 38.1% de los hombres en edades de 60 y 74 años, presentan alto riesgo de deterioro cognitivo, el vivir en una zona rural aumenta el riesgo de deterioro cognitivo en un 19% más que el de un adulto mayor que viva en una zona urbana. Los adultos sin pareja (solteros, separados o viudos) tienen más probabilidad de deterioro en un 40% con respecto a aquellos que tienen pareja (casados y en unión libre). Los adultos mayores sin ningún nivel educativo o que solo alcanzaron la primaria, tiene mayor probabilidad de deterioro cognitivo en comparación con aquellos que alcanzaron la educación secundaria. Los adultos mayores con recursos sociales deteriorados, que no participan en actividades grupales comunitarias y que tienen una mala calidad de vida tienen un alto riesgo de sufrir deterioro cognitivo. ⁽¹⁵⁾

La presente investigación tiene la finalidad de describir el nivel de Deterioro Cognitivo del adulto mayor posterior a una intervención de Enfermería en la Casa de día de Atotonilco de Tula, Hidalgo, debido al deterioro de las capacidades cognitivas que el adulto mayor presenta en esta etapa de vida.

El trabajo de investigación tiene como fin obtener mayor conocimiento sobre el tema en específico y buscar nuevas y mejores soluciones, se desea proporcionar resultados obtenidos del instrumento de medición de los niveles de deterioro cognitivo (Mini Mental State de Folstein), **porque** con ellos se busca obtener resultados precisos de los niveles de cognición que pueden presentar los adultos mayores, posteriormente se continuará con la intervención de enfermería, siendo los adultos los **beneficiarios**, se pretende llegar a comprobar la efectividad de la intervención de terapia de estimulación cognitiva.

Por lo cual la investigación es **factible** para medir el nivel de deterioro de los adultos mayores de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo para que lleguen a obtener una mejora de calidad de vida mediante programas de ejercicios físicos, mentales, redes de apoyo para el favorecimiento de la estimulación cognitiva, al

igual que logren obtener un mayor desarrollo y desempeño en actividades que se realicen en su comunidad. También se pretende logren una mayor independencia y el lazo familiar mejore. Los resultados fueron de tal consideración, que el investigador compara esas mejorías con magnitudes equivalentes a la declinación cognitiva esperada en un adulto mayor sin demencia en intervalos de siete a catorce años.

2.1 Antecedentes del estudio

La demencia es un trastorno frecuente en el anciano, su importancia en la salud pública ha tomado relevancia en todo el mundo debido al fenómeno de “envejecimiento global” que existe tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Se estima que existen alrededor de 24.3 millones de pacientes con demencia con el incremento de 4.6 millones de casos cada año. La incidencia y prevalencia de demencia se ha incrementado significativamente en la segunda mitad del siglo XX. ⁽⁴⁾

Existen varios estudios epidemiológicos, por ejemplo EURODEM CON SOTIUM que documentaron como la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, mientras que en la población con 60 y 65 años , solo hay una prevalencia del 1%, en la población entre 80- 85 años del 13%y en la población de entre 90-95años llega al 32%; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos mayores de 65 años de edad, que se deba al 20% en adultos mayores de 80 años.(3)

Datos derivados de la encuesta de salud y envejecimiento de Latinoamérica, revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece algún grado de deterioro cognoscitivo. En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, se encuentra alrededor del 8%. La prevalencia del deterioro cognoscitivo más dependencia funcional (Demencia) fue del 3.3-%, similar a la reportada para demencia en algunos países de Latinoamérica. En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia

incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. Así mismo, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores. (15)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo en los adultos mayores es un síndrome que lleva a un aumento importante de costos sociales y económicos. Con el envejecimiento se presenta en el cerebro de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios. Estos cambios pueden llevar a que los adultos mayores presenten alteraciones cognitivas o que puedan continuar con una función normal, algunos de los cambios morfológicos que se presentan son la pérdida del volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental de la atención y funciones ejecutivas, estos cambios están relacionados con el envejecimiento cognitivo normal. ⁽¹⁰⁾

El deterioro cognitivo es definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual, el mantenimiento de la cognición de los adultos mayores está ligado a variables como patologías que presente, soporte social, estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia. ⁽¹⁴⁾

Es de gran importancia identificar los síntomas que nos indiquen la aparición de un deterioro cognitivo mínimo en el adulto mayor, ya que existe poca información que permita determinar que pacientes evolucionaran a un deterioro cognitivo mayor, por lo cual es importante realizar actividades de prevención de esta patología. ⁽⁴⁾

Se debe considerar las dificultades cognitivas que podrían presentar de base el adulto mayor, de acuerdo a su edad, y que no debiesen estimarse siempre como patológicas. Del mismo modo, se invita a ampliar más la mirada en torno a una evaluación más integral, centrándose en la persona y no solo en el puntaje arrojado por un instrumento cognitivo. ⁽⁷⁾

Es por eso que llegamos a realizarnos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula posterior a la intervención de enfermería?

IV. MARCO TEÓRICO

El marco teórico estará conformado por los siguientes apartados: Adulto mayor, Deterioro cognitivo e Intervención de Enfermería.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se le denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. El envejecer es comúnmente experiencia fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención medica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. Hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. ⁽³⁾

Adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprenden personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conoce como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. ⁽⁶⁾

La falta de movilidad, la pobreza, la segregación y la impotencia, trazos todos comunes a los grupos minoritarios, son también característicos de los viejos en América del Norte. El alcoholismo, la toxicomanía, la pobreza y la escasa autoestima se encuentran tanto en la subcultura de las personas de edad como en las demás minorías. Estos rasgos pueden influir en la forma en que son tratados los ancianos, así como en sus sentimientos hacia ellos mismos. ⁽¹⁴⁾

La estratificación social.

La noción misma de la estratificación supone una superposición de las capas sociales, aunque existan clases o grupos cuya posición en la jerarquía es relativamente libre o poco definida.

Parece ventajoso abandonar la infancia para ingresar en la edad adulta, siendo en efecto considerados los adultos como dueños de un poder y de una libertad superiores. Pueden parecer menos deseables otras capas de edad como la vejez, la cuarentena o la cincuentena. (15)

La condición social de las personas de edad y los cambios sociales.

La posibilidad de jubilar a los trabajadores comporta aspectos a la vez positivos y negativos. Es positivo que una parte pueda abandonar el mercado de trabajo y ser mantenida por las productividades incrementadas de quienes continúan trabajando. (10)

Abandonar el medio laboral, con la inevitable reducción de los ingresos y el prestigio del individuo, constituye un aspecto negativo.

En una sociedad aún aferrada a la ética del trabajo, el hecho de realizar una tarea productiva ocupa un lugar importante en la jerarquía de los valores y algunos consideran el paro o el hecho de no tener actividad productiva como el más grave de todos los pecados, el que es preciso evitar a cualquier precio. (6)

El contraste entre el aumento de la productividad y de la eficacia en nuestra sociedad, por un lado, y nuestro aferramiento a la ética del trabajo por el otro, comportan una cierta ironía y constituyen el origen de un conflicto. (14)

Las investigaciones sobre la productividad de los trabajadores ancianos son muy numerosas.

La selección de una profesión constituye una de las tareas más importantes del adulto joven. Esta elección posee, en efecto, tres importantes consecuencias. Primeramente, será la que determine, en gran parte, el futuro del o de la joven,

puesto que la vida activa ocupa al menos la mitad de nuestra existencia. En segundo lugar, la duración de la vida aumenta paralelamente a la esperanza de vida. La esperanza de vida activa, es decir de los años consagrados al trabajo, pasó de 44,5 en 1940, a 45,2 en 1960. (1)

Finalmente, el número de mujeres casadas que trabajan ha aumentado en un 10% desde 1940 y supone ahora seis millones en los Estados Unidos.

El número de trabajadores ancianos continuará aumentando en un futuro que cabe prever; en segundo lugar, el comportamiento de estos trabajadores no es necesariamente inferior al de los jóvenes y en tercer lugar, los trabajadores ancianos son capaces de incrementar su producción y de reciclarse a condición de que la transformación de las tareas y los programas de reciclaje se adecuen a sus necesidades más que a la de los jóvenes. (3)

Causas del deterioro cognitivo

Cambios en relación a la sociedad. Uno de los principales factores que inciden en la pérdida de facultades es aislarse del mundo que les rodea y no tener contacto con otras personas. Esa soledad provoca una dejadez y falta de interés que acaba repercutiendo directamente en las capacidades de las personas, y cómo no, en la memoria, haciendo que ésta disminuya. (13)

Cambios psicológicos. La psicología propia de cada uno incide directamente en las facultades mentales de la persona. Por una parte, los trastornos de estrés o la depresión pueden hacer que el desgaste de neuronas sea mayor, propiciando así, las pérdidas de memoria. Por otra parte, los pensamientos negativos acerca del no poder realizar acciones asociado a la vejez hacen que muchas personas mayores no traten de mejorar y de realizar las acciones que antes sí podían hacer. Hay que tener en cuenta que, con la vejez, independientemente del deterioro o no, hay facultades que se ralentizan de manera inevitable, con lo que hay que asumir que son normales y no dejarse llevar por el pesimismo de no sentirse tan vigoroso como años atrás. (10)

Cambios en el organismo. Por último, hay cambios propios del organismo que propician el hecho de sufrir una degeneración cognitiva más grave. La pérdida de neuronas y la no regeneración rápida de éstas, la pérdida de la vista con la imposibilidad de reconocer objetos correctamente... son algunos de los cambios en el organismo que pueden afectar al deterioro cognitivo de una persona. (10)

4.1 Deterioro cognitivo es la pérdida de la velocidad y la eficacia del procesamiento intelectual que por lo general se manifiesta a partir de la adultez tardía, es decir, a partir de los 50 años de edad. Las manifestaciones de este deterioro son más evidentes en ciertas funciones cognitivas durante esta etapa de la vida. Por ejemplo, una de las manifestaciones más comunes entre los adultos mayores es la disminución de la memoria. Los adultos mayores en comparación con los adultos jóvenes tienen un menor desempeño en las pruebas que miden la memoria y aprendizaje. También presentan dificultades en la atención selectiva y dividida, así como en las habilidades de viso construcción. (8)

