

1998

Grado de dependencia de las abc en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo

Cieri, Patricia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/973>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Aprobada.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

TESIS PRESENTADA A LA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

"GRADO DE DEPENDENCIA DE LAS ABC EN ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS CON TRASTORNO COGNITIVO"

población

AUTORES: T. O. CIERI PATRICIA

T. O. COHN MIRIAM

Biblioteca C.E.C.S. y C.S.	
Inventario	Signatura
1519	
Vol.	Ejemplar
Universidad Nacional de Mar del Plata	

ÍNDICE

	<u>Pag.</u>
1-INTRODUCCIÓN.....	3
<i>1.1-Estado actual de la cuestión.....</i>	<i>3</i>
<i>1.2-Fundamentación.....</i>	<i>6</i>
1.2.1-Beneficios.....	7
<i>1.3-Marco conceptual.....</i>	<i>8</i>
1.3.1-Historia de los instrumentos de evaluación del autovalimiento.....	10
<i>1.4-Objetivos.....</i>	<i>18</i>
1.4.1-Objetivos generales.....	18
1.4.2-Objetivos específicos.....	18
<i>1.5-Hipótesis.....</i>	<i>18</i>
1.5.1-Definiciones conceptuales.....	19
2-MATERIAL.....	21
<i>2.1-Universo de estudio.....</i>	<i>21</i>
2.1.1-Criterios de inclusión.....	21
2.1.2-Criterios de exclusión.....	21
3-MÉTODO.....	22
<i>3.1-Mini Mental State.....</i>	<i>22</i>
3.1.1-Definiciones operacionales.....	23
3.1.2-Selección de variables.....	24
<i>3.2-Escala de autovalimiento.....</i>	<i>24</i>
3.2.1-Definiciones operacionales.....	26
3.2.2-Selección de variables.....	26
<i>3.3-Cruce de variables.....</i>	<i>27</i>
<i>3.4-Prueba de instrumentos.....</i>	<i>27</i>
<i>3.5-Método estadístico.....</i>	<i>28</i>

ma. 6/11

	<u>Pag.</u>
4-RESULTADOS	29
4.1-Datos demográfica.....	29
4.2-Resultados propiamente dichos.....	30
5-DISCUSIÓN	34
6-CONCLUSIÓN	39
7-ANEXO I (Protocolos)	41
7.1-Datos generales.....	42
7.2-Mini Mental.....	43
7.3-Escala de autovalimiento de Lawton y Brody.....	45
8-ANEXO II (Tablas)	46
8.1-Tabla 3:Frecuencia Total MMS.....	47
8.2-Tabla 4:Frecuencia Total Lawton.....	47
9-ANEXO III (Resultados-Gráficos)	48
9.1-Gráfico 1 y 2:Cruce Alimentación-Atención.....	49
9.2-Gráfico 3 y 4:Cruce Vestido-O.Espacial.....	50
9.3-Gráfico 5 y 6:Cruce Vestido-Recuerdo.....	51
9.4-Gráfico 7 y 8:Cruce Vestido-Comprensión.....	52
9.5-Gráfico 9 y 10:Cruce A.Personal-O.Espacial.....	53
9.6-Gráfico 11 y 12:Cruce A.Personal-Comprensión.....	54
9.7-Gráfico 13 y 14:Cruce Higiene-O.Espacial.....	55
9.8-Gráfico 15 y 16:Cruce Higiene-Recuerdo.....	56
9.9-Gráfico 17 y 18:Cruce Higiene-Comprensión.....	57
10-BIBLIOGRAFÍA	58
11-ASESORAMIENTO	62
11.1-Agrededimientos.....	62
12-FIRMA DE LOS TESISISTAS	62

1° INTRODUCCIÓN

1.1-Estado actual de la cuestión

El aumento de la longevidad y la declinación en la fertilidad, que se viene observando en las últimas décadas, ha modificado la pirámide poblacional. Según datos de UN-Economic and Social Council, 1997, en 1950 había en todo el mundo aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años. En 1982 alcanzaron la cifra de 400 millones y su número actual ronda los 550 millones. Las proyecciones para el 2001 predicen 600 millones, para el 2020, 1000 millones, y para el 2025, 1200 millones de personas mayores de 60 años. Los países en vías de desarrollo albergan actualmente al 61% de las personas mayores y las proyecciones estadísticas para el 2025 indican que la proporción será del 70%, con una leve diferencia a favor del sexo femenino (55%). (28).

Según R.L Arizaga en la Argentina, entre 1960 y 1990, la población general creció un 39%. Efectuando un análisis estratificado, la de 65 años lo hizo en un 89% y los mayores de 85 años se incrementaron en un 231%. (28).

