



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL
ESCUELA DE POSGRADOS “ESPOG”
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN: NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE
Resolución: RPC-SO-21-No.449-2020

PROYECTO DE TITULACIÓN EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGISTER

Título del proyecto:
Valoración de los factores mnésicos en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación en la adherencia al tratamiento renal.
Línea de Investigación:
Artes y Humanidades para una sociedad sostenible
Campo amplio de conocimiento:
Ciencias Sociales, Periodismo, Información y Derecho
Autor/a:
Sofía Carolina Robayo Valle
Tutor/a:
Ph.D. Ana Victoria Poenitz Boudot

Quito – Ecuador2023

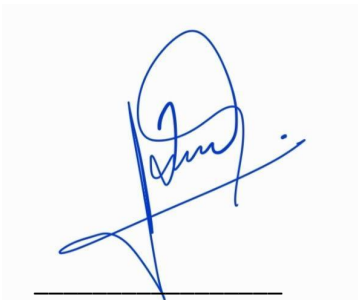
APROBACIÓN DEL TUTOR



Yo, Ana Victoria Poenitz Boudot con C.I: AAD138692 en mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: Valoración de los factores mnésicos en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación en la adherencia al tratamiento renal.

Elaborado por: Sofía Carolina Robayo Valle, de C.I: 1717412355, estudiante de la Maestría: Psicología, mención: Neuropsicología del aprendizaje de la **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL (UISRAEL)**, como parte de los requisitos sustanciales con fines de obtener el Título de Magister, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado el trabajo de titulación, lo apruebo en todas sus partes.

Quito D.M., 19 de agosto de 2023



Firma

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE



Yo, Sofía Carolina Robayo Valle con C.I: 1717412355, autora del proyecto de titulación denominado: Valoración de los factores mnésicos en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación en la adherencia al tratamiento renal. Previo a la obtención del título de Magister en Psicología, mención Neuropsicología del Aprendizaje.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar el respectivo trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Tecnológica Israel los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor@ del trabajo de titulación, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital como parte del acervo bibliográfico de la Universidad Tecnológica Israel.
3. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de prosperidad intelectual vigentes.

Quito D.M., 19 de septiembre de 2023

Firma

Tabla de contenidos

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE	iii
INFORMACIÓN GENERAL	1
Contextualización del tema	1
Problema de investigación	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos:	4
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	5
1.1. Contextualización general del estado del arte	5
1.2. Proceso investigativo metodológico	9
1.3. Análisis de resultados	13
CAPÍTULO II: PROPUESTA	25
2.1. Fundamentos teóricos aplicados	25
2.2. Descripción de la propuesta	26
2.3. Validación de la propuesta	28
2.4. Matriz de articulación de la propuesta	31-35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42

Índice de tablas

Tabla 1.	13
Distribución por género de la muestra	13
Tabla 2.	14
Distribución por edad de la muestra	14
Tabla 3.	15
Distribución de la muestra por género y discapacidad visual	15
Tabla 4.	16
Adherencia al tratamiento de la muestra analizada	16
Tabla 5.	16
Adherencia al tratamiento por género	16
Tabla 6.	17
Adherencia al tratamiento por género y edad	17
Tabla 7.	18
Evaluación cognitiva	18
Tabla 8.	18
Evaluación cognitiva por género	18
Tabla 9.	19
Evaluación cognitiva por género y edad	19
Tabla 10.	20
Evaluación cognitiva por género y edad	20
Tabla 11.	21
Pruebas de normalidad	21
Tabla 12.	22
Correlación entre adherencia y Memoria de trabajo	22
Tabla 13.	23
Correlación entre adherencia y test minimental	23
Tabla 1.	
Matriz de sesiones para pacientes	32
Tabla 2.	
Matriz de sesiones para cuidadores	33

INFORMACIÓN GENERAL

Contextualización del tema

La enfermedad renal crónica (ERC) es una problemática de salud pública importante, ya que muestra una prevalencia media de 7,2% (personas mayores de 30 años). Según datos del estudio EPIRCE, la ERC afecta aproximadamente al 10% de la población adulta española y a más del 20% de los mayores de 60 años. Sallarés, (2022).

La prevalencia actual de ERC en España se estima en torno al 9,2% de la población adulta, con una prevalencia global en los estadios 3-5 del 6,8%, elevándose este porcentaje al 20,6% en sujetos mayores de 64 años. Portilla, (2016).

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su informe técnico: DNCE-0070-2022, con fecha de corte (15 de mayo de 2022), existe un total de 19,327 pacientes ingresados en el Registro Nacional de Diálisis y Trasplante.

Por otra parte, en el mismo informe, evalúa la edad promedio en el Ecuador de personas con ERC y según los datos obtenidos, se determinó que el rango de edad comprendido entre los 46 años a 70 años es el grupo más representativo con un 59.65% casos (11,529 pacientes), así mismo el rango de edad comprendido entre 71 años a 99 años es el segundo grupo con mayor cantidad de pacientes en terapia de reemplazo renal representando el 22,83% de casos (4,413 pacientes) Ministerio de Salud Pública, (2022).

Según Hanna et.al. (2020), como lo mencionan en su artículo “Función cognitiva y vascular en adultos mayores con y sin ERC”, publicado el 09 de septiembre de 2020, menciona que, el deterioro cognitivo es una complicación común del envejecimiento que también se asocia con la enfermedad renal crónica (ERC). La disfunción vascular se ha implicado como una causa potencial de deterioro cognitivo en adultos mayores, con déficits particulares observados en aquellos con ERC.

Mundialmente, más del 20% de las personas mayores de 60 años tienen algún tipo de trastorno cognitivo, y el 6,6% de la discapacidad en este grupo de edad es atribuible a trastornos psiquiátricos y neurológicos. Mostrando así que el 83,1% de los adultos mayores presentan algún riesgo de deterioro cognitivo. (Solano Riofrio, 2022)

El deterioro cognitivo en el adulto mayor, según Bennet, es un estado intermedio entre cognición normal y demencia. Sobre el deterioro cognitivo leve (DCL), se incrementa con la

edad, y su prevalencia es del 10% en personas de 70 a 79 años y del 25% en aquellos con 80 a 89 años. Se caracteriza por la pérdida de memoria a largo y corto plazo, déficits en el pensamiento abstracto, alteraciones de las funciones cognitivas, dificultades de lenguaje y cambios en su personalidad. Su importancia radica, en que entre memoria y cognición se logra “codificar, almacenar y después recuperar la información” mientras la cognición “implica la percepción de estímulos sensoriales, la capacidad de aprender y manipular la información nueva”. (Hinojosa, 2017).

Por otra parte, el artículo de Castellano (2020), menciona que, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada, las alteraciones del sistema nervioso constituyen una de las mayores causas de discapacidad. A su vez, el tratamiento dialítico se asocia con tres desórdenes diferentes en el sistema nervioso central: síndrome de desequilibrio dialítico, demencia por diálisis y disfunciones intelectuales progresivas. En esta parte, es importante mencionar las disfunciones intelectuales, las cuales se ven reflejadas en alteraciones de la función cognitiva global, en la función ejecutiva, el lenguaje, la memoria y atención, la fatiga mental y los trastornos afectivos.

Haciendo énfasis en la memoria como eje principal de alteración, cabe mencionar que la memoria es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera una información determinada o un suceso concreto. Es decir que es el proceso psicológico que nos permite aprender.

Atkinson y Shiffrin (1968) , hablan sobre la existencia de dos o más tipos de memorias. una de las principales teorías de estos autores es el “modelo modal”.

Modelo Modal: Pone énfasis en la codificación y el almacenaje de la información. (Craik y Jennings, 1992). En este modelo, la información del entorno provoca una serie de registros sensoriales que, posteriormente pasarán a ser información en un almacén a corto plazo, imprescindible para la transferencia de información al almacén a largo plazo.

Es así que según este modelo, el procesamiento y posterior almacenamiento de la información no se produce en un único momento, sino que requiere de una serie de pasos previos al almacenamiento permanente.

Por otra parte, en el modelo de Atkinson y Shiffrin (1968) , mencionan que es necesaria una tercera fase en el proceso, la cual la denominaron “ la recuperación”. Es así que las fases principales en el proceso de memoria son: la codificación, el almacenamiento o consolidación y la recuperación.

Es por esto que la memoria es uno de los factores principales a tomar en cuenta cuando esta se ve afectada, sobre todo en adultos mayores que presentan una enfermedad crónica y que requieren de una adecuada retención de información para una correcta adherencia a su tratamiento.

Tomando en cuenta la importancia de la adecuada retención de la información para una adecuada adherencia terapéutica, es necesario mencionar que los pacientes deben realizar un tratamiento muy complejo, que incluye restricciones en la dieta, consumo de medicamentos y tres o cuatro horas de sesiones de hemodiálisis, siendo estas tres veces por semana. El no cumplimiento de las indicaciones médicas, puede llegar a presentar varias complicaciones en el paciente a nivel del sistema cardiaco, respiratorio, o incluso hasta causar la muerte del mismo. Trevin,(2019).

La adherencia al tratamiento es fundamental para el bienestar de los pacientes y es un componente importante de su salud. En la población adulta mayor la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Mir, (2004). Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; las investigaciones muestran que la toma de medicación, las horas de tratamiento, el estado emocional del paciente y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en la población adulta mayor. Mir, (2004).

Es por esto que, es muy importante mantener cuidados adecuados y para llegar a una adecuada adherencia al tratamiento renal, el paciente adulto mayor debe recordar su medicación y cuidados que debe tener. Es decir, si el paciente presenta alteración en la memoria, en ocasiones va a olvidar tomar su medicación o se le hará difícil recordar las indicaciones médicas, lo cual puede llegar a ser perjudicial para su salud y tratamiento.