4.2 Deterioro cognitivo leve. Es un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo esperado debido al envejecimiento normal y el deterioro más grave de la demencia. Puede implicar problemas con la memoria, el lenguaje, el pensamiento y el juicio que son más significativos que los cambios normales relacionados con el envejecimiento. (1)

4.3 Deterioro cognitivo moderado. Los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del adulto mayor (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etc.). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión. (1)

4.4 Deterioro cognitivo severo. La mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con el adulto mayor, no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir

y cuidar de sí mismo. El adulto mayor es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

4.5 Adulto Mayor el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad. Hay bibliografía que clasifica a los adultos mayores desde la edad de 55 y otros que los empiezan a contar a partir de los 65 años. (1)

4.6 Intervención de enfermería. La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (3)

La terapia de estimulación cognitiva es una forma popular y también exitosa para tratar los síntomas de la demencia leve o moderada. La terapia de estimulación cognitiva es un programa con actividades temáticas que suelen llevarse a cabo durante varias semanas con pequeños grupos. Cada sesión se refiere a un tema diferente y está diseñado para mejorar las capacidades mentales y la memoria de una persona con deterioro cognitivo. La terapia de estimulación cognitiva es el único tratamiento no farmacológico, se lleva a cabo a menudo en casas de día del adulto mayor.

El grupo debe proporcionar un ambiente de apoyo y las actividades deben de ofrecer una gama de experiencias multisensoriales. (8)

Se trata de cualquier tratamiento de cuidados, que se realiza un profesional de enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. Las intervenciones describen, por tanto, las conductas que realizan las enfermeras.

4.7 Modelo de adaptación de Callista Roy

Callista Roy nació el 14 de Octubre de 1939 en los Ángeles California, se especializo como enfermera pediatra y posteriormente como enfermera

especialista en neurología. Desarrollo el modelo de adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedo impresionada en la recuperación y adaptación de los niños. Su objetivo es facilitar a adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos y modos de adaptación.

El modelo de adaptación de Callista Roy es una teoría que se enfoca en el cuidado holístico del paciente. Fue desarrollado por la enfermera teórica Callista Roy en la década de 1970 y se basa en la idea de que el objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a adaptarse a su entorno.

Según el modelo de adaptación de Callista Roy, el ser humano es un sistema adaptativo que está constantemente interactuando con su entorno. Este modelo entiende que la enfermería debe centrarse en la adaptación del paciente a su entorno, con el fin de promover la salud y el bienestar. (11)

4.8 Teoría del modelo de adaptación de Callista Roy

Las fuentes teorías de modelo de adaptación de Callista Roy se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson, sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, y en la unión cósmica, términos que han sido incorporados recientemente por Roy. El modelo se basa en dos pilares teóricos: la adaptación y los sistemas humanos: a) adaptación es el proceso y resultado por los que las personas tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos como miembros de un grupo son conscientes y escogen a integración del ser humano con su ambiente b) sistema humano es en conjunto de las partes conectando a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes. Callista Roy es la teorista de enfermería que más ha desarrollado y trabajado en el modelo de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento innato o adquirido en los seres humanos a los cuales considera como sistemas holísticos.(11)

El cuidado corresponde a una tarea individualizada basada en el conocimiento teórico de la disciplina de enfermería, este modelo se basa en cuatro conceptos clave:

1. Persona: Es el centro del modelo y se define como un ser único y complejo que está en constante interacción con su entorno.
2. Entorno: Se refiere a todo lo que rodea al paciente, tanto físico como psicológico. Este entorno puede afectar la salud del paciente y su capacidad para adaptarse a las situaciones.
3. Salud: Se entiende como un estado de equilibrio entre la persona y su entorno.
4. Enfermería: Es el proceso de facilitar la adaptación del paciente a su entorno, con el objetivo de promover la salud y el bienestar.

4.8.1 Utilización de pruebas empíricas

Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM). Señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Su modelo nos presenta una herramienta de gran utilidad para poder comprender la función de la enfermera y su intervención para reducir los mecanismos productores de estrés. Partiendo de esta base pensamos que este modelo puede convertirse en una herramienta eficaz para afrontar el estrés, a continuación, lo expondremos para adentrarnos en él, con el objetivo de adquirir conocimientos del modelo que nos permita la valoración de las conductas generadoras de estrés.

Roy, en su trabajo como enfermera, observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y también su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, concretamente, le impactó su nivel de adaptación. Al factor que pone en marcha la conducta lo denomina estímulo focal, que es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano. Los factores del entorno que se le presentan a la persona los denomina estímulos

contextuales y los estímulos residuales son aquellos que singularizan a la persona, le dan sentido, en definitiva, esencia. (11)

Roy describe los mecanismos innatos de afrontamiento como procesos automáticos, aunque los seres humanos no piensan en ellos. Las experiencias vividas a lo largo de la vida ayudan a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. El campo de actuación de la enfermera estaría vinculado a aquellas situaciones en las que la persona que se está adaptando presenta reacciones ineficaces. La enfermera que se guía mediante los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy puede encontrar una valoración de las conductas que manifiesta la persona que son generadoras de estrés.

4.8.2 Principales supuestos

Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están arraigados en el humanismo, en la verdad y en la unidad cósmica.

SUPUESTOS CIENTÍFICOS

- Los sistemas de materia y energía evolucionan hacia niveles más altos de complejidad en la organización del ser.
- La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno.
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir.
- Los seres humanos son responsables de la integración de los procesos creadores.
- El hecho de pensar y de sentir media en la acción humana.
- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección y el fomento de la interdependencia.

- Las personas y el mundo siguen modelos comunes y tienen relaciones integrales.
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
- La integración de los significados de la existencia humana y del entorno es el resultado de la adaptación.

SUPUESTOS FILOSÓFICOS

- Las personas se relacionan a la vez con el mundo y con Dios.
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia omega del universo.
- En los últimos tiempos, se ha descubierto a Dios en la diversidad de la creación, y este constituye el destino común de la creación.
- Las personas usan la capacidad humana creadora de conciencia, tolerancia y fe.
- Las personas son responsable de los procesos del origen, preservación y transformación del universo.

ADAPTACIÓN

Se refiere «al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno». Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

4.8.3 Afirmaciones teóricas

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de Enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción de adaptación

puede ser eficaz o no serlo. La Enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona. Como sistema vital abierto, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona.

(11)

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia. Considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento.

4.8.4 Aceptación por parte de la comunidad enfermera

Uno de los retos que tiene enfermería es a producción y consolidación de conocimiento propio, pero permita fortalecer la autonomía de las enfermeras, mejorar a calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad y promover su conocimiento como disciplina profesional. Este conocimiento se ve reflejado en los modelos conceptuales y teorías, producto de la observación n la práctica. De la investigación y de la indagación filosófica de sus autoras.

Práctica profesional: El modelo de Roy es útil en la práctica de enfermería ya que resalta las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la

investigación se tienen en cuenta objetivos, valores, las intervenciones del profesional y la paciente.

Los cuatro puntos de adaptación en la salud y en la enfermedad en el modelo de Roy han sido de gran ayuda para la práctica de la enfermería como ciencia y vocación.

4.8.4.1 Práctica profesional

Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse en un entorno. Los valores el amor el respeto.

Forma lógica : Este modelo es tanto deductivo como inductivo, pero es más hacia el carácter deductivo pues la teoría de Roy esta inclinada a la teoría psicoquímica

De Helson: Es inductiva por el hecho de que la autora formula los cuatro modos de adaptación de la teoría a través de la investigación y de las experiencias vividas a lo largo de su carrera profesional como enfermera. El modelo de Roy es útil en la práctica de enfermería ya que resalta las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación se tienen en cuenta objetivos, valores, las intervenciones del profesional y la paciente.

4.8.4.2 Formación

Roy define el propósito de la enfermería para estudiantes, en fomentar la adaptación de personas en cada uno de los modelos adaptativos en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo distingue la ciencia enfermera, de la ciencia médica enseñando el contenido de cada área en cursos separados.

4.8.4.3 Investigación

Roy (1984) ha constatado que la elaboración de una teoría y el análisis de teorías ya elaboradas se consideran asuntos prioritarios para la enfermería. El modelo sigue generando gran cantidad de hipótesis comprobables que deben investigarse

4.8.5 Desarrollos posteriores

Los investigadores del hoy aún siguen el modelo de Roy pues consideran que el papel viene ligado a las categorías psicoanalíticas de la autoestima de las personas. Es importante resaltar que hay un buen desarrollo empírico en todas las partes sobre la conceptualización de Roy de la persona y de la salud.

4.8.6 Crítica

Simplicidad: Incluye los conceptos de enfermería, y los cuatro modos nombrados anteriormente, las afirmaciones relacionadas son complejas hasta que se aprende el modelo y sus subconceptos.

4.8.7 Generalidad

Este modelo de adaptación, tienen como ventaja que pueden utilizarse para construir otro tipo de teorías, aunque esta es limitada ya que el concepto está dirigido a la adaptación de Persona-Entorno.

4.8.8 Precisión empírica

El modelo de Roy procede de teorías psicológicas, sociológicas y de enfermería, esto implica que toda la base teórica tiene un fundamento claro.

4.8.9 Consecuencias deducibles

Se ofrece un modelo de enfermería clara y definida que se utiliza para guiar la práctica clínica. Este modelo facilita los cuidados enfermeros que cubran las necesidades de todos los pacientes.

El grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación de Callista Roy, con el interés de profundizar en la conceptualización y operacionalización de este modelo teórico, ha realizado una primera aproximación en el análisis de algunos de los conceptos centrales sobre los que este se desarrolla, el cual sirve de base para que estudiantes, profesores y profesionales de enfermería fundamenten la dimensión del cuidado de las personas, como seres adaptativos acordes con la realidad del otro.