Con el aumento de la expectativa de vida, patologías y problemáticas que tenían baja prevalencia han pasado a tener en la actualidad mayor importancia. La demencia, y en particular la enfermedad de Alzheimer, afecta a 22 millones de personas en el mundo, con una prevalencia de 4,7% en mayores de 65 años y de 20% en mayores de 80 años (The World Health Report, 1995). (28).

Todos estos sujetos ejercen un impacto socioeconómico importante a tener en cuenta en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas, dado que demandan una gran cantidad de cuidados. La mayoría de los mismos se centran en la satisfacción de las actividades básicas cotidianas (ABC): alimentación, vestido, higiene, arreglo personal, uso del servicio, deambulaci3n.

Estudios recientes indican que el incremento en la expectativa de vida no siempre significa m3s salud, sino simplemente, m3s a3os de enfermedad y dependencia. Cuando se desea evaluar la calidad de vida, el par3metro de Expectativa de Vida da poca informaci3n y se ha comenzado a investigar par3metros como: Expectativa de Vida Libre de Discapacidad, Expectativa de Salud y Expectativa de Vida Independiente. Esta 3ltima se refiere al n3mero de a3os que un individuo puede vivir sin restricciones en actividades b3sicas de la vida diaria, como incorporarse del lecho, vestirse, higienizarse y acostarse, adem3s de actividades instrumentales m3s complejas como cocinar, hacer las compras y tareas hogare3as.(28).

Seg3n M. Shapira, el deterioro funcional en las actividades b3sicas de la vida diaria ha sido demostrado en la minor3a de los pacientes que viven con su familia (5-12% de los ancianos necesitan asistencia con el ba3o, 2%, es ayudado para alimentarse) sin embargo aproximadamente el 25% son dependientes por lo menos en una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (28). El mismo autor hace menci3n a que la dependencia en estas 3ltimas ha sido relacionada con aumento de la mortalidad en un estudio longitudinal hecho por Manton en 1988.

También se ha determinado una estrecha relación entre la incapacidad y un aumento de los costos de la atención médica (Schneider y cols., 1990). (28).

Cuando se habla de salud y calidad de vida en personas mayores el objetivo prioritario es la conservación de su autonomía, su estilo de vida y la compensación de su declinación sin menoscabo de su autoestima. (28).

1.2-Fundamentación

El desarrollo de este trabajo intenta demostrar si existe una relación estable entre el deterioro de las distintas funciones cognitivas y el nivel de dependencia en cada ABC.

Como no se ha encontrado en nuestro país ningún trabajo que correlacione directamente estos dos aspectos, es importante investigar sobre este hecho en particular, para intentar establecer relaciones tipo entre ambas variables.

La evaluación de las funciones cognitivas y de las ABC, permite:

- Obtener un rápido diagnóstico funcional y situacional.*
- Facilitar el rastreo de problemas comunes que pueden pasar inadvertidos y derivar en una declinación física.*
- Asistir en el diagnóstico de síndrome.*
- Establecer medidas objetivas para monitorear el curso clínico de un paciente.*
- Aportar elementos fundamentales al equipo tratante para decidir el tipo de intervención, permitiendo un abordaje adecuado según las necesidades de cada paciente.*
- Brindar orientación a sus cuidadores con respecto a las ABC y otras actividades para que sean acordes a su nivel cognitivo y mantener el mayor nivel de autonomía.*
- Ubicar al paciente en el sector correspondiente a los cuidados necesarios, e incluirlo en las actividades según sus posibilidades cognitivas y de socialización, dentro de una institución.*
- Monitorear la evolución a través del tiempo. (30) (28).*

Para evaluar la incidencia del deterioro cognitivo sobre el desempeño el Terapeuta Ocupacional prioriza la observación de cambios en las tareas cotidianas. Los procedimientos típicos de dichas tareas están más estandarizados que las realizadas esporádicamente y son la estructura básica del estilo de vida de un sujeto.(2).

Las personas con trastornos cognitivos tienen generalmente alteraciones en el desempeño de las AVD (Actividades de la Vida Diaria). Por eso es importante que el Terapeuta Ocupacional tenga la información de cuáles son los déficits cognitivos del sujeto, para poder comprender cómo éstos influyen en el desempeño en la vida cotidiana.

1.2.1-Beneficios:

Por lo expuesto anteriormente y lo corroborado a través de la experiencia profesional este trabajo aportaría los siguientes beneficios:

En el plano del conocimiento:

- Mayor conocimiento científico para los T.O.*
- Sistematización y objetivación el conocimiento mediante el uso de escalas estandarizadas.*

En el plano profesional:

- Mejor comunicación con el equipo interdisciplinario.*
- Mayor actitud científica en la práctica diaria frente a esta problemática.*
- Revalorización del rol profesional dentro del equipo interdisciplinario.*

En el plano del paciente:

- Enfoque objetivo para el diagnóstico funcional.*
- Abordaje objetivo en el tratamiento.*
- Beneficio directo para los pacientes y sus familias.*

