

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

ma

| | <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-Agredecimientos..... | 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.*

1.3-Marco conceptual

En la actualidad en gerontología, el modelo biomédico fue sustituido por el modelo biopsicosocial que incluye la consideración del entorno social, el estado psicológico, el sistema de valores y otras variables complejas que pueden influir en la enfermedad y son difíciles de medir. En este contexto la evaluación funcional del individuo adquiere gran relevancia e interés clínico. (20). Katz en 1989, y Perlado en 1995, sostienen que en la capacidad funcional influyen, no solo las enfermedades u otros factores médicos, sino también extramédicos, de tal forma que tiene que ser evaluada dentro de un contexto físico, interpersonal y ambiental. (20) (30). En un ejemplo que da Ollari en un estudio sobre quejas mnésicas en personas mayores destaca que la severidad de las mismas no está relacionada con la edad, el nivel educacional ni la situación familiar de los pacientes, sino con la escasa actividad diaria y la poca interacción social.(28).

Solomón en 1988, define la evaluación funcional "como el proceso por el cual el profesional de la salud interpreta la capacidad del paciente para desempeñarse en la vida cotidiana, identifica las dificultades que lo limitan, y con esta información, desarrolla un plan de acción destinado a mantener y/o recuperar la autonomía ." (28; pp:406).

Theressa Burns define a la evaluación como un proceso continuo que identifica la intervención apropiada según los cambios en el estado del paciente y los recursos existentes para su cuidado.(3).

Jentof Cruz dice que ningún índice de evaluación funcional sirve para prevenir enfermedades futuras, aunque sí puede ayudar en la prevención de deterioro de enfermedades ya existentes. (20). Manton, en un estudio longitudinal hecho en 1988, relaciona la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria con el aumento de la mortalidad. (28). Perlado considera que para la evolución y

pronóstico es más importante el estado funcional del anciano que el diagnóstico de la enfermedad. (20). Otros autores han demostrado en estudios recientes que la evaluación funcional permite predecir la evolución de los pacientes (caídas, institucionalizaciones o muerte) a lo largo del tiempo. (28).

Katz, en su trabajo "The Progress in Development of the Index of ADL" en 1970, sostiene que el énfasis en la función tiene una importancia práctica dado que puede ser evaluada en forma relativamente objetiva; es un hito mensurable en la evolución de una enfermedad y es sensible a cambios de la misma y del envejecimiento. El status funcional también refleja la existencia, el estadio y el impacto de fuerzas desfavorables aunque no se conozca las causas del mismo.

"...Muchos instrumentos de evaluación permiten obtener promedios o sumatorias (resultados a partir de variables no dependientes).Es importante aclarar que este tipo de índice resulta útil para describir como funciona un individuo en forma global pero la obtención del resultado no aclara la naturaleza de la falla.Los índices numéricos revelan tanta información como la que ocultan..." (28; pp:407).

Haydee Andrés en 1993, da mucha importancia al mantenimiento de la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en pacientes que manifiestan los primeros síntomas de demencia. (6).

Eustinoni en 1992, menciona la alteración de la praxia constructiva e ideatoria, que impide que el paciente se vista, lave y coma por sus propios medios, en los estadios más avanzados, como característica propia de los pacientes con deterioro cognitivo. (18).

Según Shapira, en gerontología, ha sido desarrollada una importante línea de investigación cuya finalidad es objetivar el funcionamiento de los ancianos con demencia en su vida cotidiana.

*Dentro de esta línea, el autor ha definido tres niveles de estudios funcionales: **Básico:** capacidades para comer, transferirse, higienizarse, vestirse y bañarse; **Instrumental:** capacidades para lavar la ropa, hacer las compras, conducir automóviles, tomar transporte público, limpiar la casa, usar el teléfono, manejar dinero y administrar la medicación de uso personal y **Avanzados:** funciones sociales específicas para cada paciente (representa el nivel de mayor independencia). (28).*

Katz, en 1983 sostiene que hay una creciente aceptación del desempeño en las funciones básicas cotidianas como criterio para la clasificación del estado funcional de los ancianos. (30).

En 1983, Kaufert identifica los siguientes factores como variables influyentes en el desempeño y por lo tanto deben ser considerados en la evaluación de la independencia funcional: el nivel de asistencia requerido; el uso de adaptaciones y aparatos, o incluso de asistente; la orientación profesional de los evaluadores y la motivación y las expectativas sobre el rol a desempeñar del paciente.(10).

1.3.1-Historia de los instrumentos de medición del autovalimiento:

En la investigación bibliográfica, surge como antecedente en 1948, el primer elemento formal de evaluación de la función desarrollado por Karnofsky para establecer estadios de la enfermedad en pacientes oncológicos. (20).

Jentof Cruz continúa con su reseña histórica diciendo que en 1949, en Estados Unidos se creó la Commission on Chronic Illness, que impulsó a clasificar las actividades cotidianas para la evaluación de pacientes crónicos. En 1958 un equipo multidisciplinario dirigido por Sidney Katz publicó sus observaciones basadas en la evaluación

funcional exhaustiva de pacientes con fractura de cadera, clasificándolos con el objetivo de encontrar factores pronósticos. Al año siguiente publicaron el Index of ADL, como se lo conoce en la actualidad. Las 6 actividades elegidas forman parte de la mayoría de los índices posteriores de AVD básicas.

En 1963 se publicó con el nombre de Índice de Katz. Aquí compara los patrones encontrados en la pérdida y recuperación de la función con el crecimiento y desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descriptas. (20).

En el análisis que Perlado hace del Índice de Katz menciona que es verdad que el niño adquiere sus funciones básicas en un orden determinado y jerárquico, pero no se puede afirmar que en los ancianos la pérdida se de en el orden inverso.(30)

“...En un trabajo de Siu, Reuben y Hays realizado en medio ambulatorio, cuando se consideraron los ítems del Katz individualmente no aparecía el resultado en el orden jerárquico esperado. Achacan los autores este hecho a la alta frecuencia de incontinencia, de tal modo que pacientes que pueden bañarse o realizar alguna otra actividad básica podían ser perfectamente incontinentes... El propio Sidney Katz suprimió el ítem “incontinencia” y el ítem “ir al servicio” en algunos de sus trabajos más recientes...”. (30:pp:224-225).

Famulari también hace mención a que componentes de organicidad neurológica (alteraciones esfinterianas, o trastornos de la marcha) de causa extracerebral, pueden inducir al diagnóstico erróneo de síndrome demencial. (28)

Durante los últimos 40 años fueron desarrolladas infinidad de escalas de ABC tomando como base los seis ítems del Índice de Katz. Charles Christiansen destaca de todas estas como las mejores, y usadas con mayor frecuencia al perfil de PULSES, el índice de AVD de Katz, de Barthel y de Kenny. Cada una de estas escalas se caracteriza por tener un score interpretable y por lo menos mínimas evidencias de

confiabilidad y validez. Menciona especialmente el trabajo desarrollado por M.Powell Lawton en el Centro Geriátrico de Philadelphia. Lawton reconoció que las AVD no son sólo las actividades de autovalimiento tales como comer, arreglo personal, baño, vestido y movilidad. Conceptualizó que otras actividades, tales como uso del teléfono, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso del transporte, preparación de comida, manejo de medicación y el manejo de las finanzas, son necesarias para manejarse en forma independiente, particularmente si la persona permanecerá en su casa.

Estas actividades instrumentales de la vida diaria requieren una organización neuropsicológica más compleja y por lo tanto su realización demuestra un nivel de funcionamiento más independiente.

A partir de estos conceptos Lawton y sus colaboradores (Lawton y Brody, 1969) desarrollaron dos escalas para evaluar el desempeño en el autovalimiento de personas mayores. Estas escalas son: la escala de autovalimiento básico (en inglés, PSMS) y la escala de actividades instrumentales de la vida diaria (en inglés, IADL). Las nociones que se obtienen de estas escalas fueron incorporadas a una evaluación más amplia de bienestar global de personas mayores conocida como Multilevel Assessment Instrument.(10).

Lawton desarrolla la base teórica de la aplicación de medidas jerárquicas a la capacidad funcional. Considera que una medida es jerárquica cuando mide niveles ordenados, de manera que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras funciones más simples. Distingue 7 niveles de capacidad funcional en los ancianos:

1-mantenimiento de la vida (lo más básico)

2- salud funcional

3-percepción-cognición

4-automantenimiento físico

5-automantenimiento instrumental

6-actividad emanada de la motivación de explorar (effectance)

7-rol social

Cada nivel exige una mayor complejidad de la organización neuropsicológica que el anterior.

La función es una jerarquía de áreas, con sistemas que funcionan de manera continua e interrelacionada. Dentro de cada área se agrupan varias funciones que pueden ordenarse en un continuum de sencillas a complejas.(25).

En un estudio sobre la conducta en las tareas rutinarias en personas mayores con demencia senil, la T.O Claudia K. Allen en 1985, modificó el score de la escala de las actividades básicas cotidianas e instrumentales (PSMS-IADL) de Lawton y Brody para poder correlacionar las AVD, con los niveles del ACL (Allen Cognitive Level). En el mismo trabajo encontró las siguientes dificultades: el nivel de asistencia requerida no está operacionalizado, los ítems no están contruidos desde lo cognitivo, no da información sobre la capacidad remanente, no evalúa la iniciación de la actividad y cuál es la asistencia requerida para la misma.(2).

Perlado considera que "...el rendimiento en las actividades de la vida diaria depende de la función cognitiva además de la capacidad física..."(30; pp:220).

La T.O Claudia Kay Allen sostiene que es poco lo que se sabe sobre cómo una discapacidad cognitiva afecta el desempeño en las tareas rutinarias, aunque una gran parte de la práctica de los T.O consiste en brindar servicios a sujetos que tienen este tipo de

discapacidades.(2). Desarrolla una escala de seis niveles cognitivos basados en los seis estadios de Piaget que constituyen un sistema jerárquico para describir diferencias cualitativas en el desempeño de tareas rutinarias. Realiza una investigación en donde correlaciona los seis niveles cognitivos, que evalúa a través del ACL (Allen Cognitive Level), con el desempeño en las AVD (PSMS-IADL de Lawton), el MMS de Folstein, el LCL (Lower Cognitive Level) y el HISP (Hollingshead's Index of Social Position. (2).

June Grieve, “se refiere a la postura especial desde la cual los T.O. pueden observar y evaluar los déficits de percepción y conocimiento de los pacientes con lesiones neurológicas. La creciente proporción de ancianos en la población y el mayor número de personas que sobreviven a lesiones cerebrales traumáticas ha generado la necesidad de que los T.O. desarrollen especialmente su comprensión de la percepción y el conocimiento. Es importante desarrollar en los T.O una conciencia de la forma en la que éstos afectan las funciones vitales en las actividades del cuidado de si mismos, el trabajo y el esparcimiento, y predecir los efectos de la discapacidad.” (19).

Christiansen se pregunta sobre el rol del T.O en la evaluación de la función cognitiva. Considera que en la práctica, debe tener en cuenta la capacidad cognitiva del individuo y desarrollar un plan de tratamiento para dicha disfunción . Esta tarea requiere del T.O comprensión de la naturaleza de la disfunción . La administración e instrumentación de las baterías cognitivas estandarizadas, puede estar a cargo del T.O. u otro profesional del equipo interdisciplinario entrenados específicamente para dicha tarea. Un terapeuta puede usar un test particular como una evaluación exploratoria (e.g. Mini Mental State Exam, MMSE). (10).

Con respecto al Mini Mental, Fustinoni dice que es un test que se ha difundido mundialmente por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación. Explora sucintamente las funciones que se alteran con más

constancia en el síndrome demencial. Constituye una forma sumamente práctica de normatizar la evaluación cognitiva en la primera consulta.

Se ha podido establecer distintos grados de deterioro cognitivo, relacionando los puntajes obtenidos en el Mini Mental con la Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale, GDS) descrita por Reisberg. Esta correlación se puede observar en el siguiente cuadro (18):

| <i>MMS</i> | | <i>GDS</i> |
|-----------------|---------------|---|
| <i>Sin</i> | <i>30</i> | <i>1-Sin deterioro cognitivo</i> |
| | <i>27-30</i> | <i>2-Deterioro muy leve</i> |
| <i>Demencia</i> | <i>24-26</i> | <i>3-Deterioro leve</i> |
| <i>Con</i> | | <i>4-Deterioro moderado</i> |
| | <i><24</i> | <i>5-Deterioro moderadamente severo</i> |
| <i>Demencia</i> | | <i>6-Deterioro severo</i> |
| | | <i>7-Deterioro muy severo</i> |

Nitrini menciona al Mini Mental como un test ampliamente usado para una rápida evaluación de la declinación cognitiva. Evalúa con un puntaje de 0 a 30, orientación, atención, concentración, memoria, lenguaje y praxia. Alcanza una buena correlación con otras pruebas de detección de la declinación cognitiva, como así también con baterías neuropsicológicas más abarcativas. También muestra una sólida correlación con escalas que evalúan las AVD.(28). En el estudio de Kay Allen la correlación del PSMS-IADL con el MMS, es alta, lo cual, según la autora sugiere que el MMS podría ser útil para predecir el desempeño en la vida diaria. Dice que las fallas cognitivas detectadas por el MMS, indican problemas potenciales, pero su puntaje total no representa la realidad del desempeño en las AVD.(2).