Problema de investigación

En base a lo mencionado anteriormente, surge la siguiente pregunta sobre esta problemática de salud en los adultos mayores con insuficiencia renal crónica.

¿Cómo se muestran los factores mnésicos en los adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación con la adherencia al tratamiento renal?

Objetivo general

Valorar los factores mnésicos de los pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación con la adherencia al tratamiento renal

Objetivos específicos

Obj. Esp. 1: Describir las investigaciones precedentes respecto a los factores mnésicos con adultos mayores con insuficiencia renal crónica y la relación con la adherencia al tratamiento renal.

Obj. Esp. 2: Valorar los factores mnésicos de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Obj. Esp. 3: Valorar el nivel de adherencia al tratamiento renal de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Obj. Esp. 4: Establecer la relación existente entre los factores mnésicos de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael y su adherencia al tratamiento renal.

Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos:

Esta investigación se estableció a través de entrevistas con los pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica del centro de hemodiálisis San Rafael, a quienes se les aplicó pruebas de evaluación neurocognitivas para valorar cómo se encuentran los factores mnésicos de los pacientes.

La investigación beneficiará a la sociedad adulta mayor, principalmente a los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), que se encuentran dentro de la población adulta mayor, y que presentan alteración en los factores mnésicos por lo que esta incide en su adherencia al tratamiento renal. Por otra parte, esta investigación ayudará a medir el impacto de la alteración de los factores mnésicos y su relación en el proceso de adherencia al tratamiento renal.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1. Contextualización general del estado del arte

1.1.1. Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal. (Sallarés,2022)

Para Yuguero, A., & Vera, M (2018), la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Una de cada diez personas en el mundo tiene, sin saberlo, insuficiencia renal en mayor o menor grado. Cuando la enfermedad evoluciona puede transformarse en crónica y se corre el riesgo de que el daño acumulado en el riñón sea irreversible. (Yuguero, A., & Vera, M, 2018)

Por tal motivo, existe el tratamiento renal, el cual “se centra en retrasar el avance del daño renal, por lo general, mediante el control de la causa. Sin embargo, incluso el control de la causa podría no impedir que el daño renal progrese. La enfermedad renal crónica puede avanzar hasta convertirse en una insuficiencia renal en etapa terminal, la cual es mortal si no se realizan filtraciones artificiales (diálisis) o un trasplante de riñón”. (Mayo clinic,2021)

1.1.2. Adherencia al tratamiento

Según Trujano et.al (2009), menciona que las enfermedades crónicas son un problema creciente y los tratamientos con frecuencia son complicados, por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos. Las terapias médicas o tratamientos pueden incluir cambios en la alimentación, toma de medicamentos, ejercicio, entre otros factores. Estos cambios requieren de adherencia terapéutica de los pacientes, sin embargo, algunos pacientes no siguen las indicaciones del médico o equipo de salud, es decir no presentan adherencia al tratamiento.

Para Ginarte, la adherencia al tratamiento hace hincapié en la importancia de evaluar cuatro factores que influyen en la adherencia:1) interacción del paciente con el profesional de la salud; 2) régimen terapéutico; 3) características de la enfermedad; y 4) aspectos psicosociales del paciente. Esto debido a que es un trabajo multidisciplinario, en el cual se debe lograr una adherencia adecuada al tratamiento. (Ginarte, 2001)

Según Masaryková, et.al (2020), menciona que la adherencia al tratamiento, ya sea farmacológica o no farmacológica, va a depender de varios factores, entre ellos, del profesional de la salud, en cómo abordar al paciente y logre una adherencia al tratamiento, tanto en la aceptación de la enfermedad como de los cumplimientos que debe tener y cambios que debe realizar en su vida con su actual enfermedad.

En un artículo de Parra et.al (2019), menciona que existen ciertos factores que inciden negativamente en la adherencia al régimen terapéutico como, pertenecer al régimen subsidiado, nunca poder leer información escrita sobre el manejo de su enfermedad y nunca recibir información sobre las prestaciones de los medicamentos prescritos por el médico. Sin embargo, existen también factores positivos para una adecuada adherencia al tratamiento, y este es el compromiso de los pacientes ante ciertas indicaciones médicas, como, no interrumpir el tratamiento, generar nuevos hábitos saludables, a pesar de la situación socioeconómica a la que pertenezca la persona con la enfermedad.

Es importante mencionar que para una adecuada adherencia al tratamiento en personas con enfermedades, en este caso crónicas, la educación o el proceso de enseñanza que se le brinde al paciente es un punto fundamental para la aceptación de la enfermedad y posteriormente para una adecuada adherencia.

Ha Dinh et.al (2016), menciona que las enfermedades crónicas están aumentando en todo el mundo y se han convertido en una carga importante para las personas afectadas por esas enfermedades. Los programas de educación sobre enfermedades específicas han demostrado mejores resultados, aunque las personas olvidan la información rápidamente o la memorizan incorrectamente. El método de enseñanza posterior se introdujo en un intento de reforzar la educación a los pacientes. Por otra parte, la evidencia de la revisión sistemática respalda el uso del método de enseñanza en la educación de las personas con enfermedades crónicas para maximizar su comprensión de la enfermedad y promover el conocimiento, la adherencia y la autoeficacia y habilidades de autocuidado.

1.1.3. Funciones Cognitivas

Para Aranda, las funciones cognitivas son procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Es decir que hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, por lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea. (Aranda, 2023)

Por otra parte, menciona que en la vejez se generan cambios que se evidencian en una disfunción cognitiva, principalmente ejecutiva, la cual afecta la memoria operativa, flexibilidad cognitiva y atención dividida o selectiva, sin embargo, no parece disminuir la concentración, memoria sobre hechos, conocimiento de palabras, conceptos, memoria del pasado y procedimental. Por lo tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad.

Las observaciones clínicas y de la vida cotidiana, junto con los estudios realizados, están poniendo de manifiesto que, prácticamente, casi todas las personas mayores de 65-70 años se quejan de que su memoria ya no funciona como antes. Esa posible incapacidad o dificultad para recordar datos, no debe preocupar en exceso, ya que se trata de una pérdida normal de memoria, asociada a la edad, pero el hecho sí hay que considerarlo importante para “reaccionar” y “desarrollar” estrategias y programas de entrenamiento de la memoria, preventivos, incluso, de las demencias. (Valhondo, 2013)

Tomando en cuenta que la memoria es la función que se ve afectada en los adultos mayores, es importante mencionar las fases de la memoria que están involucradas en los procesos mnésicos básicos.

Para Lucia Perez (2021), define las fases como:

Codificación

Se categoriza y ordena la información por categoría y por significado en las áreas sensoriales primarias o modales y secundarias o de asociación. También se brinda una relevancia emocional gracias a la amígdala cerebral. Perez, L., & Calvo, D. (2021). Es decir, percibimos según nuestra forma de ver el mundo.

Almacenamiento

El hipocampo almacena e integra la información relevante categorizada ya en la memoria a corto plazo. Perez, L., & Calvo, D. (2021)

Consolidación

Es el paso de la memoria de corto plazo a largo plazo.

Recuperación

Es el recuerdo del hipocampo a la atención consciente, es decir, memoria de trabajo. Por lo que la vieja información es recuperada y se combina con la nueva información, generando así conocimientos y aprendizajes nuevos.

1.1.4. Características sociodemográficas de la población geriátrica

1.1.3.1 Edad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, mientras que las de 75 a 90 años, se consideran personas viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (Social, 2023).

1.1.3.2 Género

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. (OMS, 2018)

1.1.3.3 Nivel socioeconómico

Para Baker y Brogan, la definición del nivel socioeconómico aborda principalmente dos componentes. El primero como factor social, que incluye características de la educación, ocupación de la persona, prestigio, poder político, identificación étnica e inclusive, el historial de la familia; y por otro lado, se encuentra el factor económico, que está relacionado con el ingreso individual y en algunas ocasiones, con el nivel económico del barrio en donde la persona vive (Baker, 2014; Brogan, 2019).

1.2. Proceso investigativo metodológico

1.2.1 Método, diseño y alcance

El presente trabajo se definió como un estudio de corte transversal, de alcance exploratorio descriptivo a través de la implementación de una metodología cuantitativa de diseño no experimental.

Transversal, debido a que la recolección de información se realizó en un único momento, con el propósito de describir la confiabilidad y validez de las pruebas aplicadas.

Descriptiva, debido a que definen, miden variables y las caracterizan, así como al fenómeno o planteamiento referido. Por otra parte, cuantifican y muestran con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, problema, suceso, comunidad, contexto o situación.

Exploratorio, ya que el propósito de esta investigación es explorar el problema y su entorno, mediante la aplicación de las pruebas.

Diseño no experimental, debido a que en este tipo de investigación las variables estudiadas no se manipulan en forma intencionada, la finalidad de esta investigación es observar los fenómenos tal como se comportan en su contexto natural, para luego analizarla. Cabezas et.al. (2018)

Por último se utilizó una metodología cuantitativa, ya que nos permite explicar mediante una investigación sistémica de los fenómenos observables a través de la recolección de datos digitales, analizados mediante métodos basados en técnicas estadísticas para la obtención de resultados.

1.2.2 Población y muestra

Población:

Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Muestra:

Paciente mayores de 65 años en adelante que cumpla con los siguientes criterios de inclusión:

En el centro de hemodiálisis se realizó la evaluación a los sujetos que cumplieron con los criterios de selección e inclusión, los cuales consistieron en:

- a. Tener 65 años de edad o mayor.
- b. Ser paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento dialítico.
- c. Que pertenezcan al centro de hemodiálisis San Rafael.
- d. Firmar el consentimiento informado.
- e. Pacientes con escolaridad mínima de básica elemental o superior.
- f. No haber reportado antecedentes psiquiátricos o accidentes cerebro vasculares.