Al revisar los antecedentes históricos del modelo, encontramos que se publicó por primera vez en 1970, en un artículo titulado Adaptación: Un marco conceptual para enfermería. En sus publicaciones, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, en la veritivity y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy.

A lo largo de estos años el modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho la autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, así como a los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otros teóricos de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo, de tal manera que en la actualidad corresponde más a una visión de reciprocidad (interactiva-integrativa), que a una visión de reacción² (particular-determinística). La veritivity, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios. Con base en lo anterior, Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.

Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.

Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.

La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo. La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”.

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Con base en lo anterior, se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser más trascendente. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación.

Ante estos planteamientos y directrices, expuestos por Roy en su modelo, el grupo ha buscado interpretar y unificar sus conceptos, así como adaptarlos para facilitar su aplicación en la docencia y en la práctica, en escenarios de la cultura y situación sociopolítica de nuestro país.

Algunos de los avances logrados en la evolución del modelo teórico de Callista Roy, desde nuestra perspectiva, son:

Sistema Adaptativo Humano: SAH

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Ambiente

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”⁶. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y,

por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Estímulos

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”⁷. Ella los clasifica así:

Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”⁸. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación

Estímulos contextuales.

Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

Estímulos residuales.

Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.

Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.

Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.

Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica⁹.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual. El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

Nivel de adaptación

Según Roy, “el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido”.

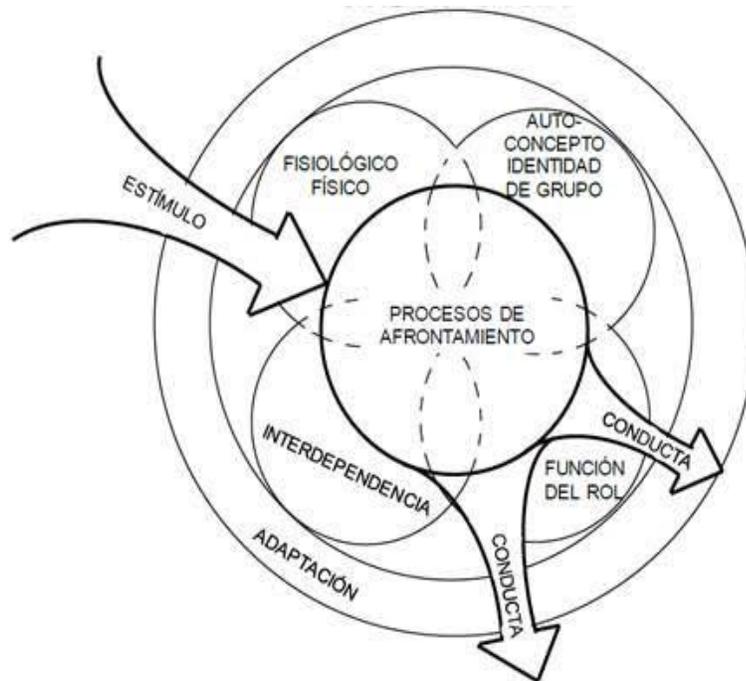
El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO₂ elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño. La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente

de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona

Figura 1. Modelo de Adaptación de Callista Roy



Fuente: Modelo de adaptación de Callista Roy., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002)

4.8.10 Metaparadigmas:

Persona: Las personas son sistemas holísticos y adaptable. “Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general”. “Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno”

Cuidado o enfermería: Es “una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación”. (Enfermería Global Nº 14 Octubre 2008. Como ciencia es “un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud”. “La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva”. El objetivo de las enfermeras y enfermeros es “mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad”.

Salud: “La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno”

Entorno: Es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial

consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales” La meta de Enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

Uno de los retos que tiene la enfermería es la producción y consolidación de conocimiento propio que permita fortalecer la autonomía de las enfermeras, mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad y promover su reconocimiento como disciplina profesional. Este conocimiento se ve reflejado en los modelos conceptuales y teorías, producto de la observación en la práctica, de la investigación y de la indagación filosófica de sus autoras.

Los modelos conceptuales son esquemas mentales que muestran una visión particular de la práctica, sustentada en principios científicos y filosóficos y en unos valores. Por su complejidad, requieren ser analizados para comprender su significado y alcance y de esta manera facilitar su aplicación en el cuidado del paciente. Uno de los que ha tenido mayor aceptación es el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Presentado por primera vez en 1970, desde esa época ha mostrado un proceso permanente de expansión acorde con el desarrollo de la disciplina de enfermería.

El desarrollo que ha tenido este Modelo ha motivado su aplicación por las enfermeras en diferentes países alrededor del mundo, entre ellos, algunos latinoamericanos, y sus resultados son evidentes a través de los productos de investigación publicados en revistas de enfermería. La Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS) realizó un análisis de los primeros 25 años de desarrollo de la investigación basada en el Modelo de Roy, en el período comprendido entre 1970 y 1994. De los 434 títulos encontrados, el grupo analizó 163 estudios, que se clasificaron teniendo en cuenta los modos y procesos de adaptación, estudios relacionados con los estímulos, estudios de intervención y desarrollo de instrumentos. Los resultados de este análisis permiten confirmar

algunas proposiciones que plantean directrices para la aplicación del Modelo en la práctica de enfermería, relacionadas con la valoración de comportamientos y de estímulos, la rotulación de diagnósticos de enfermería y el establecimiento de metas e intervenciones de enfermería.

En el análisis mencionado no se incluyeron las publicaciones realizadas en habla hispana; sin embargo, al realizar una búsqueda en las bases de datos y en las publicaciones de enfermería de la región, se pudo establecer que el Modelo de Adaptación de Roy es uno de los más utilizados en Brasil, México, Colombia, Chile y Perú. En esta indagación preliminar no se encontró una recopilación y análisis de los resultados de la aplicación del Modelo en América Latina, lo cual adquiere importancia cuando se desean conocer los avances en su estudio y aplicación, para fundamentar la práctica profesional, señalar vacíos del conocimiento, generar preguntas de investigación e identificar las personas interesadas en el conocimiento del Modelo para fortalecer las redes de investigadores.

El propósito de este artículo es analizar los avances en el desarrollo del conocimiento sobre la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en la práctica de enfermería en América Latina, evidenciado en la publicación de libros, artículos y trabajos de posgrado editados por revistas científicas de enfermería y visibles en bases de datos.

Los resultados de esta revisión permiten conocer las fortalezas y debilidades en la aplicación del Modelo en la práctica disciplinar, en la investigación y en la docencia en esta región y, así mismo, identificar oportunidades para replicar o refinar estudios realizados en éstos países.

El modelo de adaptación de Callista Roy se aplica en la práctica de enfermería de varias formas. Algunas de las aplicaciones más comunes incluyen:

Valoración: El modelo de adaptación de Callista Roy se utiliza para evaluar como el paciente está interactuando con su entorno. Se evalúan los modos de adaptación del paciente, sus procesos de adaptación y sus niveles de adaptación.

Diagnóstico: El modelo de adaptación de Callista Roy se utiliza para diagnosticar las necesidades del paciente en relación a su entorno. Se identifican los patrones de comportamiento que el paciente utiliza para adaptarse y se identifican las barreras que pueden impedir su adaptación.

Plan de cuidados: El modelo de adaptación de Callista Roy se utiliza para desarrollar un plan de cuidados personalizado para cada paciente. El plan de cuidados se enfoca en las necesidades de adaptación del paciente y se diseñan intervenciones para ayudar al paciente a adaptarse a su entorno.

4.9 Relación del modelo de adaptación con deterioro cognitivo

Los adultos mayores tienden a reducir su espacio cotidiano al ámbito de la vivienda y barrio, limitando sus recorridos y aumentando el tiempo en el hogar. Esta circunstancia convierte a los barrios en los lugares centrales del envejecimiento y en sus principales contextos de socialización. De ahí la importancia de incorporarla planificación urbana gerontológica y el diseño universal en la generación de espacios públicos que favorezcan el envejecimiento activo en el lugar. El diseño universal coadyuva a promover una relación adaptativa de la persona con su contexto cotidiano, contribuyendo a que permanezca de forma independiente, segura y activa.

El modelo de adaptación de Callista Roy se aplica en la práctica de enfermería de diferentes formas. Algunas de las aplicaciones más comunes o que en este trabajo se abordaron son:

Valoración: el modelo de adaptación de Callista Roy se utilizó para evaluar a los adultos mayores de la casa de di de Atotonilco de Tula, Hgo para evaluar cómo interactúan con su entorno. Se evaluaron los modos, proceso y nivel de adaptación con el fin de llegar a un buen desarrollo en el entorno presentado.

Diagnóstico: el modelo de adaptación de Callista Roy se utiliza para diagnosticar necesidades del adulto mayor en relación a su entorno, se identifican los patrones de comportamiento que el adulto mayor utiliza para adaptarse y se identifican las barreras que pueden impedir su adaptación.

Plan de cuidados: el modelo de adaptación de Callista Roy se utiliza para desarrollar un plan de cuidados. El plan de cuidados se enfoca en las necesidades de adaptación del adulto mayor y se diseñan intervenciones para ayudar a paciente a adaptarse a su entorno.

Lo que se busca es una mayor adaptación del adulto mayores a su entorno, lo que puede mejorar su calidad d vida, promover la salud y el bienestar. El deterioro cognitivo se medirá con e instrumento Mini Mental de Folstein y

posteriormente se realizará la intervención de enfermería adaptada al entorno de los adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula.

V. HIPÓTESIS

Hi. La intervención de enfermería disminuye el nivel d deterioro cognitivo del adulto mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula

Ho. La intervención de enfermería no modifica el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Medir el nivel de deterioro cognitivo en la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, antes y después de una intervención de enfermería

6.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula mediante instrumento de medición
- Operacionalizar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor antes y después de la intervención de enfermería
- Realizar intervención de enfermería con los adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula que presenten deterioro cognitivo.