El Mini Mental se puede emplear en una población de bajo nivel educacional. En Brasil, por ejemplo, fueron necesarias sólo unas pocas adaptaciones para superar las diferencias culturales. Se sugieren diferentes valores de corte según el nivel educacional. (28)

Hay algunas evaluaciones perceptuales/cognitivas que fueron desarrolladas para T.O., tales como la Evaluación Cognitiva de T.O. de Lowenstein (en inglés, LOTCA), Santa Clara Valley Medical Center Perceptual Motor Evaluation for Head Injured and Neurologically Impaired Adults y el Test of Orientation for Rehabilitation Patients (en inglés, TORP) .

Los terapeutas usan frecuentemente la actividad como medio de evaluación cognitiva. Los procesos cognitivos pueden ser evaluados a través del desempeño de los pacientes en una actividad específica. La observación sistematizada de la actividad puede ser usada para la evaluación cognitiva y así formar la base del plan de tratamiento. Por ejemplo el Allen Cognitive Level Test (ACL), un test de enlazado de tiento que varía en la complejidad del punto. Otra evaluación cognitiva basada en la actividad, The Kitchen task, fue recientemente desarrollada en relación a la demencia senil de tipo Alzheimer. Procesos cognitivos como la iniciación, secuenciación y organización son evaluados examinando las habilidades del paciente para desempeñar una actividad de cocina. En ambos tests la evaluación cognitiva se basa en el desempeño de una actividad.

La evaluación neuropsicológica provee al terapeuta una comprensión más clara de la naturaleza del déficit cognitivo y cómo éste repercute en las destrezas de las AVD.

Desde un abordaje holístico de T.O, la evaluación neuropsicológica provee información de la disfunción cognitiva y de las funciones cognitivas intactas. El tratamiento debe ser guiado por ambas (los déficits y las capacidades del paciente).

Como los T.O., habitualmente trabajan como parte de un equipo interdisciplinario, es importante que conozcan los tests y evaluaciones y sean capaces de intercambiar información con otros miembros del equipo. T.O. es un eslabón crucial entre la evaluación de los déficits cognitivos y su tratamiento. (10).

1.4-Objetivos:

1.4.1-Objetivos generales:

-Hacer un aporte al estudio de la problemática de las necesidades de asistencia requerida en las Actividades Básicas Cotidianas (ABC), profundizando en la investigación de la relación de éstas con el deterioro cognitivo.

-Establecer una correlatividad entre el nivel de deterioro cognitivo y el de dependencia en las ABC en personas mayores de 60 años.

1.4.2-Objetivos específicos

-Evaluar el nivel de deterioro cognitivo.

-Evaluar el grado de dependencia en las Actividades Básicas Cotidianas (ABC).

-Establecer relaciones tipo entre las distintas funciones cognitivas y el nivel de dependencia en cada ABC.

1.5-Hipótesis:

Para estudiar esta correlación se partió de la siguiente hipótesis

“EL NIVEL DE DEPENDENCIA EN CADA ÁREA DE LAS ABC, DEPENDERÁ DE CUALES SON LAS FUNCIONES COGNITIVAS ALTERADAS”.

1.5.1-Definiciones conceptuales:

ABC: *“Actividades necesarias para poder satisfacer el cuidado personal. Se realizan con una frecuencia diaria o semanal, durante toda la vida en forma automatizada. Comprenden: uso del servicio, alimentación, vestido, arreglo personal, deambulaci3n, higiene. Al ser tareas cotidianas, proveen la estructura b1sica del estilo de vida de un sujeto”. (2; pp:9).*

Nivel de dependencia: *“Distintos grados de ayuda que necesita el sujeto para realizar las ABC con un resultado satisfactorio, los cuales fluctu1n, desde el autovalimiento hasta la dependencia total. Estos niveles se basan en el estado del sujeto y no en sus habilidades. Un sujeto que rechaza desempe1ar una de 3stas, es considerado dependiente, aunque sea capaz de realizarla”. (23; pp:22).*

Funciones cognitivas: *“En la definici3n m1s amplia se refiere a la adquisici3n y uso del conocimiento o el proceso de pensar, b1sica y fundamental propiedad del ser humano. Seg1n Ulric Neisser’s 1967 (Cognitive Phsycolgy) “...todo proceso por el cual el in put sensorial es transformado, reducido ,elaborado, almacenado, recuperado y usado”. (10; pp:286)*

Orientaci3n espacial: *“Es la capacidad para encontrar caminos y la capacidad para recordar la disposici3n espacial de lugares familiares”. (19; pp:106)*

Atenci3n: *“Estado de alerta y despertar que nos hace tomar conciencia de lo que sucede a nuestro alrededor [...] tambi3n es la capacidad para seleccionar en qu3 concentrarnos y para seleccionar las respuestas a tener en la situaci3n o las circunstancias particulares”. (19; pp:58)*

Memoria: *“Es la función instrumental que asegura el registro de nuevas informaciones, su almacenamiento y su restitución según demanda”. (15; pp:1).*

Memoria a largo plazo (Recuerdo): *“Almacena y procesa información durante periodos de tiempo que oscilan entre unos pocos minutos y varios años”. (19; pp:149)*

Comprensión: *“Capacidad del individuo para decodificar la información verbal o escrita”. (Dr. Allegri: comunicación personal).*

Visoconstrucción: *(capacidad constructiva) “Todas las actividades en el espacio personal y de alcance se llevan a cabo dentro del marco espacial entre nosotros y los objetos que manejamos. En toda tarea constructiva, las unidades individuales se reúnen en un todo bidimensional o tridimensional”. (19; pp:40).*

2-MATERIAL

2.1-Universo de estudio:

Está configurado por personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo y la muestra del mismo se divide en:

a-Cincuenta (50) pacientes seleccionados de los residentes del Hogar Adolfo Hirsch de la Asociación Filantrópica Israelita (HAH), sito en la ciudad de San Miguel.

Se configuró por pacientes derivados desde el sector de dependientes y semidependientes al Servicio de Terapia Ocupacional para su evaluación en las AVD.

b-Cincuenta (50) pacientes seleccionados de los asistentes a la Unidad de Terapia Ocupacional, dependiente del Servicio de Neurología del Hospital Municipal de San Miguel "Raúl Larcade" (HSM), sito en la ciudad de San Miguel.

Se configuró por pacientes derivados a la Unidad de Terapia Ocupacional, desde los Servicios de Neurología, Salud Mental y Clínica Médica para su evaluación funcional.

En ambos casos la muestra se configuró por reposición.

2.1.1-Criterios de exclusión:-parálisis moderadas o severas

-parestias

-movimientos extrapiramidales moderados o severos

-déficits visuales moderados o severos

-analfabetos

-sordos e hipoacúsicos severos

2.1.2-Criterios de inclusión: -mayores de 60 años

-trastorno o declinación cognitiva corroborado por el resultado del Mini Mental State de Folstein

3-MÉTODO

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó un diseño del tipo analítico-explicativo.

La recolección de datos de cada paciente se llevó a cabo en el mismo día, dado que se consideró importante que ambos tests evaluaran el rendimiento en el mismo momento. El relevamiento de los mismos se llevó a cabo en dos años. Los instrumentos utilizados fueron:

(a) Un registro de datos generales. (Anexo I)

Estos datos se obtuvieron por entrevista al paciente y/o de la historia clínica o resumen de la misma.

(b) Minimal State de Folstein (Anexo I)

(c) Escala de autovaloramiento de Lawton y Brody (Anexo I)

Se consideraron las funciones cognitivas como variable independiente, y el grado de independencia en las ABC, como variable dependiente. Se estableció una relación entre ambas de covariación simple.

3.1-(b)-Mini Mental State

Se eligió este instrumento de evaluación porque es sencillo el aprendizaje de su instructivo, no se necesita formación especializada, es rápida su administración y posee un lenguaje universal para ser transmitido fácilmente al resto del equipo interdisciplinario.

(Op.cit. 18)(op.cit.28).

En el ítem atención se utilizó la adaptación de usar distintas alternativas según el nivel de instrucción.

No fueron utilizados instrumentos específicos de T.O., para la evaluación cognitiva, tales como el ACL (Allen Cognitive Level), LOTCA (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment), Kitchen Task, Santa Clara Valley Medical Center Perceptual Motor

Evaluation for Head Injured and Neurologically Impaired Adults, etc., ya que no existe una adaptación de estos a la Argentina. (Op.cit. 10).

Se utilizó el MMS de Folstein adaptado para la Argentina, por el equipo del Dr.Mangone.(Dr. Allegri: comunicación personal).

Esta evaluación la realizó la T. Ocupacional por entrevista al paciente.

El MMS, con un puntaje de 0 a 30 distribuidos en 11 ítems, evalúa orientación, atención, concentración, memoria, lenguaje y praxia. Su administración lleva de 5 a 10 minutos. (Op.cit. 28).

Partiendo de su puntaje total, se tomó la siguiente clasificación basada en los estudios comparativos con el GDS (Escala de Deterioro Global de Reisberg) (op.cit.21).

- * (0-5) Deterioro grave*
- * (6-15) Deterioro severo*
- * (16-23) Deterioro moderado*
- * (24-26) Declinación leve*
- * (27-29) Declinación muy leve*

3.1.1-Definiciones operacionales:

Orientación temporal: *Ubicarse correctamente en: año, estación , mes, fecha, y día del momento de la evaluación.*

Orientación espacial: *Ubicarse correctamente en: país, provincia, ciudad, lugar, piso en el que se encuentra.*

Atención: *Según nivel de instrucción y actividad anterior: restar de 100, progresivamente, el número 7, cinco veces. O deletrear a la inversa la palabra MUNDO. O decir de atrás para adelante los días hábiles de la semana.*

Memoria a corto plazo (Recuerdo inmediato): *Registrar y repetir tres palabras dadas (pelota, bandera y árbol).*

Memoria a largo plazo (Recuerdo): *Recordar y repetir tres palabras dadas anteriormente (pelota, bandera y árbol).*

Denominación: *Reconocer y nominar dos objetos mostrados (reloj, lápiz).*

Fluencia verbal (repetición): *Repetir una frase (El flan tiene frutillas y frambuesas).*

Comprensión de una orden verbal: *Ejecutar una orden compleja dada verbalmente (Tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo).*

Comprensión de una orden escrita (lectura): *Ejecutar una orden simple dada por escrito (Cierre los ojos).*

Expresión escrita (escritura): *Escribir una frase elegida libremente que contenga sujeto y verbo.*

Visoconstrucción: *Copiar una figura bidimensional compleja respetando ángulos e intersecciones.*

3.1.2-Selección de variables a estudiar:

Para llevar a cabo este estudio de las funciones cognitivas evaluadas, se eligieron las siguientes: orientación espacial, atención, recuerdo, comprensión, visoconstrucción y total de MMS.

Se consideró que estas variables independientes son las que tienen mayor incidencia sobre las ABC. (op.cit.18).

3.2-(c)-Escala de autovalimiento de Lawton y Brody

(Se eligió este instrumento, ya que el mismo fue construido para pacientes ancianos, institucionalizados y ambulatorios.) Sus items están ordenados en niveles jerárquicos, lo cual facilita su administración. En estos niveles están tomadas en cuenta, tanto las capacidades motoras como las cognitivas.

No fueron utilizados ni el Índice de Katz, porque su valoración es dicotómica y además esta escala fue construida para pacientes crónicos institucionalizados en un medio rehabilitador; ni la escala de Barthel, ya que se diseñó para monitorear los progresos de independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular o musculoesquelética en medio rehabilitador.

(op.cit.30) (op.cit.20).

Se utilizó la escala de autovalimiento de Lawton y Brody con score revisado por Claudia K . Allen (op.cit.2). Esta evaluación la realizó la T. Ocupacional por entrevista al paciente y/o su cuidador.

La escala de Lawton y Brody evalúa las ABC distribuidas en 6 items: uso del servicio, alimentación, vestido, arreglo personal, deambulacion e higiene. Adjudica un puntaje de 0 - 4 en cada item, sumando un Total de 0 - 24.

Con fines operativos se los categorizó de la siguiente manera:

- *(0-1) Dependiente*
- *(2) Semidependiente con asistencia moderada*
- *(3) Semidependiente con asistencia mínima*
- *(4) Autoválido*

Sobre el Total de 0 a 24, se categorizó de la siguiente manera:

- * (0-11) Dependiente*
- * (12-17) Semidependiente con asistencia moderada*
- * (18-23) Semidependiente con asistencia mínima*
- * (24) Autoválido*

3.2.1-Definiciones operacionales:

Uso del servicio: *Incluye continencia urinaria y fecal, bajarse y subirse la ropa antes y después de usar el servicio o dispositivo especial (chata, elevador de inodoro, etc.) y la higiene personal.*

Alimentación: *Incluye el uso de utensilios apropiados para llevar el alimento a la boca, masticar y tragar una vez que la comida se encuentre presente de manera normal sobre una mesa o bandeja.*

Vestido: *Incluye vestirse y desvestirse, así como también poner y quitar una prótesis u ortesis cuando corresponda.*

Arreglo personal: *Incluye cuidado bucal, peinado y cepillado del cabello, lavado de manos y cara, afeitado de la cara o aplicación del maquillaje.*

Deambulación: *Incluye deambular por interior, exterior y/o ciudad sin ayuda de marcha*

Higiene: *Incluye bañarse (lavarse, enjuagarse y secarse) el cuerpo desde el cuello hacia abajo, tanto en la bañera, ducha, fuentón, palangana o cama. (16)*

3.2.2-Selección de variables:

De las ABC., fueron elegidas: alimentación, vestido, arreglo personal, higiene y Total Lawton. Se consideró, que éstas son las de mayor complejidad dentro de las básicas y por lo tanto intervienen más funciones cognitivas. Fueron excluidos el ítem USO DEL SERVICIO y DEAMBULACIÓN.