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- a. Menores de 65 años de edad.
- b. Personas con discapacidad auditiva.
- c. Personas con discapacidad visual total.
- d. Personas que no asistan al centro de hemodiálisis San Rafael.
- e. Analfabetismo
- f. Personas con antecedentes psiquiátricos o con acv.

Método de muestreo:

Muestra de tipo estadística, no probabilística y por conveniencia.

1.2.3 Instrumentos

MINIMENTAL TEST de Folstein (1979), para el área cognitiva, el cual evalúa orientación temporal, orientación espacial, registro, cálculo y atención, recuerdo y lenguaje. Su calificación será en punto de corte de 0-23 déficit cognitivo y 24-30 sin déficit cognitivo.

SUBESCALAS DEL WAIS, de David Wechsler, retención de dígitos y aritmética, los cuales se encuentran en el área de memoria de trabajo, en el subtest de dígitos y aritmética, que evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo. (Wechsler, 1955)

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RENAL, el cual se elaboraron mediante las características de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia, mediante el apoyo y aprobación del área médica del centro de hemodiálisis, en el cual se realizan tratamiento renal los adultos mayores antes mencionados en la muestra.

1.2.3.1 Operacionalización de variables

Adherencia al tratamiento

Definición conceptual: “Es el grado en que el comportamiento de una persona puede tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida. Sigue las

recomendaciones acordadas del médico de un prestador de asistencia sanitaria". Cerda et.al. (2018)

Definición operacional: A los fines de la presente investigación, la medida de adherencia al tratamiento se considerará como:

- Control de ingesta de medicamentos y alimentos.
- Seguimiento médico.
- Autoeficacia.

Memoria

Definición conceptual: la memoria es la capacidad que posee nuestra mente para codificar, almacenar y, posteriormente evocar, buena parte de nuestras vivencias personales y de la información que recibimos a lo largo de nuestra vida. (García Sevilla, 2012)

Dimensiones:

Codificación: Es el proceso inicial por el que la información llega y se transforma en una representación mental. En estos momentos, la mente interpreta la información recibida inmediatamente en el cerebro a través de los sentidos. (García Sevilla, 2012)

Almacenamiento: Es el archivo y mantenimiento de la información para poder acceder a ella cuando se requiera, para ser utilizada cuando sea necesaria. (García Sevilla, 2012)

Evocación de la información: Es el hecho de recuperar o acceder a la información que, en su momento, fue registrada y almacenada. (García Sevilla, 2012)

Adulto mayor

Definición conceptual: Según la OMS define a todas las personas mayores de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (Social, 2023)

Enfermedad Renal Crónica

Definición conceptual: La enfermedad renal crónica (ERC) en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal, que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal. Sallarés (2022)

1.2.4 Procedimiento

Se presentó el anteproyecto al Centro de Hemodiálisis ubicado en el valle de los Chillos así como a la Universidad Israel, recibiendo su aprobación. Posterior a esto, se realizó una contextualización con las variables: adherencia al tratamiento, como adultos mayores con insuficiencia renal.

Para esta investigación se utilizó los instrumentos: minimal, subescala de WAIS y cuestionarios de adherencia, la cual se realizó de forma individual a los pacientes adultos mayores en un tiempo de 40 minutos por paciente. La aplicación se realizó durante el mes de julio del presente año.

El lugar de aplicación fue en el consultorio del área de psicología, el cual contaba con un espacio adecuado, tranquilo, escritorio, luz clara, y dos sillas.

Una vez realizada la aplicación de los test y cuestionarios se aplicó en una matriz de datos en Excel, con la cual se obtendrán los datos y la tabulación para obtener los resultados de las variables antes mencionadas.

1.2.5 Análisis y resultados datos

Valoración de los factores mnésicos en adultos mayores con enfermedad renal crónica y su relación en la adherencia al tratamiento renal.

En el presente estudio, se aborda la investigación de la relación entre los factores mnésicos y la adherencia al tratamiento renal en adultos mayores con enfermedad renal crónica (ERC). Utilizando métodos estadísticos robustos, se busca evaluar si las deficiencias en la memoria, evaluadas a través de pruebas cognitivas estandarizadas como el test Mini-Mental y el test WAIS, ejercen una influencia significativa en la adherencia al tratamiento renal. Este análisis proporciona una contribución empírica para mejorar los resultados de atención médica en esta población vulnerable.

Estadísticas generales

En el marco de la investigación focalizada en adultos mayores con enfermedad renal crónica (ERC), el análisis estadístico inicial se centra en la caracterización demográfica y clínica de la muestra. Este segmento del estudio abarca variables críticas como género, edad y presencia de

discapacidades visuales, ofreciendo así un contexto integral para la interpretación de los resultados subsiguientes relacionados con la memoria y la adherencia al tratamiento.

Tabla 1.

Distribución por género de la muestra

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	23	46,0	46,0	46,0
Masculino	27	54,0	54,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En la muestra estudiada, la distribución por género refleja una composición moderadamente equilibrada, aunque con una ligera predominancia masculina. Específicamente, el 46% de los participantes son de género femenino, mientras que el 54% pertenecen al género masculino. Esta distribución sugiere que, aunque no hay una paridad completa entre los géneros, la muestra ofrece una representación considerable de ambos, permitiendo un análisis más generalizable en el contexto de la enfermedad renal crónica en adultos mayores.

Tabla 2.

Distribución por edad de la muestra

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
65-70	19	38,0	38,0	38,0
71-75	16	32,0	32,0	70,0
76-80	8	16,0	16,0	86,0

81-85	5	10,0	10,0	96,0
86-90	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En la muestra analizada, la distribución de la edad se presenta de manera estratificada, concretamente, el 38% de los participantes se encuentran en el grupo etario de 65 a 70 años, constituyendo la franja más numerosa. Le sigue el grupo de 71 a 75 años, que representa el 32% de la muestra. Los individuos que tienen entre 76 y 80 años conforman el 16%, mientras que el segmento de 81 años o más comprende el 14% restante. Esta diversificación etaria permite una exploración más matizada de cómo los factores amnésicos y la adherencia al tratamiento pueden variar con la edad en la población de adultos mayores con enfermedad renal crónica.

Tabla 3.

Distribución de la muestra por género y discapacidad visual

Genero	Discapacidad visual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	NO	15	65,2	65,2	65,2
	SI	8	34,8	34,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
Masculino	NO	24	88,9	88,9	88,9
	SI	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Con respecto a la prevalencia de discapacidad visual en la muestra, se observan diferencias significativas entre géneros. Entre las mujeres, un notable 34.8% presenta discapacidad visual, lo cual contrasta marcadamente con la menor incidencia en hombres, donde sólo el 11.1% reporta esta condición. La variabilidad en la prevalencia de la discapacidad visual entre mujeres

y hombres añade una capa de complejidad en el análisis y podría tener implicaciones importantes para las intervenciones de atención médica dirigidas a cada subgrupo.

Análisis de la adherencia al tratamiento renal

Al emplear una evaluación específica diseñada para medir la adherencia al tratamiento renal, se utilizó un sistema de puntuación diferenciado para categorizar el nivel de adherencia de los pacientes. En este esquema, los puntajes que oscilan entre 0 y 29 indican una falta de adherencia al tratamiento prescrito, señalando un área crítica de atención médica. Por otro lado, los pacientes que obtienen una calificación en el rango de 30 a 46 son considerados como adherentes al régimen terapéutico. Este enfoque cuantitativo proporciona una herramienta robusta para evaluar de manera efectiva la fidelidad del paciente al tratamiento, permitiendo además un análisis más granular de cómo la adherencia podría estar influenciada por diversos factores, incluyendo la función cognitiva.

Tabla 4.

Adherencia al tratamiento de la muestra analizada

Calificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16-29	7	14,0	14,0	14,0
30-46	43	86,0	86,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En la muestra global analizada, se identifican patrones claros en relación a la adherencia al tratamiento renal. Específicamente, un 14% de los participantes exhibe falta de adherencia, reflejada en una puntuación inferior a 30 en la escala de evaluación. En contraposición, una abrumadora mayoría, constituida por el 86%, demuestra adherencia al tratamiento, con calificaciones que oscilan entre 30 y 46 puntos. No obstante, el segmento no adherente

constituye un grupo de riesgo crítico que requiere atención especializada para mejorar su gestión clínica y posiblemente su pronóstico.

Tabla 5.

Adherencia al tratamiento por género

Género	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	16-29	4	17,4	17,4	17,4
	30-46	19	82,6	82,6	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
Masculino	16-29	3	11,1	11,1	11,1
	30-46	24	88,9	88,9	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Al desglosar los datos de adherencia al tratamiento renal según género, se observan diferencias notables. Entre las mujeres, un 17.4% demuestra falta de adherencia al régimen terapéutico, una proporción que supera al 11.1% observado en los hombres. Esta disparidad entre géneros sugiere que las mujeres en la muestra son ligeramente más propensas a no adherirse al tratamiento que los hombres. Dado que la adherencia es un factor crítico para el éxito del tratamiento en enfermedad renal crónica, estas diferencias de género podrían tener implicaciones relevantes para la adaptación y focalización de estrategias de intervención clínica.

Tabla 6.

Adherencia al tratamiento por género y edad

Género	Adherencia	Edad (agrupado)					Total
		65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	
Femenino	16-29	3	0	0	1		4
	30-46	9	6	3	1		19

	Total	12	6	3	2		23
Masculi	16-29	2	1	0	0	0	3
no	30-46	5	9	5	3	2	24
	Total	7	10	5	3	2	27

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En el análisis desagregado por género y edad, se detecta que la mayoría de casos de no adherencia entre las mujeres se concentra en el grupo etario de 65 a 70 años, con 3 de las 27 mujeres en ese segmento mostrando falta de adherencia. En el caso de los hombres, la no adherencia se distribuye de manera más uniforme, con 3 casos registrados en un rango de edad más amplio, de 65 a 75 años. Esta información subraya la necesidad de explorar más detenidamente cómo la edad y el género interactúan para influir en la adherencia al tratamiento renal.