VII. MÉTODOLÓGÍA

7.1 Tipo de estudio

Cuantitativo-Correlacional

7.2 Diseño metodológico

Diseño experimental

Se realizó una medición del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula Hgo, después de los resultados obtenidos se llevó a cabo la Intervención de enfermería “Conecta tu vida y tu mente” al término de la intervención se realizó una segunda medición del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores con el fin de evaluar si el nivel de Deterioro Cognitivo se mantuvo o disminuyó.

Diseño prolectivo

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el periodo Junio-Diciembre del año 2019 dónde se realizaron mediciones del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula antes y después de la Intervención de enfermería

Estudio longitudinal

En un grupo de 50 adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula Hgo, se midió el nivel de deterioro cognitivo antes y después de la intervención de enfermería mediante el instrumento MMSE de Folstein

7.3 Límites de tiempo y espacio

Para el trabajo de investigación se asignó el espacio de la casa de día de Atotonilco de Tula, Hago en el periodo de Junio a Diciembre del año 2019

7.4 Universo

Conformado por 60 Adultos mayores entre 50 a 90 años de edad de la casa de Día de Atotonilco de Tula, Hidalgo

7.5 Muestra

El estudio se realizó en la casa de día de Atotonilco de Tula Hidalgo con una muestra de 50 adultos mayores.

7.5.1 Criterios de Selección Todos los adultos mayores que asistan a la casa de día del adulto mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula

7.5.1.1 Criterios de inclusión

Todos los adultos mayores de 50 a 90 años que presenten deterioro cognitivo diagnosticado previamente, que acudan a la Casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado, que presenten o no una comorbilidad, con tratamiento farmacológico o no.

7.5.1.2 Criterios de exclusión

Todos los adultos mayores que no tengan de 50 a 90 años y que no presenten deterioro cognitivo, no acudan a la Casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, no deseen participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado, y dejen de acudir durante el periodo que se realice la evaluación.

7.5.1.3 Criterios de eliminación

Adultos mayores de 90 años o más que no padezcan deterioro cognitivo y no asistan a la Casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, Hidalgo.

7.6 Variables

7.6.1 Definición conceptuales

Variables Sociodemográficas

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Género: El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos de cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres

Estado civil: El estado civil es la situación estable o permanente en la que se encuentra un apersona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación

Grado de escolaridad: Grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada

Ocupación: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión

Variable Independiente: Terapia de estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva, es un conjunto de intervenciones terapéuticas que tienen como principal objetivo mantener las capacidades mentales y ralentizar el deterioro cognitivo. (8)

Variable Dependiente: Deterioro Cognitivo

El Deterioro Cognitivo es el conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogenias que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social. (1)

7.6.2 Definición operacional

El deterioro cognitivo será la disminución de las aptitudes intelectuales que presenten los adultos mayores con trastorno depresivo mayor. Se podrá

determinar con la aplicación de pruebas neuropsicológicas, que mide memoria a largo y corto plazo, atención, orientación en tiempo, lugar y espacio, lenguaje y comprensión. El nivel de deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve. Deterioro cognitivo moderado, deterioro cognitivo grave.

La estimulación cognitiva

Es el conjunto de actividades y técnicas dirigidas a mantener y perfeccionar el funcionamiento cognitivo, a través de ejercicios de memoria, atención, concentración, lenguaje, razonamiento y control, etc. El retrasar el deterioro de las capacidades y habilidades promueve eficazmente un envejecimiento activo. En este sentido la estimulación cognitiva mediante actividades y ejercicios promoverá la salud mental y la independencia emocional y física de la persona mayor. (7)

7.7 Instrumentos de medición

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nivel de confiabilidad: 0.81 alfa de Crombacch

El test Mini-Mental comprende una serie de preguntas y la realización de algunas acciones por parte de la persona evaluada. Sus resultados permiten tener una valoración de cribado o despistaje de su estado cognitivo en distintas áreas que se pueden relacionar con diferentes síntomas cognitivos, que en el MMSE son los siguientes:

Orientación temporal y espacial: se realizan algunas preguntas acerca del día y el lugar en el que nos encontramos en ese momento.

Memoria inmediata y retención: para su evaluación se emplea la repetición y recuerdo de tres palabras. Como un apunte curioso, el título de la película documental sobre Pasqual Maragall “Bicicleta, cuchara, manzana” son las palabras empleadas en una de las versiones españolas de esta prueba.

Concentración y memoria de trabajo: se realiza una actividad de cálculo mental o, alternativamente, en algunas versiones se emplea una de deletreo inverso de una palabra.

Lenguaje: se solicita a la persona evaluada la repetición de una frase sencilla, la realización de una orden escrita y una verbal, la escritura de una frase y la denominación de un par de objetos.

Praxis constructiva gráfica: requiere de la copia de un dibujo geométrico. Constructo: deterioro cognitivo medido en 5 dimensiones: Orientación, Memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructivas.

Descripción del constructo: se caracteriza por un déficit cognitivo múltiple que puede interferir en diferentes niveles de la actividad del individuo.

Descripción del instrumento original: La prueba tiene un puntaje total de 30 puntos en Ítems que evalúan el rendimiento en orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. La calificación se obtiene sumando los puntos asignados en cada Ítem. Altas puntuaciones indican un mayor rendimiento en las funciones evaluadas. Se definen como subtest cada una de las 10 áreas evaluadas: orientación temporal, orientación espacial, repetición inmediata, atención, repetición retardada, repetición verbal, comprensión verbal, escritura, lectura de una oración y praxis constructiva; y se definen como ítems cada una de las preguntas que compone cada subtest, por ejemplo, en orientación temporal: día de la semana, mes, año, otros... (16)

Usos o propósitos típicos del instrumento. Prueba de cribado o tamizaje del funcionamiento cognitivo en personas adultas mayores (Ver anexo 1)

7.8 Procedimientos

El trabajo de investigación se presentó en el seminario de investigación XIII en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Fue aprobado por el comité de ética, se procedió a la Entrega de oficio (ver

apéndice 15.1) y carta de aceptación (ver apéndice 15.1) para realizar las actividades planeadas en la Casa de día del Adulto Mayor de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo.

Una vez aceptada la solicitud, se realizó una invitación a los adultos mayores a la participación en el estudio de investigación, donde se les informó en que consiste ésta, se les proporcionó un consentimiento informado (ver apéndice 15.4) para la autorización de su participación, una vez firmado, se procedió a la realización de la primera medición con apoyo del Instrumento de medición (MMSE) (ver anexo 1) y la “Ficha de Identificación” (ver anexo 2).

Posteriormente, se les aplicó la intervención de Enfermería (Terapia de Estimulación Cognitiva) y una programación de actividades; y al concluir con la intervención, se les aplicó una segunda medición con el instrumento mencionado anteriormente.

El programa “Conecta tú vida y tu mente “consistió en 9 sesiones las cuales se realizaban los días miércoles en la casa de día de Atotonilco de Tula con una duración de 60 minutos por sesión, se trabajaba con todos los adultos mayores. Algunas de las actividades fueron juegos de destreza, memoria, actividades motoras, bailes, ejercicios físicos y de coordinación. (ver Apéndice 15.7)

7.9 Análisis estadístico

Análisis estadístico: Se elaboró una base de datos en el programa estadístico Statiscal Package For the Social Sciences (SPSS). Versión 22.0.

Estadística descriptiva: Se utilizó para las variables sociodemográficas, las variables de nivel de medición escalar se utilizaron las medidas de tendencia central; media, moda y mediana, suma, el valor mínimo y máximo de los datos obtenidos mediante el instrumento que se aplicó a la población adulta de la casa de día de Atotonilco de Tula.

Análisis inferencial: Para la prueba de hipótesis: prueba Chi Cuadrada.

Se tomó un valor igual a 0 si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas; por contra, el estadístico tomará un valor grande si

existe una gran discrepancia entre estas frecuencias, y consecuentemente se deberá rechazar la hipótesis nula.

7.10 Difusión

El presente trabajo de investigación se presentó en el XIII foro de Seminario de Investigación que se llevó a cabo en el auditorio de las instalaciones de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo el día 3 y 4 de junio del 2019. Así mismo se presentará en el Grupo de Investigación *Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad*. Posteriormente se envió el artículo de investigación para la publicación en una revista universitaria y por último se presentará como modalidad de titulación por tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayoría de los procedimientos diagnósticos terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación.

Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a las personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador, siempre que este comité actúe conforme a las leyes y ordenamiento del país en que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de

un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
8. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la

investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

9. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

Para la implementación de este trabajo de investigación en manera de la Ética Legal según lo considerado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, para la salud.

Que en su TITULO PRIMERO: Disposiciones Generales: Capítulo Único, en el Artículo 3

Artículo 3. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

En su TITULO SEGUNDO: De los aspectos: Éticos de la investigación en los seres humanos

Capitulo I. En sus artículos 16, 20,21 y 22

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal deberá recibir una

explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos los siguientes aspectos.

- I. La justificación y objetivos de la investigación
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y sus propósitos incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales
- III. Las molestias o riesgos esperados
- IV. Los beneficios que puedan observarse
- V. Los procedimientos que puedan ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada, obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar a la voluntad del sujeto para continuar participando
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a la que legalmente tendría derecho por parte de la institución de atención a la salud en el directamente causada por la investigación
- XI. Si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación ⁽¹³⁾

El código de Núremberg habla sobre las normas éticas sobre experimentación en seres humanos publicado el 20 de agosto de 1947. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresión de la autonomía del paciente.