3.3-Cruce de variables:

Se cruzaron individualmente, las siguientes variables de las

ABC:

- alimentación ✓*
- vestido ✓*
- arreglo personal ✓*
- higiene ✓*

con cada una de las siguientes variables de las funciones

cognitivas:

- orientación espacial ✓*
- atención ✓*
- recuerdo*
- comprensión ✓*
- visoconstrucción ✓*

En el caso del Total Lawton con Total MMS, se cruzaron únicamente entre sí, e independientemente del resto de las variables.

3.4-Prueba de instrumentos:

Dado que los dos instrumentos son de uso frecuente y están validados, solo se realizó la prueba del tiempo que lleva suministrarlos. Entre ambas escalas insumió 30'.

Se excluyó el ítem USO DEL SERVICIO, porque durante el relevamiento de los datos, se observó que el mismo no es claro porque no se lo discrimina de la INCONTINENCIA urinaria y fecal. Y el ítem DEAMBULACIÓN, porque considera una ayuda de marcha (ej. bastón), como factor determinante para evaluar al paciente como semidependiente con asistencia moderada, lo cual no coincide con la observación realizada.

En la escala de Lawton, para poder unificar criterios, se determinó que ante un puntaje dudoso se elige el menor.

3.5-Método estadístico:

Para analizar la incidencia entre variables, se utilizó del Programa EPI.INFO 5, la función MEANS, para cruce de variables no paramétricas, que utiliza el análisis de varianza de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado) con Grados de libertad y valor $p=$, se grafican con SCATTER/R. En los gráficos diseñados por el Programa EPI.INFO 5, la denominación de estos términos está en inglés (Chi square, Degrees of freedom).

La incidencia entre variables, se analiza en cada muestra por separado. Se considera que existe una incidencia significativa ($P=<0,05$), cuando ésta coincide en ambas muestras.

4-RESULTADOS

4.1-Datos demográficos:

Fueron evaluados cien (100) sujetos, en dos muestras de cincuenta (50) sujetos cada una. Una del Hogar Adolfo Hirsch (HAH), y otra del Hospital de San Miguel (HSM) cuyas características se representan en la Tabla:1.

| | HAH | HSM |
|----------------------------|-------------------|--------------------|
| Nro SUJETOS | 50 | 50 |
| EDAD: | 87 (± 5.7) | 70 (± 6.79) |
| SEXO: FEM/MAS | 43/7 (86%/14%) | 32/18 (64%/36%) |
| ESCOLARIDAD P.inc. | 0 (0%) | 24 (48%) |
| P.ter. | 10 (20%) | 14 (28%) |
| S.inc. | 4 (8%) | 4 (8%) |
| S.ter. | 34 (68%) | 6 (12%) |
| T.inc | 0 (0%) | 0 (0%) |
| T.ter. | 1 (2%) | 0 (0%) |
| U.inc | 1 (2%) | 0 (0%) |
| U.ter. | 0 (0%) | 1 (2%) |
| OCUP.ANT:Ama casa | 26 (52 %) | 12 (24 %) |
| Trabajo manual | 5 (10%) | 30 (60%) |
| Trabajo intelectual | 19 (38%) | 8 (16%) |

Tabla 1: Datos demográficos de ambas muestras (HAH: Hogar Adolfo Hirsch / HSM: Hospital San Miguel). Los valores de EDAD son expresados en Media y Desviación Standard.

Los valores de SEXO, ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN ANT., son expresados en frecuencia absoluta y relativa.

El rango de la edad en HAH es de 72 a 96 años y en el HSM de 60 a 83 años.

El rango del resultado de la evaluación cognitiva (MMS) es de 2 a 29 puntos en el HAH y de 8 a 29 puntos en el HSM.

El rango del resultado de la evaluación de las ABC (Lawton) es de 5 a 24 puntos en el HAH y de 8 a 24 puntos en el HSM.

En la Tabla 2 se pueden observar la Media y Desviación Standard de ambas muestras. En las Tablas 3 y 4 del Anexo II, se pueden observar estos mismos datos detallados en categorías y expresados en Frecuencia.

| | HAH | HSM |
|-----------|---------------|----------------|
| TMMS | 17.9 (±7.3) | 23.1 (± 5.1) |
| T. LAWTON | 15.9 (±5.6) | 20.3 (± 3.4) |

Tabla 2: Datos sobre los TMMS: Total Mini Mental State y Total

Lawton, expresados en Media Desviación Standard

4.2-Resultados ordenados según la variable dependiente

(ABC):

Las incidencias significativas que coinciden en ambas muestras son:

- ALIMENTACIÓN con:- atención (AnexoIII-Gráfico 1-2)
- VESTIDO con:- orientación espacial (AnexoIII-Gráfico3-4)
 - recuerdo (AnexoIII-Gráfico 5-6)
 - comprensión (AnexoIII-Gráfico 7-8)
- ARREGLO PERSONAL con: -orientación espacial (AnexoIII-Gráfico 9-10)
 - comprensión (AnexoIII-Gráfico11-12)
- HIGIENE con: -orientación espacial (AnexoIII-Gráfico13-14)
 - recuerdo (AnexoIII-Gráfico15-16)
 - comprensión (AnexoIII-Gráfico17-18)

ALIMENTACIÓN:

En el cruce con la variable Atención, el gráfico muestra incidencia significativa en ambas muestras refrendada por los siguientes valores del test estadístico:

HAH:Kruskal-Wallis $H=8.529$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.03$

HSM:Kruskal-Wallis $H=5.640$ /Degrees of freedom=2/ $p=0.059$

(AnexoIII-Gráfico 1 y 2)

Este valor $p=$ a pesar de ser borderline se lo considera significativo, ya que el mismo cruce en la otra muestra da significativo.

*No se encuentra incidencia significativa en el cruce con las variables **Recuerdo y Visoconstrucción** (valor $p=>0.05$)*

En el resto de los cruces no hay coincidencia entre ambas muestras.

VESTIDO:

*En el cruce con la variable **Orientación Espacial**, el gráfico muestra incidencia significativa en ambas muestras, refrendada por los siguientes valores del test estadístico:*

HAH:Kruskal-Wallis $H=21.167$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

HSM:Kruskal-Wallis $H=8.812$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.03$

(AnexoIII-Gráfico 3 y 4)

*Con la variable **Recuerdo** los siguientes valores:*

HAH:Kruskal-Wallis $H=10.550$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.01$

HSM:Kruskal-Wallis $H=7.789$ / Degrees of freedom=3/ $p=0.05$

(AnexoIII-Gráfico 5 y 6)

*Con la variable **Comprensión** los siguientes valores:*

HAH:*Kruskal-Wallis $H=10.040$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.01$*

HSM:*Kruskal-Wallis $H=12.145$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$*

(AnexoIII-Gráfico 7 y 8)

En el resto de los cruces no hay coincidencia entre ambas muestras.

ARREGLO PERSONAL:

*En el cruce con la variable **Orientación Espacial**, el gráfico muestra incidencia significativa en ambas muestras, refrendada por los siguientes valores del test estadístico:*

HAH:*Kruskal-Wallis $H=19.992$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$*

HSM:*Kruska-Wallis $H=11.436$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$*

(AnexoIII-Gráfico 9 y 10)

*Con la variable **Comprensión**, los siguientes valores:*

HAH:*Kruskal-Wallis $H=9.472$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.02$*

HSM:*Kruskal-Wallis $H=8.728$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.03$*

(AnexoIII-Gráfico 11 y 12)

*No se observa incidencia significativa en el cruce con las variables **Atención, Recuerdo y Visoconstrucción**.*

HIGIENE:

*En el cruce con la variable **Orientación Espacial**, el gráfico muestra incidencia significativa en ambas muestras, refrendada por los siguientes valores del test estadístico:*

HAH:Kruskal-Wallis $H=27.935$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

HSM:Kruskal-Wallis $H=18.447$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

(AnexoIII-Gráfico 13 y 14)

*Con la variable **Recuerdo**, los siguientes valores:*

HAH:Kruskal-Wallis $H=13.620$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

HSM:Kruskal-Wallis $H=9.563$ / Degrees of freedom=3/ $p=0.02$

(AnexoIII-Gráfico 15 y 16)

*Con la variable **Comprensión**, los siguientes valores:*

HAH:Kruskal-Wallis $H=12.822$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

HSM:Kruskal-Wallis $H=12.238$ /Degrees of freedom=3/ $p=0.00$

(AnexoIII-Gráfico 17 y 18)

En el resto de los cruces no hay coincidencia en ambas muestras.

TOTAL LAWTON:

*No se observa incidencia significativa en ambas muestras, en el cruce de esta variable con el **TOTAL MMS**.*

5-DISCUSIÓN

Como síntesis para la discusión se retoma el resumen de los datos obtenidos, con el siguiente análisis:

*La variable **Orientación Espacial** incide significativamente sobre las variables **VESTIDO, ARREGLO PERSONAL e HIGIENE.***

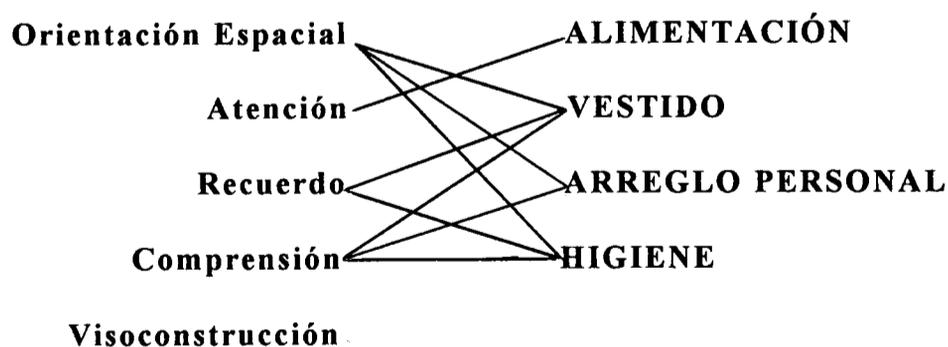
*La variable **Atención** incide únicamente sobre la variable **ALIMENTACIÓN.***

*La variable **Recuerdo** incide significativamente sobre la variable **VESTIDO e HIGIENE.***

*La variable **Comprensión** incide significativamente sobre **VESTIDO, ARREGLO PERSONAL e HIGIENE.***

*Con respecto a la variable **Visoconstrucción** no se encontró ninguna incidencia significativa.*

*La incidencia significativa se da sobre cuatro áreas de las ABC: **ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ARREGLO PERSONAL, HIGIENE,** que son justamente las de mayor organización neuropsicológica, dentro del nivel de automantenimiento físico. (op.cit.25). En cuanto a la **ALIMENTACIÓN**, que es la más simple de las cuatro, solamente incide la **Atención**. Lo cual se grafica en el siguiente esquema:*



Aunque en el cruce individual de las variables hay incidencia significativa, el cruce del Total Mini Mental y Total Lawton, no da significativo, lo cual es coherente, ya que en los cruces individuales, la incidencia significativa se produce únicamente con un 36% de las variables del MMS sobre un 67% de las variables de la evaluación de las ABC de Lawton.

Desde el aporte de la gerontología, se hace hincapié en la importancia que tiene la función cognitiva en el desempeño de las actividades de la vida diaria, pero a su vez se hace mención que las evaluaciones cognitivas no reflejan como es éste.

(Op.cit.5,18,20,28,30).

Por otro lado, desde el marco de la Terapia Ocupacional, Claudia Kay Allen realiza una investigación sobre el tema, ya que sostiene que se sabe poco sobre cómo una discapacidad cognitiva afecta las tareas rutinarias, aunque una gran parte de la práctica de los Ts.Os. consiste en brindar servicios a sujetos que tienen este tipo de discapacidades. (Op.cit.2). La investigación hecha por Kay Allen es la más parecida a la realizada en el presente estudio. Se diferencia porque, por un lado se investiga la influencia individual de cada variable cognitiva únicamente sobre las de desempeño de las ABC (PSMS de Lawton); y por otro porque para la evaluación cognitiva se utilizan los parámetros del MMS, mientras que ella utilizó el ACL.

En la adaptación argentina del Mini Mental que se usó, además de utilizar la adaptación de fluencia verbal ya conocida, se adaptó el ítem atención, por sugerencia del Dr. Allegri (comunicación personal). Según el nivel de instrucción se tomó la resta sucesiva, el deletreo inverso o los días hábiles de la semana de atrás hacia adelante. La utilización de esta adaptación permitió realizar el mismo valor de corte para establecer las categorías de deterioro en ambas muestras, a pesar de la diferencia que existe en el nivel de instrucción (un rango

desde lecto-escritura funcional a nivel universitario completo).