Análisis de la evaluación cognitiva

A través de la implementación del Mini-Mental se evaluó la función cognitiva en la muestra seleccionada. Según la escala de puntuación del test, los resultados que oscilan entre 24 y 30 puntos sugieren la ausencia de déficit cognitivo. Por el contrario, una puntuación en el rango de 0 a 23 indica la presencia de déficit cognitivo. Este enfoque cuantitativo permite una evaluación precisa y objetiva de la capacidad cognitiva, esencial para entender cómo el estado cognitivo puede influir en la adherencia al tratamiento renal en la población estudiada.

Tabla 7.

Evaluación cognitiva				
Puntaje	Frecuencia	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cognición				
16-23	8	16,0	16,0	16,0
24-30	42	84,0	84,0	100,0

Total	50	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En la muestra compuesta por 50 individuos, un 16% evidencia déficit cognitivo, reflejado en puntuaciones inferiores a 24 en el Test Mini-Mental. Esta proporción sugiere que una fracción significativa de la población en estudio enfrenta desafíos cognitivos que podrían impactar su capacidad para adherirse al tratamiento renal. La presencia de déficit cognitivo en este segmento pone de relieve la necesidad de estrategias de intervención especializadas para abordar tanto las cuestiones cognitivas como la adherencia terapéutica.

Tabla 8.

Evaluación cognitiva por género

Género	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Cognición				
	n				
Femenino	16-23	6	26,1	26,1	26,1
	24-30	17	73,9	73,9	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
Masculino	16-23	2	7,4	7,4	7,4
	24-30	25	92,6	92,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Al examinar los datos de déficit cognitivo segregados por género, se observa una disparidad significativa: un 26.1% de las mujeres en la muestra exhibe déficit cognitivo, en contraste con solo un 7.4% de los hombres. Esta marcada diferencia sugiere que las mujeres en este estudio son considerablemente más susceptibles a enfrentar desafíos cognitivos, los cuales podrían influir en su adherencia al tratamiento renal. Esta variabilidad entre géneros resalta la importancia de adaptar estrategias de intervención para abordar estas diferencias de manera efectiva.

Tabla 9.**Evaluación cognitiva por género y edad**

Género		Edad (agrupado)					Total
		65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	
		0	5	0	5	0	
Femenino	16-20	4	0	1	1		6
	21-25						
	26-30	8	6	2	1		17
	31-35	0					
	Tota	12	6	3	2		23
Masculino	16-20	2	0	0	0	0	2
	21-25						
	26-30	5	10	5	3	2	25
	31-35	0					
	Tota	7	10	5	3	2	27

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En la muestra, al desagregar los datos de déficit cognitivo por género y grupo etario, se observa que 4 de las 23 mujeres participantes con déficit cognitivo se sitúan en la franja de 65 a 70 años, mientras que otras 2 se encuentran entre 76 y 85 años. Por su parte, en los hombres, 2 de los 27 con déficit pertenecen al rango de 65 a 70 años. Estos hallazgos sugieren que el déficit cognitivo no se distribuye uniformemente entre géneros y grupos etarios, lo cual tiene implicaciones para estrategias de intervención dirigidas.

Índice de memoria de trabajo

En el contexto del estudio, se utilizó el Test WAIS para evaluar específicamente la memoria de trabajo de los participantes. Esta dimensión cognitiva *permite* entender cómo los individuos pueden adherirse a sus regímenes de tratamiento renal. A continuación, se presentan los resultados detallados que arroja esta evaluación, permitiendo un análisis más profundo de las interacciones entre la memoria de trabajo y otros factores clave en la adherencia al tratamiento médico.

Tabla 10.**Evaluación cognitiva por género y edad**

Género	Memoria de trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	Bajo la media	14	60,9	60,9	60,9
	En la media	5	21,7	21,7	82,6
	Por arriba de la media	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
Masculino	Bajo la media	7	25,9	25,9	25,9
	En la media	4	14,8	14,8	40,7
	Por arriba de la media	16	59,3	59,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Al analizar la memoria de trabajo medida a través del Test WAIS, se identifican notables diferencias de género en la distribución de los puntajes. Entre las mujeres, un significativo 60.9% registra puntajes por debajo de la media, en comparación con solo un 25.9% de los hombres en la misma categoría. Además, mientras que un 21.7% de las mujeres se sitúa en el promedio, con un puntaje de 10, sólo un 14.8% de los hombres cae en este rango. Notablemente, un 59.3% de los hombres supera la media, en marcado contraste con el 17.4% de las mujeres. Estas disparidades de género en la memoria de trabajo podrían tener implicaciones significativas para la adherencia al tratamiento renal y requieren una investigación adicional focalizada.

Evaluación de la hipótesis

En el presente estudio se presente evaluar las siguientes hipótesis

Ho. La pérdida de la memoria en adultos mayores influye en la adherencia al tratamiento renal.

En primer lugar, se va a realizar una prueba de normalidad para determinar si se aplica una correlación de Pearson (distribución normal), o la correlación de Spearman (datos no paramétricos).

Tabla 11.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Memoria Trabajo	,278	50	,000	,737	50	,000
Adherencia (agrupado)	,515	50	,000	,412	50	,000
Minimental (agrupado)	,507	50	,000	,441	50	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Como la muestra es de 50 individuos se puede tomar los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde el nivel de significancia generado es de 0.000 para las tres variables, siendo este valor menor que el nivel de significancia de 0.05, por lo que, hay evidencia para afirmar que los datos no son normales, por lo que, se debe aplicar el coeficiente de correlaciones de Spearman.

Tabla 12.

Correlación entre adherencia y Memoria de trabajo

		Adherencia (agrupado)	Memoria Trabajo
Rho de Spearman	de Adherencia (agrupado)	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,373**
		N	,008
			50
			50

Memoria Trabajo	Coeficiente de correlación	,373**	1,000
	Sig. (bilateral)	,008	.
	N	50	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

Un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.373 indica una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento renal y la memoria de trabajo medida a través del test WAIS. En otras palabras, hay una tendencia a que cuando uno de estos factores mejora, el otro también lo hace, aunque la relación no es fuertemente lineal. La significancia bilateral de 0.008 es menor que el umbral común de significancia de 0.05, lo cual sugiere que la correlación es estadísticamente significativa. Esto significa que es poco probable que la correlación observada sea el resultado del azar.

Tabla 13.

Correlación entre adherencia y test minimental

		Adherencia (agrupado)	Coeficiente de correlación	de	Minimental (agrupado)
Rho de Spearman	Adherencia (agrupado)	1,000	,453**		
		.	,001		
		50	50		
	Minimental (agrupado)	,453**	1,000		
		,001	.		
		50	50		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Información procesada por SPSS para una muestra de 50 individuos

En el estudio realizado, se encontró una correlación positiva moderada, con un Rho de Spearman de 0.453, entre la adherencia al tratamiento renal y las puntuaciones en el test cognitivo Mini-Mental State Examination (MMSE). La significancia bilateral de 0.001 indica que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel de 0.05, lo cual sugiere que la relación no es atribuible al azar. Si bien la correlación no establece una relación de causalidad, el hallazgo tiene implicaciones para el cuidado de pacientes con trastornos renales, apuntando a la necesidad de considerar la función cognitiva como un factor potencialmente influenciador en la adherencia al tratamiento.

1.3.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

Pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica, con un tiempo en tratamiento mayor a 6 meses, quienes viven en zona urbana, con nivel socioeconómico regular a bajo, residentes en el cantón Sangolquí, provincia pichincha

CAPÍTULO II: PROPUESTA

1.1. Fundamentos teóricos aplicados

2.1.1 Variable dependiente:

Adherencia al tratamiento

“Es el grado en que el comportamiento de una persona puede tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida. Sigue las recomendaciones acordadas del médico de un prestador de asistencia sanitaria”. Cerda et.al. (2018)

2.1.1.1 Dimensiones de la variable dependiente

- Control de ingesta de medicamentos y alimentos.
- Seguimiento médico.
- Autoeficacia.

2.1.2 Variable independiente

Factores mnésicos

Relativo a la memoria o que se caracteriza por ella.(Clínica universidad de Navarra,2023)

2.1.2 dimensiones de la variable interviniente

- Codificación
- Almacenamiento
- Evocación de la información

(García Sevilla, 2012)

2.1.3. Variable interviniente

Adulto mayor: Según la OMS define a todas las personas mayores de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (Social, 2023)

Enfermedad renal crónica: La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal, que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal. (Sallarés ,2022)

2.1.3.1 dimensiones de la variable interviniente

Adulto mayor:

Clasificación

In útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y **vejez (60 años y más)**. (Social, 2023)

Enfermedad renal crónica:

5 estadios de función renal

1. Normal o Elevado
2. Ligeramente disminuido.
3. Moderadamente disminuido.
4. Gravemente disminuido.
5. **Fallo renal.**

1.2. Descripción de la propuesta

a. Estructura general

La propuesta va dirigida a pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica y a sus cuidadores. Las sesiones se llevarán a cabo dos veces a la semana con una duración de 45 a 60 minutos.

Se realizará la intervención a través de 3 sesiones por semana para cada adulto mayor, las cuales tendrán una duración de 45 minutos cada una, las mismas que se realizarán en horarios después del tratamiento de los pacientes, con el objetivo de fortalecer las estrategias de neurorehabilitación. Para el cumplimiento de las sesiones se organizará el consultorio de psicología del centro de hemodiálisis San Rafael. Cada sesión tendrá una planificación para su desarrollo.

b. Explicación del aporte

Esta propuesta está dirigida a los cuidadores y pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica que han presentado alteración en los factores mnésicos, con el objetivo de mejorar su memoria y encontrar herramientas para la retención de información adecuada para una mejor adherencia al tratamiento renal.