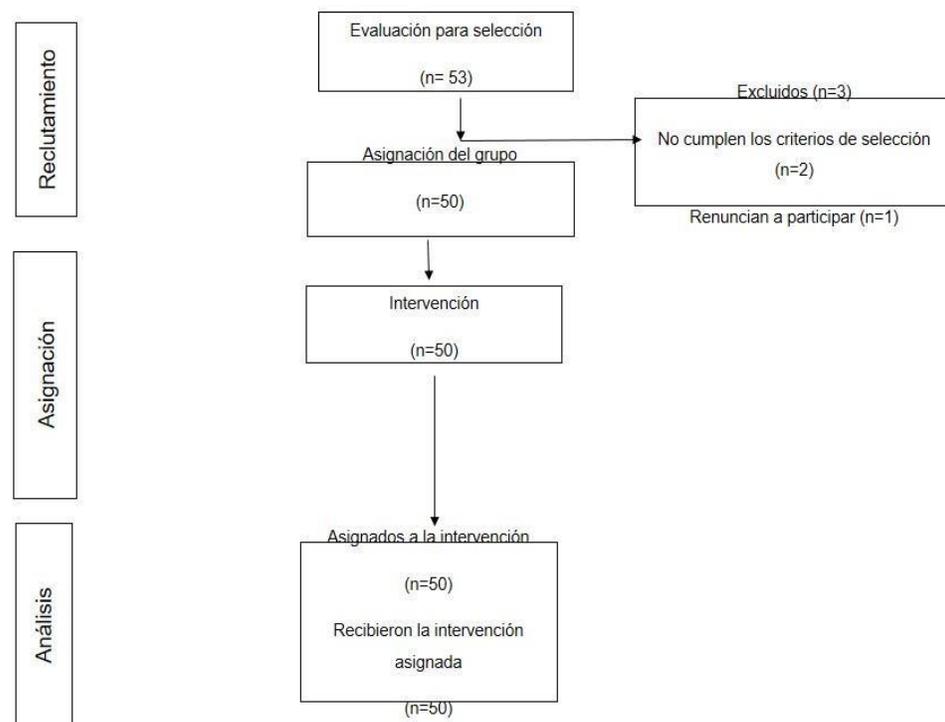
- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano

- II.** El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y la naturaleza que excluya al azar.
- III.** El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- IV.** Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- V.** El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VI.** Deben hacerse preparaciones cuidadosas y atender adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VII.** El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento
- VIII.** Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener la libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. ⁽¹⁴⁾

IX. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos del estudio, el cual fue realizado en una muestra de 60 adultos mayores, grupo de intervención de 53 de la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula, en el siguiente orden: características de la población de estudio, descripción de las variables de estudio, prueba de hipótesis. (Ver Figura 2)

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de la intervención "Conecta tu vida y tu mente"



Fuente: Elaboración propia López B y Sánchez C, 2019

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

	Variable	F	%
Género	Femenino	40	80
	Masculino	10	20
Estado Civil	Soltero	4	8
	Casado	36	73
	<i>Divorciado</i>	9	18
	Viudo	1	.1
Grado de escolaridad	Primaria	25	50
	Secundaria	21	42
	Preparatoria	3	6
	Profesión	1	2
Religión	Católica	43	86
	Cristiana	7	14
Con quién vive	Solo	7	14
	Pareja	29	58
	Hijos	14	28

Fuente: Ficha de Datos de Identificación

n= 50

En la tabla 1 (Ver tabla 1) , se muestra las variables sociodemográficas utilizadas en el estudio; se puede apreciar que en cuanto al género se cuenta con una

mayor prevalencia del género femenino con una frecuencia del 40 que corresponde a un 80% mientras que en el género masculino se presenta una frecuencia de 10 que nos indica el 20%, en cuanto al estado civil se encontró que existe una frecuencia de 36 que nos indica un 73% de adultos que son casados, en cuanto a adultos solteros existe una frecuencia de 4 que nos indica un 8% , y en el grado de escolaridad Primaria con un porcentaje del 50% mientras otros adultos que tienen una profesión en un porcentaje del 2%.

Tabla 2. Resultados pre-intervención "Conecta tu vida y tu mente"

Resultados pre y post intervención "Conecta tu vida y tu mente"				
Nivel de deterioro cognitivo	PRE		POST	
	F	%	f	%
Normal	18	36	34	68
Sospecha patológica	24	48	12	24
Deterioro	6	12	4	8
Demencia	2	4	0	0

54

En la tabla 2 (Ver tabla 2), se pueden observar los resultados obtenidos antes y después de la realización de la intervención "Conecta tu vida y tu mente" se realizó la primera medición con ayuda del instrumento MINI MENTAL. Teniendo una muestra de 50 adultos mayores, los resultados fueron los siguientes: 18 adultos mayores (36%) presentan un nivel normal, 24 adultos mayores (48%) se

encuentran en sospecha patológica, 6 adultos mayores (12%) en deterioro, 2 adultos mayores (4%) presentan demencia. También se observan los resultados obtenidos después de realizarse la intervención “Conecta tu vida y tu mente” teniendo una muestra de 50 adultos mayores, se realizó una segunda medición con apoyo del Instrumento MINI MENTAL obteniendo los siguientes resultados: 27 adultos mayores (54%) se encuentran en un estado normal, 19 adultos mayores (38%) se encuentran con sospecha patológica, 4 adultos mayores (8%) en deterioro.

Tabla 3. Prueba de χ^2 de Pearson para el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula, Hidalgo; pre y post intervención

Nivel de deterioro cognitivo	Media	Mediana	DE	X ²	Valor de deterioro cognitivo
Pre-Intervención	26.4600	27.000	1.70486	21.04 ^a	.004
Pos-Intervención	24.100	25.000	3.13147	27.480 ^b	.007

Fuente: Mini Mental Station de Folsteir 55 n=50

En la tabla 3 (Ver tabla 3), en relación a los resultados obtenidos, la correlación de Pearson arrojó un resultado positivo de .007 significativa al nivel de 0.01, por lo cual se rechaza la hipótesis nula lo que nos lleva a comprobar la hipótesis de trabajo: La intervención de enfermería disminuye el deterioro cognitivo del adulto mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula ya que posterior a la intervención de enfermería se obtuvieron los siguientes resultados: 27 adultos mayores (54%)

se encuentran en un estado normal, 19 adultos mayores (38%) se encuentran con sospecha patológica, 4 adultos mayores (8%) en deterioro.

X. DISCUSIÓN

Los adultos mayores son considerados como una población vulnerable en la sociedad, en esta etapa se presentan alteraciones en las funciones mentales, lo cual conlleva a un deterioro cognitivo en el adulto mayor. En las variables sociodemográficas se puede observar que el 50% de la población adulta mayor de la casa de día de Atotonilco de Tula solo cuenta con educación primaria, el 42% con educación secundaria, el 6% cuentan con Preparatoria concluida, mientras que un 2% cuenta con una profesión.

Frente a los análisis dependientes de sexo, se detectó un fenómeno que había sido planteado en algunas publicaciones anteriores, donde el sexo puede impactar en la significancia y fuerza de asociación entre algunas variables independientes y el deterioro cognitivo, durante los resultados pre- intervención se observe que en el género femenino había más prevalencia de deterioro cognitivo que en el género masculino. En un estudio Realizado por Rodríguez y Sánchez, el 57% de los adultos mayores tenían un estudio de primaria y un 25% era analfabeta. Lo anterior puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo en la población adulta mayor. (4)

En una muestra de 53 adultos mayores, grupo de intervención de 50 adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula los resultados obtenidos de la primera intervención del nivel de deterioro cognitivo fueron los siguientes: 36% presentaban nivel normal, 48% con sospecha patológica, 12% con deterioro cognitivo y 8% con demencia, posteriormente a la revisión de enfermería los resultados fueron los siguiente: 54% con nivel normal, 38% con sospecha patológica y 8% con deterioro cognitivo. Se observa que el nivel de deterioro cognitivo disminuye al aplicar la intervención de enfermería de estimulación cognitiva.

La selección de los estudios revisados permitió conocer intervenciones que provocan un impacto en el nivel cognitivo de las personas mayores, influyendo también en otras variantes de la vida tales como la funcionalidad, percepción de

felicidad y sentimiento de soledad. Los programas aplicados a la población objetivo, influyeron de manera positiva en las escalas aplicadas previamente para medir el nivel de deterioro cognitivo.(8)

Según el estudio de Salazar Pérez CA, la estimulación de las funciones cognitivas en los adultos mayores estudiados tuvo un efecto mediantemente positivo sobre las funciones cognitivas, de acuerdo a las acciones aplicadas. (15)

Autores como Lobouvie Vief y Devoe (1991), Piaget (1997) y Márquez (2008) señalaron que la conexión entre los aspectos; memoria, atención, orientación, cálculo, lenguaje etc.. con el apsecto cognitivo en adultos mayores, siendo, claves primordiales que repercuten en la mejora de la salud física y mental de los mismos. (1)

A raíz de los estudios e investigaciones realizadas por los autores mencionados; se comienza a profundizar y trabajar sobre el funcionamiento cognitivo que se orienta por un lado a relanterizar el deterioro cognitivo, por otro lado, a mantener y/o recuperar las funciones cognitivas y mentales preserebadas y por último, permite al adulto mayor a vivir de manera autónoma.

XI. CONCLUSIÓN

El deterioro cognitivo constituye una especie de "frontera" entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, pero no suficiente, como para impedir su funcionalidad.

Esto significa que tienen más problemas de memoria u otros problemas de pensamiento que otras personas de su edad. Es muy común en los adultos mayores y se puede mejorar la calidad de los mismos a través de actividades desarrollados de acuerdo al nivel de deterioro que presenten. La intervención se ejecuta fundamentalmente en forma de estimulación cognitiva, la que incluye las técnicas de la terapia de orientación a la realidad, la reminiscencia, la psicoestimulación mediante las artes y la consulta de logopedia, así como los talleres de entrenamiento de la memoria, con el uso de diversas técnicas a manera de reeducación neuropsicológica, y las propuestas de adaptación al entorno físico y humano, que engloban, respectivamente, las rutinas en la vida cotidiana y ayudas externas.

Con las actividades desarrolladas con los adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula se pudo observar que el nivel de deterioro cognitivo que presentaba cada uno de ellos disminuyo y en algunos el deterioro no avanza a mayor nivel, así como su estado de ánimo mejoro y el desarrollo en su entorno fue más favorable para el mismo.