Durante la administración del test se observó que además del nivel de instrucción, también influye la ocupación anterior que hacía que estuviesen más desarrolladas algunas funciones que otras (ej. cálculo en los albañiles) dado el requerimiento de cada trabajo.

*Con respecto a la variable **visoconstrucción**, otros trabajos hablan sobre la influencia de la misma en las AVD (op.cit.17,18). En el presente estudio no se encontró incidencia significativa. Se infiere que este resultado variaría si se evaluaran las AIVD, ya que las mismas serían más sensibles a los déficits visoconstructivos existentes.*

Durante la implementación del instrumento, si bien se evaluaron objetivamente los déficits del paciente, se tomó una actitud continente hacia el mismo para amortiguar la ansiedad y angustia frente al fracaso.

*Como se mencionó en el apartado Método, se excluyó el ítem **USO DEL SERVICIO**, porque el mismo no es claro, ya que no se lo discrimina de la incontinencia. Además se observó en la práctica diaria a muchos pacientes que son incontinentes pero autoválidos para comer, vestirse, e incluso conservan la lecto escritura. Esta observación se contrapondría con la teoría de Katz de que las capacidades funcionales se pierden en orden inverso a como se adquieren en la infancia. Se considera que la incontinencia puede ser causada por otras patologías intervinientes que no están relacionadas con el deterioro cognitivo (ej: prolapso). Como en la geriatría la polipatología es habitual, es difícil aislar las variables intervinientes en la incontinencia. (Op.cit.23,28,30)*

*También se excluyó el ítem **DEAMBULACIÓN**, porque considera una ayuda de marcha como factor determinante para categorizar a la persona como semidependiente con asistencia moderada, lo cual desvirtúa el concepto de independencia. En la*

observado a pacientes que utilizan bastón y son autoválidos para viajar en colectivo. Por otro lado este ítem está categorizado desde el desempeño físico y no tiene en cuenta la capacidad cognitiva requerida para salir a la calle sin correr riesgos o perderse. (Op.cit.2,28).

En la categorización intra-ítem la diferencia entre asistencia mínima y asistencia moderada no está operacionalizada lo cual dificulta su implementación. Para unificar criterios, se determinó que ante un puntaje dudoso se elegiría el menor. (op.cit.2).

Por otro lado se comparte con diferentes autores la opinión de que la información cuantitativa que da un score en la evaluación funcional, es útil para inferir el nivel de atención requerida, pero no da información cualitativa acerca de cómo debe ser esta atención y la intervención terapéutica. (Op.cit.2,10,19,28).

La MEDIA del MMS de ambas muestras cae dentro de la misma categoría (Deterioro moderado). Sin embargo la Media del nivel de dependencia, en la muestra del HAH cae en la categoría "Asistencia moderada" y en la muestra del HSM, cae en la categoría "Asistencia mínima" (Resultados-Tabla 2), de lo cual se desprendería que:

=nivel de deterioro ≠ nivel de asistencia requerida

Por lo tanto se podría inferir que el nivel de asistencia requerida es una de las variables determinantes para la internación.

El deterioro cognitivo es una variable necesaria, pero no es suficiente, para que se requiera de ayuda en las ABC. Además del deterioro cognitivo, intervienen variables contingentes como lo referido a la volición, motivación y el entorno. Este último comprende lo físico: luminosidad, amplitud, temperatura, barreras arquitectónicas, etc., como lo social: vínculo, estimulación, horarios, normas, rol que se espera que cumpla el paciente, etc. (op.cit.3,10,11,20.30). Durante la recolección de datos se observaron los diferentes estilos de los

cuidadores, que seguramente intervienen en los resultados de la independencia funcional, ya que esta variable es difícil de aislar igual que el resto del entorno.

*A priori se infirió que a mayor **EDAD**, habría mayor deterioro y por lo tanto, mayor dependencia. Los resultados del cruce de la **EDAD** con **TMMS** (AnexoII-Tablas 5 y 6) y con **T.LAWTON** (AnexoII-Tablas 7 y 8) , no reflejan incidencia significativa. Esto es coherente, ya que la incidencia se daría si el estudio se realizase en la población total, pero en el presente estudio, el universo es sesgado, ya que un criterio de inclusión era tener trastorno cognitivo, al igual que en el ejemplo que da sobre quejas mnésicas Ollari. (Op.cit.28).*

*En la recolección de datos la categorización que se hizo del **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**, por incompleto y terminado, sirvió para medir las frecuencias en cada categoría, pudiéndose así, comparar ambas muestras (Resultados-Tabla 1). No permitió sacar la media y desvío standard, para lo cual debía haber sido tomada por cantidad de años de instrucción.*

*En el presente trabajo, de los datos generales, solamente se analizan, las variables **EDAD** y **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**, por ser consideradas como las de mayor incidencia. El resto de la base de datos no se analiza, ya que excede los objetivos específicos planteados para esta investigación.*

6-CONCLUSIÓN

De acuerdo con la hipótesis formulada que la dependencia en cada área de las ABC dependerá de cuáles son las funciones cognitivas alteradas, se está en condiciones de decir que es válida, habiéndose determinado, cuáles de las funciones cognitivas inciden en cada una de las ABC. Notándose que, salvo en el caso de la ALIMENTACIÓN, donde incide sólo una, el nivel de dependencia se relaciona con la alteración de dos o más funciones cognitivas.

En nuevos trabajos sería importante investigar en los pacientes que requieren de asistencia mínima o son autoválidos en las ABC, (18-24 puntos de Lawton), las AIVD, ya que se observó que conservan algunas de éstas. Y como las mismas requieren de una organización neuropsicológica más compleja, serían más sensibles a la detección de pequeños déficits. Asimismo, sería interesante analizar los datos generales no estudiados en este trabajo.

Como se observó la importancia de la influencia del entorno, tanto físico como social, sería interesante estudiar esta variable en particular, con un instrumento adecuado y sensible a la misma.

Ya que excede los objetivos del presente trabajo, sería interesante, en próximos estudios, interrelacionar la distintas escalas de niveles que cada autor ha desarrollado hasta el momento, para homologar criterios desde el punto de vista funcional y cognitivo.

Por otra parte, sería importante que otros trabajos verificaran esta investigación, en muestras similares y de otras características, a fin de poder generalizar los resultados con más precisión.

Con este trabajo se aporta los siguientes beneficios:

-Un mayor conocimiento analítico de la relación existente entre las diferentes funciones cognitivas y el desempeño en las ABC.

-Un análisis exhaustivo de los beneficios y limitaciones de los instrumentos de evaluación utilizados.

-Herramientas para tener una actitud más científica en la práctica diaria frente a la discapacidad cognitiva, mejorar la comunicación con el equipo interdisciplinario y así revalorizar el rol profesional dentro de éste.

-Elementos para realizar un diagnóstico funcional objetivo con el cual se realice un plan de tratamiento adecuado que beneficie al paciente y su familia.

ANEXO I
(PROTOSCOLOS)

APELLIDO Y NOMBRES:.....

EDAD:..... SEXO: masc. () fem. ()

DOMICILIO:.....

CONVIVE CON:.....

LATERALIDAD: der. () izq. () ambidiestro ()

NIVEL DE INSTRUCCION: prim. () secun. () terc. ()

OCUPACION ANTERIOR:.....

DIAGNOSTICO:.....

TIEMPO DE EVOLUCION:.....

ANTECEDENTES:

Diabetes ()

Hipertensión ()

A.C.V. ()

Parkinson ()

Depresión ()

Deficit: Motores ().....

Perceptivos ().....

ESTUDIOS REALIZADOS:

T.A.C. ()

Resonancia magnética ()

E.E.G. ()

Otros ()

MEDICACION:

Apellido y Nombres:

Fecha: / /

MINIMENTAL STATE (MMS) - TEST DE FOLSTEIN (___/30)

ORIENTACION (___/10)

Qué fecha es hoy? ()
 Qué día de la semana es hoy? ()
 Qué mes? ()
 Qué año? ()
 En qué estación estamos? ()
 puede decirme el nombre de este lugar? ()
 En qué piso estamos? ()
 En qué ciudad estamos? ()
 En qué provincia estamos? ()
 En qué país estamos? ()

RECUERDO INMEDIATO (___/3)

Recuerde y repita las siguientes 3 palabras.

Pelota ()
 Bandera ()
 Arbol ()

ATENCION Y CALCULO (___/5)

(Seleccione de acuerdo al nivel de instrucción 1 de las 3)

Reste del 100 el n 7 progresivamente .
 93 ()
 86 ()
 79 ()
 72 ()
 65 ()

Deletree de atrás para adelante la palabra : MUNDO

O ()
 D ()
 N ()
 U ()
 M ()

Diga de atrás para adelante los días hábiles de la semana:

Viernes ()
 Jueves ()
 Miercoles ()
 Martes ()
 Lunes ()

RECUERDO (___/3)
 Recuerda las tres palabras?

Pelota ()
 Bandera ()
 Arbol ()

LENGUAJE

*DENOMINACION (___/2)
 Nombre los siguientes objetos:

Reloj ()
 Lapiz ()

*REPETICION (___/1)

" El flan tiene frutillas y frambuesas" ()

*COMPRESION DE UNA ORDEN (___/3)

Tome el papel con su mano derecha, ()
 dóblelo por la mitad y ()
 póngalo en el suelo ()

*LECTURA (___/1)

Lea en voz baja y haga lo que está escrito:

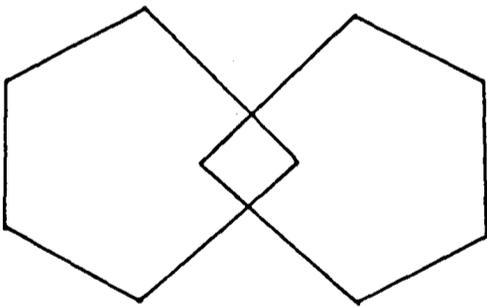
" Cierre los ojos" ()

*ESCRITURA (___/1)

Escriba una frase con sujeto y verbo: ()

VISOCONSTRUCCION (___/1)

Copie la figura ()



FICHA DE EVALUACION DE LAS ABC DE LANTON

Nombre:..... Hab..... Fecha: / /

A. USO DEL SERVICIO

- 4 -Completamente autoválido, continente.
- 3 -Necesita que se le recuerde; necesita ayuda para limpiarse, tiene accidentes raras veces (una vez por semana como mucho)
- 2 -Incontinencia parcial durante el sueño, más de 1 vez x semana.
- 1 -Incontinencia parcial despierto, más de una vez por semana.
- 0 -Incontinencia urinaria y/o fecal.

B. ALIMENTACION

- 4 -Come sin asistencia.
- 3 -Come con asistencia mínima. Necesita ayuda en la preparación y/o limpieza posterior.
- 2 -Se alimenta por sí mismo con asistencia moderada y/o es desalineado.
- 1 -Necesita mucha asistencia para todas las comidas.
- 0 -No come solo, se resiste a la ayuda de otro.

C. VESTIDO

- 4 -Se viste, desviste y selecciona la ropa de su ropero.
- 3 -Se viste y desviste con mínima asistencia.
- 2 -Necesita asistencia moderada para vestirse y/o seleccionar la ropa.
- 1 -Necesita mucha asistencia para vestirse pero coopera.
- 0 -Incapaz de vestirse y se resiste a la ayuda.

D. ARREGLO PERSONAL (pulcritud, cabello, uñas, manos, cara, ropa)

- 4 -Siempre vestido pulcramente y bien arreglado sin ayuda.
- 3 -Se arregla adecuadamente, con ocasional asistencia mínima, (ej. afeitado.)
- 2 -Necesita moderada y cotidiana asistencia o supervisión.
- 1 -Necesita ayuda total para su cuidado personal y permanece bien arreglado.
- 0 -Se resiste a aceptar la ayuda de otro.

E. DRAMBULACION

- 4 -Deambula por exteriores y/o ciudad en forma totalmente autoválida.
- 3 -Deambula dentro de la residencia y/o más o menos una cuadra en exteriores.
- 2 -Deambula con asistencia de (marque uno):
a) otra persona b) pasamanos c) bastón d) andador
e) silla de ruedas: se sienta y para por sí mismo: - si - no
- 1 -Permanece sentado en silla o silla de ruedas, no la maneja por sus propios medios.
- 0 -Permanece en cama más de la mitad del tiempo.

F. HIGIENE

- 4 -Se baña por sí mismo (bañera, ducha, esponja).
- 3 -Se baña por sí mismo, con supervisión para evitar caídas.
- 2 -Se lava la cara y las manos por sí mismo, pero necesita ayuda para el resto del cuerpo.
- 1 -No se lava por sí mismo, pero coopera.
- 0 -No se lava por sí mismo y se resiste a la ayuda de otro.

T.O.:.....