Con el paciente:

Memoria a corto plazo:

- Actividades lúdicas.
- Diario de actividades/indicaciones.
- Laborterapia.

Memoria a largo plazo:

- Cuadernillos de estimulación cognitiva.
- Laborterapia.
- Taller de reminiscencia

Con el cuidador:

- Psicoeducación: Brindar información sobre la insuficiencia renal crónica, aspectos que se presentan en adultos mayores como alteración en factores mnésicos y formas de trabajar con ellos, con el objetivo de que el cuidador logre una armonía en la convivencia y adherencia adecuada al tratamiento renal.
- Intervenciones a familiares sobre adherencia y afectaciones en los factores mnésicos del adulto mayor con IRC, brindando así apoyo en las actividades y terapias de neurorehabilitación cognitiva de los pacientes.

c. Estrategias y/o técnicas

Para la implementación de la propuesta se realizó revisión bibliográfica y estrategias terapéuticas para mantener y fortalecer el desarrollo de las funciones mnésicas de los adultos mayores. Las sesiones serán individuales y grupales, con apoyo de material cognitivo , lúdico y talleres de reminiscencia.

Algunas estrategias para mejorar la memoria son:

Visualización: Se trata de codificar y almacenar la información con imágenes. Evocar imágenes es más fácil que evocar conceptos en abstracto o verbalmente.

Asociación: Como su nombre lo indica, se trata de asociar conceptos nuevos con los ya aprendidos para hacer más fácil el proceso de memoria.

Comparar o contrastar: En este punto nos acordamos de algo porque se parece o se diferencia de algo que conocemos.

- Realizar analogías: buscamos parecidos.

Agrupación: consiste en juntar en varias unidades una información que es relativamente extensa.

Categorización: consiste en agrupar la información por categorías.

Repaso y/o repetición: consiste en repasar y repetir de vez en cuando aquellas cosas que son importantes y debemos recordar es muy útil, sobre todo en el caso de recuerdos de nombres de calle, de nº de teléfono, nombres de personas

1.3. Validación de la propuesta

La presente validación tiene como objetivo confirmar la relevancia y viabilidad de una propuesta de estimulación de factores mnésicos en pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento renal. Esta propuesta se basa en la premisa de que la estimulación de la memoria y las habilidades cognitivas puede influir positivamente en la retención y el seguimiento adecuado del tratamiento renal.

Método:

Selección de Expertos:

Un panel de expertos compuesto por profesionales de la salud, psicólogos clínicos y profesionales de la salud del centro de hemodiálisis, con experiencia en el cuidado de adultos mayores y enfermedades crónicas, fue seleccionado para llevar a cabo la validación.

Descripción de la Propuesta:

A los expertos se les proporcionó una descripción detallada de la propuesta de estimulación de factores mnésicos. Esta descripción incluyó los objetivos, las estrategias de estimulación, los

materiales didácticos y las actividades diseñadas para mejorar la memoria y la retención de información relacionada con el tratamiento.

Proceso de Validación:

Cada experto revisó individualmente la propuesta y completó un cuestionario estructurado. Se les pidió que evaluaran la coherencia de las estrategias propuestas con los objetivos, la pertinencia de las actividades para la población de adultos mayores con insuficiencia renal y la factibilidad de implementación en entornos de atención médica.

Análisis de Resultados:

Las respuestas de los expertos fueron recopiladas y analizadas para identificar patrones de consenso, discrepancias y recomendaciones para mejorar la propuesta. Se prestó especial atención a las sugerencias para ajustar actividades específicas y optimizar la efectividad de la estimulación mnésica.

Resultados:

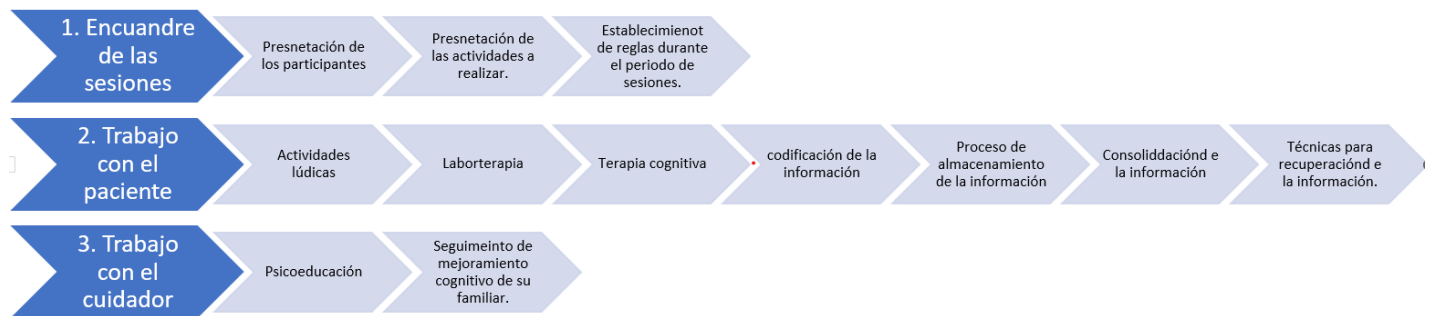
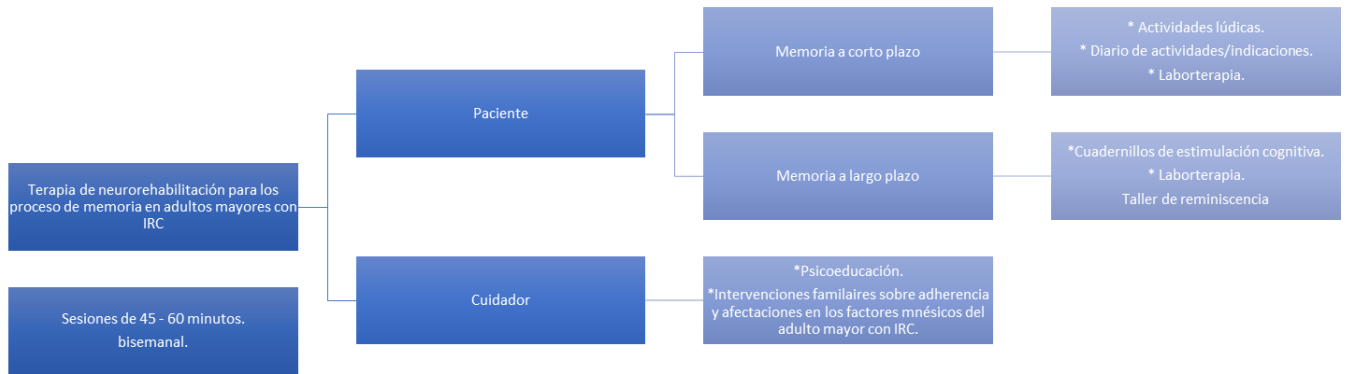
La validación de expertos reveló un alto grado de acuerdo en cuanto a la pertinencia y la factibilidad de la propuesta de estimulación de factores mnésicos. Los expertos destacaron la importancia de abordar la memoria en pacientes adultos mayores con enfermedad renal y reconocieron la coherencia entre los objetivos y las estrategias de estimulación.

Discusión:

La validación de expertos respalda la propuesta de estimulación de factores mnésicos como una intervención potencialmente efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal. La retroalimentación proporcionada por los expertos ha contribuido a ajustar y optimizar aspectos específicos de la propuesta.

Conclusión:

La validación de la propuesta de estimulación de factores mnésicos en pacientes adultos mayores con enfermedad renal respalda su relevancia y viabilidad como estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento. La colaboración de expertos en salud y psicología asegura que la intervención propuesta sea fundamentada, efectiva y adecuada para las necesidades de la población en estudio.



1.4. Matriz de articulación de la propuesta

Tabla 1.

Matriz de sesiones para pacientes

Número de sesión	Tiempo	Objetivos	Actividad	Material/ Herramientas	Observaciones
1	60 min	Conocimiento de la terapia y motivación para la participación	Presentación de la terapia y sus objetivos, explicación de las actividades y materiales	Presentaciones, folletos, materiales lúdicos	La terapia debe ser adaptada a las necesidades y capacidades individuales del paciente.
2	60 min	Entrenamiento de la memoria a corto plazo	Juegos de memoria, ejercicios de atención y concentración	Juegos de mesa, cartas, dominó, fichas, etc.	La terapia debe ser lúdica y atractiva para el paciente.
3	60 min	Entrenamiento de la memoria a largo plazo	Cuadernillos de estimulación cognitiva, laborterapia, talleres de reminiscencia	Cuadernillos de estimulación cognitiva, materiales de laborterapia, fotografías, objetos personales, etc	La terapia debe ser personalizada y adaptada a los intereses del paciente, así como beneficiosa para la retención de información

					adecuada para la adherencia al tratamiento renal
4	60 min	Reevaluación de los resultados	Revisión de los objetivos alcanzados, planificación de las sesiones posteriores	Cuestionarios, escalas de evaluación (Minimal) Evaluación de retención de información.	La terapia debe ser continua y adaptada a los progresos del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.