XII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una intervención de enfermería para la población de Adultos Mayores de Atotonilco de Tula con el fin de evitar mayor riesgo de Deterioro Cognitivo.
- Diseñar un programa de intervención, que contenga más sesiones y actividades lúdicas para poder mejorar los resultados.
- Se debe cumplir con las sesiones estipuladas en el programa para obtener un resultado favorable.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriola Manchola E, Carnero Pardo C, Freire Pérez A, López Mongil R, López Trejo JA, Manzano Palomo S, Olazarán Rodríguez J. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2019;6 Disponible en: segg.es.https://www.segg.es>mediaPDF_DETERIORO_COGNITIVO_EN_EL_ADULTO_MAYOR.
2. Ríos-Gallardo AM, Muñoz Bernal LF, Aldana Camacho LV, et al. Perfil Neuropsicologico de un grupo de adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo leve. Rev. Mex Neurociencia 2017; 18 (5):2-13. Disponible en: [mediagraphic.com](https://www.mediagraphic.com) <https://www.mediagraphic.com>newperfil....-Mediagraphic>.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad (1 de Octubre) 28 de Septiembre del 2019. 60
4. López Mongil R. Deterioro Cognitivo/Demencia: valoración y seguimiento. Aspectos funcionales. Rev Esp de Geriatria y Gerontología vol. 52. No. 51 (2017). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124articulo-deterioro-cognitivo-de-demencia-valoracion-seguimiento-aspectos-S021139X18300775>.
5. San Martín Ayala LS. Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencia en personas mayores. En. Vol. 14 No.3 Santa Cruz de la Palma 2020. Disponible en: https://scielo.isecci.es/php?script=sci_arttext&pid=511988X2020000030004.
6. Benavides-Caro CA. Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor. Rev Mex Anest. 2017;40 (2): 107-112. Disponible en: [mediagraphic.com](https://www.mediagraphic.com)

https://www.mediagraphic.com>...PDF_Deterioro_cognitovo_en_el_adulto_mayor_Mediagraphic.

7. Guevara E. La importancia de conocer "lo esperado para la edad" en la evaluación cognitiva del adulto mayor. Rev. Med Chile Vol.144 No.12. Santiago dic. 2016 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887-2016001200016.
8. Catalayub E, Gómez Cabello A, Gómez Sorial I. Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal: ensayo clínico alateorizado. Navarro vol. 44 no.3 Pamplona sep/dic. 2021 Epub 30-Mayo-202 Disponible: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.061>.
9. Castro L, Ramírez J. Ley General de Salud; 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.mx/chts/PDF/LEY_GENERAL_DE_SALUD.
10. Fawcett J. Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería (modelo de adaptación de Callista Roy). 3ª Ed. F. A. Davis 1995
11. Díaz de Flores L, Durán de Villak⁶¹ M, Gallego de Pardo P, Daza Gómez O. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan vol. 2 no.1 Bogotá Jan/Dec 2022 Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51657-59972002000010004.
12. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados. Gero vol. 21 no.4 Barcelona Dic. 2019 Disponible en: [scielo.iscii.es https://scielo.iscii.es/prevalencia_del_deterioro_cognitivo_leve_en_adultos_mayores_institucionalizados](https://scielo.iscii.es/prevalencia_del_deterioro_cognitivo_leve_en_adultos_mayores_institucionalizados).
13. López GA, Dolores Calero M. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Rev. Esp Geriat Gerontol 2009;44 (4): 220-224. Disponible en: elsevier-es

<https://www.elsevier.es>> [revista.r...predicadores del deterioro cognitivo en ancianos.-Elsevier.](#)

14. Cancino M, Rehebein L. Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Psicol* vol. 34 no.3 Santiago dic 2016 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/50718-48082016000300002>.
15. Mejía Arango S, Miguel Jaimes A, Villa A. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores de México. *Mex* vol. 49 supl. 4 Cuernavaca ene-2017 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00036-36342007000100006.
16. Lobo A, Saz P. Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL (MMSE) del grupo Hogrefe Madrid (2002). Disponible en: www.teaediciones.com.

XIV. ANEXOS



Anexo 1. Instrumento Mini Mental State Examination de Folstein

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nombre: Varón [] Mujer []

Fecha: F. nacimiento: Edad:

Estudios/profesión: N.H^a.

Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1	ORIENTACION TEMPORAL (Max. 5)	
¿En qué estación? 0- 1		
¿En qué día (fecha)? 0-1		
¿En qué mes? 0-1		
¿En qué día de la semana? 0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1	ORIENTACION ESPACIAL (Max. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1		
¿En qué provincia estamos? 0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		

<p>Nombre 3 palabras Peseta-Caballo-Manzana (Balón-Bandera-Árbol) a razón de uno por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero continúe</p>	<p>Nº de repeticiones necesarias</p> <p>FIJACION-Recuerdo Inmediato</p> <p>(Max.3)</p>	
---	---	--

<p>diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</p> <p>Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1</p>		63
---	--	----

<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree mundo al revés</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1</p> <p>(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>	<p>ATENCIÓN - CALCULO</p> <p>(Max. 5)</p>	
--	---	--

<p>Preguntar por las 3 palabras mencionadas anteriormente.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</p> <p>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p>RECUERDO diferido</p> <p>(Max. 3)</p>	
---	--	--

<p>DENOMINACION. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. LAPIZ 0-1 RELOJ 0-1</p> <p>REPETICION. Pedirle que repita la frase: “Ni si, ni no, ni pero” (o “ en un tigral había 5 perros”) 0-1</p> <p>ORDENES. Pedirle que siga la orden: “Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”. Coge con mano d. 0-1 doble por la mitad 0-1 1 Pon en el suelo 0-1</p> <p>LECTURA. Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p>ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p>COPIA. Dibuje dos pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>(Max. 9)</p>	
<p>Puntuación de referencia 27 o más: normal 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia</p>	<p>Puntuación total</p> <p>(Max. 30 puntos)</p>	



Anexo 2: Ficha de Datos sociodemográficos.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO ESCUELA
SUPERIOR DE TLAHUELILPAN LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL “Conecta tu vida y tu mente”

FICHA DE DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

¿Con quién vive?:

¿Con cuántas personas vive? _____

Quien lo visita ¿Qué parentesco tiene?: _____

Casa Propia/Rentada: _____

Tiene hijos ¿Cuántos?: _____

Presenta alguna enfermedad ¿Cuál?: _____ Se encuentra
bajo tratamiento ¿Cuál?: _____

Realiza alguna otra actividad:

Anexo 3. Constancia de participación en foro de investigación

 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Escuela Superior de Tlaxhuellipán
Licenciatura en Enfermería

 150 Años
VIDA INSTITUCIONAL
1848-2018

 20 Años
Escuela Superior de Tlaxhuellipán

Grupo de Investigación
Respuestas Humanas a la Salud y a la Enfermedad

Otorgan la presente

CONSTANCIA

A: López Nolasco Benjamín, Maya Sánchez Ariana, Gabriela Maldonado Muñiz Neyda Alejandra Reyes Flores Clara Rocío Sánchez García Diana Laura Serrano Barrera

Por su participación como **PONENTES** en el **VII Foro de Investigación** con trabajo en **Modalidad Oral:**

"NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DE DÍA DE ATOTONILCO DE TULA."

Realizado el día 13 de noviembre del año en curso en Tlaxhuellipán Hgo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
Tlaxhuellipán Hgo., a 13 de noviembre del 2019.


Lic. Rosalva Meneses Noeggerath
Directora


DCS. Gabriela Maldonado Muñiz
Líder del Grupo de Investigación



XV. APÉNDICES

Apéndice 15.1 Solicitud Aceptada



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Tlahuelilpan University Campus

ESTL/205/2019

Lic. ALICIA GOMEZ RAMIREZ
COORDINADORA DE LA CASA DE DIA
DEL ADULTO MAYOR DE ATOTONILCO DE TULA.
P R E S E N T E.

Asunto: realizar protocolo de investigación.

Por este medio me permito saludarle al mismo tiempo solicitar su autorización para que las estudiantes NEYDA ALEJANDRA REYES FLORES, CLARA ROCIO SANCHEZ GARCIA, DIANA LAURA SERRANO BARRERA quienes cursan el 6° semestre de la Licenciatura en Enfermería realicen el protocolo de investigación titulado. **“NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DE DIA DE ATOTONILCO DE TULA POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA”**, Asesorado por su servidor.

Cabe mencionar que la presente investigación es de tipo cuantitativa y es de riesgo mínimo.

Esperando contar con su apoyo agradezco de antemano enviándole un caluroso saludo.

RESPETUOSAMENTE

“Amor, Orden y Progreso”

Tlahuelilpan Hgo., a 18 de junio del 2019

D.C.E. BENJAMIN LOPEZ NOLASCO.

PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

INVESTIGADOR UAEH.