TOTAL:

ANEXO II
(TABLAS)

Tabla de frecuencia del Total Mini Mental State

| TMMS | HAH | | HSM | |
|-----------------------------|-----|-------|-----|-------|
| Deterioro grave (0-5) | 4 | (8%) | 0 | (0%) |
| Deterioro severo (6-15) | 14 | (28%) | 6 | (12%) |
| Deterioro moderado (16-23) | 19 | (38%) | 14 | (28%) |
| Declinación leve (24-26) | 7 | (14%) | 17 | (34%) |
| Declinación muy leve(27-29) | 6 | (12%) | 13 | (26%) |

Tabla 3: Frecuencia absoluta y relativa del Score del Total del Mini Mental State en cada una de las categorías, en ambas poblaciones. (HAH: Hogar Adolfo Hirsch / HSM: Hospital San Miguel).

Tabla de frecuencia de Total Lawton

| T. LAWTON | HAH | | HSM | |
|------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| Dependiente (0-11) | 17 | (34%) | 2 | (4%) |
| Semidep.c/asist.mod. (12-17) | 10 | (20%) | 4 | (8%) |
| Semidep.c/asist.min. (18-23) | 22 | (44%) | 35 | (70%) |
| Autovalido (24) | 1 | (2%) | 9 | (18%) |

Tabla 4: Frecuencia absoluta y frecuencia relativa del score del Total Lawton en cada una de las categorías, en ambas poblaciones. (HAH: Hogar Adolfo Hirsch / HSM: Hospital San Miguel).

ANEXO III
(RESULTADOS-GRÁFICOS)

Cruce de ALIMENTACION con ATENCION

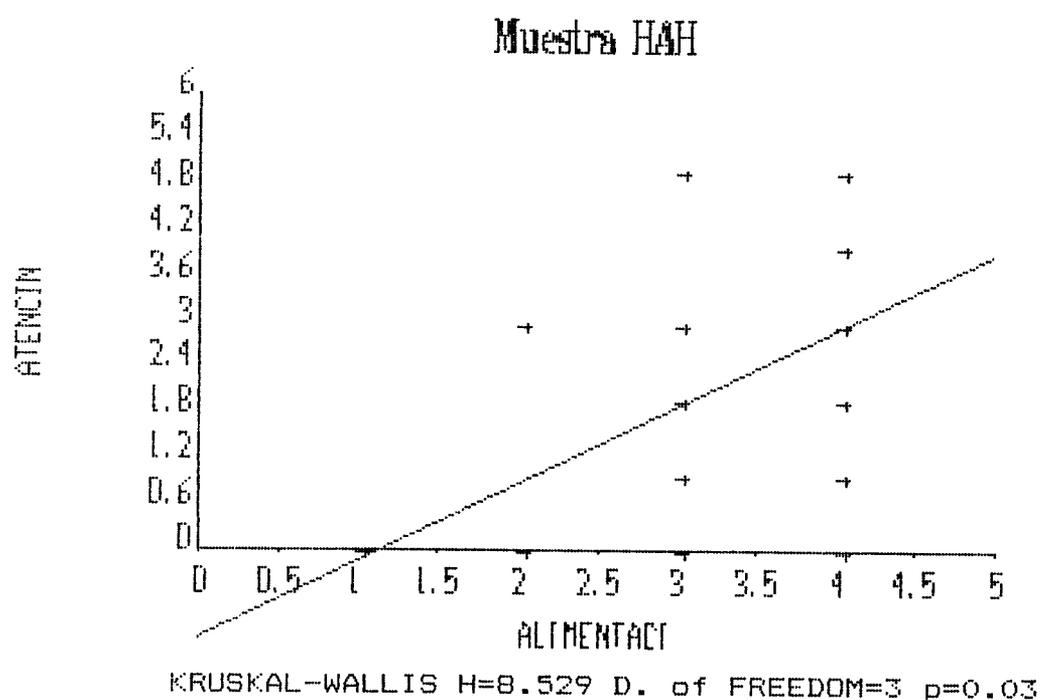


Grafico 1: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce Alimentacion y Atencion de la muestra HAH

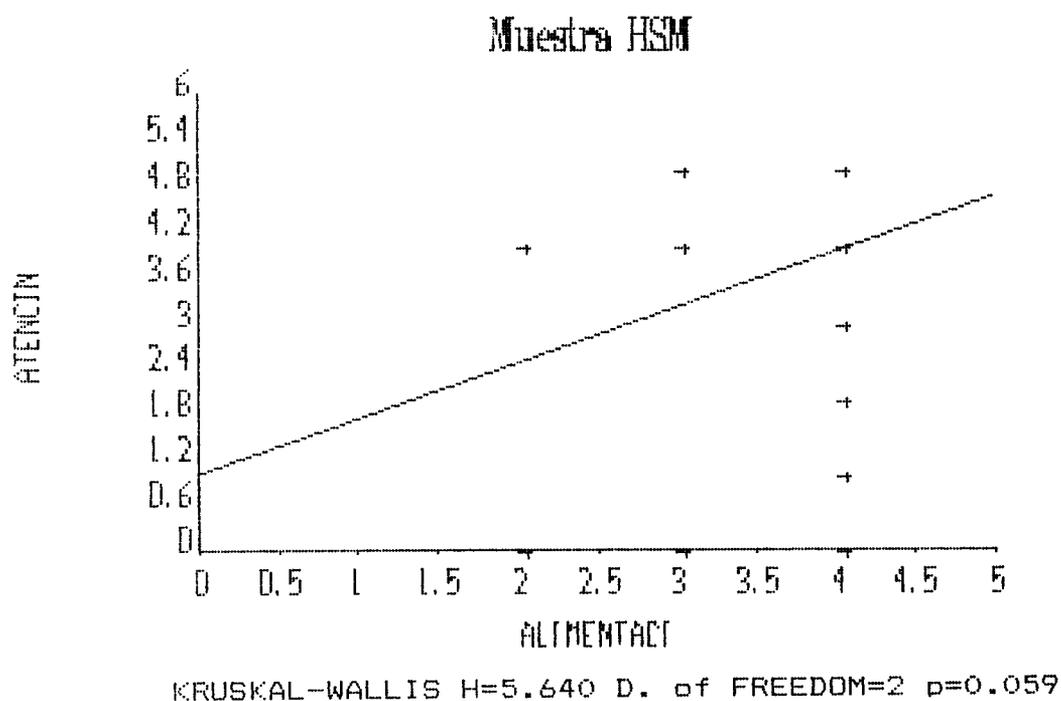


Grafico 2: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce Alimentacion y Atencion de la muestra HSM

Cruce de VESTIDO con ORIENTACION ESPACIAL

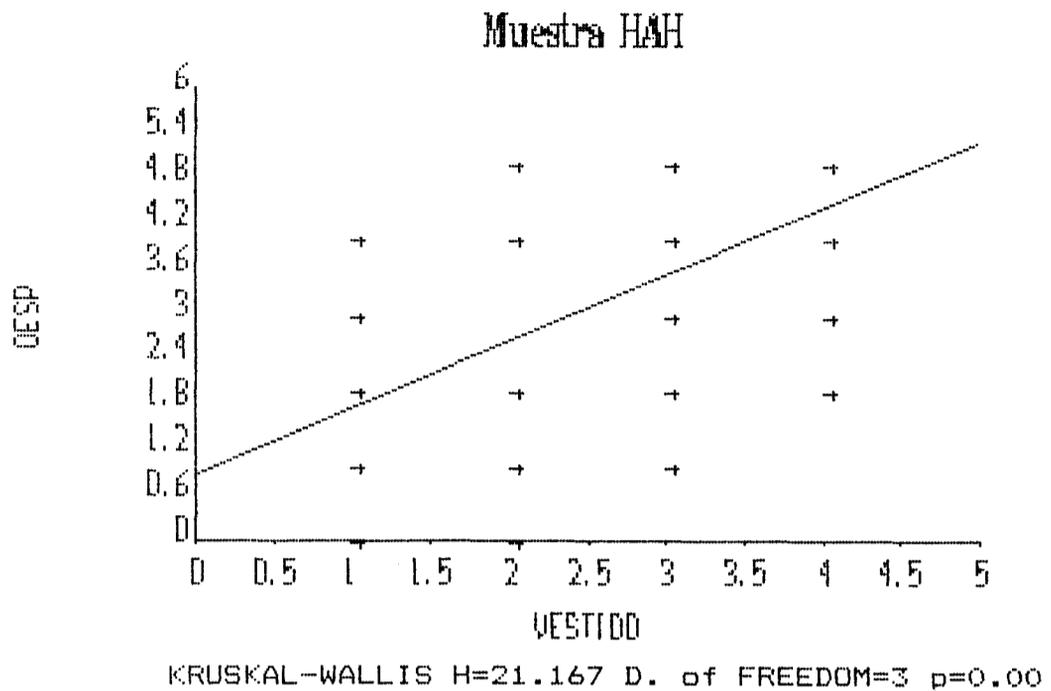


Grafico 3: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y O. Espacial de la muestra HAH

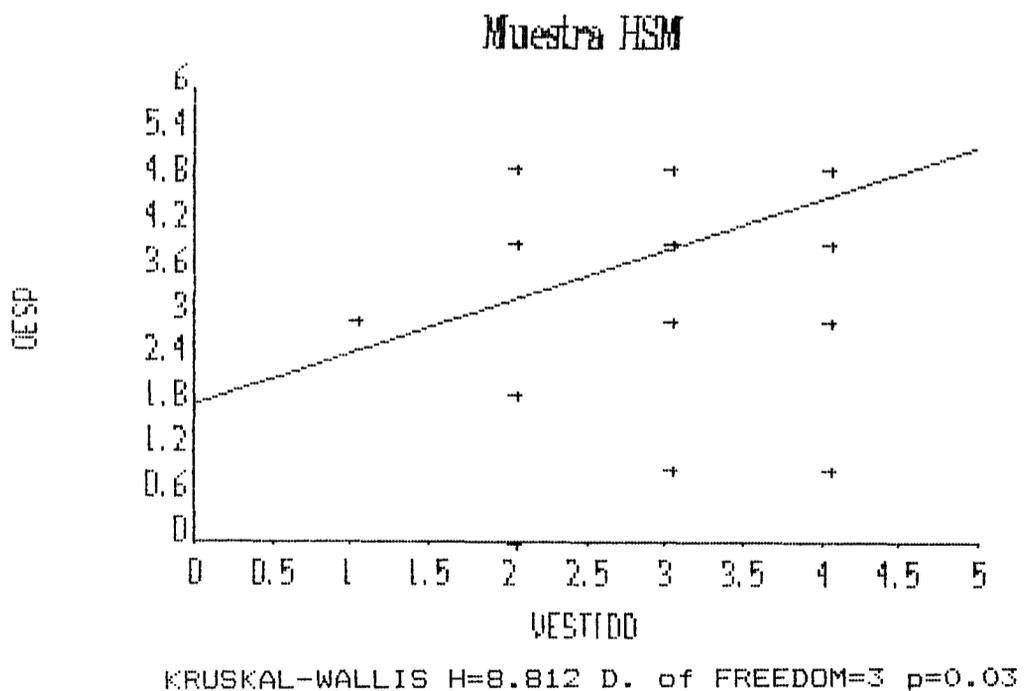


Grafico 4: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y O. Espacial de la muestra HSM

Cruce de VESTIDO con RECUERDO

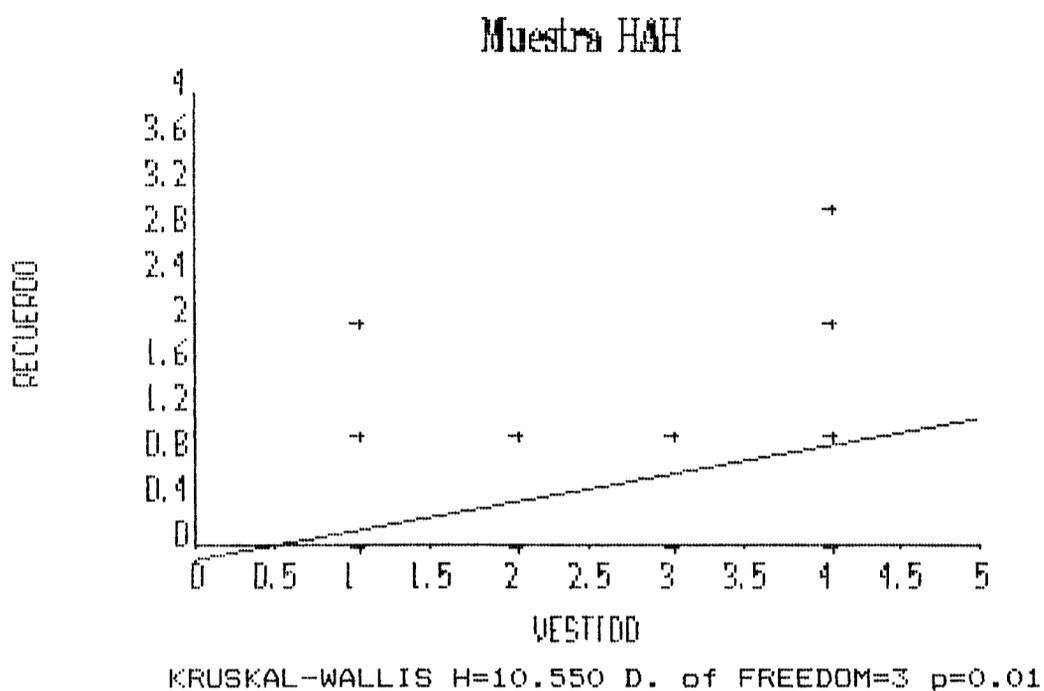


Grafico 5: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y Recuerdo de la muestra HAH