Matriz de sesiones para cuidadores

Número de sesión	Tiempo	Objetivos	Actividad	Material/ Herramientas	Observaciones
1	60 min	Conocimiento de la insuficiencia renal crónica	Explicación de los síntomas, complicaciones y tratamiento de la	Presentaciones, folletos, etc.	Los cuidadores deben estar informados sobre la enfermedad del paciente para poder proporcionarle el mejor apoyo.

			insuficiencia renal crónica		
2	60 min	Efectos de la insuficiencia renal crónica en la memoria	Explicación de los cambios cognitivos que pueden producirse como consecuencia de la insuficiencia renal crónica	Presentaciones, folletos, etc.	Los cuidadores deben estar informados de los posibles efectos de la enfermedad en la memoria del paciente para poder detectarlos y tratarlos de forma temprana.
3	60 min	Importancia de la terapia de neurorehabilitación	Explicación de los beneficios de la terapia de neurorehabilitación para la memoria de los pacientes con insuficiencia renal crónica	Presentaciones, folletos, etc.	Los cuidadores deben apoyar al paciente en su participación en la terapia de neurorehabilitación.
4	60 min	Habilidades de apoyo al paciente	Entrenamiento en habilidades de apoyo al paciente, como la gestión de la	Materiales de formación	Los cuidadores deben estar preparados para proporcionar el apoyo necesario al paciente para

			medicación, la estimulación cognitiva y el manejo de los comportamientos problemáticos		que pueda beneficiarse de la terapia de neurorehabilitación.

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

Acorde a los objetivos planteados en esta investigación, se pudo plantear que:

Objetivo general

Valorar los factores mnésicos de los pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su relación con la adherencia al tratamiento renal

Se logró evaluar al 100% de la muestra de adultos mayores del Centro de Hemodiálisis San Rafael, aplicando tres test para valorar los factores mnésicos, los cuales fueron Minimental y dos subescalas del test WAIS V , las cuales fueron: retención de dígitos y aritmética. Por otra parte, se aplicó el cuestionario de adherencia al tratamiento renal , el cual evaluaba si el paciente presenta o no una adherencia al tratamiento renal.

Objetivos específicos

Obj. Esp. 1: Describir las investigaciones precedentes respecto a los factores mnésicos con adultos mayores con insuficiencia renal crónica y la relación con la adherencia al tratamiento renal.

Con respecto a este objetivo, se pudo observar que no existían investigaciones previas en cuanto a la relación de factores mnésico y su relación con la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica, sin embargo, se logró obtener una relación en cuanto a los factores mnésicos y la adherencia al tratamiento renal. Esto debido a que en los resultados estadísticos obtenidos, arroja que sí existe una correlación a la pérdida de memoria y su influencia en cuanto a la retención de información, la cual influye en la adherencia al tratamiento renal.

Obj. Esp. 2: Valorar los factores mnésicos de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Se aplicó tres test al 100% de la muestra del Centro de Hemodiálisis San Rafael, que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales fueron Minimental, WAI V (retención de dígitos y aritmética), los cuales evalúan memoria de trabajo. Un 16% evidencia déficit cognitivo, reflejado en puntuaciones inferiores a 24 en el Test Mini-Mental. Esta proporción sugiere que una fracción significativa de la población en estudio enfrenta desafíos cognitivos que podrían impactar su capacidad para adherirse al tratamiento renal. La presencia de déficit cognitivo en este segmento pone de relieve la necesidad de estrategias de intervención especializadas para abordar tanto las cuestiones cognitivas como la adherencia terapéutica.

Al analizar la memoria de trabajo medida a través del Test WAIS, se identifican notables diferencias de género en la distribución de los puntajes. Entre las mujeres, un significativo 60.9% registra puntajes por debajo de la media, en comparación con solo un 25.9% de los hombres en la misma categoría. Además, mientras que un 21.7% de las mujeres se sitúa en el promedio, con un puntaje de 10, sólo un 14.8% de los hombres cae en este rango. Notablemente, un 59.3% de los hombres supera la media, en marcado contraste con el 17.4% de las mujeres. Estas disparidades de género en la memoria de trabajo podrían tener implicaciones significativas para la adherencia al tratamiento renal y requieren una investigación adicional focalizada.

Obj. Esp. 3: Valorar el nivel de adherencia al tratamiento renal de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Se logró evaluar al 100% de la muestra de pacientes que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael, con respecto a su nivel de adherencia y conocimiento sobre la enfermedad renal crónica y su tratamiento, obteniendo así un resultado en el que se identifican patrones claros en relación a la adherencia al tratamiento renal. Específicamente, un 14% de los participantes exhibe falta de adherencia, reflejada en una puntuación inferior a 30 en la escala de evaluación. En contraposición, una abrumadora mayoría, constituida por el 86%, demuestra adherencia al tratamiento, con calificaciones que oscilan entre 30 y 46 puntos. No obstante, el segmento no adherente constituye un grupo de riesgo crítico que requiere atención especializada para mejorar su gestión clínica y posiblemente su pronóstico.

Obj. Esp. 4: Establecer la relación existente entre los factores mnésicos de los adultos mayores que asisten al Centro de Hemodiálisis San Rafael y su adherencia al tratamiento renal.

Se pudo observar acorde a los resultados obtenidos que los pacientes evaluados según la muestra, sí presentan una relación entre deficiencias en los factores mnésicos y la adherencia al tratamiento renal. Esto debido a que el proceso de procesamiento y retención de información se ve afectado, por lo cual, las indicaciones médicas y demás información dada por el personal de salud del centro no se procesa adecuadamente.

RECOMENDACIONES

1. Para próximas investigaciones se recomienda realizar más abordajes que tengan relación sobre los factores mnésicos y cognitivos de adultos mayores con enfermedad renal crónica y su relación con la adherencia terapéutica. Tomando en cuenta que al momento de realizar esta investigación, no se contó con la bibliografía necesaria en cuentas la relación de estas dos variables, sin embargo, se logró generar una temática correlacional entre déficit de memoria y adherencia terapéutica.
2. En cuanto a la valoración de factores mnésicos en una población determinada, la cuál fue pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica, se logró adaptar test que evalúan memoria a la muestra antes descrita. Por lo que, sí es factible adaptar y aplicar test que evalúan funciones cognitivas y factores mnésicos a una población determinada.
3. Es recomendable realizar un cuestionario de adherencia terapéutica autorizada para pacientes con enfermedad renal , ya que el cuestionario que se aplicó fue elaborado con el apoyo de personal de salud (médicos, nutricionistas, psicólogos y nefrologos), sin embargo, no consta un cuestionario general para la aplicación a pacientes renales, tomando en cuenta si el paciente tiene otros factores que influyen en una adecuada adherencia como: apoyo familiar, nivel socioeconómico, nivel de educación, si la persona es dependiente o independiente en cuanto a factores de actividades de la vida diaria, etc.
4. Se recomienda continuar realizando más estudios e investigaciones con respecto a la influencia o relación de los factores mnésicos y la adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores, ya que como se menciona en la literatura, el envejecimiento es una situación normal de la población, sin embargo, es alarmante la poca información que se tiene sobre el deterioro de los factores cognitivos y mnésicos en cuanto a la adherencia terapéutica de cualquier enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson, R.C. y Shiffrin, R.M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. En: K.W. Spence (Ed.). *The Psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*. (Vol.2, pp. 89-115). New York: Academic Press.
- Ávila, N. R. (abril de 2018). *Scielo*. Obtenido de Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087
- Castellano M, B. M. (2020). Deterioro cognitivo sin demencia en la insuficiencia renal crónica terminal. Datos de un centro argentino. *Rev Nefrol Dial Traspl*, 40(2):119-28.
- Dora Ines Parra, S. L. (septiembre de 2019). *Pub Med*. Obtenido de Factores Influyentes en la Adherencia al Régimen Terapéutico en Hipertensión Arterial y Diabetes: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830400/>
- Edisón Cabezas, D. N. (2018). Introducción a la metodología de la investigación científica. En *Introducción a la metodología de la investigación científica* (págs. 19-20). Sangolquí.
- F. Martínez Mir, V. P. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Dialnet*, págs. 113-120.
- García Sevilla, J. (2012, October 3). *LA IMPORTANCIA DE LA MEMORIA*. TEMA 4: LA IMPORTANCIA DE LA MEMORIA. Retrieved August 28, 2023, from https://www.um.es/sabio/docs-cmsweb/aulademayores/importancia_de_la_memoria._texto.pdf
- Ginerte, Y. (2001). *Experiencia Médica*. Obtenido de La Adherencia Terapéutica: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>
- Grethel.M. Trevín, L. A. (11 de junio de 2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- José Juan Ortega Cerda, D. S. (05 de febrero de 2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Mexico. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- Lucía Masaryková, T. T. (2020). *PubMed*. Obtenido de Evaluación de la adherencia al tratamiento en pacientes que padecen diabetes mellitus: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32545985/>

- Maria Eugenia Portilla Franco, F. T. (2016). La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. *Nefrología*.
- María Hanna, E. G. (2020). Función cognitiva y vascular en adultos mayores con y sin ERC. *Envejecimiento Clin Exp Res*. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01695-w#citeas>
- Mendoza, H. &. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. (M.-H. Interamericana, Ed.) McGraw-Hill Interamericana. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/11W3qiltyF6fwJ2BeTfWc6WmoK-LzGal8/view>
- Morán, H. (2017, September 6). "Momentos que perduran, recuerda al alzheimer" campaña de concientización e información acerca del alzheimer. Repositorio USFQ. Retrieved August 28, 2023, from <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6531?mode=full>
- OMS, O. M. (23 de 08 de 2018). *Género y salud*. Obtenido de Género y salud.: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Pública, M. d. (03 de junio de 2022). *SITUACIÓN ACTUAL DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN EL ECUADOR*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/06/INFORME-DNCE-070-TRR-INFORMACION-PARA-EL-CDC-signed-signed-signed.pdf>
- Rodriguez-Alvarez, M. J. (7 de febrero de 2022). *Polo del Conocimiento*. Obtenido de Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de: <file:///C:/Users/Patricia/Downloads/Dialnet-DescripcionDelEstadoCognitivoDeLosAdultosMayoresTr-8331384.pdf>
- Solano Riofrio, B. Y. (2022). *Deterioro de funciones ejecutivas en adultos mayores del Hogar Geriátrico Esteban Quirola de Machala. Estudio de caso. (...)* - Wiktionary. Retrieved August 28, 2023, from <http://repositorio.uisrael.edu.ec/bitstream/47000/3047/1/UISRAEL-EC-MASTER-PSIC-378.242-2022-019.pdf>
- Thi Thuy Ha Dinh, A. B. (enero de 2016). *Pub Med*. Obtenido de La efectividad del método de enseñanza sobre la adherencia y el autocuidado en la educación en salud para personas con enfermedades crónicas: una revisión sistemática: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26878928/>
- QUELAL, D. E. (2016). *El nivel socioeconómico como factor de*. Obtenido de El nivel socioeconómico como factor de:

[https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/vinculos/article/view/1639/1313#:~:text=En%20palabras%20de%20Santrock%20\(2004,583\).](https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/vinculos/article/view/1639/1313#:~:text=En%20palabras%20de%20Santrock%20(2004,583).)