*Aprobado
para realizar
intervenciones*



PROMOTORSE



Ex Hacienda de San Servando S/N
Col. Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, México. C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uagh.edu.mx

www.uagh.edu

Apéndice 15.2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Indicador o dimensiones	Escala de medición	Prueba estadística
Edad (Intermitente/ Sociodemográfica)	Años cumplidos que definen la edad de una persona	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años cumplidos	Escalar	Medidas de tendencia central
Género (Intermitente/ Sociodemográfica)	Conjunto de seres o personas con caracteres comunes	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	1. Masculino 2. Femenino	Nominal	Frecuencia y porcentaje
Estado Civil (Intermitente/ Sociodemográfica)	Condición social/legal en la cual se encuentra una persona	El estado civil es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión Libre	Nominal	Frecuencia y porcentaje

Grado de Escolaridad (Intermitente/ Sociodemográfica)	Nivel de educación alcanzado por una persona.	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	1. Ninguno 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Universidad	Nominal	Frecuencia y porcentaje
Nivel de Deterioro Cognitivo (Dependiente)	Perdida de capacidades funcionales de la persona debido al envejecimiento	El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores.	27 o más: Normal 24 o menos: Sospecha Patológica 12 – 24: Deterioro 9-12: Demencia	Ordinal	R de Parson
Terapia de estimulación cognitiva (Independiente)	Son conductas que se realizan para mejorar la cognición en el Adulto Mayor	La estimulación cognitiva, a grandes rasgos, es un grupo de intervenciones terapéuticas que tienen como principal objetivo mantener las capacidades mentales y ralentizar el deterioro cognitivo	1 Si realiza 2 No realiza	Nominal	Frecuencia



Apéndice 15.3 Cronograma de actividades 2019

Actividades	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Sep. 2019	Oct. 2019	Nov. 2019	Dic. 2019	Enero 2020
Aprobación de protocolo de investigación								
Solicitud para realizar la intervención (Terapia de estimulación Cognitiva)								
Primera medición								
Implementación fase operativa intervención (Terapia de estimulación cognitiva)								
Segunda medición								
Análisis e Interpretación de Resultados								
Difusión								
Publicación de resultados								



Apéndice 15.4 Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Por medio de la presente hago constar que estoy informado de la realización del tema de investigación “NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DE DÍA DE ATOTONILCO DE TULA POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA”

En el cual mi participación es completamente voluntaria, además que puedo negarme o declinar mi participación hacia el estudio en el momento que considere pertinente, aun cuando el investigador no lo solicite, haciendo respetar mi decisión. Se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos o aclaraciones:

- Mi participación en el tema de investigación no afectara en mi vida cotidiana o actividades.
- No hare ningún gasto o recibiré remuneración alguna
- Si durante mi participación, se hace notorio algún problema que repercuta a mi salud, se me brindara orientación y ayuda.

Estoy consciente de que la información obtenida por parte de la investigación, así como mi nombre y aspectos que me identifiquen, se mantienen de manera confidencial y que ninguna de esta información será difundida, o usada con algunos otros fines. Al igual que se me ha explicado el propósito de dicha investigación, se me informo que el tipo de investigación es de riesgo mínimo y que consistirá en la aplicación de una encuesta, para que puedan identificar el conocimiento y factores personales que conlleven a un deterioro cognitivo leve. Con fecha del _____ habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon las dudas que surgieron respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en dicho estudio.

Nombre y firma del participante: _____

Testigo 1

Testigo 2

Apéndice 15.6 Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos Humanos

Estudiante:

Sánchez García Clara Rocío

Coordinador de terapia cognitiva:

D.C. E López Nolasco Benjamín

M.C.E Maya Sánchez Ariana

Recursos materiales y financieros

Recursos Materiales	Unidad	Precio unitario	Importe
Computadora	2	\$10,000	\$20,000
Internet	1	\$350.00	\$1,400.00
Grabadora	1	\$700.00	\$700.00
CD'S	4	\$12.00	\$48.00
Copias	200	\$200.00	\$200.00
Lapiceros	60	\$5.00	\$300.00
Lápices	60	\$3.00	\$180.00
Impresiones	265	\$5.00	\$1,305.00
Hojas blancas/ hojas de color	4 paquetes	\$30.00	\$120.00
tapetes	60	\$100.00	\$6,000.00

Pelotas sanitarias	60	\$80.00	\$4,800.00
Mancuernas	60 pares	\$75.00	\$4,500.00
Juegos de memoria (lotería, memorama, serpientes y escaleras, sudoku, etc.)	20 juegos	\$100.00	\$2,000.00
Mega blocks	1 paquete	\$350.00	\$350.00
Acuarelas	60 piezas	\$10.00	\$600.00
Pasajes	3 meses	\$360.00	\$12,960.00
Comidas	3 meses	\$60.00	\$2,160.00
Total			\$57,623.00

Apéndice 15.7 Plan de Intervención

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL

TÍTULO

“Conecta tu vida y tu mente”



ELABORADO POR:

E.L.E Clara Roció Sánchez García

ASESORES:

D.C.E. López Nolasco Benjamín

M.C.E Maya Sánchez Ariana

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Cuando hablamos de las capacidades cognitivas, hablamos de las capacidades relacionadas con la memoria, el razonamiento, la concentración, el aprendizaje o la praxis. Con los años los adultos mayores suelen tener cambios en las funciones cognitivas, resultando en un deterioro su forma de asir la información del mundo, teniendo dificultades para aprender o poner en practico lo aprendido. Se utiliza para tratar una amplia gama de problemas. Con frecuencia es el tipo preferido de psicoterapia porque puede ayudar rápidamente a identificar y afrontar desafíos específicos. Generalmente requiere menos sesiones que los otros tipos de terapia y se realiza de forma estructurada, también es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales; por ejemplo:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida
- Identificar formas de controlar las emociones
- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Afrontar el dolor o las perdidas
- Afrontar una enfermedad medica

La terapia Cognitivo-Conductual un modelo de intervención que tiene una significativa eficacia en el alivio de los síntomas cognitivos, efectos y conductuales. Consistente en una aplicación de un conjunto de acciones que tienen como objetivo mantener o incluso mejorar el buen funcionamiento cognitivo a través de determinados ejercicios. El retrasar el deterioro de las capacidades y habilidades promueve eficazmente un envejecimiento activo. Se planteó la siguiente intervención de enfermería.

“Conecta tu vida y tu mente”

I. IDENTIFICACION DEL CURSO

Nombre del curso: Terapia de estimulación cognitiva

Dirigido a: Adultos mayores de la casa de día de Atotonilco de Tula

Duración: 9 horas

Lugar: Casa de día del Adulto Mayor, Atotonilco de Tula

Asesor de la Terapia Estimulación Cognitiva: D.C.E López Nolasco Benjamín

Elaborado por: E.L.E Sánchez García Clara Rocio

Fecha: Agosto 2019 – Octubre 2019

Días: Miércoles

Horario: 10:00 – 11:00 horas

Descripción: Son una de las intervenciones más extendidas y populares aplicadas para el tratamiento de las personas con demencia. Las terapias de intervención cognitiva se fundamentan en los fenómenos de neuroplasticidad y reserva cognitiva, así como en la hipótesis de que mantener a la persona activa puede ralentizar el deterioro cognitivo, estimulando aquellas áreas preservadas para prevenir su declive por desuso. La aplicación de terapias de intervención cognitiva debe estar basada en una evaluación previa de las capacidades, para adaptarla a las características y necesidades de cada participante. Enfermería como profesión, poseedora del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con la

persona; así como por su notable presencia en el primer nivel de atención, se convierte en principal agente dentro del equipo interdisciplinario encargada de motivar a las personas de los diferentes grupos etarios, entre ellos adultos mayores, a mantener su salud mediante la promoción de la salud, mantenimiento y prevención de la enfermedad, logrando independencia para satisfacer sus necesidades básicas.

Evaluación: Al término del programa se le realizará una evolución a cada uno de los adultos mayores. El instrumento de medición que se usará Mini-Mental State de Folstein (Utilizado ya anteriormente en la evaluación preintervención).

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “PRESENTACIÓN”

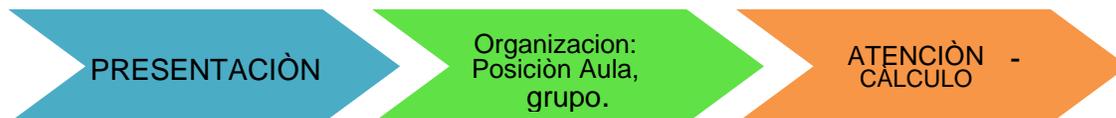
Fecha: 7 de Agosto del 2019

N. de Sesión: 1 **Introducción:** 5 minutos

Duración: 25 minutos

Cierre: 5 minutos

Objetivo: Romper esa barrera de comunicación entre la investigadora y el grupo de adultos mayores de la casa de día, para tener una comunicación efectiva. Mantener un ambiente armónico durante la intervención de enfermería para favorecer la relación y comunicación entre participantes así como determinar resultados favorables de la intervención.



Realización: Este ejercicio es interesante proponerlo el primer día de clase para que los componentes del grupo se conozcan, se acuerden de los nombres de los compañeros y cojan confianza entre ellos. Esto con el fin de que se interesen por aspectos muy personas de sus compañeros de grupo.

Dos personas del grupo, si es posible que no se conozcan, deben explicarse cosas personales: el nombre, si tienen hijos, nietos, razones por las que están en este taller, cuál es su color favorito, pasatiempo, como se considera, etc. Después de 20 minutos de conversar con su pareja se sientan por grupos y empezaremos con la dinámica, tendrán que comentar con todo el grupo. Un compañero presenta

al otro, como se llama y todo lo que este le haya explicado. Al azar se le preguntara a alguno de los otros adultos mayores algunos datos mencionados de los participantes que se encuentren frente del grupo y posteriormente levantarse para presentar a su compañero y así sucesivamente. Esta sesión tiene el fin de conocerse más a fondo a igual que poner a trabajar la memoria del adulto mayor, reteniendo datos mencionados en un lapso de tiempo corto.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “EL REPE”

11 de Agosto del 2019

N. de Sesión: 2

Introducción: 5 minutos

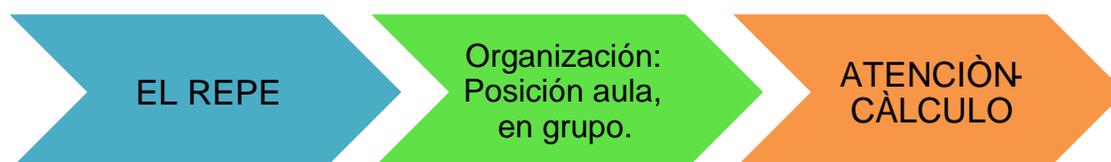
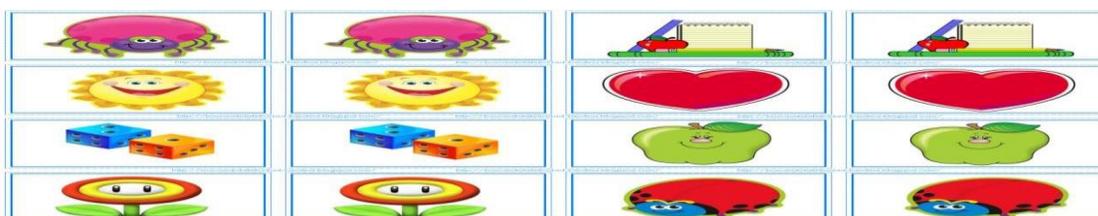
Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Material: Fichas del Memory

Objetivo: Incrementar a memoria a corto plazo, trabajar la memoria encargada del proceso visual porque hay que retener una imagen y la posición, mejorando las capacidades cognitivas. Con este juego trabajan tres procesos; grabación, almacenamiento y clasificación de la información.