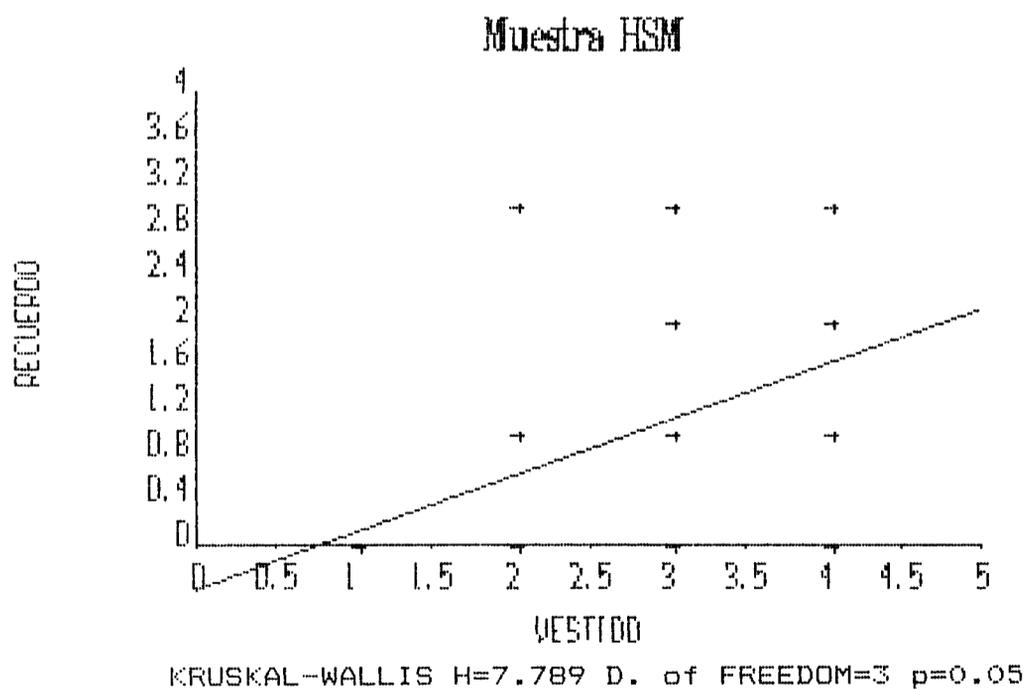


Grafico 6: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y Recuerdo de la muestra HSM

Cruce de VESTIDO con COMPRENSION

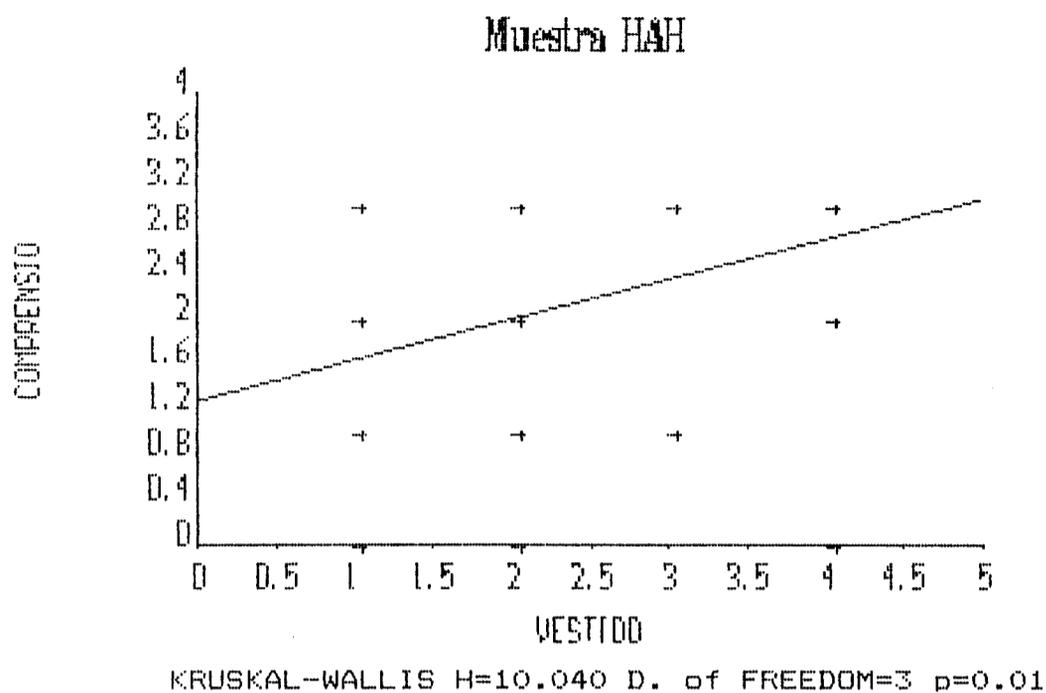


Grafico 7: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y Comprension de la muestra HAH

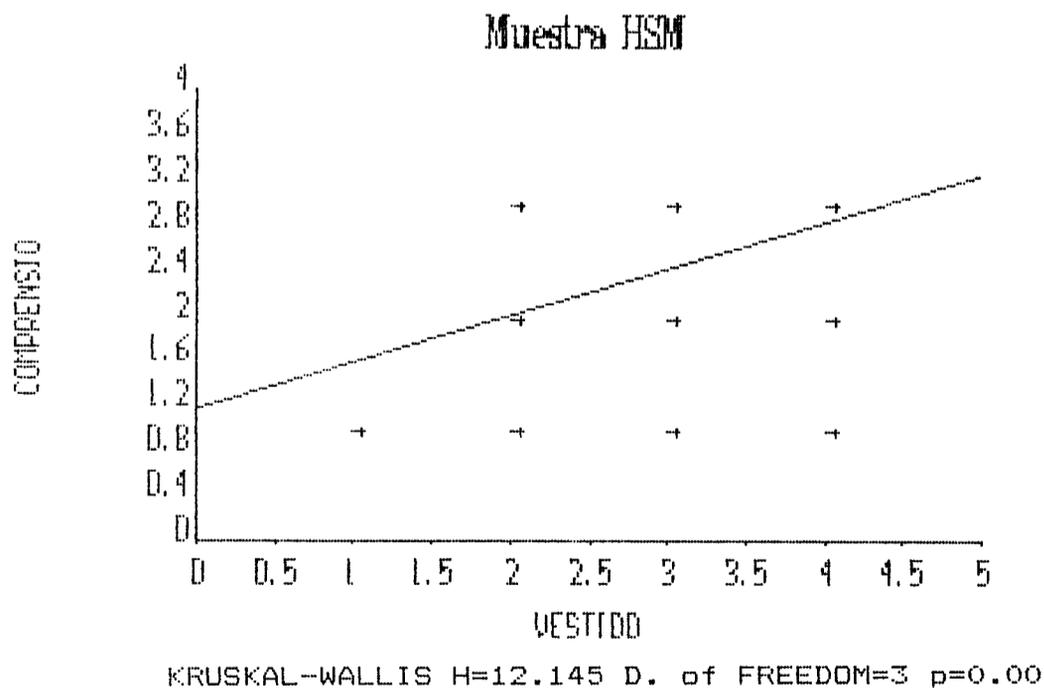


Grafico 8: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Vestido y Comprension de la muestra HSM

Cruce de ARREGLO PERSONAL con ORIENTACION ESPACIAL

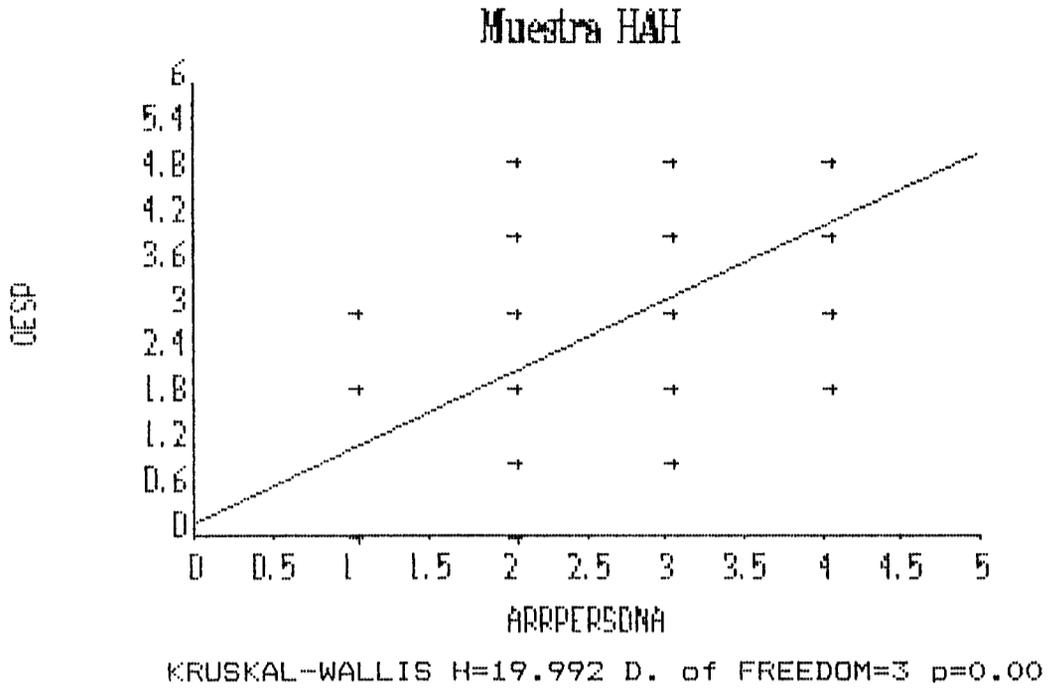


Grafico 9: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de A.Personal y O. Espacial de la muestra HAH

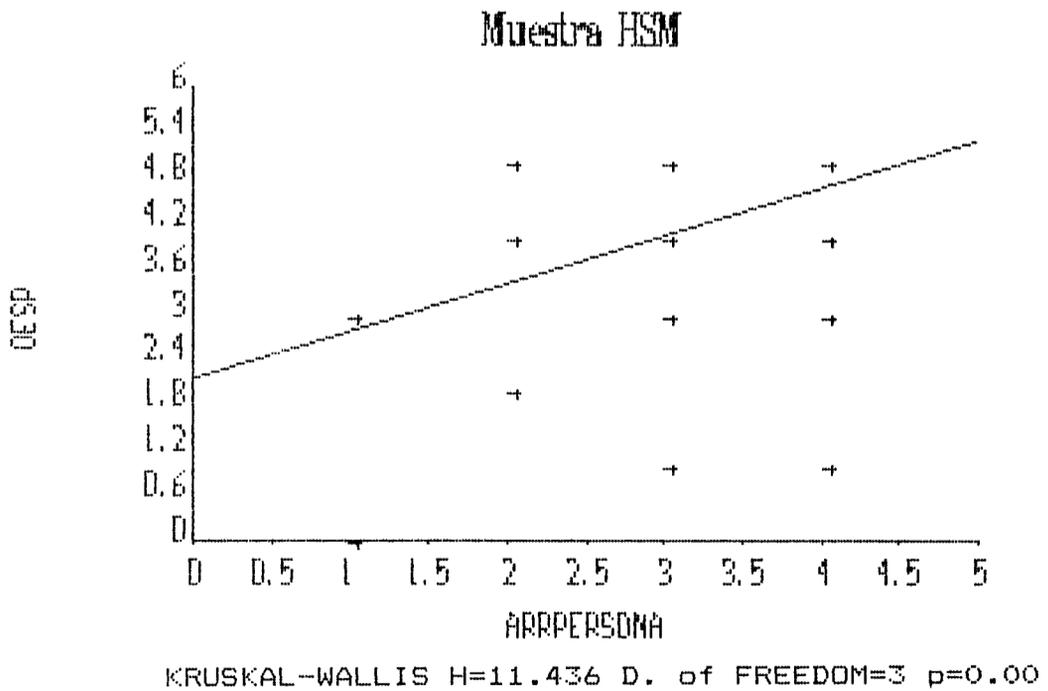


Grafico 10: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de A.Personal y O. Espacial de la muestra HSM