Valhondo, A. M. (2013). *INFAD Revista de Psicología*. Obtenido de ENVEJECIMIENTO Y FUNCIONES COGNITIVAS:: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173021.pdf>

Víctor Lorenzo Sellarés, D. L. (17 de mayo de 2022). *Enfermedad Renal Crónica*. Obtenido de Nefrología al día: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>

ZOILA ESPERANZA LEITÓN ESPINOZA, E. F.-R.-G.-V.-B. (Mayo de 2020). *Scielo*. Obtenido de Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000100124

ANEXO 1

Consentimiento informado para evaluación psicológica:

Participante adulto

Yo, _____, de ____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por la estudiante Sofía Carolina Robayo Valle, de la Maestría de Psicología de la Universidad Israel. La evaluación se realizará como parte de la investigación “Valoración de la función cognitiva en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y su influencia en la adherencia al tratamiento renal” y tiene como finalidad valorar el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores con insuficiencia renal crónica, y su influencia en la adherencia al tratamiento.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

- El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a).
- El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo.
- Los resultados de la evaluación serán discutidos en las clases correspondientes con fines de aprendizaje, manteniendo siempre el anonimato del evaluado(a).
- Al dar su consentimiento, el participante se compromete a culminar el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, podrá solicitar no continuar con el proceso, previa comunicación con el alumno(a), para que éste no se perjudique.
- El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá realizar una devolución oral de resultados, una vez terminado el proceso de evaluación.

Sangolquí, ____ de _____ del 2023

Firma del evaluado(a)

Firma del evaluador.

ANEXO 2

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Número de encuesta _____

Edad: _____ Genero: M ___ F__

Estado civil: Soltero/a___ Casado/a ___ Unión de hecho ___ Separado/a ___ Viudo/a ___

Tiempo en HD: _____ Turno: 1ero____ 2do____ 3ero_____

Tiempo de HD: _____

Previo TR: Si ___ No ___

Método de dializar: Catéter temporal ___ Catéter tunelizado___ FAVI/Prótesis___

Nivel de estudios: Analfabeto___ Primaria___ Secundaria___ Universitarios___

Situación laboral: Activo___ Jubilado___ Invalidez___ Otros _____

1 Régimen dietético

1. Sabe usted si hay que seguir alguna dieta si realiza hemodiálisis? Si___ No___

2. Sigue usted algún tipo de dieta? Si___ No___

3. En caso afirmativo que tipo de dieta sigue?

Sin sal___ Baja en potasio___ Baja en fosforo___ Restricción hídrica___ Otras_____

4. Quién prepara la comida?

Usted___ Conyugue___ Sus hijos___ Cuidador___ otros_____

2. Sodio

5. Sabe que debería mantener una dieta baja en sal?

Si___ No___

6. ¿Intenta mantener una dieta sin sal, es decir, consume alimentos sin sal?

Si___ No___

7. Añade algún tipo de sal como las bajas en sodio o sal de farmacia a las comidas como en las ensaladas, la verdura?

Si___ No___

8. Come a menudo alimentos precocidos, enlatados y embutidos?

Si___ No___

9. Los alimentos precocinados los enjuaga?

Si___ No___

3. Potasio

10. Sabe usted que debe seguir una dieta baja en potasio, es decir, evitar alimentos con alto contenido de potasio como los tomates, los plátanos, papas, naranjas, piña, etc?

Si___ No___

11. Intenta mantener una dieta baja en potasio?

Si___ No___

12. Consume a menudo alimentos enlatados?

Si___ No___

13. Cómo es preferible que coma la fruta para disminuir su nivel de potasio

Al natural___ Frutas cocidas o congeladas___ No lo sabe___

14. Sabe que debe hacer para disminuir el nivel de potasio de las verduras?

No las deja en remojo___ Las corta en trozos pequeños y lo deja en remojo un tiempo prolongado___ No sabe___

15. Sabe cómo se deben cocinar las verduras para disminuir el nivel de potasio?

Las come hervidas en un agua o crudas___ Hervidas dos veces cambiando el agua a la mitad de la cocción___ No sabe___

16.Cuál de las siguientes frutas debe evitar?

Compota de manzana___ Plátanos e higos___ No sabe___

4. Fósforo

17. Intenta consumir alimentos pobres en fósforo evitando alimentos como legumbres, frutos secos verduras como las lentejas, el perejil, quesos?

Si ___ No ___

18. Abundan las proteínas de la carne y pescado en su dieta?

Si ___ No ___

19. Consume a menudo legumbres como por ejemplo: lentejas, frejol, habas, garbanzos?

Si ___ No ___

20. A menudo complementa su dieta con proteínas como por ejemplo sardinas, atún y marisco?

Si ___ No ___

21. ¿Acompaña las comidas con bebidas gaseosas como Coca cola, Pepsi, agua mineral y jugos envasados, etc...?

Si ___ No ___

22. Qué alimentos de los siguientes debe evitar

Zanahoria ___ Frutos secos y chocolate ___ No sabe ___

5. Calcio

23. Controla la ingesta de alimentos que contienen calcio como por ejemplo leche de vaca, quesos, sardinas, acelgas?

Si ___ No ___

24. Consume más de dos vasos de leche o yogures al día?

Si ___ No ___

25. Sabe usted porqué es importante la dieta?

Porque una dieta adecuada puede hacerle recuperar la función renal ___

Porque determinados alimentos pueden aportar sustancias dañinas para el cuerpo ___

No sabe ___

6. Líquidos

26.Cuál es su peso seco? ___ Lo sabe ___ No lo sabe ___

27. Realiza diuresis residual?

Si ___ No ___

28. Controla la cantidad de orina que realiza?

Si ___ No ___

29. Conoce la importancia del control de la ingesta de líquido en su dieta?

Si ___ No ___

30. Controla los líquidos que ingiere entre las sesiones de diálisis midiéndolo de alguna manera?

Si ___ No ___

31. Suele beber líquidos con las comidas como vino, gaseosas, agua, jugos?

Si ___ No ___

32. Abundan las ensaladas, sopas, caldos en su dieta?

Si ___ No ___

33. Se pesa los días que no acude a diálisis?

Si ___ No ___

34. Sabe hasta cuantos Kg se le recomienda ganar entre dos sesiones de diálisis?

Si ___ No ___

35. Utiliza técnicas que le hayan explicado para controlar la ingesta de líquidos?

¿Si ___ No ___

36. Sabe cuántos líquidos puede ingerir en su dieta diaria

2 litros de agua ___ 500ml más la cantidad de diuresis que realice, en caso de realizar ___

No sabe ___

37. Conoce las consecuencias de abusar de la ingesta de líquidos?

Si ___ No ___

38. Se toma medicación que tiene pauta?

Si ___ No ___

39. Se prepara usted mismo/a la medicación?

Si ___ No ___ ¿En caso de No, quien se la prepara? _____

40. Sabe para qué es cada medicamento?

Si ___ No ___

7. Cuestionario de Morisky-Green

41. En alguna ocasión se ha olvidado de tomar la medicación

Si ___ No ___

42. Toma la medicación a la hora indicada?

Si ___ No ___

43. Cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?

Si ___ No ___

44. Cuando se encuentra mal deja alguna vez de tomar la medicación?

Si ___ No ___

45. En la última semana cuantas veces no se tomó ninguna dosis de la medicación?

Ninguna vez ___ De 1 a 2 veces ___ De 3 a 5 veces ___ De 6 a 10 veces ___

8. Acceso Vascular

46. Sabe cómo cuidar su acceso vascular?

Si ___ No ___

Fistula arterio-venosa

48. Se controla cada día que su fistula funcione?

Si ___ No ___

47. Cómo sabe usted que su fistula funciona?

Porque sigue igual que siempre ___

Porque nota vibración/murmullo a la palpación ___

No sabe ___

Catéter

48. Sabe que cuidados debe mantener con el catéter?

Si ___ No ___

49. Cuándo se ducha o se lava lo moja?

Si ___ No ___

ANEXO 3

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al, (1975), Lobo et al, (1979)

Nombre: _____ Edad: _____

C.i.#: _____ Turno: _____

1. *Orientación*

- Día:.....
- Mes:.....
- Año:.....
- # día de la semana:.....
- Clima:.....
- Lugar donde esta:.....
- Piso:.....
- Ciudad:.....
- Provincia:.....
- País:.....

2. *Registro (puntuación máxima 3 puntos)*

Explorar en el paciente su capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras.	Pelota
	Bandera
	Árbol

Repetirlas hasta 6 veces para que el paciente las aprenda	
Registrar el número de intentos	

3. Cálculo y atención (Puntuación máxima: 5 puntos)

Contar a partir de 100, restando 7 Parar después de cinco respuestas. (93/86/79/72/65) Dar un punto por cada respuesta	1.-
	2.-
	3.-
	4.-
	5.-
Contar a partir de 30, restando 4 Parar después de cinco respuestas (26/22/18/14/10) Dar un punto por cada respuesta	1.-
	2.-
	3.-
	4.-
	5.-

Si el sujeto no puede realizar la tarea debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante.