El adulto mayor utilizará la memoria para recordar donde se encuentran distribuidas las diferentes figuras que componen el memorama con el objetivo de mejorar su atención y la retención de figuras, cuerpos, colores, etc.



Realización: Se realiza un memoria didáctico por la persona responsable de la terapia (se queda como donación en la casa de día del adulto mayor de Atotonilco de Tula).

El Memory consiste en encontrar la pareja correspondiente. Se ponen las cartas o fichas boca abajo, se destapa una y luego otra. Si coinciden se las llevas, sino las pones boca abajo otra vez, para el próximo que le toque. Hay que fijarse bien en las fichas que se van destapando. El adulto mayor trabajara a memoria visual, incrementa a memorización que se produce mediante la vista, la percepción se agudiza y la asociación visual es internalizada. Se incrementa la concentración y la potencia de sus habilidades cognitivas. Ejercitan e cerbero de una manera saludable.

NOMBRE DE LA INTERVENCION: “TE TOCA”

21 de Agosto del 2019

N. de sesión: 3 **Introducción:** 5 minutos

Duración: 50 minutos **Cierre:** 5 minutos

Materiales: Una pelota

Objetivo: Generar la habilidad de crear palabras con algunas letras pero que tengan relación con un mismo contexto, así mismo la coordinación de movimientos al pasar la pelota a su siguiente compañero sin que caiga al suelo. También se busca fortalecer musculatura y mantener elasticidad.



Realización: Se van pasando la pelota alternativamente. Antes de coger la pelota tienen que decir una palabra que empiece por: c-z-p-e

C calcetín-caña

Z zapato-zanahoria

P pelota-pijama

E elefante-elegante

Posteriormente se realizarán algunos ejercicios de coordinación con la pelota.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “EL CUENTO DEL GRUPO”

28 de Agosto 2019

N. de Sesión: 4

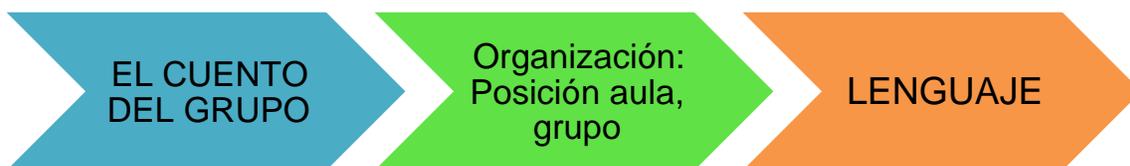
Introducción: 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Material: Una hoja, un lápiz.

Objetivo: Los adultos mayores mencionarán palabras que conozcan, posteriormente las tendrán que recordar y crear un cuento fortaleciendo así la habilidad de lenguaje, una comunicación efectiva y poniendo en práctica su creatividad.



Realización: para inventar historias tenemos que encender nuestra imaginación, pensar soluciones lógicas para cada situación, mantener la coherencia planteada e idear posibles problemas y sus soluciones (estimulación de la memoria)

Se explica la dinámica de cómo realizar una historia mediante palabras que cada uno de los adultos mayores dirán, se agrupan en grupos de 5 miembros. Las palabras se irán apuntando en una libreta. Con todas ellas tienen que realizar una historia. Se pueden añadir más palabras, pero obligatoriamente tienen que salir todas las que se han dicho. Se elige a un miembro por equipo para que esté presente su historia frente a todo el grupo. Contribuye al mejoramiento de la capacidad expresiva y argumentativa en los adultos mayores.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “EL PLANO DE LA CASA”

4 de septiembre del 2019

N. de Sesión: 5

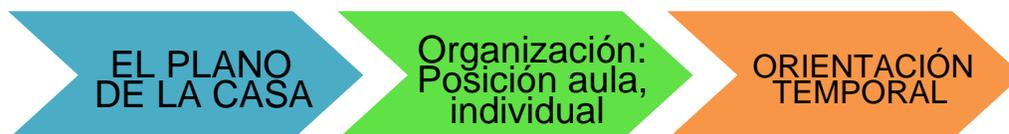
Introducción: 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Material: Fotocopia de la figura “El plano de la casa”, una hoja, un lápiz.

Objetivo: El adulto mayor será capaz de recordar la ubicación de ciertos lugares en el plano de una casa mejorando así la memoria. Entender que la realidad física que nos rodea se puede presentar en mapas y planos.



Realización: Se reparte una fotocopia de la figura “el plano de la casa” a cada alumno/a. Deben observarla durante unos minutos y responder a estas preguntas y notar la respuesta en su libreta. ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?, ¿Entre que habitaciones se encuentra la de matrimonio?, ¿Qué es lo que hay frente a la cocina?, ¿Entre que habitaciones se encuentra el despacho?, ¿Dónde está situada la habitación de niños 1, entre qué puntos cardinales?

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “EL CIRCUITO”

Fecha: 11 de Septiembre del 2019

N. de Sesión: 6

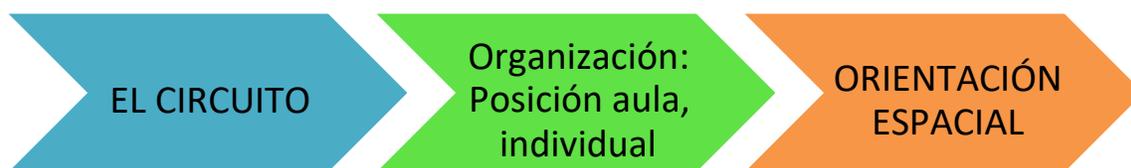
Introducción: 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Material: Fotocopia de la figura “El circuito”, una hoja, un lápiz.

Objetivo: Memorizar y plasmar el dibujo que le será otorgado y explicar cuál es el recorrido que lleva esto para tener una ubicación temporoespacial.



Realización: Se reparte una fotocopia de la figura “El circuito” (se dan fotocopias de diferentes circuitos a los adultos mayores). Tienen que observar atentamente el dibujo y dibujar el recorrido de memoria

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: ADIVINA

Fecha: 18 de Septiembre del 2019

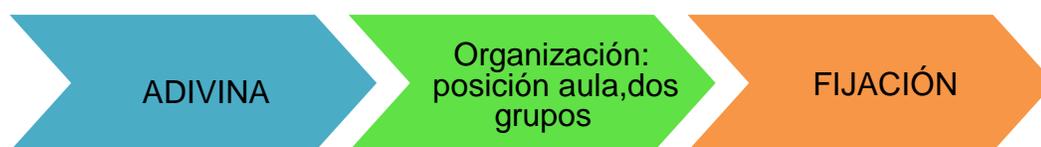
N. de Sesión: 7

Introducción: 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Objetivo: Poner en práctica al adulto mayor mediante la identificación de una canción estimulando la atención. Mejora actividad cerebral se adquiere más agudeza mental, favorece la flexibilidad cognitiva de los mayores, mejorando su capacidad de adaptarse a nueva información y recordar lo que ya se sabía.



Realización de la actividad: Cada grupo tiene que escoger una canción conocida sin que el grupo contrario la oiga. El grupo 1 tendrá que reproducir una estrofa de la canción elegida y el grupo contrario adivinarla. Luego el grupo 2 escoge otra canción

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: “OLOR EPISÓDICO”

Fecha: 25 de Septiembre del 2019

N. de Sesión: 8 **Introducción:** 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 10 minutos

Material: Imagen de un paisaje

Objetivo: Que el adulto mayor mediante objetos, imágenes o palabras logre recordar eventos agradables o importantes de su pasado.



**OLOR
EPISÓDICO**

**Organización:
posición aula,
grupo**

FIJACIÓN

Realización: Evocar y escribir a partir de un cierto olor determinado por el grupo, un acontecimiento, una salida, excursión, etc; que se recuerde especialmente.

Ejemplo: (romero)

-Me recuerda las excursiones que hacia los domingos con mi padre -Las bolsitas que ponía con romero en los armarios.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN “DE MÍMICA”

Fecha: 2 de
Octubre del
2019

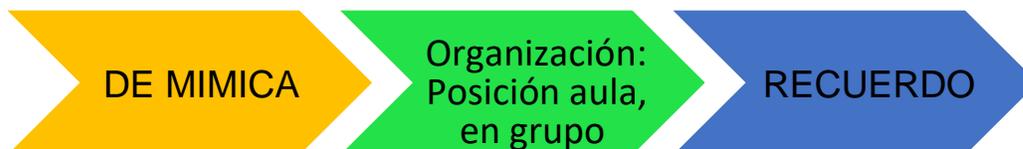
N. de Sesión: 9

Introducción: 5 minutos

Duración: 50 minutos

Cierre: 5 minutos

Objetivo: Que el adulto mayor recuerde y coordine movimientos realizados por sus compañeros para posteriormente imitarlos siguiendo una secuencia fortaleciendo la motricidad.



Realización: “Frase continuada con gestos”: uno del grupo hace un gesto, por ejemplo el de planchar; el siguiente hace el gesto anterior, plancha, y añade uno, sacar el polvo; el tercero plancha, saca el polvo y escucha música. Y así todos los alumnos durante dos o tres vueltas, según el grupo. (15)

Nota: Hay que intentar no hablar y hacer los gestos muy claros y concisos.