Cruce de ARREGLO PERSONAL con COMPRESION

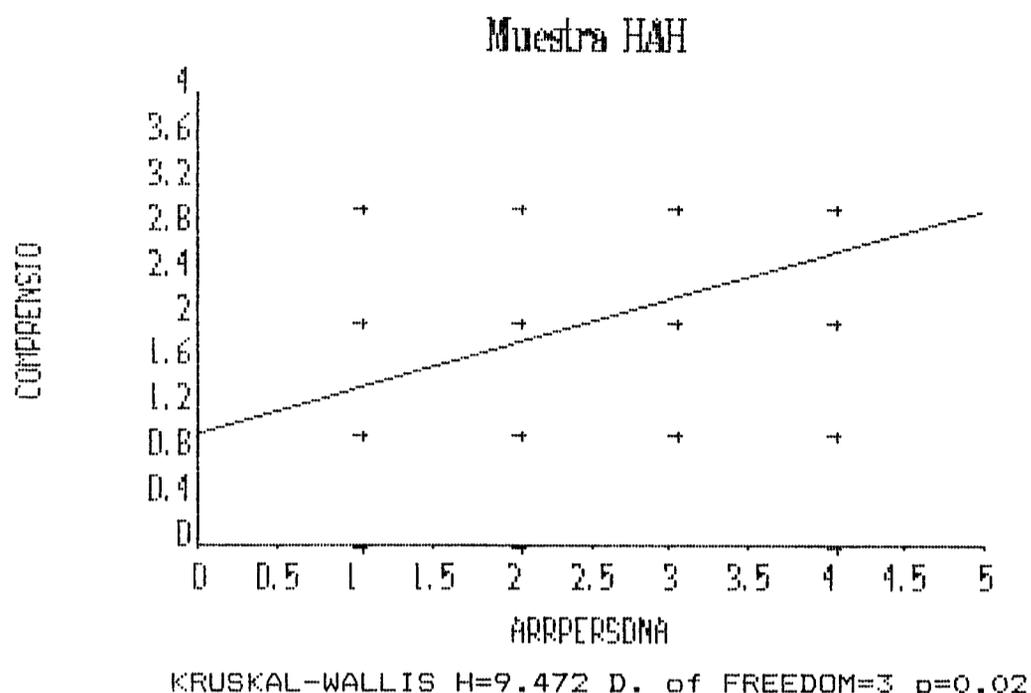


Grafico 11: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de A.Personal y Compresion de la muestra HAH

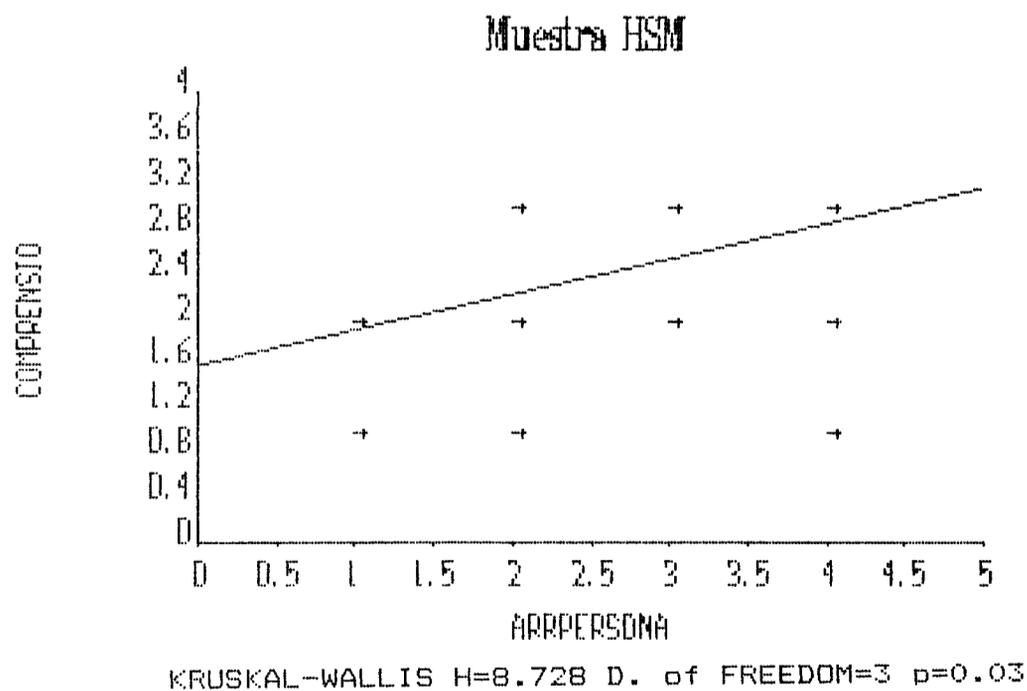


Grafico 12: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de A.Personal y Compresion de la muestra HSM

Cruce de HIGIENE con ORIENTACION ESPACIAL

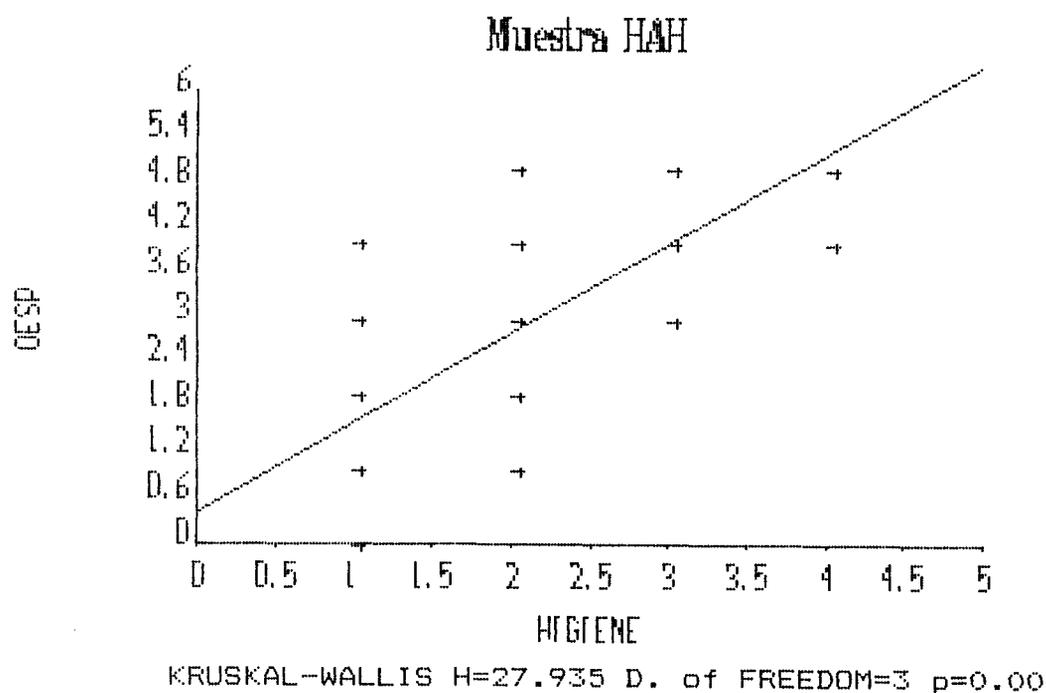


Grafico 13: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y O. Espacial de la muestra HAH

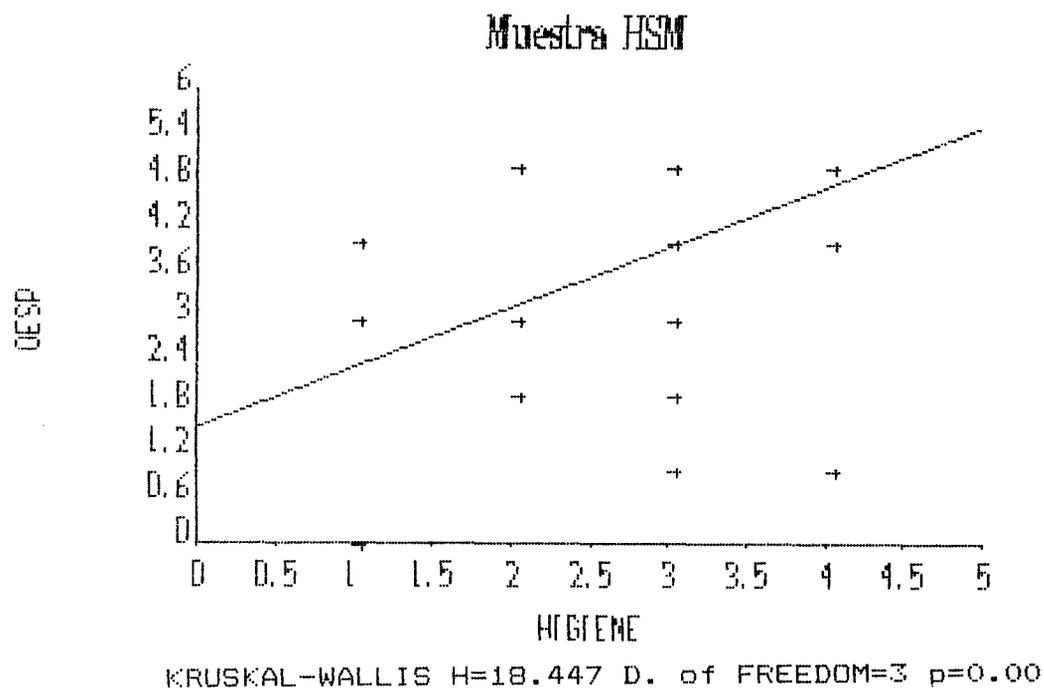


Grafico 14: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y O. Espacial de la muestra HSM

Cruce de HIGIENE con RECUERDO

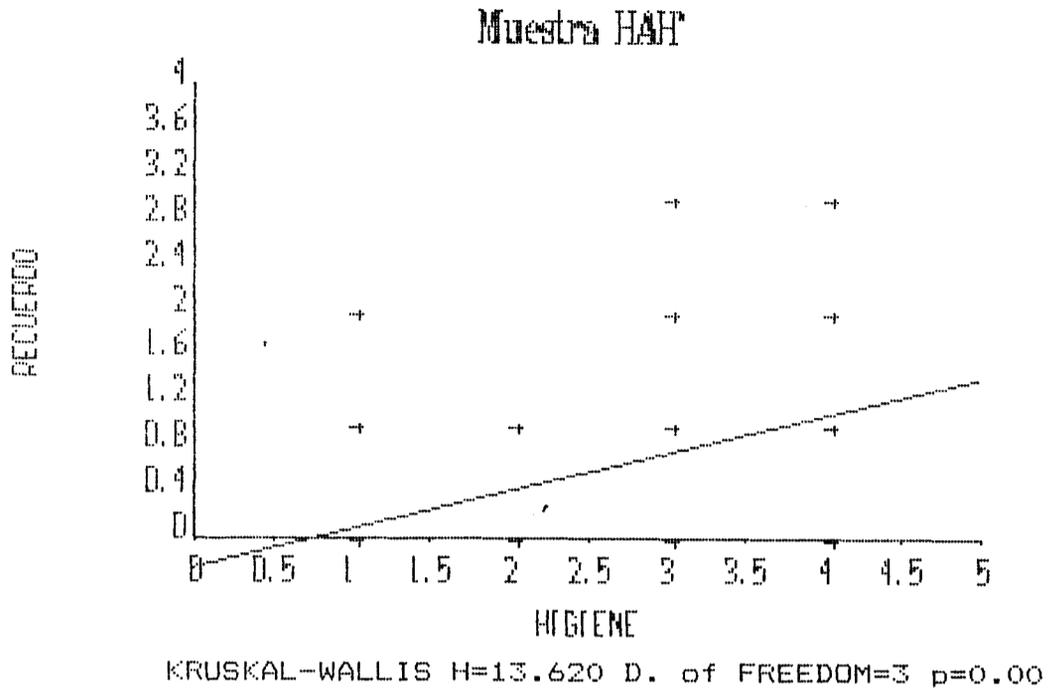


Grafico 15: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y Recuerdo de la muestra HAH

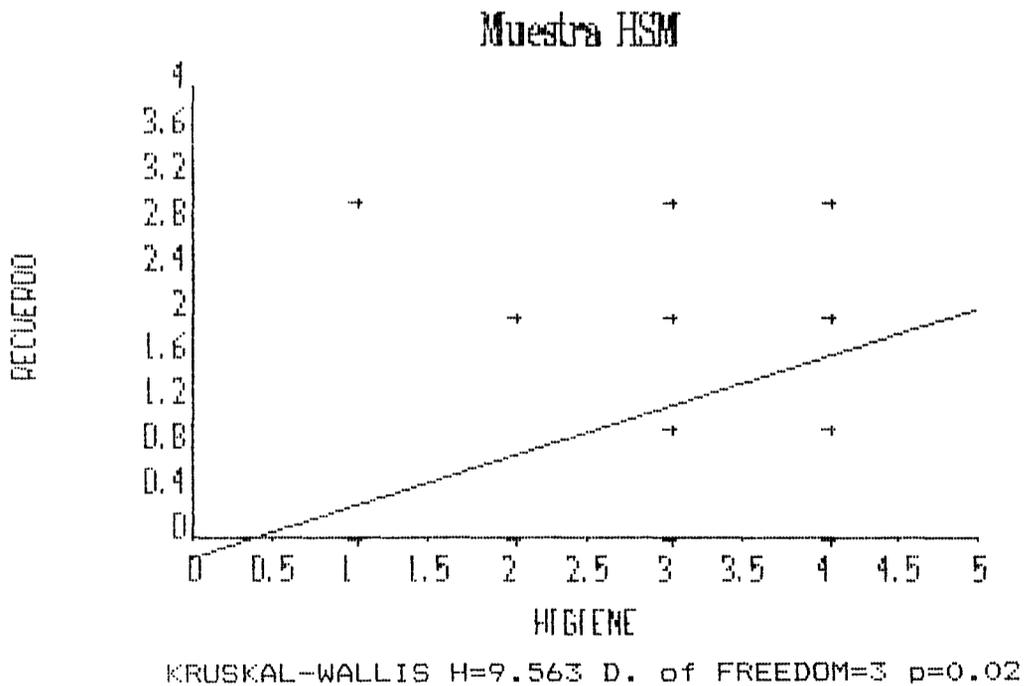


Grafico 16: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y Recuerdo de la muestra HSM