Dar un punto por cada letra bien ubicada.

(ODNUM) = 5 puntos () puntos

(ODUMN) = 3 puntos () puntos

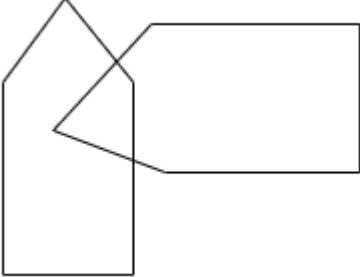
N° de letras bien: () puntos

4. Recuerdo (puntuación máxima: 3 puntos)

Preguntar por las tres palabras repetidas previamente. Un punto por cada respuesta correcta.	Pelota
	Bandera
	Árbol

5. Lenguaje (puntuación máxima: 9 Puntos)

Mostrarle al paciente un reloj y preguntarle “¿Qué es esto?” Repetir lo mismo con un Lápiz	Reloj
	Lápiz
Repetir lo siguiente “Ni si, Ni no ni peros”	Repetición;
Realizar una orden en tres tiempos: Tomar un papel con la mano derecha, Doblarlo por la mitad y	Coger el papel con la mano derecha

ponerlo en el piso	Doblarlo por la mitad
Leer y obedecer la orden que se le dé por escrito: "CIERRE LOS OJOS"	Ponerlo en el piso
Orientar al sujeto para que escriba una oración	Cierre los ojos
Copiar un dibujo	Escritura
	

Puntuación Total: _____

Calificación:

Sin déficit cognitivo: 24 - 30

Con déficit cognitivo: 0 - 23

Nivel de coincidencia:

_____ **Alerta** _____ **Obnubilación**

_____ **Estupor** _____ **Coma**

ANEXO 4

WAIS V: Retención de dígitos, aritmética

3. Retención de dígitos

Edad: Niños de 16 a 90 años.

Orden directo: reactivos 1

Orden inverso: reactivos 10 hasta 18

Secuencia: reactivos 10 hasta 18, después reactivos 1

Discrecionalidad:

Orden directo: después de obtener 0 en dos ensayos de un reactivo

Orden inverso: después de obtener 0 en dos ensayos de un reactivo

Secuencia: después de obtener 0 en dos ensayos de un reactivo

Puntuación:

Otroque 0 o 1 punto para cada ensayo RDO, RDI y RDS

Puntuación natural total para orden directo, orden inverso y secuencia, respectivamente

MRDD, MRDI, MRDS

Número de dígitos recordado en el último ensayo con puntuación 1 en orden directo, orden inverso y secuencia, respectivamente

Orden directo

Reactivos	Ensayo	Puntuación	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
1	0 - 7		0 1	0 1 2
	6 - 3		0 1	
	5 - 8 - 2		0 1	
2	6 - 9 - 4		0 1	0 1 2
	7 - 2 - 8 - 6		0 1	
3	6 - 4 - 3 - 9		0 1	0 1 2
	4 - 2 - 7 - 3 - 1		0 1	
4	7 - 5 - 8 - 3 - 6		0 1	0 1 2
	3 - 9 - 2 - 4 - 8 - 7		0 1	
5	6 - 1 - 9 - 4 - 7 - 3		0 1	0 1 2
	6 - 9 - 1 - 7 - 4 - 2 - 8		0 1	
6	4 - 1 - 7 - 9 - 3 - 8 - 6		0 1	0 1 2
	3 - 8 - 2 - 9 - 6 - 1 - 7 - 4		0 1	
7	5 - 8 - 1 - 3 - 2 - 6 - 4 - 7		0 1	0 1 2
	2 - 7 - 5 - 8 - 6 - 3 - 1 - 9 - 4		0 1	
8	7 - 1 - 3 - 9 - 4 - 2 - 5 - 6 - 8		0 1 0 1 2	

MRDD
(Max = 9)

Puntuación natural total para Retención de dígitos en orden directo (RDO)
(Máxima = 16)

Orden inverso

Reactivos	Ensayo	Respuesta correcta	Puntuación	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
10-91	M. 7 - 1	1 - 7			
	3 - 4	4 - 3			
10-92	1. 3 - 1	1 - 3		0 1	0 1 2
	2 - 4	4 - 2		0 1	
2.	4 - 6	6 - 4		0 1	0 1 2
	5 - 7	7 - 5		0 1	
3.	6 - 2 - 9	9 - 2 - 6		0 1	0 1 2
	4 - 7 - 5	5 - 7 - 4		0 1	
4.	8 - 2 - 7 - 9	9 - 7 - 2 - 8		0 1	0 1 2
	4 - 9 - 6 - 8	8 - 6 - 9 - 4		0 1	
5.	6 - 5 - 8 - 4 - 3	3 - 4 - 8 - 5 - 6		0 1	0 1 2
	1 - 5 - 4 - 8 - 6	6 - 8 - 4 - 5 - 1		0 1	
6.	5 - 3 - 7 - 4 - 1 - 8	8 - 1 - 4 - 7 - 3 - 5		0 1	0 1 2
	7 - 2 - 4 - 8 - 5 - 6	6 - 5 - 8 - 4 - 2 - 7		0 1	
7.	8 - 1 - 4 - 9 - 3 - 6 - 2	2 - 6 - 3 - 9 - 4 - 1 - 8		0 1	0 1 2
	4 - 7 - 3 - 9 - 6 - 2 - 8	8 - 2 - 6 - 9 - 3 - 7 - 4		0 1	
8.	9 - 4 - 3 - 7 - 6 - 2 - 1 - 8	8 - 1 - 2 - 6 - 7 - 3 - 4 - 9		0 1	0 1 2
	7 - 2 - 8 - 1 - 5 - 6 - 4 - 3	3 - 4 - 6 - 5 - 1 - 8 - 2 - 7		0 1 0 1 2	

MRDI
(Max = 8)

Puntuación natural total para Retención de dígitos en orden inverso (RDI)
(Máxima = 16)

WAIS-IV Protocolo 5 continúa

3. Retención de dígitos (continuación)

Secuencia

Discontinuar después de obtener 0 en dos etapas de un grupo

Resposta	Estrategia	Resposta correcta	Puntuación
M	2-3-1	1-2-3	0 1
	5-2-2	2-2-5	
1	1-2	1-2	0 1
	4-2	2-4	
2	3-1-6	1-3-6	0 1
	0-9-4	0-4-9	
3	8-7-9-2	2-7-8-9	0 1
	4-8-7-1	1-4-7-8	
4	2-6-9-1-7	1-2-6-7-9	0 1
	3-8-3-5-8	3-3-5-8-8	
5	2-1-7-4-3-6	1-2-3-4-6-7	0 1
	6-2-5-2-3-4	2-2-3-4-5-6	
6	7-5-7-6-8-6-2	2-5-6-6-7-7-8	0 1
	4-8-2-5-4-3-5	2-3-4-4-5-5-8	
7	5-8-7-2-7-5-4-5	2-4-5-5-5-7-7-8	0 1
	9-4-9-7-3-0-8-4	0-3-4-4-7-8-9-9	
8	5-0-1-1-3-2-1-0-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5	0 1
	2-7-1-4-8-4-2-9-6	1-2-2-4-4-6-7-8-9	

MRDS (Max = 9)

Puntuación natural total para Retención de dígitos en secuencia (MRD) (Máxima = 10)

Puntuación natural total para Retención de dígitos

5. Aritmética



(Tiempo límite: 30 segundos)



Inicio
Edades de 16 a 90 años:
reactivo muestra, después
reactivo 6.



Inversión
Si obtiene puntuación de 0 en el reactivo 6 o 7,
aplique los reactivos anteriores en orden **Inverso**
hasta obtener dos puntuaciones perfectas consecutivas.



Discontinuaón
Después de tres puntuaciones
consecutivas de 0.



Puntuación
Otorgue 0 o 1 punto.

	Reactivo	Tiempo empleado	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación		Reactivo	Tiempo empleado	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
6-90	M. Pelotas	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>			12. Paquetes	<input type="text"/>	200	<input type="text"/>	0 1
	†1. Flores	<input type="text"/>	Cuenta hasta 3	<input type="text"/>	0 1		13. Tarjetas	<input type="text"/>	38	<input type="text"/>	0 1
	†2. Manzanas	<input type="text"/>	Cuenta hasta 10	<input type="text"/>	0 1		14. Correr	<input type="text"/>	140	<input type="text"/>	0 1
	3. Bates	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	0 1		15. Fila	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>	0 1
	4. Pájaros	<input type="text"/>	9	<input type="text"/>	0 1		16. Horas	<input type="text"/>	47	<input type="text"/>	0 1
	5. Correas	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0 1		*17. Minutos	<input type="text"/>	186	<input type="text"/>	0 1
5-90	6. Cobijas	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	0 1		18. Dulces	<input type="text"/>	49 ¹ / ₂	<input type="text"/>	0 1
	7. Plumas	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	0 1		19. Mapas	<input type="text"/>	600	<input type="text"/>	0 1
	8. Juguetes	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	0 1		20. Vueltas	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	0 1
	9. Libros	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	0 1		21. Máquinas	<input type="text"/>	96	<input type="text"/>	0 1
	10. Más viejo	<input type="text"/>	17	<input type="text"/>	0 1		22. Correo	<input type="text"/>	23,100	<input type="text"/>	0 1
	11. Boletos	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	0 1						

si el examinado no da una respuesta correcta, dé retroalimentación correctiva como se indica en el Manual de aplicación.

si el examinado da la respuesta en horas, solicite equivalente en minutos.

Puntuación natural total para Aritmética
(Máxima = 22)