Cruce de HIGIENE con COMPRENSION

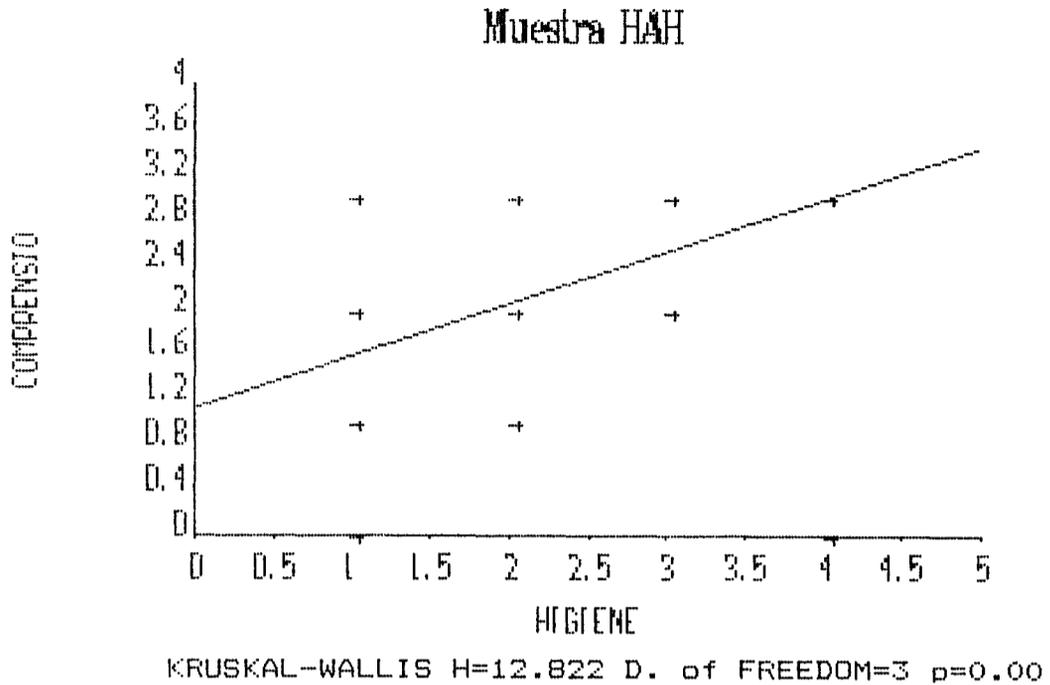


Grafico 17: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y Comprension de la muestra HAH

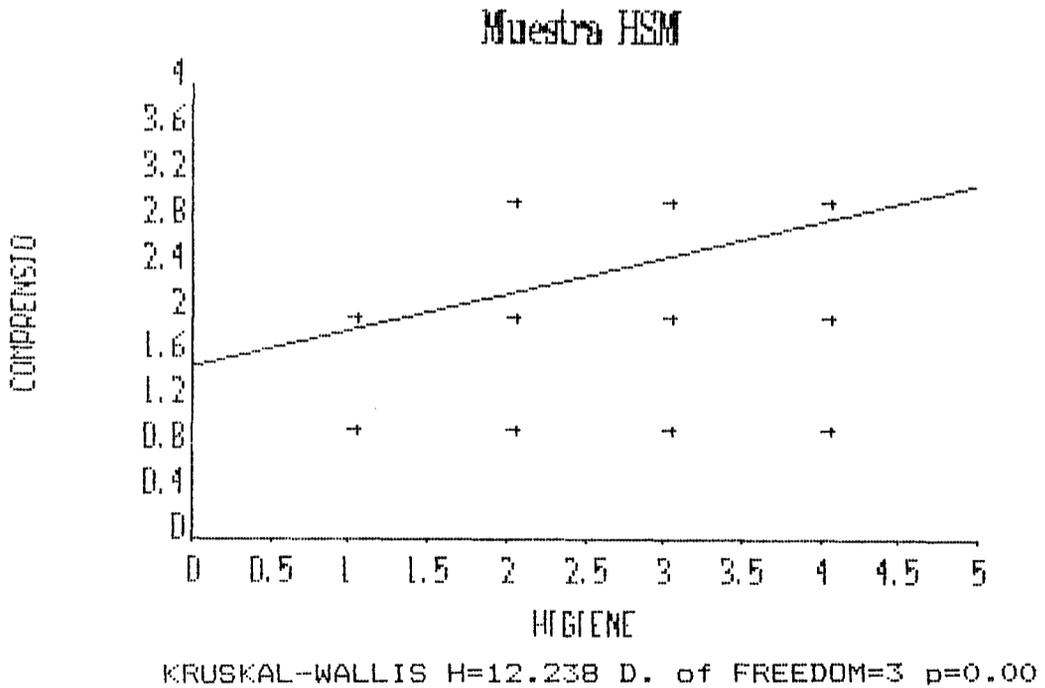


Grafico 18: Valores del analisis de la varianza Kruskal-Wallis y Scatter/r del cruce de Higiene y Comprension de la muestra HSM

10-BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, Claudia Kay, "Activity: Occupational therapy's treatment method. 1987 Eleonor Clarke Slegel lecture", *American Journal of Occupational Therapy*, 41 (9), Sep. 1987, pp. 563-75.
2. Allen, Claudia Kay, *OCCUPATIONAL THERAPY FOR PSYCHIATRIC DISEASES: MEASUREMENT AND MANAGEMENT OF COGNITIVE DISABILITIES*, First Edition, United States of America, Little, Brown and Company, Boston/Toronto, 1985, pp. 408.
- X3. Allen, Claudia Kay, Earhart, Catherine A., Blue, Tina, "Independence and Assistance in Doing Activities", "Evaluations Instruments", "Modes of Performance within the Cognitive Levels", *OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT GOALS FOR THE PHYSICALLY AND COGNITIVELY DISEBLED*, United State of American, 1988.
4. American Psychiatric Association, *BREVARIO DSM-III-R. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS*. Barcelona Masson, S.A, pp. 323.
5. Andrés, Haydée, "Deterioro y demencia. Diagnóstico diferencial y una técnica de abordaje terapéutico", *Revista Médica de la Tercera Edad*, Nro3, Año 6, 1987 pp. 26-31.
- X6. Andrés, Haydée, "Psicogeriatría: Deterioro, Depresión y Demencia", *Geriatría Práctica*, vol. III, Nro4, 1993, Bs.As., pp.18-21.
7. Brocklehurst, J.C, Hanle, T., *GERIATRÍA FUNDAMENTAL*. Ediciones Toray S.A., Barcelona, 1979, pp. 289.
8. Burns, Isaac y Grecic. *ENFERMERÍA GERIÁTRICA*. De. Morala, Madrid, 1980, pp. 223.

✓
Revisado
20/10/2014

9. Castiglia, Vicente C., *CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (CIMI)*. Ed. Pediátricas, Argentina, Bs.As. 1984, Primera Edición, pp. 278.
- X10. Christiansen, Charles, Baum, Carolyn, *OCCUPATIONAL THERAPY. OVERCOMING HUMAN PERFORMANCE DEFICITS*, United States of America, Edited by Charles Christiansen y Carolyn Baum, 1991, pp. 884.
11. Cohn, Miriam, "Barreras Arquitectónicas en Hogares de Ancianos", *Revista Medicina de la Tercera Edad*, Año 4, Nro1, 1985, pp. 22-29.
- ✓12. Cohn, Miriam; Lavallen, Mirta; Oks, Matilde; Sauré, María Pía, "Reflexionando sobre la Atención de Ancianos con Deterioro Mental Severo" *II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y Y Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, Bs. As., 1988.*
13. Eco, Umberto, *COMO SE HACE UNA TESIS. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO Y ESCRITURA*, Ed. Gidesa, España 1993, pp.267.
14. Ellis, A.W.; Young, A.W., *NEUROPSICOLOGÍA COGNITIVA HUMANA*, "Colección de Neuropsicología, procesos cognitivos y rehabilitación", Primera edición, Septiembre 1992, Barcelona, Masson S.A., 1992, pp.358.
15. Ferreres, "Cátedra de Neurofisiología" Ficha, Teórico 5, Facultad de Psicología, UBA, 1997.
16. FIM, "Medida de la Independencia Funcional (Funtional Independence Measure) Manual Instructivo", Traducido para el Centro de Neuro-rehabilitación (Director Dr. Fernando Caceres), Esclerosis Múltiple Argentina, 1997.
- ✓17. Folstein, M.F.; Folstein, S.E., "Mini Mental State", *Journal of Psychiatric, Res.*, vol. 12, 1975, pp.189-198.

- X 18. Fustinoni, Osvaldo (h); Fustinoni, Juan Carlos, "Síndrome Demencial" *Geriatría Práctica*, vol. LI, Nro 10, 1992, Bs. As., pp. 12-25.
19. Grieve, June, *NEUROPSICOLOGÍA PARA TERAPEUTAS OCUPACIONALES. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA COGNICIÓN*, Colección Educación Especial, Primera edición, Colombia, Ed. Médica Panamericana, 1993, pp. 155.
- X 20. Jentoft Cruz, A.J, "Escalas de Valoración en Geriatría. Índice de Katz", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 26, 5, 1991, pp. 338-348.
21. Kaplan, Harold; Sadock Benjamín, *PSIQUIATRÍA CLÍNICA*, Colección Manuales Médicos, Argentina, 1991, Ed. Médica Hispanoamericana, pp. 246.
22. Katz, Sidney, M.D., and co-workers, "Progress in Development of the Index of ADL", *The Gerontologist*, part 1, spring 1970, pp. 20-30.
23. Katz, Sidney and co-workers, "Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and psychosocial function" *Jama*, 21, sept. 1963, pp. 914-919.
24. Lawton, M.P, Ph, "Assessment, Integretion, and Environments for Older People" *The Gerontologist*, part 1, spring 1970, pp. 38-46.
25. Lawton, M.P., Ph.D and Brody E.M, "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living", *Gerontologist*, 9, 1969, pp. 179-186.
26. Lawton, M.P., Moss, M., Fulconer, M. And Kleban, "A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument", *Journal of Gerontology*, 37, 1982, pp. 91-99.

27. Lawton, M.P., "The Funtional Assessment of Elderly People",
Official Journal of the American Geriatrics Society, vol. XIX,
Nro6, Junio 1971, pp. 465-480.
- X28. Mangone, C.A., Allegri, R.F., Arizaga, R.L, Ollari, J.A.,
DEMENCIA. ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO, Primera
Edición Argentina, Ediciones Sagitario, 1997, pp. 495.
29. Mangone, C.A., y colaboradores, ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER. ENFOQUE ACTUAL, Ed. Libros de la Cuadriga,
Argentina, Ed. Tora, 1995, pp. 389.
- X30. Perlado, Fernando, TEORIA Y PRÁCTICA DE LA
GERIATRÍA, Ed. Días de Santos S.A., Madrid, España, 1995,
pp. 313.
31. Risiga, Magalí, "La Terapia Ocupacional en el Tratamiento de
las Demencias", TERAPIA OCUPACIONAL, EL CAMINO DEL
HACER, Argentina, VIP ediciones, 1991, pp. 129-133.
32. Rogers, Joan, C., Prepared by, "Occupational Therapy
Services for Alzheimer's Disease and Related Disorders",
(position paper), American Occupational Therapy Association,
American Journal of Occupational Therapy, 40 (12), dec.
1986, pp. 822-824.
33. Willard, Helen S., Spackman, Clare S., TERAPEUTICA
OCUPACIONAL, Primera edición, España, 1973, pp. 540.

11-ASESORAMIENTO

Dr. Allegri, Jefe del SIREN (Servicio de Investigación y Rehabilitación del Enfermo Neuropsicológico) CEMIC.

Integrante del C.A.E.D (Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias).

Lic. Norma Villarroel, Titular de la Cátedra de Metodología e Investigación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.

11.1-Agradecimientos:

Agradecemos en forma particular al Dr. Li Mau, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto Municipal de Rehabilitación Psicofísico social del Lisiado, por su orientación en la etapa de diseño de la Tesis.

Agradecemos al Dr. Vicente C. Castiglia, Jefe de la Sección de Asesoría Científica Jose de San Martín UNBA y Coordinador Docente del Módulo Metodología de la Investigación y al Dr. Roberto Raimondo, Titular de la Cátedra de Estadística de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, por su orientación en la fase estadística.



*Cieri, Patricia
Terapista Ocupacional
M.N: 455
Pardo 1070, Torre 1/ dpto.3 C
(1663) Muñiz
Pcia. Bs.As.
T.E 451-1836*



*Cohn, Miriam
Terapista Ocupacional
M.N: 247
Reconquista 486
(1661) Bella Vista
Pcia. Bs.As.
T.E 666-3391*

TESIS

BE Nombre: Grado de Dependencia de los
ABC en Adultos Mayores de 60
años con Trastorno Cognitivo

Autores:

T.O.: Liri, Patricia

T.O.: Cohn, Miriam

Integrantes del Jurado:

Lic. Leonor, Esther

T.O. Betina, Roume

Lic. Cabrera, Susana

Fecha de defensa: 15-7-98

Calificación: 7 (Siete).